UNIVERSITÉ BORDEAUX 2 – VICTOR SEGALEN

UFR DES SCIENCES MÉDICALES

Année 2013 Thèse n° 3046

Thèse pour l'obtention du

DIPLÔME D'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Le 19 septembre 2013 par

Kévin ROSSINI

Né le 25 novembre 1983 à Bayonne (64)

HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT SELON LA LOI DU 5 JUILLET 2011 : ÉTUDE DU VÉCU ET DE LA COMPRÉHENSION PAR LES PATIENTS DE L'AUDIENCE AVEC LE JUGE DES LIBERTÉS ET DE LA DÉTENTION

Directeur de thèse

Madame le Professeur Hélène VERDOUX

Jury

Monsieur le Professeur Manuel BOUVARD, Président
Monsieur le Professeur Jean-Louis SENON, Juge
Madame le Docteur Christine ANCEAU, Juge
Monsieur le Docteur Geoffroy COUHET, Juge
Madame le Docteur Chantal BERGEY, Rapporteur

AU RAPPORTEUR

Madame le Docteur Chantal BERGEY

Docteur en Médecine, Psychiatre,

Praticien Hospitalier

Chef de Pôle de Psychiatrie Adulte,

Centre Hospitalier Charles PERRENS, Bordeaux.

Je vous remercie d'avoir accepté d'être le rapporteur de ce travail. J'ai eu la chance de travailler dans votre pôle et d'apprécier vos qualités professionnelles, votre bienveillance et votre sens humain lors des consultations durant lesquelles je vous ai accompagnée. Je vous suis très reconnaissant de la confiance que vous me témoignez en m'accueillant prochainement au sein du pôle et voudrais vous assurer, ici, de ma profonde gratitude et de mon respect.

AUX MEMBRES DU JURY

Monsieur le Professeur Jean-Louis SENON

Professeur des Universités en Psychiatrie,

Praticien Hospitalier,

Chef de Pôle Universitaire de Psychiatrie Adulte,

Co-directeur du Master 2 Professionnel de Criminologie et Victimologie

Co-directeur du Diplôme Inter Universitaire de Psychiatrie Criminelle et Médico-Légale

Centre Hospitalier La Milétrie, Poitiers.

C'est pour moi un réel honneur que vous ayez bien voulu juger ce travail de thèse. J'ai par ailleurs été particulièrement sensible aux encouragements que vous m'avez adressés durant son élaboration. Veuillez trouver ici le témoignage de tout mon respect, de mon admiration et de ma profonde reconnaissance.

Madame le Docteur Christine ANCEAU

Docteur en Médecine, Psychiatre,

Praticien Hospitalier,

Chef de Pôle de Psychiatrie Adulte,

Centre Hospitalier de Périgueux.

Je suis très touché de vous compter parmi les membres de ce jury. J'ai beaucoup appris à votre contact durant l'année où j'ai eu la chance de travailler au sein de votre service et vous remercie pour toutes les connaissances que vous m'avez apportées ainsi que pour votre bienveillance et votre disponibilité. Vos qualités humaines et votre sens clinique sont restés un exemple.

Monsieur le Docteur Geoffroy COUHET

Docteur en Médecine, Psychiatre,

Praticien Hospitalier,

Pôle de Psychiatrie Adulte « Arcachon/Médoc »

Centre Hospitalier Charles PERRENS, Bordeaux.

Je vous suis très reconnaissant d'avoir accepté de juger ce travail de thèse. Je n'ai pas eu la chance de travailler avec vous ni de bénéficier de vos enseignements de psychiatrie légale mais je connais vos qualités humaines. Veuillez trouver ici le témoignage de ma profonde gratitude et de mon respect.

AU DIRECTEUR DE THÈSE

Madame le Professeur Hélène VERDOUX

Professeur de Psychiatrie,

Praticien Hospitalier,

Docteur en Épidémiologie,

Chef de Pôle Universitaire de Psychiatrie Adulte,

Centre Hospitalier Charles PERRENS, Bordeaux.

J'ai eu la chance de bénéficier de la richesse de votre enseignement au cours de mon externat puis de mon internat. Merci de m'avoir soutenu dans le choix de ce sujet de thèse et pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail. Je vous remercie également pour votre implication, votre disponibilité et vos conseils qui m'ont été très précieux. Soyez assurée de ma gratitude et de mon profond respect.

AU PRÉSIDENT DU JURY

Monsieur le Professeur Manuel BOUVARD

Professeur des Universités,

Praticien Hospitalier,

Chef de Pôle Universitaire de Pédopsychiatrie,

Coordonnateur du D.E.S. de Psychiatrie,

Centre Hospitalier Charles PERRENS, Bordeaux.

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse. Au cours du stage effectué au sein de votre pôle, j'ai pu apprécier l'étendue de vos connaissances et de vos qualités humaines. Je tiens tout particulièrement à vous remercier pour la gentillesse et la bienveillance dont vous avez fait preuve à mon égard durant tout mon internat. Je vous prie de bien vouloir accepter l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

INTRODUCTION **11**

PARTIE 1 : REVUE DE LA LITTÉRATURE **13**

1. INTRODUCTION : SOINS SANS CONSENTEMENT ET GARANTIE DES LIBERTÉS INDIVIDUELLES **13**

2. HISTORIQUE : DE L'EMPRISONNEMENT À L'INTERDICTION ET DE LA PRÉÉMINENCE DU POUVOIR ADMINISTRATIF À L'AVÈNEMENT DE LA JUDICIARISATION DES SOINS PSYCHIATRIQUES **13**

2.1. Avant la loi de 1838 : prévalence de l'arbitraire et de l'exigence sécuritaire 14

2.1.1. L'Ancien Régime : l'emprisonnement des « insensés » 14

2.1.2. La période post-révolutionnaire est marquée par un « vide législatif » 15

2.1.3. La circulaire du 29 juin 1835, « prélude à la discussion de la loi sur les aliénés » 17

2.2. La loi du 30 juin 1838, une « loi d'assistance » et « de sûreté » accordant la primauté au pouvoir administratif 17

2.2.1. Contexte : de l'interdiction des « fous » à la médicalisation de la folie 17

2.2.2. Un triptyque légal 18

2.2.3. Deux modes de placement 19

2.2.4. Un recours judiciaire théorique face à un pouvoir administratif tout puissant 19

2.2.5. Évolutions, tentatives d'aménagements et nécessité d'une réforme 22

2.3. La loi n° 90-527 du 27 juin 1990, une « loi de transition » 24

2.3.1. Contexte : l'évolution des connaissances a conduit à un changement de paradigme 24

2.3.2. Un principe directeur : la promotion ou, à défaut, la garantie des droits des personnes hospitalisées 24

2.3.3. Trois modes d'hospitalisation pour limiter les restrictions aux libertés individuelles 25

2.3.4. Création des Commissions Départementales des Hôpitaux Psychiatriques (CDHP) 26

2.3.5. Le choix de l'autorité administrative a priori et le renforcement du contrôle judiciaire a posteriori 26

2.4. La loi n° 2000-516 du 15 juin 2000 « renforçant la protection de la présomption d'innocence et les droits des victimes », acte de naissance du Juge des Libertés et de la Détention 28

2.4.1. Les attributions et compétences du JLD 28

2.4.2. Le contrôle des soins psychiatriques contraints par le JLD 28

2.4.3. Un recours peu fréquent 29

2.5. Les évolutions législatives et réglementaires 29

2.5.1. La loi n° 2002 – 303 du 4 mars 2002 « relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé » 29

2.5.2. La loi n° 2002 – 1138 du 9 septembre 2002 « d'orientation et de programmation pour la justice » 29

2.5.3. La loi n° 2004 – 806 du 9 août 2004 « relative à la politique de santé publique » 30

2.5.4. La loi n° 2007 – 1545 du 30 octobre 2007 « instituant un Contrôleur Général des lieux de privation de liberté » 30

2.5.5. La loi n° 2008 – 174 du 25 février 2008 « relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental » 30

2.5.6. Le décret n° 2010 – 526 du 20 mai 2010 « relatif à la procédure de sortie immédiate des personnes hospitalisées sans leur consentement » 31

2.6. Les remises en cause de la loi du 27 juin 1990 31

2.6.1. Une succession de rapports 31

2.6.2. Autres constats, avis, recommandations et jurisprudences 36

2.6.3. Trois « coups fatals » 38

3. LA LOI DU 5 JUILLET 2011, ENTRE JUDICIARISATION DES SOINS PSYCHIATRIQUES ET MESURES D'ORDRE SÉCURITAIRE 39
3.1. Contexte : un triple impératif sanitaire, juridique et politique 39
3.1.1. Un impératif sanitaire : définir un cadre légal pour les soins ambulatoires obligatoires et renforcer les droits des patients 39
3.1.2. Un impératif juridique : organiser le contrôle systématique des hospitalisations sans consentement par le JLD 40
3.1.3. Un impératif politique : répondre au « sentiment d'insécurité » 40
3.2. Dispositions du texte définitif 41
3.2.1. Maintien de dispositions préexistantes 41
3.2.2. Huit nouvelles dispositions 42
3.3. Le Juge des Libertés et de la Détention (JLD), acteur central du nouveau dispositif 45
3.3.1. Modalités de saisine du JLD 45
3.3.2. Critères du contrôle du JLD et unification du contentieux de l'HSC 46
3.3.3. Modalités de tenue de l'audience 47
3.3.4. Délai pour statuer et modalités de notification de la décision 47
3.3.5. Recours possibles pour le patient et pour le ministère public 47
4. LÉGISLATION COMPARÉE : LA PLACE DE L'AUTORITÉ JUDICIAIRE DANS LES PROCÉDURES D'HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT À TRAVERS LE MONDE 49
4.1. Europe 49
4.2. Bassin méditerranéen 55
4.2.1. Maghreb 55
4.2.2. Israël 56
4.2.3. Turquie 56
4.3. Amérique du Nord et Commonwealth 57
4.3.1. États-Unis 57
4.3.2. Canada 57
4.3.3. Québec 58
4.3.4. Australie 58
4.3.5. Nouvelle-Zélande 59
4.3.6. Inde 59
4.4. Asie 60
4.4.1. Chine 60
4.4.2. Japon 61
5. CONSIDÉRATIONS PRÉLIMINAIRES 62
5.1. Les justifications médicales de l'HSC 62
5.1.1. Les principes de bienveillance et d'autonomie 62
5.1.2. Le « paternalisme social » et le « paternalisme médical » 63
5.1.3. La « Thank you theory » et la « logique rétrospective » de la contrainte psychiatrique 64
5.2. Débats et controverses autour des justifications médicales de l'HSC 64
5.3. Contraintes légale, objective, perçue et justice procédurale 66
5.3.1. Contrainte légale 66
5.3.2. Contrainte objective 67
5.3.3. Contrainte perçue et pressions positives et négatives 67
5.3.4. La justice procédurale 68
6. LE VÉCU DES PATIENTS DE L'HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT 68
6.1. Méthodologie 69
6.1.1. Identification des articles pertinents 69

6.1.2. Présentation des instruments utilisés dans les études 69
6.2. Le vécu des patients de l'HSC 74
6.2.1. Revue de la littérature 74
6.2.2. Études individuelles 78
6.3. Points de vue des patients sur la justification et les résultats perçus de l'HSC 80
6.3.1. Analyses quantitatives 80
6.3.2. Analyse qualitative : trois points de vue 84
6.3.3. Facteurs associés à la perception de la justification de l'HSC 86
6.4. Connaissance des droits juridiques et opinion des patients sur la procédure d'initiation de l'HSC 88
6.5. Impact psychologique de l'intervention d'une autorité judiciaire dans le cadre de l'HSC 89
6.6. Satisfaction à l'égard des soins et importance de la justice procédurale 92
6.6.1. Satisfaction à l'égard des soins et impact de la contrainte 92
6.6.2. Importance de la justice procédurale pour l'engagement dans un suivi 94
6.7. Impact d'une HSC sur les relations avec la famille, le psychiatre traitant et les perspectives professionnelles 94
6.8. Intégration de l'HSC dans l'histoire de vie 95
6.9. Implications pour la pratique clinique dans le cadre d'une HSC 96
6.9.1. Importance du vécu des premiers jours de l'HSC 96
6.9.2. Améliorations à apporter de la part des professionnels de santé 96
6.9.3. Alternatives à la contrainte proposées par les patients 98
6.10. Synthèse 98

PARTIE 2 : ÉTUDE PERSONNELLE 99

1. OBJECTIFS 99

2. MÉTHODE 99
2.1. Calendrier et lieu de recrutement 99
2.2. Critères d'inclusion 99
2.3. Recueil de données 99
2.3.1. Identification des cas 99
2.3.2. Évaluation 100
2.3.3. Méthode statistique 100

3. RÉSULTATS 101
3.1. Descriptif de l'échantillon 101
3.1.1. Nombre de patients recrutés 101
3.1.2. Caractéristiques socio-démographiques 101
3.1.3. Antécédents d'hospitalisation et connaissance de la nouvelle loi 103
3.1.4. Antécédent de rencontre avec un juge 104
3.1.5. Antécédent carcéral 105
3.2. Conditions de l'hospitalisation actuelle 105
3.2.1. Mode d'admission 105
3.2.2. Mode d'hospitalisation et lieu de l'annonce de la mesure d'HSC 106
3.2.3. Diagnostic principal et abus/dépendance à l'alcool ou à d'autres substances 107
3.2.4. Durées de l'hospitalisation et de la mesure de SSC 107
3.2.5. Délai entre l'audience du JLD et la passation du questionnaire 108
3.3. Organisation de l'audience 108
3.3.1. Informations concernant l'audience 108
3.3.2. Lieu de l'audience 111
3.3.3. Type de Juge 112

3.4. Déroulement de l'audience 113
3.4.1. Accompagnement à l'audience 113
3.4.2. Défense par un avocat 113
3.4.3. Informations apprises durant l'audience et questions posées au JLD 113
3.4.4. Vécu émotionnel de l'audience 115
3.4.5. Contestation de l'HSC 116
3.4.6. Présence d'inconnus 116
3.5. Avis des patients au décours de l'audience 117
3.5.1. Avis des patients concernant la décision du juge 117
3.5.2. Avis des patients sur le lieu de l'audience, son intérêt et son opportunité 118
3.6. Caractéristiques associées au vécu des patients 121
3.6.1. Sentiments éprouvés pendant l'audition 121
3.6.2. Intérêt perçu de l'audience 124

PARTIE 3 : DISCUSSION 125

1. SYNTHÈSE DE L'ÉTUDE PERSONNELLE 125
1.1. Principaux résultats 125
1.1.1. Description de l'échantillon 125
1.1.2. Vécu et compréhension de l'audience 125
1.2. Limites méthodologiques 126
1.3. Interprétation des résultats 127

2. PREMIERS BILANS ET PREMIÈRES PROPOSITIONS DE RÉFORME DE LA LOI DU 5 JUILLET 2011 133
2.1. Présentation des bilans et rapports utilisés 133
2.2. Une « catastrophe évitée » malgré des difficultés lors de l'entrée en vigueur de la loi 135
2.2.1. Des difficultés pratiques du fait d'un manque de concertation et d'anticipation 135
2.2.2. Des difficultés juridiques du fait des « silences » et des contradictions des textes 135
2.2.3. Des difficultés humaines et des contentieux en souffrance du fait du manque de moyens 137
2.3. Premiers bilans statistiques 138
2.4. Les dispositions et pratiques qui font toujours débat et/ou restent sources de difficultés 141
2.4.1. La décision du 20 avril 2012 du Conseil constitutionnel concernant les séjours en UMD et les irresponsables pénaux 141
2.4.2. Les dispositions et pratiques en lien avec l'intervention du JLD 143
2.4.3. Les dispositions et pratiques en lien plus général avec les SSC 147
2.4.4. La question de la formation des professionnels 151
2.5. Les propositions pour remédier à ces situations et pratiques 152
2.5.1. Des dispositions à réformer suite à la décision du Conseil constitutionnel 152
2.5.2. Les dispositions et pratiques en lien avec l'intervention du JLD 153
2.5.3. Les dispositions et pratiques en lien plus général avec les SSC 154
2.5.4. La question de la formation des professionnels 156

3. VERS UNE RÉFORME DE LA LOI DU 5 JUILLET 2011 156

CONCLUSION 159

BIBLIOGRAPHIE 163

ANNEXES 179

SERMENT D'HIPPOCRATE 206

INTRODUCTION

L'objet de ce travail concerne les patients hospitalisés sans consentement et porte plus particulièrement sur leur vécu et leur compréhension de l'une des nouvelles dispositions introduites par la loi du 5 juillet 2011 : le contrôle systématique de toute hospitalisation complète, au travers d'une audition par le Juge des Libertés et de la Détention (JLD). Rappelons, en préalable, que « *donner son consentement, c'est être capable de recevoir une information adaptée, de comprendre et d'écouter, d'exprimer librement sa décision et de maintenir celle-ci dans le temps* » (VACHERON, 2012).

En France, l'hospitalisation sans consentement (HSC) a successivement été régie par la loi dite « ESQUIROL » du 30 juin 1838 (JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE – JORF, 1838) puis par son avatar, la loi du 27 juin 1990 (JORF, 1990). Aux termes de son article 4, cette dernière aurait dû faire l'objet d'une évaluation dans les cinq années suivant sa promulgation. Le « rapport STROHL », élaboré par un groupe national auquel cette tâche a échu, n'a pourtant été remis qu'en 1997 (STROHL et al., 1997) et a été le premier d'une série d'autres rapports, avis et recommandations. De manière concomitante, l'amoncellement de condamnations portées, tour à tour, par la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) (SENON et al., 2012) et par le Conseil constitutionnel, a finalement contraint le législateur à réformer la loi de 1990. Saisis par le biais de deux Questions Prioritaires de Constitutionnalité (QPC), les Sages lui ont, en effet, asséné un « coup fatal », en déclarant inconstitutionnelles plusieurs de ses dispositions, avec une date d'abrogation fixée au 1er août 2011 (DEVERS, 2011 ; COELHO, 2011). Voici donc, ainsi résumés, les tenants et les aboutissants de la loi n° 2011-803 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 »* (JORF, 2011), auxquels il faut ajouter une série d'homicides qui, tous, ont impliqué des personnes souffrant de troubles psychiques, dans le courant des années 2000 (DURAND, 2011).

L'élaboration de ce texte ne s'est pas faite sans heurts et a suscité tantôt doutes et interrogations, tantôt réticences et critiques de la part de l'ensemble des professionnels concernés (DURAND, 2011). Pour preuve, la publication, en mars 2011, d'un communiqué commun de syndicats de psychiatres et de magistrats qui dénonçaient, ensemble, un *« projet de loi rétrograde, injuste et inadapté »* et qualifiaient le dispositif envisagé de *« machinerie infernale »* (INTERSYNDICALE DES PSYCHIATRES PUBLICS et al., 2011).

Toutefois, et comme prévu, l'encadrement judiciaire systématique des mesures d'HSC est devenu effectif le 1er août, date d'entrée en vigueur de la loi. L'une des principales inconnues de l'instauration de ce contrôle juridictionnel était alors son appropriation par les patients. Quel comportement allaient-ils adopter face à ce nouvel interlocuteur ? Comprendraient-ils l'intérêt de

son intervention ? Si oui, parviendraient-ils à s'en saisir et jusqu'à quel point (préparation d'une « défense », assistance d'un avocat…) ? Ne risquaient-ils pas de se trouver anxieux, voire persécutés lors de l'audience ? Quelles seraient les réactions en cas de maintien de l'HSC ? Autant de questions qui, conjuguées aux premières réactions que nous avons observées en unité d'admission (recrudescence d'idées délirantes de persécution, passivité voire indifférence, anxiété massive chez un ancien détenu…), constituent la genèse et le bien-fondé de ce travail de thèse.

Pour répondre à ces interrogations, nous avons mené une revue de littérature qui s'attache, dans un premier temps, à rappeler les principaux textes nationaux et internationaux qui garantissent la jouissance des libertés individuelles. Elle consiste, ensuite, en un historique législatif détaillant le contenu des lois de 1838 et 1990, mais aussi du 15 juin 2000, « acte de naissance » du JLD. Suivent les évolutions législatives et réglementaires puis les remises en cause successives de la loi du 27 juin 1990 qui, toutes, ont concouru à l'élaboration de la loi du 5 juillet 2011. Le contexte qui a présidé à l'introduction de ce texte est également évoqué, de même que les huit nouvelles dispositions qu'il recèle et la place faite au JLD. Nous avons, de plus, réalisé un exposé de législation comparée qui nous a conduit dans une trentaine de pays situés en Europe, sur les bords du bassin méditerranéen, en Amérique du Nord, en Océanie et en Asie, pour y déterminer les conditions de l'intervention éventuelle d'un juge dans le processus d'HSC. Nous avons parachevé cette présentation avec des développements sur le vécu de l'HSC par les patients, incluant la présentation d'une étude de cas portant sur l'impact psychologique de l'audition devant le JLD (VALMY et al., 2012), en nous livrant, au préalable, à quelques considérations préliminaires relatives aux justifications médicales de l'HSC.

Au terme de cette revue de littérature, en raison du caractère récent de cette loi et de son entrée en vigueur, il s'est avéré qu'il n'existe que très peu de données sur notre sujet d'intérêt, ce qui nous a conduit à mener notre propre étude. Ainsi, de juin à novembre 2012, nous avons interrogé une cinquantaine de personnes hospitalisées sans consentement et nous sommes plus particulièrement intéressé à leurs ressentis et à leur compréhension du processus judiciaire avant, pendant et après l'audience. Les caractéristiques des patients associées à un sentiment, durant l'audience, de protection, de mise en accusation ou que « tout était joué d'avance », ont plus particulièrement été recherchées, de même que celles en lien avec l'intérêt perçu de l'audition.

La troisième et dernière partie de ce travail se compose d'une synthèse de notre étude et d'une revue des bilans établis ainsi que des propositions formulées pour remédier aux difficultés constatées dans l'application de la loi. Elle se conclut par la présentation de la récente proposition de loi de M. Denys ROBILIARD, *« relative aux soins sans consentement en psychiatrie »* (LE ROUX et al., 2013), qui doit prochainement être soumise au vote du Parlement et ouvre la voie à une possible réforme de la loi du 5 juillet 2011. Il nous est en effet apparu indispensable d'étudier ces dispositions, dont l'entrée en vigueur retentira nécessairement sur le vécu de l'audition par les patients.

PARTIE 1 : REVUE DE LA LITTÉRATURE

1. INTRODUCTION : SOINS SANS CONSENTEMENT ET GARANTIE DES LIBERTÉS INDIVIDUELLES

Antonin ARTAUD, acteur et écrivain, est hospitalisé en psychiatrie de 1937 à 1946, dans les suites d'un « voyage pathologique ». Les trois dernières années de cet « internement » sont marquées par l'envoi quasi quotidien de lettres à son psychiatre, dans lesquelles il écrira notamment : *« parfaitement sain d'esprit j'étais maintenu interné de par la vilenie humaine, après avoir été interné à la faveur de manœuvres de basse police lesquelles s'appuyaient à leur tour sur les plus répugnantes manœuvres d'envoûtement »* (ARTAUD, 1977). Le vécu de ce patient célèbre illustre une problématique fondamentale en psychiatrie : comment imposer des soins aux malades qui les refusent du fait, le plus souvent, de l'absence de conscience de leurs troubles, tout en garantissant leurs droits fondamentaux, au premier rang desquels la liberté individuelle ?

Cette exigence est fondée sur divers textes de loi dont la Déclaration des droits de l'Homme et du Citoyen de 1789, qui définit le droit à la sûreté au travers de son article 7 : « *nul homme ne peut être accusé, arrêté ni détenu que dans les cas déterminés par la loi et selon les formes qu'elle a prescrites »*. L'article 66 de la Constitution de la V^{ème} République (JORF, 1958) stipule par ailleurs que *« nul ne peut être arbitrairement détenu »* et que « *l'autorité judiciaire, gardienne de la liberté individuelle, assure le respect de ce principe dans les conditions prévues par la loi »* (GAUTIER, 2012).

L'article 4 de la Déclaration des droits de l'Homme et du Citoyen introduit cependant quelques restrictions : *« la liberté consiste à pouvoir faire tout ce qui ne nuit pas à autrui ainsi, l'exercice des droits naturels de chaque homme n'a de bornes que celles qui assurent aux autres membres de la société la jouissance de ces mêmes droits. Ces bornes ne peuvent être déterminées que par la loi »*. Ainsi, les limites à l'exercice des droits et libertés sont représentées par les *« exigences de l'ordre public »* – dont la sauvegarde est un objectif de valeur constitutionnelle – qui intéressent *« tant la police administrative que judiciaire »*. L'élaboration des textes régissant les hospitalisations en psychiatrie a, ainsi, toujours été marquée du sceau de cette dichotomie juridictionnelle, administrative et judiciaire (GAUTIER, 2012).

2. HISTORIQUE : DE L'EMPRISONNEMENT À L'INTERDICTION ET DE LA PRÉÉMINENCE DU POUVOIR ADMINISTRATIF À L'AVÈNEMENT DE LA JUDICIARISATION DES SOINS PSYCHIATRIQUES

L'histoire de la folie est celle de l'exclusion : condamnation à l'exil, voire à mort, des malades mentaux qui menaçaient l'ordre public dans la civilisation grecque, enfermement des « fous » en cas

de danger public pour les Romains, assistance prodiguée par certains ordres religieux au Moyen-âge. Les mesures d'ordre sécuritaire à type de privation de liberté et de mise à l'écart de la société vont persister durant l'Ancien Régime, leur finalité étant de *« protéger la société des "fous" »* et, dans un même temps, de *« protéger les "fous" de la société »* (GAUTIER, 2012).

2.1. Avant la loi de 1838 : prévalence de l'arbitraire et de l'exigence sécuritaire

2.1.1. L'Ancien Régime : l'emprisonnement des « insensés »

La période de l'Ancien Régime est marquée par une volonté d'emprisonnement des « insensés » alors qu'il n'existe aucune législation ni aucun lieu de soins spécifiques. Il en résulte une pratique arbitraire de l'enfermement par le biais des lettres de cachet puis des dépôts de mendicité, la séquestration dans les hôpitaux généraux puis dans des maisons de force et, de façon plus générale, une confusion fréquente entre soins et détention.

2.1.1.1. L'Hôpital Général et le *« degré zéro de l'histoire de la folie »*

En 1961, Michel FOUCAULT publie sa thèse *« Histoire de la folie à l'âge moderne »*. Il y décrit le début d'un *« Grand Renfermement »* dès 1656, marquant, selon lui, le *« degré zéro de l'histoire de la folie »*, suite à la parution de l'édit fondant l'Hôpital général de Paris, sous le règne de Louis XIV.

Destiné à éliminer la mendicité, l'Hôpital général regroupait une population extrêmement diverse dont les « insensés » ne représentaient que 5 à 10% *« parmi les vieillards, les teigneux, les galeux, les épileptiques, les libertins, les prostituées et les vénériens »*. Les mendiants sont alors mis en cause pour *« leur oisiveté, leur dangerosité et leur irréligion »*.

L'afflux de mendiants invalides et les difficultés financières de presque tous les hôpitaux généraux, à la fin du XVII^{ème} siècle, signent rapidement l'échec de l'édit de 1656. Pour POSTEL et QUÉTEL (2004), le *« Grand Renfermement »* a bel et bien existé, mais il daterait plutôt de l'époque ultérieure de la création des maisons de force et, surtout, des dépôts de mendicité.

2.1.1.2. Lettres de cachet et maisons de force

Expression de la *« volonté personnelle du souverain »*, les lettres de cachet étaient des lettres scellées servant à la transmission d'un ordre du Roi sous l'Ancien Régime. Bien qu'elles restent le symbole du pouvoir absolu et de l'arbitraire royal, elles faisaient le plus souvent suite à une demande de la famille (plus de 90% des cas) (POSTEL et QUÉTEL, 2004). En outre, et « *contrairement à ce que l'on a souvent soutenu, les lettres de cachet n'étaient pas prises sans quelques précautions, parfois*

même sans enquête préalable minutieuse », sans, cependant, aucune intervention médicale. À partir de 1780, face à la multiplication des critiques sur le caractère arbitraire de cette pratique, l'administration royale exige une décision préalable d'un juge *« pour faire droit à une demande d'internement d'un insensé »* (BERNARDET, 1998).

Les personnes qui se trouvaient sous le coup d'une lettre de cachet étaient emprisonnées dans une quarantaine de prisons d'État réservées, en principe, aux seuls prisonniers « politiques ». Au XVIII^{ème} siècle, les maisons de force vont se multiplier et se diversifier pour accueillir les nouveaux correctionnaires, parmi lesquels les « insensés » constitueront une proportion constante d'environ 20% (POSTEL et QUÉTEL, 2004).

2.1.1.3. Les dépôts de mendicité

La création des dépôts de mendicité, par arrêt du Conseil d'État le 27 octobre 1767, donne rapidement lieu à un *« vaste programme de constructions »* et permet la *« répression des mendiants valides »* ainsi que l'enfermement des *« nouveaux contingents de correctionnaires et "d'insensés" »*. En 1790, le comité de mendicité estimera que 230 000 individus ont séjourné dans les dépôts entre 1768 et 1789 et que les « insensés » constituaient globalement 10 à 20% de cette population (POSTEL et QUÉTEL, 2004).

2.1.1.4. Une réflexion sur le statut des « insensés » finalement avortée

La deuxième partie du XVIII^{ème} siècle est fortement imprégnée des idées des Lumières et du mouvement philanthropique. Cette philosophie va progressivement contribuer à une réflexion sur le statut des « insensés » et aboutir à l'élaboration de la circulaire de 1785, rédigée par Jean COLOMBIER et François DOUBLET, intitulée *« Instruction sur la manière de gouverner les insensés et de travailler à leur guérison dans les asyles qui leur sont destinés »* (POSTEL et QUÉTEL, 2004). La Révolution éclate quatre ans après et il faudra attendre la loi de 1838 pour que le principe selon lequel les « fous » nécessitent d'être traités dans des lieux spécifiques, selon des modalités appropriées à leur état, soit consacré (CAIRE, 2011).

2.1.2. La période post-révolutionnaire est marquée par un « vide législatif »

La Révolution engendre deux conséquences majeures avec, d'une part, l'abrogation des lettres de cachet et, d'autre part, l'apparition d'un *« vide législatif »*, corollairement aux dispositions des lois de police municipale de 1790 qui confient à l'administration *« le soin d'obvier ou de remédier aux évènements fâcheux qui pourraient être occasionnés par les insensés et les furieux laissés en*

liberté » et prévoient de sanctionner pénalement ceux qui laisseraient *« divaguer des insensés ou des furieux »* (POSTEL et QUÉTEL, 2004).

Cette législation dispose également que l'interdiction des « aliénés » – consistant en une *« mise sous séquestre des biens et des personnes »* – à la demande de la famille ou de l'autorité publique, doit, dans tous les cas, être entérinée par la justice : « *c'est [aux tribunaux] qu'il appartient de déclarer par jugement la démence des individus qui en sont atteints, après les avoir interrogés et après avoir entendu les témoins et fait vérifier leur état par les officiers de santé »* (BERNARDET, 1998). Il s'agit alors d'un dispositif novateur en ce sens qu'il introduit une *« procédure judiciaire contradictoire avec interrogatoire de la personne »* et *« recours à l'expertise médicale »*. Il reflète, pour certains, la double volonté de maintenir l'ordre public et de faire respecter les droits du *« citoyen-aliéné »*, en donnant un caractère légal à son enfermement (GUÉRIN, 1988).

Les principes de l'interdiction seront précisés dans le Code civil de 1804, qui consacre le pouvoir judiciaire, l'ancien article 489 disposant que *« le majeur qui est dans un état d'imbécilité, de démence ou de fureur doit être interdit, même lorsque cet état présente des intervalles lucides »*. Prononcée par le tribunal de première instance, l'interdiction entraîne l'ouverture de la tutelle, l'interdit étant assimilé au mineur, pour sa personne et pour ses biens. En cas d'amélioration ou de guérison, un jugement de mainlevée peut y mettre un terme (POSTEL et QUÉTEL, 2004). L'application de cette législation est rapidement sujette à de *« multiples entorses »*, en lien avec le renforcement des pouvoirs de l'administration qui donne lieu à des retenues en prison et à des placements sur simple demande de la famille ou du préfet, sans jugement d'interdiction (BERNARDET, 1998).

L'introduction du concept d'irresponsabilité pénale au travers de l'article 64 du Code pénal (1810) – *« il n'y a ni crime ni délit si le prévenu était en état de démence dans le temps de l'action ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pas pu résister »* – est, pour POSTEL et QUÉTEL, symptomatique du *« vide législatif »* de la période 1789 – 1838 ; en effet, nonobstant la promulgation de nouvelles lois, le législateur ne va en réalité, selon eux, s'occuper des « aliénés » que pour les interdire, *« les exclure »*, voire, en référence à l'article 64 du Code pénal, *« abolir leur existence »* : *« le fou est littéralement hors la loi »* (POSTEL et QUÉTEL, 2004) et le juge *« très discret »* (GUÉRIN, 1988). ESQUIROL en vient ainsi à réclamer, dès 1832, une *« loi spéciale pour l'internement des aliénés »*, qui permettrait que *« nul individu affecté de maladie mentale ne pourrait être isolé, renfermé, que sur un certificat signé de deux médecins qui constateraient la nécessité de l'isolement »* (BERNARDET, 1998). Les changements successifs de régimes et de politiques et le manque chronique de finances vont, cependant, retarder l'élaboration d'une véritable loi (POSTEL et QUÉTEL, 2004).

2.1.3. La circulaire du 29 juin 1835, « prélude à la discussion de la loi sur les aliénés »

En 1835, Adolphe THIERS, alors ministre de l'Intérieur, adresse une circulaire aux préfets dans laquelle il estime que *« la sûreté publique est souvent compromise par des insensés en état de liberté »*. Il prend cependant acte du fait que les « insensés » indigents ne peuvent être incarcérés dans des prisons et considère que *« de là découle pour l'autorité administrative le devoir, ou plutôt le droit, de demander à la loi et à la société les moyens d'ouvrir aux insensés indigents des asiles où ils puissent recevoir un traitement curatif, si leur maladie est susceptible de guérison, et, dans le cas contraire, les soins et les secours que les infirmes et les vieillards pauvres reçoivent dans nos hospices »*. Ce texte préfigure la discussion de la loi sur les « aliénés », en insistant sur la notion de trouble à l'ordre public, la prééminence de l'autorité administrative et la nécessité d'un traitement ainsi que de lieux de soins spécifiques (POSTEL et QUÉTEL, 2004).

2.2. La loi du 30 juin 1838, une « loi d'assistance » et « de sûreté » accordant la primauté au pouvoir administratif

Le projet de loi sur les « aliénés » est présenté à la Chambre des députés le 6 janvier 1837, par le ministre de l'Intérieur, Adrien-Estienne de GASPARIN. Les discussions et amendements dureront dix-huit mois et le texte sera définitivement adopté le 14 juin 1838, à la majorité de 216 voix contre 6. La loi est promulguée le 30 juin 1838 et régira à la fois l'hospitalisation des « malades mentaux » et leur statut juridique (jusqu'en 1968) durant 152 ans (POSTEL et QUÉTEL, 2004).

2.2.1. Contexte : de l'interdiction des « fous » à la médicalisation de la folie

Le projet d'une loi encadrant les « internements » résulte du concours de plusieurs facteurs :

- politiques, tout d'abord, avec, d'une part, la proclamation de la Déclaration des droits de l'Homme et du Citoyen de 1789 et, d'autre part, le contexte de *« libéralisme réformateur »* de la Monarchie de Juillet qui s'accompagne d'une extension relative des libertés publiques ;
- financier, ensuite, avec la volonté du gouvernement de légiférer sur les dépenses engendrées par l'entretien des « aliénés » indigents ;
- médical, enfin, puisque la fin du XVIII^{ème} siècle est marquée par la naissance de la clinique psychiatrique dont PINEL restera l'une des grandes figures tutélaires (LANDRON, 1995).

PINEL est, en effet, l'un des représentants du courant « aliéniste » qui va questionner le monde de la santé mentale, le replacer dans une dynamique de soin et, finalement, aboutir à une médicalisation de la folie. « L'insensé » accède alors aux statuts de « sujet » et de malade nécessitant des soins, lesquels rendent indispensables la légalisation de l'internement dans des établissements

spécialisés. Fort de leur expérience pratique, les aliénistes, au premier rang desquels FERRUS, FALRET et ESQUIROL, ont largement contribué à l'élaboration de cette législation en formulant des propositions de loi et en constituant une commission chargée de préparer un projet qui aboutira au texte de loi définitif (POSTEL et QUÉTEL, 2004).

2.2.2. Un triptyque légal

La loi du 30 juin 1838 est un triptyque légal, en ce sens qu'elle définit *« l'organisation hospitalière »* territoriale, qu'elle détermine un cadre légal et réglementaire pour *« l'internement des malades mentaux »* et qu'elle inclut des dispositions sur *« la capacité des aliénés internés »* et sur *« la gestion de leurs biens »* (MALHERBE, 2012).

2.2.2.1. Une loi *« d'organisation hospitalière »* territoriale

La loi fixe les règles applicables aux établissements appelés à recevoir des « aliénés ». L'article 1 dispose ainsi que *« chaque département est tenu d'avoir un établissement public spécialement destiné à recevoir et soigner les aliénés, ou de traiter, à cet effet, avec un établissement public ou privé, soit de ce département, soit d'un autre département »*. L'autorité publique exerce la direction des établissements publics et la surveillance des établissements privés (articles 2 et 3), qui sont soumis à autorisation (articles 5 et 6) et doivent faire l'objet de visites régulières de diverses personnalités (préfet, président du tribunal, maire de la commune…) (article 4) (GAUTIER, 2012).

2.2.2.2. Une loi *« sur l'internement des malades mentaux »*

« Loi de police et d'assistance », elle concerne aussi bien la *« dangerosité sociale des patients »* que la *« protection du malade lui-même »* mais, surtout, elle est le premier texte législatif à évoquer les soins des « aliénés » et à soumettre les internements à un *« double contrôle, médical et administratif »* (GAUTIER, 2012). Le député CALEMARD-LAFAYETTE déclarera ainsi : *« Quelle est l'innovation qui donne à elle seule un véritable cachet de grandeur, d'humanité à la loi nouvelle ? C'est qu'alors que le gouvernement use du droit que personne ne veut lui contester de séquestrer l'aliéné dangereux, il s'impose en même temps l'obligation de le faire traiter »* (LANDRON, 1995).

2.2.2.3. Une loi *« relative à la capacité des aliénés internés et à la gestion »* des biens

La loi lie la *« protection des intérêts civils »* à « l'internement » et prévoit que, dès le « placement » dans un établissement public, « l'aliéné » sera pourvu d'un *« administrateur provisoire légal »* dont les fonctions prendront fin *« dès la sortie du malade »* (articles 31 à 39) (GAUTIER, 2012).

2.2.3. Deux modes de placement

2.2.3.1. Le placement « volontaire »

Les modalités du placement « volontaire » (PV) sont définies par les articles 8 à 17 (JORF, 1838). La mesure fait suite à une demande de l'entourage, *« dans l'intérêt du malade, sous les conditions que l'état d'aliénation et la nécessité de l'enfermement soient médicalement établis »* par un praticien extérieur à l'établissement d'accueil. Le PV est *« prononcé par le directeur de l'établissement »*, après production d'un certificat médical de 24 heures, *« sous le contrôle de l'autorité publique qui vérifie la régularité de la procédure »* (article 8). Un nouveau certificat doit être adressé au préfet dans les quinze jours suivant l'admission (article 11) puis tous les mois (article 12).

La levée du PV relève d'une décision médicale (article 13) ou peut être requise par le curateur ou les proches du patient ; le médecin peut, toutefois, s'opposer à une sortie sans guérison s'il juge que *« l'état mental du malade pourrait compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes »*. Il doit, dès lors, en informer le maire (article 14) et le préfet pourra, le cas échéant, ordonner le maintien en placement d'office (PO) de l'intéressé (article 21) (GAUTIER, 2012).

2.2.3.2. Le placement d'office

Les modalités du placement d'office sont définies par les articles 18 à 24 (JORF, 1838). Décidé par l'autorité publique *« dans l'intérêt de l'ordre et la sécurité publics »*, le PO est régi par des *« conditions bien moins exigeantes »* que le PV, le préalable de l'examen médical du sujet n'étant, cette fois, pas exigé. Le maintien du PO est conditionné par la transmission semestrielle d'un certificat médical au préfet qui ordonnera sa maintenue ou la sortie (article 20). Fait important, la loi précise que *« dans aucun cas, les aliénés ne pourront être ni conduits avec les condamnés ou les prévenus, ni déposés dans une prison »* (article 24) (GAUTIER, 2012).

2.2.4. Un recours judiciaire théorique face à un pouvoir administratif tout puissant

Cette loi consacre donc le rôle central de l'administration (municipale, hospitalière, préfectorale) dans le système « d'internement ». Le choix de positionner le préfet, représentant du pouvoir exécutif, au cœur du dispositif a été décrié pendant des décennies car cela constitue, de fait, une atteinte au principe de séparation des pouvoirs, au sens de MONTESQUIEU, selon lequel *« il n'y a point encore de liberté si la puissance de juger n'est pas séparée de la puissance législative et de l'exécutrice »* (1748). Le législateur a cependant prévu plusieurs garanties pour les personnes « placées », dont la possibilité d'un recours judiciaire. Nous allons à présent détailler ces trois points.

2.2.4.1. Un pouvoir administratif tout puissant

La consécration du pouvoir administratif est illustrée par son omniscience, voire son omnipotence, puisque le préfet est *« informé de toutes les procédures de PV »* et qu'il demeure *« décisionnaire des mesures de PO »*. Pour ses détracteurs, ce choix introduit une régression par rapport au socle légal antérieur, puisque les lois de 1790 n'accordaient aux décisions du maire qu'un caractère provisoire et que la mesure définitive reposait sur le jugement d'interdiction. Très critique à l'égard du projet de loi, le député ISAMBERT estime ainsi, lors des débats, qu'il consiste à *« substituer l'interdiction administrative à l'interdiction judiciaire »* avec, cependant, des garanties moindres, le préfet n'ayant l'obligation ni de solliciter un avis médical, ni de notifier la décision à l'intéressé (GAUTIER, 2012).

À l'époque, certains se positionnent donc plutôt en faveur des principes qui ont présidé à l'élaboration des lois de 1790 et militent pour une intervention administrative dont la portée ne serait que *« provisoire »*, afin d'assurer la sûreté publique, dans l'attente d'un *« contrôle judiciaire »* systématique, qui viendrait entériner le placement. La décision qui a finalement été arrêtée a été largement inspirée par les aliénistes, argumentant, comme ESQUIROL, que *« l'autorité administrative agit avec promptitude et discrétion ; s'il est possible qu'elle s'égare, ses erreurs sont soumises au contrôle de l'autorité judiciaire. Celle-ci, par la lenteur et la solennité de ses formes, manque aux conditions les plus favorables aux aliénés, à la promptitude dans l'exécution des mesures et au secret en divulguant l'état des malades »*. FALRET précise cependant que *« la loi a […] accordé le droit de placement aux préfets et non aux maires, comme nous le demandions »*. Cette préférence pour l'autorité préfectorale s'explique probablement par la *« volonté centralisatrice de l'époque »* et par l'objectif de parvenir à une *« application uniforme de la loi »* (GAUTIER, 2012).

2.2.4.2. Les garanties prévues par le législateur

Les garanties prévues par le législateur se déclinent en fonction de la modalité de placement puisque chacune d'elle est assortie de dispositions visant à préserver la liberté individuelle. Ainsi, en cas de PV, deux certificats médicaux sont exigés : à l'admission puis dans les 24 heures (article 8). Le préfet est, par ailleurs, tenu de rendre compte du placement auprès des procureurs du Roi des arrondissements *« du domicile de la personne placée »* et *« de situation de l'établissement d'accueil »* (article 10). De plus, l'enfermement n'est envisagé que comme un moyen de prendre en charge les épisodes aigus, comme en témoignent l'exigence d'un certificat initial datant de moins de quinze jours (article 11), l'obligation pour le médecin de *« consigner […] les changements survenus dans*

l'état mental » de façon régulière (article 12) et la possibilité de sortie requise *« avant même que les médecins aient déclaré la guérison »* (article 14) (GAUTIER, 2012).

En cas de PO, la loi indique que *« les ordres des préfets seront motivés et devront énoncer les circonstances qui les auront rendus nécessaires »* (article 18). Elle prévoit également le suivi du maintien en PO avec la production régulière d'un *« rapport rédigé par le médecin de l'établissement sur l'état de chaque personne qui y sera retenue »* à destination du préfet (article 20) et, comme pour les PV, les procureurs du Roi doivent être informés de tous les ordres de PO (article 22) (GAUTIER, 2012).

Enfin, l'organisation de visites régulières des établissements par diverses personnalités (article 4), la définition de sanctions pénales pour les directeurs ou les médecins qui ne respecteraient pas la loi (article 41) et la possibilité d'un recours judiciaire (article 29) représentent tout autant de protections théoriques contre le risque d'internement arbitraire (GAUTIER, 2012).

2.2.4.3. La possibilité d'un recours judiciaire

De manière générale, deux juges sont fondés à statuer dans le domaine des placements : le juge administratif – puisque la décision « d'internement » est prononcée par une autorité administrative (hospitalière pour un PV, préfectorale pour un PO) – et le juge judiciaire, constitutionnellement désigné comme gardien de la liberté individuelle. Les contours de cette *« dichotomie de la compétence juridictionnelle »* ont été reprécisés par le Conseil d'État, en 1911 : *« si le juge administratif est compétent pour connaître de la régularité de la décision qui ordonne un internement dans un établissement psychiatrique »* (régularité formelle ou légalité externe)*, « il n'appartient qu'à l'autorité judiciaire […] d'apprécier la nécessité de cette mesure et les conséquences qui peuvent en résulter »* (légalité interne) (BERNARDET, 1998).

Dans le cadre de la loi du 30 juin 1838, et bien que le principe de « judiciarisation » du placement n'ait pas été retenu, l'article 29 explicite la possibilité de saisir le juge de l'ordre judiciaire pour contester le placement : *« toute personne placée ou retenue dans un établissement d'aliénés, son tuteur, si elle est mineure, son curateur, tout parent ou ami, pourront, à quelque époque que ce soit, se pourvoir devant le tribunal du lieu de situation de l'établissement qui, après les vérifications nécessaires, ordonnera, s'il y a lieu, la sortie immédiate. Les personnes qui auront demandé le placement, et le procureur du Roi, d'office, pourront se pourvoir aux mêmes fins. Dans le cas d'interdiction, cette demande ne pourra être formée que par le tuteur de l'interdit. La décision sera rendue, sur simple requête, en chambre du conseil et sans délai ; elle ne sera point motivée »* (JORF, 1838). Cette disposition est en adéquation avec l'article 4 de la Charte constitutionnelle du 14 août 1830, selon lequel la liberté individuelle *« est également garantie, personne ne pouvant être*

poursuivi ni arrêté que dans les cas prévus par la loi et dans la forme qu'elle prescrit » (GAUTIER, 2012).

Dans la pratique, la tâche du juge judiciaire est singulièrement compliquée. Du fait même, d'abord, que *« la question posée devant le tribunal n'est jamais, en définitive, qu'une question de diagnostic médical »* et donc, que le juge doive *« recourir à l'expertise pour apprécier si l'intervention est ou non justifiée »* puis *« qu'il se contentera, dans l'immense majorité des cas, de contresigner [le diagnostic] qui aura été porté par le médecin appelé à l'assister »* (GUÉRIN, 1988). Tâche compliquée, également, pour des raisons juridiques, la loi des 16 – 24 août 1790 précisant que *« les fonctions judiciaires sont distinctes et demeureront toujours séparées des fonctions administratives »* et, surtout, que *« les juges ne pourront, à peine de forfaiture, troubler, de quelque manière que ce soit, les opérations des corps administratifs, ni citer devant eux les administrateurs pour raison de leurs fonctions »*. C'est pour cette raison que la décision est rendue *« en chambre du conseil »*, c'est-à-dire à huis clos, et n'est *« pas motivée »*. En 1855, le Conseil d'État ajoutera que la décision préfectorale de PO est *« un acte de police administrative qui n'est susceptible d'aucune appréciation par la voie contentieuse »* (BERNARDET, 1998).

Marie-Pierre CHAMPENOIS-MARMIER et Jean SANSOT (*in* BERNARDET, 1998) concluront ainsi, en 1983, à la *« très grande ineffectivité »* de ce dispositif, à l'appui d'une étude menée entre 1974 et 1978 et qui a montré que 50 sorties judiciaires seulement sont prononcées chaque année pour 60 000 décisions de placement (et 300 saisines annuelles). Ces résultats confirment les craintes du député ISAMBERT, exprimées un siècle et demi plus tôt : *« comment se flatter qu'il n'y aura pas d'abus, quand il n'y a pas de responsabilité réelle ; quand la plainte sera impuissante ; quand les tribunaux, convaincus de l'abus de pouvoir, ne pourront accorder aucune réparation et seront peut-être même paralysés dans leur action par des refus de communication de pièces ; quand les malheureux n'auront pas de familles qui s'intéressent à eux ? […] Et l'on vient vous dire que rien n'est à craindre, que la vigilance des tribunaux suffirait pour déjouer une trame perfide, quand ces tribunaux peuvent n'être saisis d'aucune plainte, quand les maisons où les individus auront été enfermés ne relèveront que de l'administration, quand l'ordre administratif pourra n'être pas même notifié et demeurera secret »* (BERNARDET, 1998).

2.2.5. Évolutions, tentatives d'aménagements et nécessité d'une réforme

A la fin des années 1880, un projet de révision de la loi prévoyait, entre autres, le placement définitif sur décision judiciaire : *« le tribunal statuera, d'urgence, en chambre du conseil, sur la maintenue ou la sortie de la personne placée »* ; la fin de la législature ne permit pas son examen par les députés (GAUTIER, 2012). Une autre tentative de réforme, entreprise dans le cadre du centenaire

de la loi de 1838, en 1937, portait notamment en son sein la reconnaissance du *« placement spontané »*, prélude à l'hospitalisation libre ; la survenue de la Seconde Guerre mondiale en eut finalement raison (AYME, 1990).

Le texte initial a cependant été progressivement aménagé (CAROLI et MERCUEL, 1993) par :

- La circulaire du 4 juin 1957 (réglementation des sorties d'essai) ;
- La loi du 3 janvier 1968 *« portant réforme du droit des incapables majeurs »* (dissociation de la mesure « d'internement » du régime de protection des biens et des personnes) ;
- La loi *« Sécurité et liberté »* du 2 février 1981, qui introduit la nécessité de statuer *« en la forme des référés »*, édicte le principe du *« débat contradictoire devant le juge libérateur »* et supprime l'interdiction faite aux juges de motiver leurs décisions ;
- Les lois des 25 juillet et 31 décembre 1985 (légalisation du secteur).

En ce qui concerne les recours en justice, BERNARDET (1998) estime que le *« contrôle de la régularité formelle »* par le juge administratif n'a réellement pu être mis en œuvre qu'à partir du milieu des années 80 et que le *« contrôle d'opportunité »* par le juge judiciaire ne s'est développé qu'à la fin de cette même décennie du fait, en particulier, de ce clivage juridictionnel : *« le dualisme juridictionnel a, ici, largement fait obstacle à l'accès au juge en rendant notamment difficilement identifiable celui compétent pour connaître du préjudice né de telles illégalités. C'est ainsi que ce contentieux de l'hospitalisation psychiatrique a été pratiquement paralysé durant près d'un siècle et demi »*. S'il souligne les apports de la loi *« Sécurité et liberté »*, en particulier celui de citer l'administration à comparaître dans le cadre du débat contradictoire, il plaide pour *« l'unification du contentieux de l'atteinte à la liberté individuelle en psychiatrie, au profit du judiciaire »*.

Malgré ces évolutions, la nécessité d'une réforme devient inéluctable avec la parution de la Recommandation R(83)2, adoptée par le Comité des ministres du Conseil de l'Europe le 22 février 1983, portant sur la *« protection juridique des personnes atteintes de troubles mentaux et placées comme patients involontaires »* et à laquelle les États membres sont invités à se conformer (CONSEIL DE L'EUROPE, 1983). Si le choix de l'autorité détentrice du pouvoir d'internement y est présenté comme indifférent, ce texte prévoit que *« le patient doit être immédiatement informé de ses droits »* et que *« lorsque la décision est prise par un organe judiciaire, ou lorsqu'un recours est formulé devant une autorité judiciaire contre la décision de placement d'un organe administratif […], le patient doit avoir l'occasion effective d'être entendu par un juge personnellement »*. Les dispositions prévues par la loi de 1838 se trouvent alors battues en brèche ce qui, conjugué aux progrès thérapeutiques et aux évolutions du système de santé mentale (sectorisation, développement de l'hospitalisation libre…), démontre son incontestable obsolescence. Un siècle et demi après son entrée en vigueur, HORASSIUS (1992) estime ainsi que *« les grandes faiblesses de la loi de 1838 appelant réforme relèvent de son grand âge et de la caducité des idées qui ont présidé à son élaboration »*.

2.3. La loi n° 90-527 du 27 juin 1990, une « loi de transition »

2.3.1. Contexte : l'évolution des connaissances a conduit à un changement de paradigme

À l'époque de l'élaboration de la loi du 30 juin 1838, le paradigme en vigueur consistait à situer la « folie » comme une entité, conséquence d'une maladie spécifique, « l'aliénation mentale », et à recourir à l'isolement pour la traiter. Cent cinquante-deux ans plus tard, l'évolution thérapeutique et, de façon générale, des prises en charge, rend nécessaire l'adaptation du cadre législatif dont la légalisation des sorties d'essai.

De fait, la loi du 27 juin 1990 se caractérise d'abord par une évolution sémantique, puisqu'il n'est plus question « d'aliénés », mais de *« personnes atteintes de troubles mentaux »*, ni de « placement », mais *« d'hospitalisation »*, dans cette loi *« relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation »* (articles L. 3211-1. à L. 3223-3 du Code de Santé Publique, CSP) (GAUTIER, 2012). Autre changement notable, la présentation du texte au Parlement est effectuée par le ministre de la Santé, Claude ÉVIN, et non par le ministre de l'Intérieur, signe que *« la loi de 1990 n'est pas une loi de police où primeraient les impératifs de sécurité »* et que l'accent est davantage porté sur la logique sanitaire (LOPEZ et al., 2005). Toutefois, les avis divergent sur ce point, certains estimant au contraire qu'elle *« a été conçue comme une nouvelle loi de police et non comme une loi d'orientation en matière de santé mentale »* (DESCHAMPS, 1992).

2.3.2. Un principe directeur : la promotion ou, à défaut, la garantie des droits des personnes hospitalisées

Ce nouveau texte est sous-tendu par la volonté de promouvoir les droits des patients hospitalisés librement et de les garantir en cas d'HSC. Certains droits, tels qu'émettre ou recevoir du courrier, communiquer avec les autorités, exercer son droit de vote, se livrer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix, sont donc reconnus comme inaliénables. Il en est de même pour consulter le règlement intérieur de l'établissement et recevoir les explications qui s'y rapportent, saisir la Commission Départementale des Hospitalisations Psychiatriques (CDHP, cf. *infra*) ou, encore, prendre conseil auprès d'un médecin ou d'un avocat de son choix (JORF, 1990).

2.3.3. Trois modes d'hospitalisation pour limiter les restrictions aux libertés individuelles

2.3.3.1. L'hospitalisation libre (HL), mode d'hospitalisation *« normal »*

L'HL est consacrée comme le mode d'hospitalisation *« normal »* puisque ces patients bénéficient *« des mêmes droits liés à l'exercice des libertés individuelles que ceux qui sont reconnus aux malades hospitalisés pour une autre cause »*. Il ne s'agit, en réalité, que d'une officialisation puisque le « placement libre » existait déjà dans certains centres (POSTEL et QUÉTEL, 2004).

2.3.3.2. Les hospitalisations sans consentement sont l'exception

La loi du 27 juin 1990 maintient la dualité du texte précédent ainsi que la compétence administrative : préfectorale et municipale pour l'hospitalisation d'office (HO), hospitalière pour l'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT). L'HSC n'est plus envisagée que comme une *« mesure de protection justifiée par la nécessité de soins »* et les restrictions faites aux libertés individuelles des patients doivent être *« limitées uniquement à celles nécessaires par leur état de santé et par la mise en œuvre de leur traitement »* (article L. 3212-2 du CSP).

Cette exigence est assortie de garanties supplémentaires par rapport à la loi de 1838, et ce, pour chacune des deux modalités d'HSC. Pour l'HDT, régie par l'article L. 3212-1 du CSP, un deuxième certificat médical initial est désormais nécessaire, sauf dans la procédure d'urgence, dite de *« péril imminent »* (article L. 3212-3) (GAUTIER, 2012). L'HO, régie par l'article L. 3213-1 du CSP, est destinée aux patients *« dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte à l'ordre public »*. Le principal apport, ici, est la motivation obligatoire de l'arrêté préfectoral, sur la base d'un certificat médical circonstancié rédigé par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil ; cette nécessité n'existe pas en cas de *« danger imminent pour la sûreté des personnes »*, où l'urgence peut être *« attestée par un avis médical ou, à défaut, par la notoriété publique »* (article L. 3213-2 du CSP) (GAUTIER, 2012). Les procédures d'urgence ne revêtent cependant qu'un caractère provisoire et l'arrêté du maire (ou la décision du commissaire de police) n'est valable que 48 heures et doit être transmis au préfet dans les 24 heures (DUPONT, 2004).

Les sorties d'essai qui, jusque-là, ne faisaient l'objet que d'une simple circulaire (celle du 4 juin 1957) sont légalisées avec l'objectif affiché *« de favoriser la guérison, la réadaptation et la réinsertion sociale »*. Elles sont obligatoirement assorties d'une surveillance médicale et s'accompagnent, la plupart du temps, d'une astreinte au traitement, bien que le fondement de celle-ci ne soit pas clairement précisé par la loi (LOPEZ, 2005).

Dernier point, la loi du 27 juin 1990 introduit la possibilité de transformer une HDT en HO sur la base des articles L. 3212-9 (possibilité, pour le médecin, d'avertir le préfet lorsque les indications d'HO sont remplies) et L. 3213-6 (possibilité, pour le préfet, de prendre un arrêté provisoire d'HO). La conjonction de ces deux dispositions est utile *« dans l'hypothèse d'une réserve émise à la levée d'une HDT »* et permet ainsi d'y surseoir temporairement (GAUTIER, 2012).

2.3.4. Création des Commissions Départementales des Hôpitaux Psychiatriques (CDHP)

Les CDHP sont des commissions pluridisciplinaires composées d'un magistrat, d'un psychiatre et de deux *« personnalités qualifiées »* (un psychiatre et un représentant d'une association de familles de patients). Elles sont *« chargées d'examiner la situation des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux au regard du respect des libertés individuelles et de la dignité des personnes »*. Pour assurer cette mission, elles sont systématiquement informées des HSC (mais aussi de tout renouvellement et de toute levée d'hospitalisation), visitent régulièrement les établissements psychiatriques, procèdent à la vérification des procédures, reçoivent les réclamations des personnes hospitalisées et peuvent saisir le procureur, ou le préfet, sur la situation de certaines d'entre elles. Elles ont également la possibilité de *« proposer, si nécessaire, au président du TGI […] d'ordonner la sortie immédiate de toute personne hospitalisée sans son consentement »*. Enfin, leur est assignée la tâche de produire un bilan annuel sur l'utilisation des procédures d'hospitalisation en urgence et d'établir un rapport annuel de leur activité (GAUTIER, 2012). Faute de moyens, il faudra plus de deux ans pour qu'elles se mettent en place dans tous les départements (HORASSIUS, 1992).

2.3.5. Le choix de l'autorité administrative a priori et le renforcement du contrôle judiciaire a posteriori

Si le pouvoir administratif n'est pas remis en cause et que le juge judiciaire reste fondé à apprécier la justification de la privation de liberté, son intervention n'est pas systématique et demeure un recours. Pour Philippe BERNARDET (1998), *« le seul apport de la réforme est, en ce domaine, d'avoir prévu que le président du TGI pouvait se saisir d'office, à tout moment, pour ordonner qu'il soit mis un terme à l'HSC »*, ce qui constitue un renforcement du contrôle judiciaire. Jean-Louis GAUTIER (2012) y ajoute la modification de l'ordre des articles au sein du CSP, avec comme conséquence que, désormais, le droit de se pourvoir par simple requête devant le président du TGI figure *« en tête de la loi »*, avant même les dispositions relatives aux modalités d'hospitalisation. Selon Jean-Charles PASCAL (1992), la loi du 27 juin 1990 introduit un *« équilibre »* entre *« des mesures administratives a priori et un contrôle judiciaire a posteriori »*. Au total, les voies de recours ouvertes aux patients, et dont ils doivent être informés lors de la notification de la

décision d'hospitalisation, sont la possibilité de saisine de la CDHP, de pourvoi devant le président du TGI et de recours auprès du préfet ou du tribunal administratif (DUPONT, 2004).

Par sa décision du 17 février 1997, le Tribunal des conflits, chargé de déterminer la répartition des compétences entre les juridictions judiciaire et administrative en cas de conflit (VIE PUBLIQUE, 2012), a élargi celles du juge judiciaire. Si elle maintient le dualisme juridictionnel, cette décision précise en effet que le juge de l'ordre judiciaire est *« compétent pour statuer sur les conséquences dommageables de l'ensemble des irrégularités commises à l'occasion ou à la suite de la mesure de placement d'office »*, position qui sera validée par le Conseil d'État au travers de l'arrêt du 28 juillet 2000. La décision du 27 décembre 2001 de la Cour administrative d'appel de Marseille ira, par la suite, dans le même sens pour les HDT (GAUTIER, 2012). En pratique, cela signifie qu'une fois l'illégalité constatée par le juge administratif – lequel ne peut ordonner de sortie immédiate de l'établissement –, seul le juge judiciaire est à même de statuer sur les *« conséquences dommageables »* et de se prononcer sur *« l'indemnisation du préjudice »* (BERNARDET, 1998).

En conclusion, sans apporter de modification fondamentale à l'esprit de la « loi ESQUIROL », la loi du 27 juin 1990 permet une mise en conformité aux exigences du droit européen en définissant des garanties supplémentaires contre l'arbitraire, au premier rang desquelles la précision des droits des personnes hospitalisées sans consentement et la création d'organes de contrôle des HSC, les CDHP (DUBOUIS, 1992). Elle fait, cependant, rapidement l'objet de critiques du fait de la complication des procédures (BOURGEOIS et al., 1991 ; AUSSEILL et al., 1992), du manque d'efficacité supposé des CDHP et, surtout, de la confirmation du choix de l'autorité administrative *a priori* et du seul renforcement du contrôle judiciaire *a posteriori* (RAGER et al., 1991). Nombre de professionnels perçoivent alors ce texte comme *« décevant sinon […] rétrograde en matière de santé publique »* et estiment qu'une loi générale d'orientation sur la santé mentale s'avère indispensable (HORASSIUS, 1992).

La lecture des articles de l'époque illustre bien ces attentes déçues : qualifiée, par les uns, de *« simple lifting »* (BOURGEOIS et al., 1991), de *« toilettage »* (AUSEILL, 1992) ou, encore, de *« ravalement »* (DUBOUIS et al., 1992), elle ne constitue, pour les autres, qu'un *« texte au souffle court »* suscitant des commentaires ironiques : *« pourquoi pas revenir au traitement moral et badigeonner les murs de l'asile à la peinture fluo ? »* (RAGER et al., 1991). D'autres réflexions témoignent de l'espoir d'une évolution législative, telle celle de Jean-Charles PASCAL (1992) qui ne conçoit la loi du 27 juin 1990 que comme une *« loi de transition »* vers une *« judiciarisation totale »*, système dont les Belges ont fait le choix, vingt-quatre heures plus tôt, en adoptant la loi du 26 juin 1990. À partir de l'an 2000, le contrôle judiciaire des HSC va revenir au Juge des Libertés et de la Détention, ou JLD.

2.4. La loi n° 2000-516 du 15 juin 2000 « renforçant la protection de la présomption d'innocence et les droits des victimes », acte de naissance du Juge des Libertés et de la Détention

Créé par la loi du 15 juin 2000, le JLD est un magistrat *« du siège »* – c'est-à-dire qu'il *« [dit] le droit en rendant des décisions de justice »*, par opposition aux magistrats *« du parquet »* (les procureurs), qui *« ont pour fonction de requérir l'application de la loi »* – du Tribunal de Grande Instance (TGI) (VIE PUBLIQUE, 2012).

2.4.1. Les attributions et compétences du JLD

Comme son intitulé l'indique, les attributions du JLD relèvent de deux domaines :

- en matière de détention, il possède une compétence pour ordonner ou prolonger la détention provisoire, encadrer des obligations du contrôle judiciaire et statuer sur les *« demandes de mises en liberté auxquelles le juge d'instruction n'a pas fait droit »* (VIE PUBLIQUE, 2012) ;
- en matière de protection de la liberté individuelle, il est chargé de l'autorisation de certaines perquisitions ou prolongations exceptionnelles de gardes à vue. Il statue, au-delà d'un certain délai, sur le maintien des étrangers en situation irrégulière en zone d'attente et en rétention administrative (SERVICE PUBLIC, 2013). Le JLD intervient également dans le contrôle des HSC (VIE PUBLIQUE, 2012).

2.4.2. Le contrôle des soins psychiatriques contraints par le JLD

L'article 49 de la loi du 15 juin 2000 a substitué le JLD au président du TGI et l'article L. 3211-12 dispose désormais qu'une *« personne hospitalisée sans son consentement […] ou une personne susceptible d'agir dans l'intérêt du malade […] peuvent, à quelque époque que ce soit, se pourvoir par simple requête devant le JLD du TGI du lieu de la situation de l'établissement qui, statuant en la forme des référés après débat contradictoire et après les vérifications nécessaires, ordonne, s'il y a lieu, la sortie immédiate. Une personne qui a demandé l'hospitalisation ou le procureur de la République, d'office, peut se pourvoir aux mêmes fins. Le JLD peut également se saisir d'office, à tout moment, pour ordonner qu'il soit mis fin à l'HSC »*. Ainsi, il incombe au JLD la tâche de déterminer la nécessité des soins et, pour ce faire, il peut se faire remettre un certificat de situation actualisé, s'appuyer sur les éléments du dossier médical ou, encore, ordonner une expertise médicale (GAUTIER, 2012).

2.4.3. Un recours peu fréquent

Selon LOPEZ et al. (2005), le recours au juge est peu fréquent puisque *« compte tenu du nombre de TGI (181), chaque JLD n'est saisi, au titre des HSC, que deux à trois fois par an »*. Ils attribuent cette situation à la méconnaissance des patients des modalités du contrôle juridictionnel.

2.5. Les évolutions législatives et réglementaires

Lors de l'élaboration de la loi du 27 juin 1990, les députés ont pris soin de préciser, dans le texte, qu'elle devrait faire l'objet d'une évaluation dans les cinq années suivant sa promulgation. Ce sera l'objet du « rapport STROHL » et des diverses missions qui suivront (cf. *infra*). En parallèle, et alors que les propositions de réformes s'accumulent, plusieurs lois et décrets vont venir amender cette législation, la première étant la loi du 4 mars 2002 (COELHO, 2011).

2.5.1. La loi n° 2002 – 303 du 4 mars 2002 « relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé »

La loi du 4 mars 2002 traite de toute pratique médicale. Elle rappelle, de façon générale, la primauté du consentement ainsi que l'importance du droit à l'information et définit, à cet effet, le statut de *« personne de confiance »*. Plusieurs de ses dispositions se rapportent aux hospitalisations en psychiatrie : précision sur l'indication d'HO – qui sera désormais prononcée pour les malades qui *« compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, **de façon grave**, à l'ordre public »* –, élargissement de la composition de la CDHP – avec l'ajout de deux membres supplémentaires (un médecin généraliste et un représentant d'association d'usagers) –, légalisation des sorties de moins de douze heures accompagnées par un soignant (JORF, 2002, *in* COELHO, 2011).

2.5.2. La loi n° 2002 – 1138 du 9 septembre 2002 « d'orientation et de programmation pour la justice »

La loi du 9 septembre 2002 définit les conditions d'hospitalisation des personnes détenues souffrant de troubles psychiques, laquelle, libre ou sans consentement, est *« réalisée dans un établissement de santé, au sein d'une unité spécialement aménagée »* (JORF 2002, *in* COELHO, 2011).

2.5.3. La loi n° 2004 – 806 du 9 août 2004 « relative à la politique de santé publique »

La loi du 9 août 2004 vient combler un *« vide juridique »* qui portait sur la question des conditions de transport à l'hôpital des personnes faisant l'objet d'une HSC. Elle établit, désormais, qu'il est *« assuré par un transporteur sanitaire agrée »* et qu'il n'est possible, en cas d'HDT, *« qu'après l'établissement d'au moins un certificat médical et la rédaction de la demande d'admission »* (JORF, 2004, *in* COELHO, 2011).

2.5.4. La loi n° 2007 – 1545 du 30 octobre 2007 « instituant un Contrôleur Général des lieux de privation de liberté »

Le Contrôleur Général des lieux de privation de liberté (CGLPL) est une autorité administrative indépendante. Sa création, au travers de la loi du 30 octobre 2007 (JORF, 2007), est consécutive à la ratification, par la France, du protocole facultatif se rapportant à la *« Convention contre la torture et autres peines et traitements cruels, inhumains et dégradants »*, adopté par l'Assemblée générale des Nations-Unies le 18 décembre 2002 (cglpl.fr, 2013).

Le CGLPL est chargé *« de contrôler les conditions de prise en charge et de transfèrement des personnes privées de liberté, afin de s'assurer du respect de leurs droits fondamentaux »*. Il peut, à cet effet, de son propre chef ou sur saisine, *« visiter à tout moment […] tout lieu où des personnes sont privées de leur liberté par décision d'une autorité publique, ainsi que tout établissement de santé habilité à recevoir des patients hospitalisés sans leur consentement »*. Ces déplacements font l'objet de rapports de visite et de recommandations, adressés au(x) ministre(s) concerné(s), ainsi que d'un rapport d'activité annuel remis au Président de la République et au Parlement (JORF, 2007, *in* cglpl.fr).

2.5.5. La loi n° 2008 – 174 du 25 février 2008 « relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental »

La loi du 25 février 2008 écarte les sujets souffrant de troubles graves de la personnalité du champ de l'irresponsabilité pénale et prévoit – pour ceux qui auront été *« condamnés à une peine de réclusion criminelle d'une durée égale ou supérieure à quinze ans »* –, qu'une rétention de sûreté (placement dans un centre socio-médico-judiciaire) puisse être instaurée en cas de *« particulière dangerosité caractérisée par une probabilité très élevée de récidive »* (JORF, 2008, *in* GAUTIER, 2012).

Par ailleurs, elle introduit une nouvelle procédure d'HO pour les personnes ayant bénéficié d'une irresponsabilité pénale au titre de l'article L. 122-1 du Code de procédure pénale (abolition ou altération, du discernement ou du contrôle des actes, en rapport avec un trouble psychique ou

neuropsychique), au travers de la modification de l'article L. 3213-7 du CSP. Dans cette situation, *« lorsque les autorités judiciaires estiment que l'état mental d'une personne […] nécessite des soins et compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte, de façon grave, à l'ordre public, elles avisent immédiatement le représentant de l'État »* et la CDHP : on parle de « HO judiciaire » (JORF, 2008, *in* COELHO, 2011).

2.5.6. Le décret n° 2010 – 526 du 20 mai 2010 « relatif à la procédure de sortie immédiate des personnes hospitalisées sans leur consentement »

Le décret du 20 mai 2010 précise que, conformément à la *« jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'Homme »* et aux *« exigences de "bref délai" »*, le JLD est désormais tenu de statuer *« dans un délai de douze jours à compter de l'enregistrement de la requête au greffe […], vingt-cinq jours dans l'hypothèse où une expertise est ordonnée »*. Ces mêmes délais sont également valables en cas d'appel (JORF, 2010, *in* COEHLO, 2011).

Ces évolutions législatives et réglementaires ont permis de parachever la loi du 27 juin 1990 dans le sens de la promotion et de la garantie des droits des malades mais aussi de rendre plus effectif le contrôle des conditions d'hospitalisation au regard du respect des libertés individuelles et de la dignité des personnes souffrant de troubles psychiques (LOPEZ et al., 2005). Leur concomitance avec les remises en cause des dispositions en vigueur vont inspirer la loi du 5 juillet 2011.

2.6. Les remises en cause de la loi du 27 juin 1990

Les remises en cause de la loi du 27 juin 1990 consistent en une succession de rapports, établis de 1997 à 2005 par divers organismes et institutions, mais aussi en multiples constats, avis, recommandations et jurisprudences et, surtout, en trois « coups fatals » portés tour à tour par le Conseil Constitutionnel et la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH).

2.6.1. Une succession de rapports

2.6.1.1. Le rapport « STROHL » (1997)

Dans son article 4, la loi du 27 juin 1990 prévoyait l'évaluation de ses dispositions dans un délai de cinq ans à compter de sa promulgation. Cette tâche a échu à un groupe national d'évaluation chargé d'effectuer la synthèse des rapports des CDHP et des évaluations régionales. Le « rapport STROHL », du nom de sa présidente, inspectrice à l'Inspection Générale des Affaires

Sociales (IGAS), a finalement été publié en septembre 1997. Trois axes majeurs se dégagent des propositions avancées : la nécessité d'une uniformisation des pratiques en matière d'HSC, l'importance du caractère sanitaire de la législation relative aux HSC et la défense de la liberté individuelle (STROHL et al., 1997).

L'affirmation d'une nécessaire uniformisation des pratiques repose sur le constat d'une très grande disparité, dans ce domaine, entre les différentes équipes psychiatriques, d'un département à l'autre, sans éléments explicatifs, avec comme conséquence, une *« inégalité de l'accès aux soins »*. Pour y remédier, le groupe national d'évaluation suggère la mise en place d'un *« outil statistique de suivi des mesures »* d'HSC à partir des DDASS (actuelles Agences Régionales de Santé, ARS) et non des CDHP. Il préconise également que *« les professionnels définissent par les moyens appropriés (conférence de consensus, protocoles, guide de bonne pratique) les circonstances pathologiques et environnementales de recours à l'HSC »*.

Par ailleurs, le groupe avance *« une logique tout à fait nouvelle »*, selon laquelle *« une loi sur la contrainte en psychiatrie ne doit plus être une loi de sécurité ou d'assistance, mais une loi sanitaire »*. Cette assertion est assortie de plusieurs propositions, au premier rang desquelles la *« suppression de l'ordre public comme motif d'HSC »* et la mise en place d'un régime unique d'HSC en cas de *« troubles mentaux entraînant une incapacité à consentir aux soins et un danger grave pour soi ou pour autrui »*. L'entrée en hospitalisation complète serait marquée par une période initiale *« d'observation et d'orientation »* de 72 heures maximum et la poursuite des soins hospitaliers, si elle s'avérait nécessaire, nécessiterait l'intervention du préfet. Ce nouveau dispositif s'accompagnerait d'une suppression de la demande de tiers ainsi que du deuxième certificat initial exigé en cas d'HDT. Enfin, le groupe envisage la mise en place de *« soins ambulatoires obligatoires »* (SAO), qui seraient définis par un *« contrat thérapeutique entre le malade et l'équipe soignante »* ; les sorties d'essai seraient maintenues, rebaptisées *« essais de sorties »*, et ne seraient alors réellement plus utilisées que pour *« évaluer la capacité d'un malade à réintégrer la communauté sociale »*.

En matière de défense de la liberté individuelle, la compétence du préfet n'est pas remise en cause puisqu'il est *« dépositaire de l'autorité de l'État dans le département et garant du respect des lois »*. Le groupe considère, en outre, qu'il *« est sans doute plus efficace pour la garantie des personnes que deux autorités, indépendantes complètement l'une de l'autre, aient une compétence pour la décision, l'autre pour le recours contre cette décision »*. Ce recours relèverait d'un juge du siège qui statuerait, « *en toute indépendance »* et, idéalement, sous la forme des référés, *« avec sortie immédiate en cas d'hospitalisation abusive pour vice de fond »*. Pour assister le patient dans ces démarches, il est suggéré *« d'aider au développement des associations d'usagers »* et d'inscrire dans la loi *« la possibilité pour ces associations de se substituer aux personnes elles-mêmes »*.

2.6.1.2. Le rapport « PIEL-ROELANDT » (2001)

Commandé par le ministère de la Santé, le rapport des docteurs PIEL et ROELANDT, intitulé *« De la psychiatrie vers la santé mentale »*, est daté de juillet 2001. À la lumière du contexte législatif européen, leurs observations sur la pratique des HSC, dans le cadre de la loi du 27 juin 1990, les conduisent à remettre en cause « *le double pouvoir, sanitaire et de police »* des préfets, *« désormais unique en Europe »*. Ils déplorent également *« l'absence de dispositif de secteur réellement intégré dans la communauté […] au profit d'un hospitalocentrisme dominant »*. PIEL et ROELANDT jugent donc nécessaire d'abroger la loi du 27 juin 1990 et *« d'instaurer une loi déspécifiée pour l'obligation de soins psychiatriques »* qui serait *« une vraie loi sanitaire laissant l'initiative aux médecins […] sous la garantie effective et de proximité de la justice »*. Leurs propositions sont proches de celles du rapport STROHL : suppression de l'HDT et de l'HO, création d'une *« période d'observation et de soin »* de 72 heures – qui serait initiée sur la base de deux certificats –, à l'issue de laquelle un troisième certificat médical indiquerait l'orientation proposée, entre une sortie sans traitement et des *« soins obligatoires »*, ambulatoires ou hospitaliers. L'instauration de cette prise en charge contrainte aurait pour corollaire la saisie du juge dans les 24 heures suivant la mesure (PIEL et al., 2001).

2.6.1.3. Le rapport d'étape « CLÉRY-MELIN-KOVESS-PASCAL » (2003)

Le *« Plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale »* des docteurs CLÉRY-MELIN, KOVESS et PASCAL a été remis en septembre 2003 et fait suite à une demande du ministère de la Santé. Là encore, l'intérêt d'une période d'observation de 72 heures, la clarification de l'usage des sorties d'essai de longue durée et la création d'une *« obligation de soins en ambulatoire »* sont soulignés. *« L'harmonisation de la périodicité des certificats »* est également évoquée pour les deux formes d'HSC. D'autres propositions sont plus innovantes : création d'une nouvelle modalité d'hospitalisation – *« l'hospitalisation urgente »* – pour pallier l'absence de tiers, amélioration du fonctionnement des CDHP et élargissement de leurs compétences *« pour tout ce qui concerne l'éthique et les libertés »*, extension de la loi aux établissements hospitaliers privés (CLÉRY-MELIN et al., 2003).

2.6.1.4. Le rapport « BRIOT » (2004)

Rendu public en mai 2004 au nom de la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale, le « rapport BRIOT » fait suite à la proposition de résolution n° 1459 du député HAGE qui, présumant d'une *« volonté […] d'occulter un aspect très inquiétant de la psychiatrie actuelle »*, souhaitait *« la création d'une commission d'enquête sur la progression du*

nombre d'internements psychiatriques en France ». La députée BRIOT, outre le rappel des *« nombreuses dispositions [visant] à prévenir le risque d'une hospitalisation abusive »* et des *« moyens d'information et d'intervention »* dont dispose déjà la représentation nationale à ce sujet (dont les rapports présentés ci-dessus), nuance l'augmentation du nombre d'HSC observée. Elle rappelle que *« la proportion des mesures d'HSC reste limitée »* par rapport à l'ensemble des hospitalisations en psychiatrie, que les statistiques sont basées sur *« le nombre d'HSC »* (et non de personnes hospitalisées) et, enfin, que les chiffres de référence, ceux de 1992, sont « *vraisemblablement sous-estimés »* du fait du retard, à l'époque, de la mise en place des CDHP.

Les travaux de la Commission ont permis de relever la particularité française du caractère administratif de la décision d'HSC, alors que le JLD ne statue que sous la forme des référés. S'ils jugent cette situation *« assez préoccupant[e] »*, ses membres estiment que *« concernant la proposition de confier au juge, et non plus à l'autorité administrative, la compétence en matière d'HSC, il convient de se montrer prudent et d'étudier plus avant la question »*. Dans ces conditions, la proposition de résolution n° 1459 a finalement été rejetée (BRIOT, 2004).

2.6.1.5. Le rapport « RIERA » (2004)

Intitulé *« Rapport sur les problèmes de sécurité liés aux régimes d'hospitalisation sans consentement »*, le « rapport RIERA », daté de mai 2004, a été établi conjointement, à la demande du ministère de l'Intérieur, par les Inspections générales de l'administration, de la gendarmerie et de la police nationale. Au préalable, une *« enquête de terrain »* a permis de relever plusieurs problèmes récurrents. Ainsi, lors de l'initiation des mesures d'HSC, les services appelés sur les lieux (pompiers, police, gendarmerie) rencontrent quelquefois des difficultés à faire intervenir un médecin ou à contacter l'autorité municipale et ce, alors que 35% des HDT et 60% des HO sont prononcées selon les procédures d'urgence. Le transport jusqu'à l'hôpital est également problématique puisque, relèvent les auteurs, *« les services sanitaires compétents se refusent habituellement à prendre en charge, depuis les lieux mêmes de la manifestation publique de la crise, les personnes à hospitaliser d'urgence »*. Il est noté, ensuite, que des patients qui pourraient relever d'une HO ne bénéficient pas d'une telle procédure, qui *« serait complexe, longue à mettre en œuvre et "stigmatisante" »*, sans, pour autant, que ces *« défauts d'orientation »* soient corrigés par la suite. Enfin, ils soulignent que *« certaines sorties d'essai sont dénaturées car elles jouent le rôle d'une obligation de soins »* et déplorent le manque de places en unités pour malades difficiles (UMD) ainsi que la *« pénurie de structures adaptées »* pour la prise en charge des détenus. Les préconisations inspirées par ce constat sont :

- instaurer une *« période d'observation »* initiale ;

- exclure la possibilité de recourir à une HDT, au profit d'une HO, pour les patients portant *« atteinte à la sûreté des personnes ou, de façon grave, à l'ordre public »* ;
- permettre aux maires de *« prononcer une décision initiale d'HO »* et pas seulement *« en cas de danger imminent pour la sûreté des personnes »* ;
- donner la possibilité aux psychiatres de signaler un patient potentiellement *« violent ou dangereux »* aux autorités compétentes ;
- mieux encadrer les sorties d'essai et *« définir juridiquement l'état de fugue et les suites qu'il doit emporter »* ;
- créer un *« fichier national automatisé »* pour améliorer *« la conservation des données individuelles relatives aux HO »* (RIERA et al., 2004).

2.6.1.6. Le rapport des Inspections Générales des Affaires Sociales et des Services Judiciaires (IGAS – IGSJ) (2005)

Intitulé *« 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 »*, le rapport de l'IGAS et de l'IGSJ fait suite à une commande des ministères de la Santé et de la Justice. Leur réflexion s'est organisée autour de *« trois principes directeurs »* : le *« maintien de la dualité »* HDT/HO, la diversification des possibilités de prise en charge, et le renforcement du rôle de contrôle du juge, mais seulement *a posteriori*.

La mission estime que *« le maintien de la dualité des procédures est plus respectueux de la diversité des situations des malades »* car *« l'unification […] ne pourrait se faire que sous l'égide du préfet »*. Elle propose, au contraire, de préserver l'intervention du tiers mais suggère *« d'inscrire dans la loi un mécanisme spécifique destiné à pallier [son] absence ou à faire face à sa réticence »*.

Dans le souci de faciliter l'accès aux soins et de mieux orienter les malades, la mission défend l'idée de *« passer du régime de l'hospitalisation sous contrainte à celui du soin sous contrainte »*, afin de *« dissocier l'obligation de soins de la modalité du soin »*. En termes pratiques, les auteurs envisagent qu'un seul certificat médical soit nécessaire *« pour prononcer une mesure d'obligation de soin »* ; deux autres certificats seraient établis dans les 24 puis les 72 heures. La finalité de ce processus serait d'inciter *« les secteurs de psychiatrie à organiser une phase d'observation, de traitement et d'orientation [de 72 heures] capable de faciliter la recherche du consentement, de limiter les durées d'hospitalisation, et d'adapter au mieux la prise en charge nécessaire à l'état du malade »*. La périodicité des autres certificats médicaux serait maintenue en l'état afin de parvenir à une harmonisation des deux procédures de soins sous contrainte.

Le renforcement des droits et des libertés reposerait sur un contrôle *« plus effectif »* de la part du JLD, en lui fixant un délai pour rendre sa décision et en étendant ses compétences à l'examen de la situation des patients faisant l'objet de soins sous contrainte en ambulatoire. Le choix d'une intervention *a posteriori* a été arrêté du fait, d'une part, de la *« lourdeur »* de la procédure qu'un contrôle *a priori* supposerait et, d'autre part, du *« surcroît de moyens extrêmement important »* que cela aurait représenté pour l'institution judiciaire. En sus de ce contrôle optimisé du JLD, la CDHP se verrait conférer un *« statut renforcé »* et serait amenée à connaître *« l'ensemble des situations portant atteinte à la liberté individuelle »*. Enfin, la mission préconise le maintien de visites régulières des hôpitaux psychiatriques par des personnalités mais recommande de les limiter à celles du préfet et du procureur de la République (LOPEZ et al., 2005).

Tous ces rapports font donc apparaître des lignes convergentes, voire l'émergence d'un consensus autour de plusieurs propositions. Si les travaux de l'IGAS et de l'IGSJ ont largement inspiré la réforme du 5 juillet 2011, d'autres constats, avis, recommandations et jurisprudences sont progressivement venus enrichir le socle de réflexions sur lequel s'est appuyé le législateur (COEHLO, 2011).

2.6.2. Autres constats, avis, recommandations et jurisprudences

2.6.2.1. L'arrêt du Conseil d'État du 3 décembre 2003

Les difficultés fréquentes dans la recherche d'un tiers avaient conduit à une *« dérive »* qui consistait à solliciter des personnels hospitaliers tels que les directeurs d'hôpitaux et les assistantes sociales (MINISTÈRE DE LA SANTE, 2005). L'arrêt du Conseil d'État du 3 décembre 2003 met un terme à ces pratiques et définit désormais le tiers comme une personne qui *« à défaut de pouvoir faire état d'un lien de parenté avec le malade, est en mesure de justifier de l'existence de relations antérieures à la demande lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celui-ci »* (COELHO, 2011).

2.6.2.2. Le plan gouvernemental de psychiatrie et de santé mentale (2005 – 2008)

Le ministère de la Santé relève, dans le plan *« Psychiatrie et santé mentale 2005 – 2008 »*, que la *« sollicitation du système de soins [est] parfois inappropriée »* pour nombre de patients qui, faute de prise en charge alternative dans le milieu social et/ou médico-social, sont hospitalisés au long cours. Dans un même temps, les auteurs déplorent que les HSC ne soient parfois initiées que pour *« pallier [les] difficultés d'hospitalisation libre »* (MINISTÈRE DE LA SANTE, 2005).

2.6.2.3. L'avis du Contrôleur Général des lieux de privation de liberté du 15 février 2011 *« relatif à certaines modalités de l'hospitalisation d'office »*

Suite à la parution de la *« Circulaire Santé – Justice »* en janvier 2010, le CGLPL avait déjà souligné que *« rien n'était prévu, dans la loi de 1990, pour le réexamen à bref délai de la situation de la personne hospitalisée en cas de divergence entre le psychiatre traitant et le préfet »*. Rappelons qu'à cette époque et *« dans nombre de départements, des patients hospitalisés d'office étaient maintenus par le préfet, alors même que le psychiatre traitant et deux experts étaient favorables à la sortie »* (SENON et al., 2012).

Dans son avis du 15 février 2011, le CGLPL va plus loin et renvoie dos à dos les praticiens et les autorités qui, pour les uns, doivent donner des *« assurances d'ordre médical »* et, pour les autres, établir *« le risque qu'elles invoquent pour justifier la poursuite d'une privation de liberté »*. Il estime surtout que *« dans ces conflits entre praticiens, malades, autorités et protection des tiers, l'autorité judiciaire doit jouer davantage son rôle »*. Il recommande ainsi *« qu'en cas de désaccord entre le corps médical et l'autorité administrative, en matière administrative, le juge compétent soit amené à trancher, le directeur d'établissement étant alors tenu de lui en référer sans formalité »* (JORF, 2011).

2.6.2.4. Les recommandations du Conseil de l'Europe

Le Conseil de l'Europe est une organisation intergouvernementale distincte de l'Union Européenne qui regroupe 47 États membres. Créé par le Traité de Londres du 5 mai 1949, il a notamment pour objectifs la défense des droits de l'Homme et de la *« prééminence du droit »*. Siégeant à Strasbourg, il se compose d'un Secrétaire général, d'un Comité des ministres, d'une Assemblée parlementaire et du Congrès des pouvoirs locaux et régionaux de l'Europe (VIE PUBLIQUE, 2013). Deux de ses recommandations portent plus particulièrement sur l'encadrement légal des HSC.

2.6.2.4.1. La recommandation 1235 du 12 avril 1994 de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe

Au travers de la recommandation 1235(1994) *« relative à la psychiatrie et aux droits de l'Homme »*, l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe invite les États membres à se doter *« de mesures législatives assurant le respect des droits de l'Homme des malades psychiatriques »*. Elle estime que toute décision d'HSC *« doit être prise par un juge et [que] la durée de l'hospitalisation doit être précisée »*, préconise une *« révision périodique et automatique de la nécessité du placement »* et juge que *« la décision doit pouvoir faire l'objet d'un recours prévu par la loi »* (CONSEIL DE L'EUROPE, 1994).

2.6.2.4.2. La recommandation 10 du 22 septembre 2004 du Comité des ministres du Conseil de l'Europe

La recommandation 10 du 22 septembre 2004 vise *« à améliorer la protection de la dignité, des droits de l'Homme et des libertés fondamentales des personnes atteintes de troubles mentaux, en particulier celles qui font l'objet d'un placement ou d'un traitement involontaires »*. Le Comité des ministres propose l'élaboration systématique d'un *« plan de traitement personnalisé approprié »*. Il affirme, lui aussi, que *« la décision de soumettre une personne à un placement [et à un traitement] involontaire[s] devrait être prise par un tribunal ou une autre instance compétente »* et que les intéressés devraient pouvoir *« exercer un recours contre une décision »* et *« obtenir d'un tribunal le réexamen, à intervalles raisonnables, de la légalité de la mesure ou de son maintien »*. La recommandation insiste sur le droit à l'information régulière des patients – sur leur situation médicale et les voies de recours – et sur la prise en considération, autant que faire se peut, de leur avis sur les soins qui leur sont proposés. L'importance des alternatives au placement et au traitement involontaires est également soulignée (CONSEIL DE L'EUROPE, 2004).

2.6.3. Trois « coups fatals »

Les condamnations successives de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) et la double inconstitutionnalité relevée par le Conseil constitutionnel sont de véritables « coups fatals » pour la loi du 27 juin 1990.

2.6.3.1. Les condamnations par la Cour européenne des droits de l'Homme

Créée en 1959, la CEDH est une juridiction auprès du Conseil de l'Europe. Elle permet, entre autres, aux particuliers ayant épuisé les recours dans leur pays d'origine d'en intenter un nouveau au niveau européen (VIE PUBLIQUE, 2013). Depuis 1981, date à laquelle la France a reconnu ce droit de recours, la CEDH l'a condamnée à plusieurs reprises, notamment pour non-respect du « bref délai » d'examen de demandes de mainlevée d'HSC – échéance fixée, *« à plusieurs reprises […], comme n'étant pas supérieur[e] à quinze jours »* (SENON et al., 2012).

En 2010, la France a de nouveau été mise en cause au motif *« que l'articulation entre la compétence du juge judiciaire et celle du juge administratif quant aux voies de recours offertes, n'avait pas permis au requérant d'obtenir une décision d'un tribunal qui ait pu statuer sur la légalité de sa détention et ordonner sa libération, s'il estimait la détention illégale »* (SENON et al., 2012).

2.6.3.2. Les déclarations d'inconstitutionnalité par le Conseil constitutionnel

Avant d'aborder ce point, il convient de rappeler ce en quoi consiste la Question Prioritaire de Constitutionnalité (QPC) car c'est par cette voie que le Conseil constitutionnel, chargé de veiller au respect de la Constitution, a été amené à se prononcer sur la loi du 27 juin 1990. La QPC, donc, *« permet à tout justiciable de contester, devant le juge en charge de son litige, la constitutionnalité d'une disposition législative applicable à son affaire parce qu'elle porte atteinte aux droits et libertés que la Constitution garantit »* (VIE PUBLIQUE, 2012).

Pour en revenir à la loi du 27 juin 1990, deux décisions consécutives du Conseil constitutionnel sont venues la menacer d'inconstitutionnalité. La première, en date du 26 novembre 2010 (décision n° 2010-71 QPC), a conclu que les dispositions de l'article L. 3212-7 du CSP contrevenaient aux exigences de l'article 66 de la Constitution *« en prévoyant qu'une […] HDT pouvait être maintenue au-delà de quinze jours sans intervention d'une juridiction de l'ordre judiciaire »*. La deuxième, en date du 9 juin 2011 (décision n° 2011-135/140 QPC), et qui faisait suite à deux QPC, estime de la même façon que le contrôle judiciaire des HO est insuffisant vu les articles L. 3213-1 et L. 3213-4 du CSP (COELHO, 2011). Toutes deux ouvrent désormais la voie à une véritable judiciarisation des soins psychiatriques.

3. LA LOI DU 5 JUILLET 2011, ENTRE JUDICIARISATION DES SOINS PSYCHIATRIQUES ET MESURES D'ORDRE SÉCURITAIRE

3.1. Contexte : un triple impératif sanitaire, juridique et politique

L'impératif qui guide la réforme de la loi encadrant les HSC est triple : sanitaire, juridique et politique car, comme le rappelle Carol JONAS (1998), celle-ci *« est sous le triple sceau des ministères de la Santé, de la Justice et de l'Intérieur »*.

3.1.1. Un impératif sanitaire : définir un cadre légal pour les soins ambulatoires obligatoires et renforcer les droits des patients

La légalisation des sorties d'essai qu'elle portait en son sein n'a pas suffi à faire de la loi du 27 juin 1990 un texte adapté aux pratiques de soins. Ces sorties d'essai ont d'ailleurs été rapidement critiquées, tant par les CDHP que par les évaluations régionales, car, *« engagée[s] pour des périodes ne pouvant dépasser trois mois »*, elles étaient parfois prolongées sur de longues périodes, voire pendant plusieurs années (MASSÉ et al., 2006). Dans ce contexte, et pour en finir avec un hospitalocentrisme suranné, l'impératif sanitaire est de définir un cadre officiel aux soins sans

consentement (SSC) ambulatoires, qui permette à la fois de respecter les droits des patients et *« de remettre l'hospitalisation à sa juste place, celle d'un mode d'intervention en psychiatrie parmi d'autres »* (STROHL, 2009).

3.1.2. Un impératif juridique : organiser le contrôle systématique des hospitalisations sans consentement par le JLD

Par ses décisions des 26 novembre 2010 et 9 juin 2011, le Conseil constitutionnel est donc venu trancher un débat ancien portant sur la place de l'autorité judiciaire dans la procédure d'HSC. Les Sages exigent que *« les atteintes portées à l'exercice des libertés constitutionnellement garanties soient adaptées, nécessaires et proportionnées aux objectifs poursuivis »*. Ils rappellent *« qu'au nombre de celles-ci figurent la liberté d'aller et de venir et le respect de la vie privée, protégés par les articles 2 et 4 de la Déclaration des droits de l'Homme et du citoyen, ainsi que la liberté individuelle, dont l'article 66 de la Constitution confie la protection à l'autorité judiciaire »* (ROME, 2012). Ainsi, après un siècle et demi d'hésitations, le législateur se trouve face à un impératif juridique : organiser le contrôle systématique de toute HSC durant ses quinze premiers jours, tâche qui va échoir au JLD.

3.1.3. Un impératif politique : répondre au « sentiment d'insécurité »

La toile de fond politique et sociétale de cette réforme est marquée par les drames successifs de 2004 (assassinat de deux infirmières à l'hôpital de Pau), de 2008 (meurtre d'un étudiant à Grenoble) et de 2010 (voyageur tué dans le métro parisien) qui s'inscrivent, de façon plus globale, dans une époque marquée par un « sentiment d'insécurité ». Pour Jean-Louis SENON, *« la psychiatrie actuelle doit faire face depuis des années à deux critiques de la société civile et des politiques, critiques diamétralement opposées et clivées : la psychiatrie est plus que jamais liberticide et c'est intolérable au moment de l'affirmation des droits du malade dans le sillage de la loi du 4 mars 2002, mais aussi, de façon radicalement opposée, la psychiatrie publique est devenue par trop libertaire, n'apportant plus par l'hospitalisation la réponse de sécurité indispensable à ses patients comme à la société civile »* (ALLILAIRE, SENON et al., 2005). En tout état de cause, l'image du « fou dangereux », potentiellement meurtrier, est ravivée et les responsables politiques sont confrontés à l'impératif de répondre à cette peur. Une tentative de réforme de la loi du 27 juin 1990 avait d'ailleurs déjà été proposée au travers des articles 18 à 24 de la loi dite *« de prévention de la délinquance »* du 5 mars 2007 incluant, notamment, la création d'un fichier national des HO. La *« substitution d'une loi de sécurité intérieure à une loi sanitaire »* n'a alors été évitée que de justesse, sous la pression unanime de la profession, des usagers et de leurs familles (SENON et al., 2012).

La crainte d'un tournant sécuritaire reste cependant prégnante suite au discours du Président de la République du 2 décembre 2008, à Antony (cf. Annexe 1), avec l'annonce de la création de chambres d'isolement, d'unités fermées et d'UMD supplémentaires mais aussi du recours à des dispositifs de géolocalisation pour certains patients. Ces déclarations sont d'ailleurs à l'origine d'une véritable fronde des professionnels de santé mentale, illustrée par la création du « Collectif des 39 » qui lancent un appel *« contre la nuit sécuritaire »* (DURAND, 2011 ; Annexe 2). La parution de la *« Circulaire Santé – Justice »* de janvier 2010, qui permet le maintien d'une HO par le préfet contre l'avis du psychiatre traitant, renforce encore un peu plus ces inquiétudes (SENON et al., 2012).

3.2. Dispositions du texte définitif

Promulguée le 5 juillet 2011, la loi *« relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge »* n'entre en application que le 1er août 2011 – *« au cœur de l'été »* – et nécessite alors *« une importante mobilisation »* des hôpitaux, des ARS et des tribunaux, *« à moyens constants »* (LE BIHAN, 2012). Elle ne traite plus seulement des « hospitalisations » mais des *« soins psychiatriques »* au sens large, qu'ils soient hospitaliers ou ambulatoires. Pour Jean-Louis SENON et Carol JONAS, elle *« restera dans la mémoire pour sa précipitation et l'insatisfaction du débat parlementaire »* car, votée en urgence, elle n'a pas même été soumise à l'examen du Conseil constitutionnel (ALLILAIRE, SENON et al., 2012).

3.2.1. Maintien de dispositions préexistantes

3.2.1.1. Les soins libres

Les soins consentis ne font l'objet d'aucune modification, en hospitalisation comme en ambulatoire, et restent *« la modalité de soins privilégiée lorsque l'état de la personne le permet »* (article L. 3211-2 du CSP) (JORF, 2011).

3.2.1.2. Deux formes de soins sans consentement

La dualité des SSC est maintenue sous la forme des *« soins à la demande d'un tiers »* (SDT) – initiés sur la base de deux certificats médicaux initiaux, dont l'un d'un médecin n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil – et des *« soins sur demande du représentant de l'État »* (SDRE), déclenchés par un certificat médical initial – là encore, d'un médecin extérieur – assorti d'un arrêté préfectoral motivé (LAGUERRE, 2012).

3.2.1.3. Les procédures d'urgence

Il reste possible de recourir aux procédures d'urgence (SDTu et arrêté municipal). En revanche, la notion de *« danger imminent »* attesté par la *« notoriété publique »* ne peut plus être invoquée, suite à l'avis du Conseil constitutionnel du 6 octobre 2011, rendu sur QPC, car elle a été jugée inconstitutionnelle (décision n° 2011-174 QPC) (SENON et al., 2012).

3.2.1.4. Les Commissions Départementales des Soins Psychiatriques

Les CDHP sont rebaptisées Commissions Départementales des Soins Psychiatriques (CDSP) et leurs missions sont recentrées *« sur les situations les plus sensibles »* : soins en cas de péril imminent (SDT « sans tiers ») et soins psychiatriques depuis plus d'un an. Elles sont chargées de transmettre un rapport annuel au Contrôleur Général des lieux de privation de liberté (SENON et al., 2012).

3.2.2. Huit nouvelles dispositions

3.2.2.1. Mise en place d'une période initiale de soins et d'observation de 72 heures

Comme préconisé dans les différents rapports présentés précédemment, toute personne admise en soins psychiatriques fera l'objet d'une *« période d'observation et de soins initiale sous la forme d'une hospitalisation complète »* de 72 heures (article L. 3211-2-2 du CSP). Elle peut se dérouler *« dans un service de l'hôpital général, sur une période maximum de 48 heures, avant un transfert sur le centre hospitalier spécialisé »* (article L. 3211-2-3 du CSP). Elle permet *« de mieux évaluer la pathologie psychiatrique du patient, de faire un examen médical ayant pour but d'éliminer une pathologie somatique (dans les 24 heures) et, surtout, de tout faire pour inciter le malade à accepter des soins libres »* (SENON et al., 2012).

Il peut y être mis un terme à tout moment, sur simple production d'un certificat médical. Elle est, en revanche, un « passage obligé » pour le maintien de SSC, y compris en ambulatoire, puisque l'avis motivé, qui définit la forme de la prise en charge ultérieure, ne sera rédigé qu'à son terme, par un psychiatre de l'établissement d'accueil (LAGUERRE, 2012).

Toute décision ou toute modification de la prise en charge doit faire l'objet d'une information au patient (article L. 3211-3 du CSP), ce qui conduit à l'informer dès la première heure lors de son admission puis, le cas échéant, lors de la prolongation de son hospitalisation, à l'issue des 72 premières heures (LE BIHAN, 2012).

3.2.2.2. Création des SSC ambulatoires et définition d'un programme de soins

Avatars des sorties d'essai, les SSC ambulatoires sont définis de façon *« plus rigoureuse »* par un programme de soins (PDS) qui décline *« l'existence, le lieu et la fréquence des différentes modalités des soins »* (hôpital de jour, consultations en CMP, visites à domicile…) et l'existence, ou non, d'un traitement médicamenteux. Ce PDS *« peut être modifié à tout moment par un psychiatre participant à la prise en charge »*. En outre, et en vertu du décret du 18 juillet 2011, son inobservance peut conduire à l'organisation d'un retour en hospitalisation complète (HC), s'il existe un risque de *« détérioration de l'état de santé du patient »* (LAGUERRE et al., 2012).

Ces évolutions sont inscrites au sein d'un nouvel article L. 3211-2-1 du CSP qui résume les modalités des SSC dispensés soit *« sous la forme d'une hospitalisation complète dans un établissement psychiatrique »*, soit *« sous une autre forme incluant des soins ambulatoires, pouvant comporter des soins à domicile, dispensés par un établissement psychiatrique et, le cas échéant, des séjours effectués dans un établissement de ce type »* (COELHO, 2011). Ces SSC ambulatoires sont distincts de l'injonction de soins régie par la loi du 17 juin 1998 (SENON et al., 2012).

3.2.2.3. Soins psychiatriques en cas de « péril imminent » (sans tiers)

Les soins psychiatriques *« en cas de péril imminent »* (SPPI) sont différents de la procédure dite de « péril imminent » de la loi du 27 juin 1990 qui correspond à l'actuel « SDT en cas d'urgence » (SDTu), régie par l'article L. 3212-3. Ils permettent au directeur de l'hôpital d'accueil de prononcer l'admission sans demande de soins d'un tiers, sur la base d'un seul certificat établi par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil et, ainsi, de pallier l'absence de tiers s'il existe un *« péril imminent »* (article L. 3212-1, II, 2). En cas de recours aux SPPI, le directeur informe, dans un délai de 24 heures, *« la famille du patient, la personne chargée de sa protection juridique lorsqu'elle existe, ou toute personne connaissant le patient avant son admission et ayant qualité pour agir dans l'intérêt du malade »*. Les certificats de 24 et 72 heures doivent alors émaner de deux psychiatres distincts (LAGUERRE et al., 2012).

3.2.2.4. Harmonisation du rythme de production des certificats médicaux

Le rythme de production des certificats médicaux est harmonisé puisque, quel que soit le type de SSC, ils doivent être rédigés à 24 puis à 72 heures (article L. 3211-2-2), puis entre les 5^{e} et 8^{e} jours – celui-ci étant assorti de l'avis conjoint de deux psychiatres sur la nécessité, ou non, du maintien de l'HC – et, enfin, tous les mois. Hors procédures d'urgence et SPPI, les certificats de 24 et de 72 heures peuvent être rédigés par le même praticien, dès lors qu'il n'est pas l'auteur d'un

certificat initial (LAGUERRE et al., 2012). Par ailleurs, les certificats mensuels sont systématiquement envoyés par le directeur de l'établissement à la CDSP et au préfet (GAUTIER, 2012).

Il est possible, à tout moment, d'établir un certificat *« proposant une modification de la forme de la prise en charge »* (article L. 3211-11), *« accompagné du programme de soins afférent »* (article R. 3211-1). Il en est de même pour les *« certificats de demande de levée des soins psychiatriques »* (articles L. 3212-8 et L. 3213-5). Par ailleurs, si l'examen du patient s'avère impossible, en cas de fugue, par exemple, un avis médical est rédigé sur la base de son dossier (LAGUERRE et al., 2012).

3.2.2.5. Contrôle systématique du JLD en cas d'hospitalisation complète (cf. *infra*)

3.2.2.6. Les sorties brèves

Les seules permissions prévues par la loi, hors PDS, sont, désormais, les *« sorties brèves »*, qui doivent être *« accompagnées soit d'un membre du personnel de l'établissement d'accueil, soit d'un membre de la famille, soit de la personne de confiance »* et durer 12 heures maximum. Les demandes afférentes sont adressées soit au directeur de l'établissement, pour les SDT, soit au préfet, 48 heures avant la date de la sortie prévue, pour les SDRE (LAGUERRE et al., 2012).

3.2.2.7. Création d'un collège de soignants

Le collège de soignants est composé de deux psychiatres – dont l'un *« participant à la prise en charge »* – et d'un *« représentant de l'équipe pluridisciplinaire »* impliquée dans les soins du patient, tous désignés par le directeur de l'établissement. Il est chargé de l'examen de la situation des personnes suivantes :

- Celles faisant l'objet d'une mesure de SDT depuis un an (article L. 3212-7 du CSP) ;
- Celles hospitalisées en SDRE et ayant, au cours des dix dernières années, bénéficié d'une *« irresponsabilité pénale pour motifs psychiatriques »* ou séjourné en UMD *« pendant une durée d'hospitalisation continue la plus longue d'au moins un an »*.

Pour ces patients hospitalisés en SDRE, la mise en place d'une *« prise en charge autre qu'une hospitalisation complète »* est conditionnée par l'avis du collège, de même que *« toute saisine du JLD »*. La loi requiert, en sus, *« l'avis concordant de deux experts psychiatres »* pour une levée de la mesure de soins (LAGUERRE et al., 2012), ce en vertu des articles L. 3213-8 et L. 3211-12-2 du CSP ; toutefois, le Conseil constitutionnel a déclaré ces deux dernières dispositions *« contraires à la Constitution »* (décision n° 2012-235 QPC du 20 avril 2012) (LE BIHAN et al., 2012). Cette procédure doit donc *« faire l'objet d'une réécriture de la loi »* ou *« être abandonnée »* (SENON et al., 2012).

3.2.2.8. Procédure en cas de désaccord entre le psychiatre et le préfet

Désormais, *« si le préfet n'est pas d'accord quand le psychiatre traitant demande la fin de l'hospitalisation complète sur décision du représentant de l'État, le directeur demande immédiatement un deuxième avis de psychiatre, qui doit être rendu sous 72 heures »*. S'il est conforme au premier, le représentant de l'État *« doit suivre et prendre un arrêté de fin d'hospitalisation complète »*. Dans le cas contraire, *« le directeur saisit immédiatement le JLD »* qui, soit, impose la levée, soit, ne le fait pas : le préfet peut alors maintenir l'HC (SENON et al., 2012).

3.3. Le Juge des Libertés et de la Détention (JLD), acteur central du nouveau dispositif

3.3.1. Modalités de saisine du JLD

3.3.1.1. Saisine systématique en cas d'HC : le « contrôle de plein droit »

Dès lors que l'avis conjoint conclut à la nécessité de poursuivre les soins en HC, le JLD est saisi de façon systématique, avant le douzième jour, soit par le directeur de l'établissement (en cas de SDT), soit par le représentant de l'Etat (en cas de SDRE) ; il doit alors statuer avant le quinzième jour. En cas d'HC prolongée, le juge se prononce tous les six mois sur son maintien, la saisine devant intervenir au plus tard huit jours avant chaque échéance et sa décision, avant l'expiration des six mois. Il peut également ordonner une expertise, ce qui prolonge le délai pour statuer de quatorze jours. Ces interventions systématiques du JLD relèvent du *« contrôle de plein droit »* (article L. 3211-12-1 du CSP) (COELHO, 2011).

Les saisines sont *« accompagnées d'un avis conjoint de deux psychiatres »* – dont l'un est impliqué dans la prise en charge – *« rendant compte de la nécessité de poursuivre les soins »* en HC (article L. 3211-12-2 du CSP). Le psychiatre ne prenant pas part à la prise en charge doit, en sus, rendre un avis sur la possibilité pour le patient *« d'être transporté à l'audience »* et sur *« sa capacité à être auditionné »* (LAGUERRE et al., 2012).

3.3.1.2. Saisine « par requête »

Le JLD *« dans le ressort duquel se situe l'établissement d'accueil peut être saisi, à tout moment, aux fins d'ordonner, à bref délai, la mainlevée immédiate d'une mesure de soins psychiatriques quelle qu'en soit la forme »*. L'article L. 3211-12-1 du CSP dispose que cette saisine peut être formée par :

- la personne faisant l'objet de soins ;

- son conjoint, son concubin, la personne avec laquelle elle est liée par un PACS ;
- le tiers qui a formulé la demande de soins ;
- la personne chargée de sa protection (s'il existe une mesure de curatelle ou de tutelle) ;
- les titulaires de l'autorité parentale ou le tuteur, si la personne est mineure ;
- un parent ou une personne susceptible d'agir dans l'intérêt du patient ;
- le procureur de la République (COELHO, 2011).

3.3.1.3. Saisine d'office

Le JLD peut se saisir d'office, à tout moment, et *« à cette fin, toute personne intéressée peut porter à sa connaissance les informations qu'elle estime utiles sur la situation d'une personne faisant l'objet d'une telle mesure »* (article L. 3211-12-1 du CSP) (JORF, 2011).

3.3.2. Critères du contrôle du JLD et unification du contentieux de l'HSC

Depuis le 1er janvier 2013, date de l'unification du contentieux de l'HSC, le JLD est *« seul compétent pour connaître de la régularité des décisions administratives prises en matière de soins psychiatriques »* (conditions d'admission, présence de l'ensemble des pièces exigées par la loi, délais de saisine…), tâche qui, jusque-là, était dévolue au juge administratif. Le JLD ne peut, toutefois, procéder à la mainlevée que si l'irrégularité qui entache la décision administrative est à l'origine d'une *« atteinte aux droits de la personne qui en faisait l'objet »* (ETCHEVERRY, 2011).

Il demeure, en sus, chargé d'apprécier le bien-fondé de la mesure d'HSC (COELHO, 2011). La loi ne lui donnant aucune prescription sur ce dernier point, Isabelle ROME, elle-même JLD, considère que *« la référence constitutionnelle s'impose »* et que, par conséquent, *« l'exercice d'appréciation auquel le JLD doit se livrer est […] d'évaluer si au jour du contrôle qu'il effectue, l'hospitalisation complète du patient demeure nécessaire, adaptée, proportionnée aux objectifs poursuivis »* (ROME, 2012). Pour ce faire, il doit pouvoir fonder sa décision sur des certificats médicaux *« circonstanciés »* établissant *« l'existence d'un trouble mental »*, démontrant *« la nécessité de soins et d'une éventuelle surveillance constante ou régulière [SDT], ou […] un risque grave de trouble à l'ordre public ou d'atteinte à la sécurité des personnes (SDRE) »* et, surtout, mettant en évidence *« l'incapacité à consentir »* (JONAS, 2012). Par ailleurs, l'audition du patient est très probablement de nature à concourir au sens de l'ordonnance du juge, au travers des questions que ce dernier peut lui poser pour apprécier au mieux sa situation (Annexe 3).

3.3.3. Modalités de tenue de l'audience

L'audience a lieu soit au TGI, soit à l'hôpital, dans une *« pièce spécialement aménagée »* ; elle peut également se dérouler à distance, au moyen de la visioconférence (SENON et al., 2012). Le JLD statue après débat contradictoire – ce qui signifie que le patient a accès aux pièces de la procédure –, en audience publique, mais peut aussi *« se prononcer en chambre du conseil, à huis clos »*, s'il *« doit résulter de la publicité des débats une atteinte à l'intimité de la vie privée »* (article L. 3211-12-2 du CSP) (ROME, 2012).

Le décret du 18 juillet 2011 mentionne la possibilité, pour le patient, d'être assisté ou de se faire représenter *« par un avocat de son choix ou un avocat commis d'office »* (LAGUERRE et al., 2012). Dans le cas où le juge décide de ne pas entendre un patient au vu d'un avis médical circonstancié, l'intéressé est obligatoirement représenté par un avocat qui, au préalable, le rencontre et s'assure de la persistance de l'impossibilité de son audition (ROME, 2012).

3.3.4. Délai pour statuer et modalités de notification de la décision

Dans tous les cas, le JLD *« doit rendre son ordonnance dans un délai de douze jours, […] porté à vingt-cinq jours si une expertise est ordonnée »*, *« à compter de l'enregistrement de la requête au greffe »*. À défaut, *« la mainlevée est acquise »* dans le cadre du contrôle de plein droit, ce qui n'est pas le cas pour les saisines par requête ou d'office (aucune sanction prévue). La notification de l'ordonnance est faite *« contre récépissé ou émargement, aux parties présentes à l'audience »* et *« dans les meilleurs délais […], à l'égard des personnes avisées qui ne se sont pas présentées ainsi qu'au ministère public »* (COELHO, 2011).

En cas de décision de mainlevée, et si *« le procureur de la République estime ne pas avoir à s'y opposer »*, il l'indique sur l'ordonnance qu'il retourne ensuite au juge. L'hospitalisation prend alors immédiatement fin, à moins qu'au vu des éléments du dossier, le JLD ne décide de différer de 24 heures le terme de la mesure de soins pour permettre, le cas échéant, la mise en place d'un PDS (article L. 3211-12-3) (COELHO, 2011).

3.3.5. Recours possibles pour le patient et pour le ministère public

La décision du JLD est *« susceptible d'appel devant le premier président de la Cour d'appel dans un délai de dix jours à compter de la notification »*. Ce dernier, ou son délégué, statue *« à bref délai »* (douze jours, voire vingt-cinq, si une expertise est ordonnée) et, là encore, le patient peut être assisté d'un avocat de son choix ou commis d'office. Aucune sanction n'est prévue en cas de non-

respect de ces délais, que l'appel fasse suite à un contrôle de plein droit ou à une saisine par requête ou d'office. L'ordonnance rendue ne peut, cette fois, être contestée par la personne hospitalisée.

Le délai d'appel et l'appel lui-même ne sont pas suspensifs toutefois, *« lorsque le JLD ordonne la mainlevée d'une mesure de soins psychiatriques sous la forme d'une hospitalisation complète ou constate la mainlevée de cette mesure »*, le ministère public peut, au travers du procureur de la République, demander au premier président de la Cour d'appel, ou à son délégué, *« de déclarer le recours suspensif »* s'il existe un *« risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade ou d'autrui »*. Cette requête doit alors être *« formé[e] dans un délai de six heures à compter de la notification de l'ordonnance au procureur de la République »* ; si *« la saisine du premier président aux fins d'effet suspensif »* est jugée recevable, la demande d'appel est examinée sous trois jours (quatorze jours, si une expertise est ordonnée). En l'absence de décision à l'issue de l'un ou l'autre de ces délais, la mainlevée est acquise. Le procureur de la République peut se pourvoir en Cassation en cas de saisine par requête ou d'office, mais pas dans le cadre du contrôle de plein droit (ETCHEVERRY, 2011).

Pour SENON et al. (2012), le principal apport de la loi du 5 juillet 2011 consiste en un *« renforcement des droits des patients »* avec le contrôle de toute hospitalisation complète par le JLD, une *« meilleure information sur leurs droits et sur les voies de recours »*, mais aussi l'obligation de recueillir leur avis *« sur les décisions les concernant »*. Pourtant, là où il aurait fallu aboutir à un équilibre entre leur *« santé […], le respect de leurs droits et libertés fondamentaux, la sûreté des personnes et la sauvegarde de l'ordre public »*, Cécile CASTAING (2011) juge que cet objectif n'a pas été atteint *« dans la mesure où les prérogatives données à l'administration priment sur l'appréciation médicale dès que la considération sécuritaire entre dans le processus décisionnel »*.

D'autres estiment que *« cette loi, telle qu'elle a été pensée, se situe plutôt du côté du "surveiller et punir" que du "prévenir et soigner" »* (DURAND, 2011). Ils l'envisagent comme *« une loi de défiance à l'égard des malades et de leurs médecins »* apportant *« deux grands types de modifications : celles voulues par le gouvernement, qui visent à faciliter l'entrée dans les soins sans consentement, à les étendre et à en freiner la sortie, et celles voulues par le Conseil [constitutionnel], qui visent à protéger les droits des patients en imposant le contrôle du JLD »* (BOILLET et al., 2011). En tout état de cause, ce texte est entaché d'une *« fragilité »* qui procède de *« sa non-présentation préalable au Conseil constitutionnel, vu l'urgence, et [de] la trop grande importance des circulaires encadrant son application »*. SENON et al. (2012) en déduisent que la loi *« ne pourra être qu'évolutive par les [QPC] qui ne vont pas manquer de se développer, mais aussi par la jurisprudence »*. La décision du 20 avril 2012 en est une première illustration.

Le rappel du cadre français pose inévitablement la question de la législation et de l'existence d'un contrôle judiciaire au niveau international, interrogations auxquelles nous allons à présent essayer d'apporter quelques éléments de réponse.

4. LÉGISLATION COMPARÉE : LA PLACE DE L'AUTORITÉ JUDICIAIRE DANS LES PROCÉDURES D'HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT À TRAVERS LE MONDE

Nous proposons ici de présenter la place faite à l'autorité judiciaire dans les procédures d'HSC, sans détailler l'ensemble du cadre réglementaire de chacun des pays étudiés ni aborder la question du traitement médico-judiciaire des patients « médico-légaux ». Le titre exact du juge est précisé lorsque l'information était disponible dans nos documents de référence. Par ailleurs, nous n'avons aucune donnée concernant l'Amérique du Sud et la majeure partie du continent africain.

4.1. Europe

Les critères, les procédures et la législation régissant les HSC diffèrent considérablement à travers l'Europe (DRESSING et al., 2004). Les États de l'Union Européenne (UE) partagent pourtant des tendances communes, inspirées par la Convention européenne pour la protection des droits de l'Homme et des libertés fondamentales de 1950, les recommandations du Conseil de l'Europe de 1983 (DARDENNES, 1990), 1994 et 2004, ainsi que la jurisprudence de la CEDH.

La majorité des pays de l'UE reconnaissent l'autorité judiciaire comme légitime pour encadrer les HSC. Selon les cas, le juge peut soit statuer sur une demande d'admission motivée par un avis médical (Grèce, Pays-Bas, Pologne, Espagne), soit entériner *a posteriori* une décision médicale (République tchèque, Italie, Autriche, Belgique, Portugal, Luxembourg, Allemagne). Le dispositif est souvent assorti de garanties supplémentaires dont la finalité est de limiter la durée des HSC et *« d'éviter la prolongation abusive d'une mesure initialement licite »* ; elles consistent en une définition prédéterminée de la durée de l'hospitalisation (avec la possibilité de la prolonger en cas de besoin) et/ou en une révision périodique systématique de la nécessité du maintien de l'HSC, qui est parfois effectuée par un organe indépendant de l'autorité judiciaire (DARDENNES, 1990).

Certains pays ne prévoient cependant d'intervention judiciaire qu'en cas de prolongation de la mesure (Suède, Finlande), voire n'ont pas souscrit au principe de judiciarisation des HSC. C'est le cas du Danemark, de l'Irlande et de l'Angleterre, où le contrôle des HSC dépend de commissions mixtes composées, entre autres, et selon les spécificités locales, de juristes, d'avocats, de médecins, de représentants d'associations de patients. Le tableau 1 présente ces dispositions pour dix-sept pays de la zone européenne.

L'étude du cadre réglementaire de certains États s'avère par ailleurs assez difficile, du fait de leur structuration sur un mode fédératif ou confédératif. Ainsi, en Suisse, pays non-adhérent à l'UE, la pratique des HSC est régie par des textes élaborés par le pouvoir cantonal, le Code Civil – qui s'applique à toutes les régions – ne prévoyant que *« la possibilité de contester la mesure d'hospitalisation non volontaire auprès d'un juge dans les dix jours de la communication de la décision »* (PETER, 2000). À titre d'exemple, nous avons choisi de présenter la situation de l'État de Genève (cf. tableau 1).

En définitive, l'harmonisation progressive des pratiques et des législations européennes (pays de l'UE et extra-communautaires) est le fruit d'une volonté politique qui s'affiche au travers des conventions et recommandations sus citées. Certains estiment ainsi que l'on s'achemine *« vers une psychiatrie européenne autour de valeurs partagées »* (HALIMI et al., 2012), dont plusieurs initiatives récentes paraissent effectivement poser les jalons :

- La définition d'engagements communs sur les politiques de santé mentale, lors de la conférence interministérielle d'Helsinki de 2005 (DAUMERIE et al., 2011) ;
- La signature, la même année, d'un texte *« relatif aux valeurs et aux principes fondamentaux pour une construction de l'Europe de la psychiatrie »*, par les conférences nationales française et allemande des présidents de Commission Médicale d'Établissement des centres hospitaliers spécialisés, ralliées, depuis, par l'Espagne et l'Italie (HALIMI et al., 2012) ;
- Le financement de l'étude EUNOMIA *(« European evaluation of coercion in psychiatry and harmonisation of best clinical practice »)* dans douze pays européens par la Commission européenne, afin d'élaborer des recommandations européennes de bonnes pratiques cliniques dans le champ des HSC. Ses différents contributeurs ont tous conclu à la nécessité d'uniformiser les HSC à travers l'UE et ont émis des recommandations finales qui vont dans le sens d'une meilleure protection des droits des patients (FIORILLO et al., 2011).

Tableau 1 : **Place de l'autorité judiciaire dans les systèmes législatifs européens relatifs à l'HSC**

Pays/Articles	Loi en vigueur	Intervention de l'autorité judiciaire	Particularités
RÉPUBLIQUE TCHÈQUE (ALEZRAH et al., 2004)	Depuis 1960	- Le juge rencontre le patient au cours de la première semaine d'HSC puis dans les 30 jours si elle se poursuit ; - Il peut, en cas de besoin, ordonner une expertise.	-
ITALIE (BALLERINI, 2000 ; LOESER, 2012)	Loi dite *« loi 180 »*, 1978	- Le juge des tutelles est saisi par le maire lorsque ce dernier initie un *« traitement sanitaire obligatoire »* (TSO) ; - Le magistrat émet un décret motivé dans les 48 heures autorisant, ou non, l'HSC pour 7 jours ; - Prolongation possible selon les mêmes modalités.	- L'Italie a été marquée par la désinstitutionalisation des années 60 (fermeture des asiles), au profit du développement de lits de psychiatrie au sein des hôpitaux généraux ; - Un TSO peut être initié en cas d'urgence sanitaire, voire de maladie infectieuse.
DANEMARK (SESTOFT et al., 2000 ; URFER-PARNAS, 2001 ; BRANDT-CHRISTENSEN, 2012)	*« The Act on deprivation of liberty and other use of coercion within psychiatry »*, 1989. Révisée en 1998 puis amendée en 2006 et 2010	Pas d'intervention de l'autorité judiciaire pour valider la mesure d'HSC	- Le patient bénéficie de l'aide d'un *« conseiller »* qui est tenu de le rencontrer dans les 24 heures pour l'informer sur le déroulement de l'hospitalisation et sur les recours possibles dont la saisie de la *« Commission locale des plaintes »* ; - Cette Commission, composée d'un président, d'un médecin et d'un représentant d'associations de patients, se réunit chaque semaine pour traiter les plaintes des malades ; - Le patient et l'hôpital peuvent chacun faire appel de la décision de la Commission.
AUTRICHE (GUTIÉRREZ-LOBOS et al., 2001)	*« Loi de placement »*, 1990	- Le tribunal de district doit être immédiatement informé lors d'un *« placement à des fins d'assistance »* ; - L'audition du patient permet au juge de décider dans les 4 jours de la poursuite ou non de la prise en charge.	-
BELGIQUE (MOULART et al., 2000, DUCHATEAU, 2006)	Loi *« relative à la protection de la personne du malade mental »*, 1990	- Le juge de Paix doit statuer sous 10 jours ; - Il doit rencontrer le malade et a la possibilité d'entendre l'avis de l'entourage et du médecin expert désigné par l'intéressé ; - Une enquête psycho-médico-sociale peut être ordonnée.	- Toutes les mesures ont une durée prédéterminée : 10 jours pour la première décision, 40 jours pour la *« mise en observation »*, 2 ans pour le *« maintien »* ; - Le juge de Paix peut décider d'un *« placement en milieu familial »*, sous contrôle médical, dans certaines situations de crise ou comme alternative à la poursuite d'une HSC ; - En cas d'urgence, le procureur du Roi peut faire droit à la demande d'HSC d'un tiers (police, médecin, famille) sans qu'un débat contradictoire n'ait été mené par le juge de Paix.

Tableau 1 : **Place de l'autorité judiciaire dans les systèmes législatifs européens relatifs à l'HSC** (suite)

Pays/Articles	Loi en vigueur	Intervention de l'autorité judiciaire	Particularités
FINLANDE (PUTKONEN et al., 2007 ; VÄLIMÄKI, 2009)	*« Mental Health Act* 1990/1116 *»*. Amendé en 2002	- Pas d'intervention judiciaire initialement : la mesure d'HSC est initiée sur la base de 3 avis médicaux initiaux, pour une durée de 3 mois ; - L'autorité judiciaire n'intervient qu'en cas de renouvellement de la mesure (6 mois de prolongation) ; - La poursuite de l'HSC au terme de ces 9 mois ne repose que sur une évaluation médicale.	La loi souligne le droit des patients à l'auto-détermination dans leurs soins et leur reconnaît un *« droit de se plaindre »* ; à cet effet, ils peuvent bénéficier de l'aide d'un *« médiateur »*. La plainte est le plus souvent déposée auprès du chef de service *(« chief medical officer »)* et de l'autorité judiciaire chargée de la surveillance de l'établissement.
SUÈDE (KJELLIN, 1997 ; KJELLIN et al., 2008)	*« Compulsory Psychiatric Care »*, 1992. Révisée en 2000	- Pas d'intervention judiciaire initialement : l'HSC repose sur une décision médicale, pour une durée de 4 semaines maximum ; - Le tribunal n'est saisi que lorsque les soins hospitaliers doivent se poursuivre au-delà de ce délai.	-
GRÈCE (STYLIANIDIS et al., 2000 ; STYLIANIDIS, 2012)	Loi n°2071/1992, 1992	- L'initiation de l'HSC est soumise au contrôle judiciaire, sur sollicitation de la famille ou, si elle est « défaillante », sur saisine du procureur de la République (signalement) ; - Ce contrôle judiciaire s'exerce durant le déroulement des soins et toute prolongation d'une HSC est soumise à l'approbation d'un juge ; - La sortie dépend également d'une décision judiciaire.	Indépendamment de la loi, le programme « Psychargos », qui a débuté en 2000 et est supposé s'achever en 2015, a fixé plusieurs objectifs dont la fermeture définitive des hôpitaux psychiatriques au profit d'un réseau sectorisé des services ambulatoires
PAYS-BAS (CAUBEL, 2002)	1994	- Audience du patient avant toute HSC ; - Sauf en cas d'urgence, où il n'est entendu que dans les 3 jours suivant l'admission.	La prise en charge repose sur l'établissement d'un projet de soins écrit dont la mise en œuvre nécessite le consentement du malade (à moins qu'il n'existe un risque de *« danger grave »*).
POLOGNE (CWIKLINSKI, 2004)	Loi *« sur la protection de la santé psychique »*, 1994	- Une HSC peut être initiée à la demande d'un tiers, assortie d'un certificat médical, sur décision judiciaire (rendue sous 14 jours) ; - L'HSC en urgence n'est possible qu'en cas de *« danger direct »*. Dans ce cas, le directeur de l'hôpital saisit le tribunal dans les 72 heures et le juge entend le patient dans les 48 heures au plus tard. Il peut décider d'une sortie immédiate ou nommer un expert.	-

Tableau 1 : **Place de l'autorité judiciaire dans les systèmes législatifs européens relatifs à l'HSC** (suite)

PORTUGAL (DE BRITO et al., 2000 ; JARA, 2009)	Loi n°36/98, 1998	- L'initiative de l'HSC peut passer par le procureur ou *« l'autorité de santé »* ; - La décision immédiate d'admission est médicale et doit être confirmée par le juge dans les 5 jours ; - Par la suite, la situation de l'intéressé est discutée au tribunal en présence de la famille, du malade et du médecin.	Les HSC de longue durée sont rares et doivent faire l'objet de deux rapports psychiatriques et d'une confirmation par le juge
ESPAGNE (INCHAUSPE et al., 2000 ; GARCIA-RIBERA et al., 2012)	Loi n°1/2000, 2000	- Toute HSC doit, au préalable, faire l'objet d'une autorisation judiciaire, sauf en cas d'urgence médicale ; dans ce dernier cas, le directeur de l'hôpital informe le tribunal dans les plus bref délais (24 heures maximum) ; - Dès que le tribunal a connaissance d'une demande d'HSC (ou d'une HSC en urgence), il dispose de 72 heures pour statuer sur son autorisation ; - Cette décision repose sur les éléments d'un rapport médical et sur l'audience de la personne concernée *« et de toute autre personne qu'il conviendrait d'entendre ou que l'intéressé jugerait utile de faire comparaître »* ; - Par la suite, le médecin informe régulièrement le tribunal sur la nécessité de maintenir la mesure et rédige, à cet effet, un rapport médical au minimum tous les 6 mois.	-
SUISSE ***Exemple de l'État de GENÈVE*** (PETER, 2000 ; ÉTAT DE GENÈVE, 2006 ; REY-BELLET et al., 2010)	Lois *« sur la commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients »* et *« concernant la privation de liberté à des fins d'assistance »*, 2006	- Pas d'intervention judiciaire systématique	- La *« commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients »* est un organe de recours qui statue sur les décisions d'*« hospitalisation non volontaire »* et sur les refus de sortie ; - Elle est constituée de 20 membres, dont certains ont une formation juridique (avocat), sanitaire (médecins, infirmiers, pharmacien…), sociale (travailleur social), et dont d'autres représentent des partis politiques ainsi que des associations de défense des droits des patients.

Tableau 1 : **Place de l'autorité judiciaire dans les systèmes législatifs européens relatifs à l'HSC** (suite)

IRLANDE (MENTAL HEALTH COMMISSION, 2006 ; RAMSAY et al., 2013)	*« Mental Health Act »*, 2001, entré en application en 2006	- La décision d'HSC est médicale, basée sur une *«ordonnance d'admission »*, pour une durée de 21 jours. Elle fait l'objet d'un contrôle au travers de la saisie systématique du *« Tribunal de Santé Mentale »* (TSM) ; - Les *« ordonnances de renouvellement »* permettent de prolonger successivement la mesure pour des durées de 3, 6 puis 12 mois. Le TSM est systématiquement amené à se prononcer sur le maintien de l'HSC ; - Tout psychiatre initiant, ou prolongeant, une mesure d'HSC doit en informer la *« Commission de Santé Mentale »* (CSM) dans les 24 heures.	- Le TSM compte 3 membres : un président (avocat ou juriste), un psychiatre consultant et un *« non-initié »* ; - A chaque saisie du TSM, la CSM assure gratuitement le patient du conseil d'un avocat et organise un examen par un psychiatre consultant ; ce dernier transmet ensuite un rapport au TSM et à l'avocat de l'intéressé ; - Le patient a la possibilité de faire appel de la décision du TSM auprès du tribunal du district dans les 14 jours ; - Dans une enquête nationale, les psychiatres ont reconnu que les ordonnances d'admission peuvent être révoquées plus tôt pour éviter la saisie du TSM (RAMSAY et al., 2013).
ANGLETERRE (JABBAR, 2011 ; SULEK, 2012)	*« Mental Health Act »*, 1983. Amendé par le MHA de 2007	- L'HSC est une décision médicale et le patient peut saisir un *« Tribunal de Santé Mentale »* pour la contester ; - En dehors de tout recours, le TSM examine la situation de tous les patients en HSC durant les 6 premiers mois de la mesure puis tous les 3 ans.	L'HSC se décline selon 3 cadres : - *« section 4 »* : HSC d'urgence pour 72 heures maximum ; - *« section 2 »* : HSC et évaluation jusqu'à 28 jours ; - *« section 3 »* : HSC et traitement jusqu'à 6 mois.
LUXEMBOURG (JOURNAL OFFICIEL DU GRAND DUCHÉ DU LUXEMBOURG, 2009)	Loi *« relative à l'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux »*, 2009	- Le juge est informé de l'HSC le jour même de l'admission et s'assure que les conditions de fond et de forme sont remplies ; - Par la suite, il se prononce successivement, sur la base de rapports médicaux et, si besoin, de suppléments d'information, sur le maintien de la période d'observation (30 jours maximum) puis sur l'initiation du *« placement »* à proprement parler.	- Les décisions du juge ne sont pas susceptibles de recours ; néanmoins, le patient peut se pourvoir devant le tribunal du lieu de situation de l'établissement ; - Tout placement d'une durée supérieure à un an est régulièrement examiné par une commission composée d'un magistrat, d'un psychiatre et d'un assistant social, après consultation du médecin traitant, pour déterminer si son maintien reste justifié.
ALLEMAGNE (HELD, 2001 ; HELD, 2005 ; HOFMANN et al., 2012)	- Loi fédérale *« de protection des majeurs »* - Lois des Länder *« sur les malades mentaux constituant un danger aigu »*	- Tout placement est prononcé par un juge, qui est tenu d'entendre l'intéressé dans les 24 heures ; - En cas d'urgence, un placement judiciaire provisoire peut être ordonné selon une procédure simplifiée ; - La loi fédérale *« de protection des majeurs »* fait partie du socle législatif des HSC car elle reconnaît au tuteur le droit de faire hospitaliser le protégé.	-

4.2. Bassin méditerranéen

4.2.1. Maghreb

4.2.1.1. Maroc

Le Maroc est le premier des trois pays du Maghreb à s'être doté d'une législation spécifique, au travers du *Dahir* (décret) du 30 avril 1959. Celui-ci fait figure de *« charte fondamentale de l'assistance psychiatrique »*, fixant *« les modalités de l'hospitalisation »*, instaurant *« les mesures de contrôle »*, ainsi que *« les voies de recours »*, et réglementant *« la protection des biens des personnes souffrant de troubles psychiques »*. Il n'a cependant *« pas pu être appliqué entièrement »* du fait d'un *« manque de moyens humains et financiers »*. Le dispositif a été complété en 1990 par la mise en place de la Commission de la santé mentale dont la tâche est, entre autres, de *« statuer sur les litiges et recours concernant les hospitalisations obligatoires »*.

Le *Dahir* de 1959 est toujours en vigueur mais, en 2012, la Commission nationale des droits de l'Homme a estimé que cette *« loi pionnière »* était *« tombée en désuétude et donn[ait] lieu à de nombreux abus »*. Elle fait référence, dans son rapport, à un avant-projet de loi alternative (PAES et al., 2005).

4.2.1.2. Tunisie

Comme dans la plupart des pays émergents, la psychiatrie tunisienne n'a connu qu'un *« développement tardif »*, en raison de l'existence *« d'autres priorités sanitaires »*. Elle est actuellement régie par la loi *« sur la santé mentale »* n° 92-83 du 3 août 1992, réformée en 2004 (DOUKI et al., 2005). Comme dans l'ancienne loi française de 1990, les HSC revêtent deux formes avec l'HDT, qui repose sur une décision médicale, et l'HO, qui relève d'une décision judiciaire et de la compétence du président du tribunal de première instance. Le déclenchement d'une HO fait suite à une requête écrite émanant soit d'une autorité sanitaire publique, soit du procureur de la République, assortie d'un avis médical écrit. En cas de *« danger imminent »*, une HO peut également être prononcée par le procureur de la République qui doit alors en informer le président du tribunal de première instance dans les 48 heures (JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE TUNISIENNE, 2004).

4.2.1.3. Algérie

La première loi de santé mentale algérienne a été promulguée dans le courant des années 1990, avant que ne survienne une *« décennie noire »*, marquée par *« la violence sociale, les*

assassinats d'intellectuels, la fuite des psychiatres et un isolement total du pays ». La troisième loi de santé mentale, qui était en préparation en 2005, devait donc prendre le relais de textes qui n'ont jamais été *« ni appliqués ni évalués »*. A l'époque, les hospitalisations étaient donc effectuées *« sans recours à la loi, avec l'accord des familles, comme s'il s'agissait d'une hospitalisation volontaire »*, à l'exception des hospitalisations judiciaires (KACHA, 2005). Les recherches que nous avons menées n'ont pas permis de préciser si un texte de loi est entré en vigueur plus récemment.

4.2.2. Israël

L'État d'Israël a approuvé la Déclaration de l'ONU en 1991, date à laquelle le *« Treatment of the Mental Patient Act »* de 1955 a été mis à jour. Cinq ans plus tard, en 1996, le pays a réaffirmé sa préoccupation pour la sauvegarde des droits de l'Homme en adoptant une loi *« sur les droits des patients »* (BAUER et al., 2007).

La loi de 1991 dispose que la décision d'admission en HSC est du ressort du *« psychiatre du district »* qui produit une *« ordonnance d'internement »* valable sept jours ; en cas d'urgence, elle peut être prise par le directeur de l'établissement, pour une durée de deux jours seulement (BAUER et al., 2007). Elle prévoit également la création de six *« commissions psychiatriques régionales »* qui examinent la situation des personnes faisant l'objet d'une mesure de SSC tous les six mois et peuvent être saisies par les patients ou les directeurs d'hôpitaux (NAHON et al., 2006).

4.2.3. Turquie

Depuis la proclamation de la République en 1923, aucune loi globale de santé mentale n'a été mise en place en Turquie. Le nouveau Code civil de 2002 comporte bien plusieurs articles relatifs aux admissions en HSC mais ils sont trop généraux et n'établissent pas de cadre légal clair. Tout au plus précisent-ils que la décision d'HSC doit être prise après une évaluation par un *« Conseil médical »* et que la mesure peut faire l'objet d'un appel dans les 10 jours. Cette situation s'expliquerait par la culture turque, qui veut que les proches d'un malade le prennent en charge le plus possible, quelles que soient les difficultés que cela peut engendrer.

Dans ce contexte, et afin d'éviter tout abus, l'association psychiatrique de Turquie propose un avant-projet de loi intitulé *« Déclaration des droits des patients psychiatriques »*. Elle recommande un encadrement judiciaire des HSC, procédure qui ne serait pas sans poser de problèmes dans un pays dont les tribunaux sont déjà largement surchargés (ARIKAN et al., 2007).

4.3. Amérique du Nord et Commonwealth

4.3.1. États-Unis

À l'époque asilaire, l'idée prévalait aux États-Unis que les personnes souffrant de troubles mentaux n'étaient pas capables de prendre des décisions et que les soins hospitaliers leur étaient bénéfiques. De ce fait, toutes les admissions étaient involontaires et les procédures d'internement étaient simples, sans véritables contrepoids. Pour remédier aux internements abusifs, les textes ont dû évoluer dans le sens d'une meilleure garantie de la liberté individuelle, avec la reconnaissance du droit des patients à un procès, en présence d'un avocat, avant toute admission psychiatrique. Intention louable mais non dénuée d'effets pervers puisque les patients potentiels devaient parfois attendre plusieurs jours en prison avant la tenue de l'audience…

Les années 50 et 60 vont marquer un tournant important pour la psychiatrie américaine du fait des effets conjugués de l'apparition de nouveaux traitements, de la montée du mouvement pour les droits civiques et de la publication par le *National Institute of Mental Health* d'un avant-projet de loi sur les hospitalisations en psychiatrie, lequel propose de revenir à un *« internement »* basé sur une décision médicale. La concordance de ces évènements pousse le Président Kennedy à signer une loi sur les centres de santé mentale ambulatoires en 1963 : la désinstitutionalisation est en marche.

Parallèlement à la fermeture de très nombreux hôpitaux psychiatriques, les textes de loi relatifs aux HSC vont évoluer à travers tout le pays, sous l'impulsion de la Cour Suprême. En 1975, celle-ci a en effet conclu que le maintien de patients en HSC n'est justifié qu'en cas de *« dangerosité connue »*. Dès lors, les normes légales en matière d'HSC vont progressivement basculer d'un modèle basé sur la *« nécessité d'un traitement »* à l'utilisation de critères de dangerosité. Cette évolution est accompagnée par le développement de meilleures garanties procédurales pour les patients, qui ne sont plus hospitalisés que pour des temps courts et prédéterminés (de deux jours à deux semaines selon les États) avec, au terme de cette période, une audition devant un tribunal afin de déterminer la nécessité de la poursuite des soins hospitaliers (TESTA et al., 2011).

4.3.2. Canada

La législation canadienne est le reflet du fédéralisme avec une répartition des responsabilités entre le gouvernement fédéral et de chacune des provinces. Les textes relatifs à la psychiatrie, et plus particulièrement à l'encadrement des HSC, sont édictés par les provinces, à l'exception du droit pénal (GOERING et al., 2000). Ils se caractérisent par de nombreux points communs dont le contrôle des HSC par des autorités ou des commissions locales. A titre d'exemple, en Colombie britannique,

un patient peut être hospitalisé soit sur décision médicale, soit sur décision judiciaire (à la demande des proches) et bénéficier, au cours de son séjour, d'un examen de sa situation par une *« commission de révision » (« Mental health review board »)* (CANADIAN BAR ASSOCIATION, 2011). La situation du Québec, autre province du Canada, est présentée ci-dessous.

4.3.3. Québec

La loi 39 du 18 décembre 1997 *« sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui »* réglemente la pratique de l'HSC au Québec (GAMACHE et al., 1999). Lorsqu'une personne refuse de se rendre à l'hôpital ou de rencontrer un médecin, il est possible de présenter une requête à la Cour du Québec du district judiciaire de résidence (ou auprès de la Cour municipale, dans certaines villes et en cas d'urgence). Le juge doit alors déterminer s'il y a lieu, ou non, d'ordonner une évaluation psychiatrique et la requête est, le cas échéant, signifiée au patient potentiel par un huissier. La *« garde en établissement »* se décline selon trois modalités :

- La *« garde préventive »*, qui correspond à la situation où le médecin décide de garder une personne en observation sans son consentement et sans ordonnance judiciaire, en raison d'un *« risque grave et immédiat pour sa propre sécurité ou celle de son entourage »*. Elle ne peut pas durer plus de 72 heures et, dans ce cadre, le praticien ne peut *« procéder à des examens sans le consentement libre et éclairé »* du patient ;
- La *« garde provisoire »*, qui peut être déclenchée d'emblée ou faire suite à une *« garde préventive »*, sur requête du centre hospitalier auprès de la Cour du Québec. Un premier examen médical est pratiqué dès l'émission de l'ordonnance puis un second, *« par un autre médecin, dans les 48 heures »* ;
- La *« garde autorisée »* : si les deux rapports d'examen psychiatrique concluent à la nécessité de soins hospitaliers et que l'intéressé n'y consent toujours pas, la Cour du Québec peut rendre un jugement lui ordonnant de se soumettre à une garde dont la durée est définie par le juge (généralement de 21 à 30 jours). C'est la *« garde autorisée »*, qui peut, en cas de besoin, *« être renouvelée pour des périodes de durée variable »*.

Toute personne faisant l'objet d'une *« garde »* peut saisir le tribunal administratif du Québec pour contester la mesure (JUSTICE QUÉBEC, 2011).

4.3.4. Australie

Constituée de plusieurs États et Territoires, l'Australie se caractérise inévitablement par des spécificités locales mais des dispositifs communs existent à travers le pays. Ils prévoient le traitement

des plaintes par des organismes indépendants, des visites de *« personnes extérieures » (« community visitors »)* et l'intervention de tribunaux chargés à la fois d'imposer et de contrôler les ordonnances de SSC (WHITEFORD et al., 2000). Les exemples de la Nouvelle-Galles du Sud, du Victoria et du Territoire de la capitale australienne illustrent l'intervention de ces *« Mental health review tribunals »* qui, en sus de l'aspect juridique, tiennent compte de l'état de santé de la personne et de sa situation sociale, avant de se prononcer sur le bien-fondé des SSC (CARNEY, 2012).

4.3.5. Nouvelle-Zélande

Le *Mental Health Act* a été adopté en 1992, puis amendé en 1999, remplaçant ainsi la loi *« sur les aliénés » (« Lunatics Act »)* de 1882 (WILSON, 2000). Selon ses dispositions, la mise en place de SSC se fait en plusieurs étapes avec, en premier lieu, une période *« d'évaluation et de traitement »* puis, si nécessaire, *« d'évaluation approfondie »*, d'une durée respective de cinq et quatorze jours. Basées sur une décision médicale, elles peuvent se dérouler en ambulatoire (au domicile du patient *« ou ailleurs »*) ou en milieu hospitalier et relèvent du directeur du secteur de santé mentale. Le patient peut faire appel de la mesure à tout moment.

L'autorité judiciaire n'intervient à titre systématique que si la poursuite des soins s'avère nécessaire, auquel cas le médecin informe le tribunal de la situation. Un juge rencontre alors le patient *« à l'endroit où il se trouve »* (domicile, hôpital etc.) et peut *« procéder à l'examen de toute preuve utile »* et *« faire appel à tout témoin qui pourra éclairer l'avis de la Cour »*. À l'issue de l'audition, il peut prolonger l'évaluation pour un mois ou prononcer une ordonnance de SSC (ambulatoires ou hospitaliers) valable six mois ; cette dernière peut être prorogée sur demande médicale et l'est alors pour une durée indéfinie, son terme n'intervenant alors qu'à la révocation de l'ordonnance (NEW ZEALAND LEGISLATION, 2009).

4.3.6. Inde

En Inde, la création d'*« asiles d'aliénés »* est une innovation britannique et les premiers établissements ont été construits pour répondre aux besoins des patients européens, durant la deuxième partie du XVIII^{ème} siècle. Sur le plan législatif, la loi *« sur les aliénés »* a été promulguée en 1858 puis remplacée par la loi *« de santé mentale »* de 1912, qui restera en vigueur jusqu'à l'introduction du *Mental Health Act* (MHA) de 1987.

Le MHA de 1987 n'est entré en application qu'en 1991 et constitue actuellement la base légale des HSC. Il prévoit la tenue d'une enquête judiciaire sur le *« placement »* ainsi que sur la gestion des biens des patients. Il définit les pouvoirs et les devoirs de la police envers les personnes

souffrant de troubles psychiques et précise qu'elles peuvent être placées en garde à vue mais présentées à un magistrat dans les 24 heures pour obtenir une *« ordonnance d'internement »*.

Ce texte fait l'objet de nombreuses critiques car il se concentre essentiellement sur des aspects administratifs et institutionnels et ignore les soins ambulatoires. Toutefois, la Cour Suprême a été saisie à plusieurs reprises pour des affaires ayant trait aux droits de l'Homme et les arrêts qu'elle a rendus ont permis le développement de réformes et de politiques plus progressistes. L'auteur souligne donc que des progrès ont été réalisés mais rappelle que certains États appliquaient toujours le MHA de 1912 en l'an 2000 (GANJU, 2000).

Le système actuel est appelé à être réformé par le projet de loi *« sur la santé mentale »* de 2011. Cette révision législative était devenue nécessaire après la ratification par l'Inde de la Convention des Nations Unies sur les droits des personnes handicapées. Ses principaux apports seront le statut de *« représentant désigné »* (qui aide le patient dans ses démarches et intervient comme représentant légal) et la prise en compte du consentement du patient au travers, en particulier, de *« directives anticipées »* (THIPPESWAMY et al., 2012).

4.4. Asie

Après la présentation du cadre législatif de l'Inde, qui appartient au Commonwealth mais se situe également en Asie, intéressons-nous à ceux de la Chine et du Japon.

4.4.1. Chine

L'organisation de la psychiatrie chinoise est complexe car les services de santé mentale sont gérés par plusieurs départements : la plus grande partie d'entre eux dépend du ministère de la Santé, les autres sont administrés par le ministère des Affaires civiles (destinés aux personnes qui ont des difficultés sociales) et par l'Armée. Le dispositif est complété par des *« Ankang Hospitals »* qui relèvent des ministères provinciaux ou municipaux de sécurité publique et sont destinés aux délinquants souffrant de troubles psychiques.

Il n'existe actuellement pas de loi nationale de santé mentale. Une série de textes portant sur les droits des malades a bien été élaborée au milieu des années 80 mais ce système reste très perfectible. Selon les auteurs, trois facteurs expliquent cette inertie : la stigmatisation de la maladie mentale, l'inégalité de financement des services de psychiatrie selon les régions et la réticence du pouvoir central à affronter les sujets qui peuvent être sources de controverses. Face à ces situations, le gouvernement laisse le plus souvent les autorités locales légiférer ou expérimenter avant d'instaurer une loi nationale, comme cela pourrait se produire avec les lois récentes de cinq villes,

dont Shanghai (2002) et Pékin (2007). Toutes ont pour objectif de protéger les droits des patients et, à cet effet, les principes législatifs suivants ont été édictés :

- La décision d'HSC doit émaner de praticiens agréés ;
- Les HSC ne peuvent exister que dans des établissements accrédités ;
- Le cadre de soins doit être le moins restrictif possible ;
- Les patients, les familles et les représentants légaux doivent être informés des motifs de l'admission et des droits de recours ;
- La mesure doit prendre fin dès lors que les critères d'HSC ne sont plus remplis.

Pourtant, la plupart de ces textes ne prévoient pas d'autorité indépendante de validation et d'examen des HSC ni de procédure claire pour faire appel. Shanghai est la seule de ces villes pour laquelle de telles critiques n'ont pas lieu d'être puisque les patients, ou leurs tuteurs, peuvent demander une nouvelle évaluation auprès de la *« commission municipale d'expertise psychiatrique »* et faire appel de la décision de SSC auprès du tribunal ou du *« bureau local de santé mentale »*.

Pour les auteurs, et bien qu'elles représentent un réel progrès, ces lois ressemblent davantage à des déclarations générales d'objectifs ou de principes ; de plus, il est difficile d'évaluer dans quelle mesure elles sont effectivement appliquées. Ils font ainsi le vœu que dans l'hypothèse où elles serviraient de base pour édicter une loi nationale, les procédures seront précisées de façon plus complète (SHAO et al., 2010).

4.4.2. Japon

L'histoire de la psychiatrie japonaise est originale car le développement des hôpitaux psychiatriques a été tardif et n'a véritablement commencé que dans les années 50. Cette particularité s'explique par une pratique courante qui a longtemps été de *« confiner »* les personnes souffrant de troubles psychiques à leur domicile ; sa réglementation n'est intervenue qu'à partir de 1900, date d'entrée en application du premier texte législatif portant sur la psychiatrie (NAKATANI, 2000). Par la suite, la loi de 1919 est venue limiter le maintien en famille, lequel a définitivement été interdit par la loi de 1950. Cette dernière définit le cadre de l'HSC, effectuée à la demande des proches, sur ordre du gouverneur de la préfecture (WADA et al., 2004).

La fin des années 70 a été marquée par la survenue de plusieurs scandales liés à la divulgation de mauvais traitements au sein des hôpitaux psychiatriques. Cela a suscité de vives critiques et des recommandations internationales en faveur d'une réforme qui ont abouti à l'entrée en vigueur d'une nouvelle loi *« de santé mentale »* en 1988. Elle a été remplacée en 1995 par la loi *« sur la santé mentale et l'assistance » (« Mental Health and Welfare Law »)*, qui en reprend les

principes généraux. Ce texte prévoit l'instauration de *« commissions d'examen psychiatrique »*, constituées de médecins, de juristes et *« d'autres personnes savantes et expérimentées »*, tous désignés par le gouverneur de la préfecture. Elles sont chargées de se prononcer régulièrement sur la nécessité du maintien des HSC et de traiter les courriers du patient (ou de la personne responsable de sa protection). Elles peuvent, le cas échéant, ordonner une libération ou une amélioration du traitement. Leurs pouvoirs en matière de protection des droits des patients ont été renforcés par un amendement de 1999 (NAKATANI, 2000).

Avant d'étudier les ressentis des patients générés par l'audition du JLD, intéressons-nous à présent aux données de la littérature sur leur vécu de l'HSC en nous livrant, au préalable, à quelques considérations préliminaires.

5. CONSIDÉRATIONS PRÉLIMINAIRES

5.1. Les justifications médicales de l'HSC

Les patients admis contre leur gré en psychiatrie sont très vulnérables du fait du contrôle exercé par autrui et du trouble psychiatrique dont ils souffrent, car la maladie peut influencer le contrôle de leur vie (JOHANSSON et al., 2002). À ce titre, les fondements relatifs à la justification, la réglementation juridique et les meilleures pratiques en termes de prises en charge contraintes ont été largement remis en cause et discutés et, de la même façon, de nombreux débats ont porté sur les arguments éthiques sous-tendant ces interventions (HØYER, 2000). Pour McLACHLAN et al. (1999), les bases théoriques des lois de santé mentale ont été insuffisamment prises en compte et il existe, par conséquent, une grande confusion sur leur fonction. Selon eux, une telle législation traite fondamentalement de préoccupations relatives à la santé publique et il s'ensuit que ses fondements devraient être déduits des principes qui guident les professionnels de santé, au premier rang desquels la bienveillance et le respect de l'autonomie du patient.

5.1.1. Les principes de bienveillance et d'autonomie

Pour étayer leur propos, McLACHLAN et al. citent un article de CAMPBELL et al. (1992) selon lequel le principe de bienveillance a été, pendant des siècles, au cœur de l'éthique médicale. Il est d'ailleurs un élément central du serment d'HIPPOCRATE, qui stipule que : *« le régime que j'adopte sera pour le bénéfice de mes patients selon mes capacités et mon jugement »*. L'origine philosophique de la bienveillance remonte au modèle de l'*« excellence humaine »* de PLATON. À travers l'histoire, le

médecin a été l'illustration de cette excellence morale et intellectuelle, qui lui conférerait une capacité supérieure à juger au mieux les intérêts de toute autre personne. Au cours des dernières décennies, la prééminence de la bienveillance s'est érodée : le patient, qui est en mesure de peser les avantages et inconvénients vis-à-vis de différentes options, est mieux à même de juger pour lui-même. Il y a ainsi eu un glissement du *« paternalisme médical »* vers le *« principe d'autonomie »*.

Selon BEAUCHAMP et al. (1989), cités par McLACHLAN et al., les fondements théoriques du concept moderne d'autonomie nous viennent de deux philosophes : Emmanuel KANT et John Stuart MILL. KANT a développé un système fondé sur les règles de la morale qui prescrit que les êtres rationnels doivent respecter leurs semblables en les soutenant et en ne restreignant jamais leurs objectifs et jugements. MILL est plutôt partisan d'une approche utilitariste : *« le contrôle social sur les actions individuelles n'est légitime que s'il est nécessaire pour prévenir un préjudice à d'autres personnes et les citoyens devraient être autorisés à développer leur potentiel en fonction de leurs convictions personnelles »*, à moins que cela n'interfère avec d'autres personnes faisant de même. Le respect de l'autonomie implique donc d'établir un compromis par la négociation mutuelle et le consentement.

De nos jours, si le principe d'autonomie est de plus en plus influent dans l'éthique médicale, la bienveillance continue de jouer un rôle majeur dans de nombreux aspects de la relation médecin-patient car l'autonomie décisionnelle est souvent difficile à mettre en œuvre. Ainsi, si la différence de connaissances entre le médecin et le patient peut être réduite, elle ne peut être éliminée et un grand degré de confiance reste déterminant dans la médecine moderne (McLACHLAN et al., 1999).

En psychiatrie, la bienveillance joue sans doute un plus grand rôle dans le cadre de la relation thérapeutique que dans la plupart des autres spécialités médicales : aux difficultés pratiques pour permettre à une personne de prendre des décisions de façon autonome peuvent s'ajouter celles en lien avec son incapacité éventuelle à déterminer sa volonté. Dans ce cas, le principe d'autonomie devient inapplicable et, étant donné qu'un patient « irrationnel » est incapable de déterminer son intérêt, il s'ensuit que les décisions thérapeutiques doivent être prises par ceux dont le but est de parvenir à cette fin. La bienveillance devient alors la principale justification éthique d'intervention et devrait, en tant que telle, être considérée comme le fondement moral de la législation régissant l'hospitalisation et le traitement involontaires (McLACHLAN et al., 1999).

5.1.2. Le « paternalisme social » et le « paternalisme médical »

À l'appui de leur démonstration, McLACHLAN et al. (1999) utilisent les travaux de KJELLIN et al. (1993), qui ont défini deux aspects de la bienveillance : le *« paternalisme social »* et le *« paternalisme médical »*. Tous deux impliquent *« l'interférence avec la liberté d'action d'une*

personne » : le *« paternalisme social »*, pour des raisons de protection du public (dont le meilleur exemple est l'utilisation de la dangerosité comme critère d'HSC), le *« paternalisme médical »*, pour promouvoir le bien-être du patient.

Le *« paternalisme médical »* va au-delà de la confiance intrinsèque de la relation médecin-patient, qui est basée, d'une part, sur l'expertise reconnue du praticien dans le domaine de la médecine et, d'autre part, sur le fait que le patient est le meilleur juge de ses propres intérêts ; en effet, si une personne a une capacité d'autonomie diminuée, le cadre éthique décrit ci-dessus oblige les professionnels de santé à agir de façon bienveillante. La restriction de liberté est alors justifiée par le fait que le patient va en tirer des bénéfices.

5.1.3. La « Thank you theory » et la « logique rétrospective » de la contrainte psychiatrique

Dans une étude parue en 1999, GARDNER et al. présentent deux concepts selon lesquels les patients qui se sont d'abord opposés à une HSC vont changer de point de vue après avoir reçu un traitement hospitalier. Ainsi, selon la *« théorie du remerciement » (« Thank you theory »)* (STONE, 1975), les patients pourraient être reconnaissants que les médecins soient passés outre leur refus. WERTHEIMER (1993) va plus loin avec la *« logique rétrospective »* de la contrainte psychiatrique, qu'il illustre comme suit : *« si un nombre raisonnable de patients en vient, de façon rétrospective, à approuver le traitement coercitif, l'approbation rétrospective peut montrer qu'il était raisonnable de notre part d'imposer le traitement coercitif en premier lieu. Non pas parce que le consentement tardif supprime la force du refus initial, mais parce cela nous montre que nous avons eu raison de ne pas attribuer une valeur excessive à ce refus initial »*.

5.2. Débats et controverses autour des justifications médicales de l'HSC

En 2000, HØYER a mené une réflexion sur la justification de l'HSC en passant en revue une partie des controverses liées à ce débat et en discutant, de façon critique, la base des positions tenues par différents auteurs. Sur le plan des valeurs fondatrices de l'HSC, le risque d'altération de l'alliance thérapeutique propre à l'utilisation de la contrainte est, pour HØYER, une véritable pierre d'achoppement. Il admet, toutefois, que la pensée d'un système de santé mentale privé de tout pouvoir coercitif serait *« irréaliste »*. Dans ce domaine, le désaccord concerne plus les circonstances dans lesquelles l'usage de la contrainte est approprié et, si l'indication d'HSC basée *« sur un critère de dangerosité »* est assez consensuelle dans de très nombreux pays, les autres justifications, telles que la *« nécessité d'un traitement »*, sont plus controversées. HØYER en veut pour preuve l'élaboration

des *« Principes des Nations Unies pour la protection des personnes atteintes de maladie mentale et pour l'amélioration des soins de santé mentale »* (UNITED NATIONS, 1991) et de l'article 3 de la Recommandation R(83) du Conseil de l'Europe (COUNCIL OF EUROPE, 1983), dont les versions préliminaires n'autorisaient pas, ou n'admettaient qu'avec réserve, le principe de l'HSC *« pour nécessité de traitement »* alors qu'une place lui a finalement été accordée dans les textes définitifs. La raison avancée est que certains patients, y compris lorsqu'ils ne sont pas dangereux, peuvent présenter une altération de leurs facultés mentales en lien avec leur degré d'insight.

HØYER questionne donc l'utilisation de l'absence d'insight comme justification de l'HSC. Il souligne qu'il existe assez peu d'études à ce sujet et que les quelques tentatives qui ont été menées pour mesurer l'insight se sont soldées par une *« tautologie »* du type : *« ceux qui sont d'accord avec leur psychiatre traitant ont un bon insight, ceux qui ne le sont pas ont un mauvais insight »*. De façon plus étonnante, GRISSO (1995) et APPELBAUM (1995) ont comparé des patients souffrant de maladies psychiatriques et cardiaques à des personnes indemnes de toute pathologie, et ont conclu que *« la plupart des patients hospitalisés pour une maladie mentale sévère ont des capacités similaires à celles des personnes indemnes de maladie mentale pour prendre des décisions thérapeutiques »*. Cela pourrait indiquer que, dans de nombreux cas, le *« manque d'insight »* n'est pas un motif valable pour une HSC.

Dans cette réflexion, l'argument récurrent de l'efficacité de l'HSC est, selon HØYER, battu en brèche par les difficultés inhérentes à l'évaluation de l'efficacité de l'hospitalisation libre (failles méthodologiques des études), auxquelles s'ajoute la méconnaissance des interactions entre la contrainte et les variables influençant le résultat de la prise en charge hospitalière. Il remet également en cause le présupposé de l'HSC *« pour nécessité de traitement »*, qui veut que le report des soins diminue la perspective d'un rétablissement ou d'une amélioration (ou augmente le risque de dommages irréversibles), car il n'est pas suffisamment étayé dans la littérature et, surtout, que l'appréciation médicale paraît trop aléatoire dans ces situations. Cette critique est illustrée par les travaux de KULLGREN et al. (1996), qui reposent sur l'évaluation de vignettes cliniques par des psychiatres, dont l'une présente une personne ne souffrant d'aucun trouble mental : 64% d'entre eux ont pourtant suggéré un diagnostic et 42% ont recommandé une hospitalisation.

Dans ce même ordre d'idée, il rappelle que les psychiatres ont tendance à ignorer les effets négatifs de la contrainte et à être trop optimistes par rapport aux bénéfices potentiels du traitement. À l'appui de sa démonstration, il évoque plusieurs études qui ont montré que les patients sortis contre avis médical ne font *« rien de pire »* que ceux qui sont sortis selon les recommandations médicales (LEDWIDGE et al., 1987 ; MCGLASHAN et al., 1988). Par conséquent, il considère que l'indication d'HSC *« pour nécessité de traitement »* devrait être abolie, ce d'autant plus que les déclarations et directives internationales soulignent que les critères *« doivent être très objectifs et*

aussi sérieux que la privation de liberté est nécessaire » (CONSEIL DE l'EUROPE, 1994). Cette thèse est renforcée par le manque de preuves sur des conséquences délétères pour les personnes souffrant de troubles psychiques, dans les pays où l'HSC *« pour nécessité de traitement »* n'existe pas.

Les effets néfastes de l'HSC sont également pointés puisque aucune étude empirique n'a exploré cette question et que les publications portant sur la perception des patients de la contrainte, et de ses effets, sont le plus souvent basées sur la *« Thank you theory »*. Les aspects spécifiques concernant de possibles *« effets secondaires »* y sont rarement discutés alors qu'il est facile d'imaginer l'impact négatif de la peur, de la perte de dignité et de l'absence de contrôle.

Le dernier argument examiné dans le cadre de cette réflexion est celui du *« droit au traitement »*, y compris lorsque les patients ne sont pas en état d'y souscrire. S'il juge ce concept séduisant, HØYER insiste sur le principal danger qu'il recèle, selon lui : la minimisation des effets négatifs de l'HSC, au prétexte qu'il serait dommage de priver qui que ce soit d'un accès à des *« bénéfices limités »*. Une variante de ce *« droit au traitement »* repose sur l'idée qu'un trouble psychiatrique représente, en lui-même, une forme de contrainte et que la personne qui en souffre a le droit d'en être libérée, même si une contrainte externe est nécessaire pour y parvenir. Pour HØYER, cet argument est essentiellement *« métaphysique »*, basé sur des interprétations et des croyances, ce qui justifierait, aux vues des directives internationales sur la définition de critères objectifs, qu'il soit rejeté.

5.3. Contraintes légale, objective, perçue et justice procédurale

Les concepts de contraintes légale, objective, perçue et de justice procédurale, sont utilisés dans plusieurs publications que nous présenterons au chapitre 6 (cf. tableau 2), raison pour laquelle il est nécessaire de les définir de façon plus précise.

5.3.1. Contrainte légale

La contrainte légale correspond au mode d'*« hospitalisation involontaire »* ; cependant, à la lumière de la littérature portant sur le sujet, il s'avère que les perceptions de contrainte des patients ne correspondent pas toujours à leur statut juridique. Ainsi, à l'appui de plusieurs études (dont MONAHAN et al., 1995), IVERSEN et al. (2002) affirment qu'entre 40 et 50% de patients admis volontairement rapportent *« un élément majeur de contrainte »* alors que pour 20 à 30% des patients hospitalisés en HSC, la prise en charge était *« en grande partie un choix volontaire »*. De la même façon, ils font état de divergences fréquentes entre les opinions des patients et leurs dossiers médicaux concernant leur mode d'hospitalisation : dans leur étude, 10% des participants en HL

pensaient être hospitalisés contre leur gré, tandis que 40% de ceux qui se trouvaient en HSC répondaient qu'ils voulaient être hospitalisés ; de fait, ils percevaient leur séjour comme consenti. Par ailleurs, 4% des sujets n'avaient pas connaissance de leur situation juridique.

5.3.2. Contrainte objective

Outre la privation de liberté inhérente à toute HSC, la contrainte objective recouvre l'usage de la force, l'isolement, la contention pharmacologique et/ou physique et la médication forcée (IVERSEN et al., 2007). O'DONOGHUE et al. (2011) y incluent également l'intervention de la police lors du processus d'admission.

5.3.3. Contrainte perçue et pressions positives et négatives

Pour les patients, la contrainte perçue correspond aux situations dans lesquelles quelqu'un d'autre décide pour eux et où ils ne sont pas autorisés à prendre leurs propres responsabilités. Une partie d'entre elles sont communes avec la contrainte objective : être obligé d'aller à l'hôpital et d'y rester, la contention mécanique, la médication forcée, le fait d'être isolé dans sa chambre ou de ne pas être autorisé à sortir du service (OLOFSSON et NORBERG, 2001). Les intéressés signalent cependant d'autres déterminants : la surveillance rapprochée par les infirmiers, de *« mauvaises attitudes »* et un manque de respect de la part du personnel, le fait de ne pas être écouté, de ne pas être autorisé à décider et d'être menacé de sanctions (OLOFSSON et JACOBSSON, 2001).

Selon IVERSEN et al. (2007), le statut juridique à l'admission et la contrainte perçue sont souvent discordants puisque 34% des patients en HL ont signalé des niveaux élevés de contrainte perçue, tandis que 51% des patients admis involontairement ont signalé qu'ils n'avaient perçu que de faibles niveaux de contrainte. Le mode d'hospitalisation n'est donc pas prédictif de la contrainte perçue et les auteurs assurent qu'une abondante littérature soutient cette conclusion.

De façon globale, LIDZ et al. (1995) distinguent deux types de pressions, regroupant quatre styles différents de communication utilisés au cours du processus d'admission et liés à la contrainte perçue : les *« pressions positives »* (persuasion et incitation) – lorsque quelqu'un cherche à montrer au patient qu'il est préférable qu'il soit hospitalisé – et les *« pressions négatives »* (menaces et force), lorsqu'une personne ne lui laisse pas le choix ou lui indique que *« cela sera pire »* s'il résiste. Le recours aux pressions négatives est associé à des niveaux plus élevés de contrainte perçue, tandis que les pressions positives ne sont pas liées aux perceptions de contrainte. LIDZ et al. ont également démontré que la *« justice procédurale »* influe considérablement le niveau de contrainte perçue lors de l'admission.

5.3.4. La justice procédurale

Dans un article paru en 1995, MONAHAN et al. témoignent de l'existence de nombreuses publications portant sur la justice procédurale et sur la façon dont les participants déterminent si la procédure de règlement d'un différend est juste ou légitime. Ils citent notamment les travaux de THIBAULT et WALKER (1975), qui distinguent le *« contrôle du processus »* – c'est-à-dire le contrôle sur la manière dont les arguments sont présentés et l'information apportée – du *« contrôle du résultat »*, c'est-à-dire le contrôle de qui prend la décision finale pour régler un litige. Ces chercheurs ont constaté qu'accorder le *« contrôle du processus »* aux parties du conflit et donner à un tiers (par exemple, à un juge) le *« contrôle du résultat »*, produit les plus hauts jugements d'équité procédurale et les plus hauts niveaux de satisfaction (y compris pour la partie perdante). MONAHAN et al. décrivent donc la justice procédurale comme la conviction d'une personne que les autres agissent par *« intérêt sincère pour elle »*, qu'elle a été *« écoutée et considérée avec respect »* et *« traitée de façon équitable »*.

Selon MCKENNA et al. (2001), la justice procédurale inclut trois éléments distincts pour les patients : la perception que *« les processus de prise de décisions sont équitables et justes »*, qu'ils y sont *« activement inclus »* et que les professionnels ou les autorités impliqués montrent des *« qualités personnelles conformes à l'intention des procédés »*. Ils rappellent que plusieurs études ont montré une corrélation inverse entre les perceptions de justice procédurale et de contrainte des patients, dans le cadre d'une hospitalisation en psychiatrie (LIDZ et al., 1995 ; CASCARDI et al., 1997 ; HIDAY et al, 1997).

6. LE VÉCU DES PATIENTS DE L'HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT

Après la présentation de la méthodologie sur laquelle est basée cette revue de la littérature, nous exposerons les travaux portant sur le vécu de l'HSC à proprement parler, ainsi que le point de vue des patients sur la justification et les résultats perçus de l'HSC. Leur connaissance de leurs droits juridiques, leur opinion sur la procédure d'initiation de la mesure d'HSC et l'impact psychologique de l'intervention d'une autorité judiciaire seront ensuite analysés. Enfin, nous nous intéresserons à la satisfaction des patients à l'égard de l'HSC ainsi qu'à l'intégration d'une telle expérience dans leur histoire de vie. En guise de conclusion, nous détaillerons les implications de ces données pour la pratique quotidienne, avant de proposer une synthèse générale.

6.1. Méthodologie

6.1.1. Identification des articles pertinents

L'analyse de la littérature a été effectuée en utilisant les moteurs de recherche *PubMed*, *Cochrane Database* et *Informative HealthCare*, avec une recherche incluant les mots-clés suivants : *« compulsory hospitalisation »*, *« involuntary hospitalisation »*, *« civil commitment »*, entre 1990 et 2013. Parmi l'ensemble des références proposées, l'examen des résumés a permis de n'en sélectionner que quarante et une. Une lecture plus approfondie nous a conduit à en exclure vingt-trois qui, soit traitaient d'aspects très précis de la contrainte en psychiatrie (isolement, etc.), soit n'apportaient que des éléments objectifs concernant l'HSC (recherches épidémiologiques, comparaisons internationales…), soit mêlaient des patients admis contre leur gré à des patients en HL et détenus.

Les références de chacun des dix-huit articles retenus, dont deux sont des revues de littérature (MONAHAN et al., 1995 ; KATSAKOU et al., 2006), ont été utilisées afin d'identifier d'autres sources pertinentes. Nous avons ainsi trouvé treize publications supplémentaires, parmi lesquelles six études présentées par KATSAKOU et al. (2006) et une revue de littérature (KATSAKOU et al., 2007) apportant trois nouveaux articles (dont deux jamais publiés). Enfin, un article français récent nous a été recommandé par l'un de nos maîtres de stage (VALMY et al., 2012).

Notre présentation du vécu des patients de l'HSC est donc basée sur trente-deux articles. Les informations méthodologiques relatives au protocole des études sont détaillées dans le tableau 2, exceptés pour les deux revues de littérature de KATSAKOU et al. (2006 et 2007) ainsi que pour les travaux de VALMY et al. qui feront l'objet de chapitres spécifiques.

6.1.2. Présentation des instruments utilisés dans les études

Plusieurs instruments sont utilisés dans la majorité des études considérées, au premier rang desquels le *MacArthur Admission Experience Interview*, un entretien semi-structuré qui porte sur les perceptions des patients concernant :

- (1) la contrainte par rapport à la décision d'admission ;
- (2) la nature des pressions qu'ils ont eu à supporter pour être hospitalisés ;
- (3) la façon dont ils ont été traités au cours du processus de venue et d'admission à l'hôpital (justice procédurale) (LIDZ et al., 1995).

Quatre des questions qui le composent, relatives à l'influence, au contrôle, au choix et à la liberté, forment la *MacArthur Perceived Coercion Scale* (MPCS) – qui permet de mesurer la contrainte perçue

(GARDNER et al., 1999) –, tout comme la *Coercion Ladder*, ou CL – qui est une échelle visuelle analogique –, les scores les plus élevés de ces deux instruments correspondant aux plus hauts niveaux de contrainte (IVERSEN et al., 2002). La BPRS *(Brief Psychiatric Rating Scale)* et la GAF *(Global Assessment of Functioning)* sont utilisées, respectivement, pour mesurer la sévérité des symptômes et le fonctionnement global, les scores les plus élevés indiquant, pour la première, des symptômes plus sévères et, pour la seconde, une amélioration du fonctionnement (IVERSEN et al., 2002).

D'autres mesures ont, plus rarement, été effectuées :

- l'évaluation de l'insight, soit par la SUMD *(Scale of assess Unawareness of Mental Disorder)* – dont les scores les plus faibles signent la présence d'insight (O'DONOGHUE et al., 2010) –, soit par la *Birchwood Insight Scale*, qui explore trois domaines principaux : la reconnaissance du *« besoin de traitement »*, la capacité à *« étiqueter les symptômes psychotiques comme tels »* et la *« reconnaissance d'un trouble mental »* (O'DONOGHUE et al., 2011) ;
- la mesure du style de rétablissement, au moyen du *Recovery Style Questionnaire*, dont l'intérêt est de distinguer le *« style de rétablissement intégratif » (« integrative recovery style »)* – caractérisé par la *« reconnaissance de la maladie »* et par des *« tentatives actives pour y faire face »* – du style *« cloisonné » (« sealing over recovery style »),* marqué par l'*« expérience de la psychose »* et l'*« évitement cognitif et comportemental du diagnostic »* (O'DONOGHUE et al., 2011) ;
- la satisfaction à l'égard du traitement, évaluée par la CAT *(Client's Assessment of Treatment Scale)*, une échelle comprenant sept items qui portent sur différents aspects du traitement hospitalier, chacun coté de 0 (pas du tout) à 10 (tout à fait), dont la moyenne est ensuite prise en compte (PRIEBE et al., 2009) ;
- les attitudes vis-à-vis des médicaments, grâce au DAI *(Drug Attitude Inventory)*, un questionnaire d'auto-évaluation composé de déclarations au sujet des *« effets »* et des *« avantages perçus »* des antipsychotiques, pour lesquelles le patient doit préciser s'il est *« d'accord »* ou *« en désaccord »* (O'DONOGHUE et al., 2011).

Tableau 2 : **Présentation de la méthodologie des études utilisées**

Auteur / année / origine	Échantillon / taux de réponse	Temps d'évaluation	Principales hypothèses explorées	Instruments
LIDZ et al., 1995 ÉTATS-UNIS	- 157 patients consécutifs - Issus de 2 hôpitaux en Pennsylvanie (65%) et en Virginie (35%) - 42% des patients de l'échantillon global sont hospitalisés en HSC - 87% de patients en HSC en Virginie, et 18% en Pennsylvanie	Dans les 48 heures suivant l'admission	Déterminer la façon dont les divers aspects du vécu du patient, y compris son mode d'hospitalisation, contribuent au sentiment de contrainte	- Entretien semi-structuré basé sur le *MacArthur Admission Experience Interview* - MPCS
MONAHAN et al., 1995 ÉTATS-UNIS	-	-	Compréhension des déterminants et des corrélats de la contrainte perçue lors d'une hospitalisation en psychiatrie	-
GARDNER et al., 1999 ÉTATS-UNIS	- 433 patients consécutifs, dont 293 en HL et 140 en HSC - Issus de 2 hôpitaux psychiatriques en Pennsylvanie (N = 237) et en Virginie (N = 196) - Lors du suivi : 270 patients (62%)	48 heures après l'admission, puis 2 à 6 semaines après la sortie	Déterminer si les patients changent d'avis sur leur hospitalisation après la sortie	- Entretien semi-structuré basé sur le *MacArthur Admission Experience Interview* - BRPS
McKENNA et al., 2001 NOUVELLE-ZÉLANDE	- 138 patients, dont 69 en HSC et 69 en HL - Issus de 2 unités d'admission - Taux de réponse = 61%	Durant la première semaine suivant l'admission	Perceptions des patients concernant les aspects de la justice procédurale dans le cadre de l'HSC	- Entretien semi-structuré basé sur le *MacArthur Admission Experience Interview* - MPCS
IVERSEN et al., 2002 NORVÈGE	- 223 patients consécutifs, en HL et en HSC - Issus de 4 unités d'admission	Dans les 5 jours suivant l'admission	Contrainte perçue parmi des patients admis volontairement et involontairement	- Entretien semi-structuré - CL (échelle visuelle analogique) - MPCS (questionnaire en 5 points) - BPRS, GAF
IVERSEN et al., 2007 NORVÈGE	- 173 patients, dont 66% en HSC - Issus de 3 unités d'admission - Taux de réponse = 71% - 102 questionnaires distribués par l'équipe soignante (taux de réponse = 54%)	5 jours après l'admission, et questionnaire de satisfaction à renvoyer après la sortie	Étudier l'impact de la contrainte sur la satisfaction des patients en utilisant une mesure plus complète de la contrainte que dans les précédentes études	- Entretien semi-structuré - MPCS, GAF, BPRS - Questionnaire de satisfaction (satisfaction globale et sur 5 sous-échelles)

Tableau 2 : **Présentation de la méthodologie des études utilisées** (suite)

Auteur / année / origine	Échantillon / taux de réponse	Temps d'évaluation	Principales hypothèses explorées	Instruments
WALLSTEN et al., 2008 SUÈDE	- Étude multicentrique - 2 périodes d'enquête, avec inclusion consécutive des patients en HSC et inclusion randomisée des patients en HL - 95 patients en HSC en 1991, 138 en 97-99 - Lors de la 2e entrevue : 84 patients en HSC en 1991, 118 en 1997-99	Dans les 3 à 5 jours suivant l'admission puis à la sortie (ou après 3 semaines d'hospitalisation)	Possibles différences de points de vue entre 1991 et 1997-99 parmi des patients admis volontairement et involontairement, et leurs proches, suite à un changement de législation	- Entretien basé sur des items structurés avec classement des réponses selon des catégories fixes - Nombreuses questions ouvertes - GAF
PRIEBE et al., 2009 ANGLETERRE	- Étude observationnelle prospective - 778 patients en HSC - Issus de 22 hôpitaux - Taux de réponse = 50% au départ, 51% à un an (N = 396)	Interview initiale puis à 4 semaines, 3 mois et 1 an	Étude des réadmissions en HSC dans l'année suivant la première admission et évaluation rétrospective par les patients de la justification de leur HSC	- MPCS - CAT - BPRS, GAF
KATSAKOU et al., 2010 ANGLETERRE	- Étude observationnelle prospective - 778 patients en HSC - Issus de 22 hôpitaux - Taux de réponse initial = 50% - Taux de réponse à 1 mois = 70%, à 3 mois = 61%, à 1 an = 51%	Durant la semaine suivant l'admission puis à 1 mois, 3 mois et 1 an	Évaluer la satisfaction des patients hospitalisés contre leur gré à l'égard du traitement, ses changements au cours du temps et les facteurs l'influençant	- CAT - MPCS, CL - BPRS, GAF
O'DONOGHUE, 2010 IRLANDE	- 81 patients en HSC - Issus d'un hôpital privé dont dépend également un secteur public	Lorsque la mesure d'HSC est révoquée et qu'une date de sortie est convenue	Étudier le vécu des patients de leur HSC, avec l'hypothèse que leur perception de la nécessité de l'HSC est associée à leur niveau d'insight	- Entretien semi-structuré - SUMD
PRIEBE et al., 2010 ANGLETERRE	- Cohorte multicentrique dans 11 pays (1 à 5 hôpitaux par pays) - 2326 patients en HSC interrogés durant la première semaine de leur hospitalisation, 1809 à un mois, 1613 à 3 mois - Entre 31 et 71% des patients éligibles ont été interrogés initialement, puis entre 63 et 96% à 1 mois, et entre 55 et 93% à 3 mois	Durant la première semaine suivant l'admission, puis à 1 mois et 3 mois	Évaluer le point de vue des patients sur l'HSC après 1 mois et 3 mois, sur plusieurs sites de 11 pays européens	- Entretien en « face-à-face » - BPRS
O'DONOGHUE et al., Mai 2011 IRLANDE	- Étude menée dans un hôpital privé dont dépend également un secteur public - 98 patients éligibles, 81 interviewés avant la sortie - 66 réinterrogés 1 an après la sortie, soit un taux de suivi de 81%	Lorsque la mesure d'HSC est révoquée et qu'une date de sortie est convenue Entretien de suivi un an après la sortie	Déterminer le niveau de justice procédurale perçu au moment de l'admission en HSC, si cela influence l'engagement futur avec les services de santé mentale, et quels facteurs déterminent l'engagement avec les services après la sortie	- Entretien semi-structuré - *MacArthur Admission Experience Interview* (justice procédurale) - SUMD

Tableau 2 : **Présentation de la méthodologie des études utilisées** (suite)

Auteur / année / origine	Échantillon / taux de réponse	Temps d'évaluation	Principales hypothèses explorées	Instruments
O'DONOGHUE et al., Juin 2011 IRLANDE	- Étude observationnelle rétrospective de suivi menée dans un hôpital privé dont dépend également un secteur public - 88 patients éligibles, 81 interviewés avant la sortie - 68 réinterrogés 1 an après la sortie, soit un taux de suivi de 84%	Lorsque la mesure d'HSC est révoquée et qu'une date de sortie est convenue Entretien de suivi un an après la sortie	Déterminer ce que pensent les patients de leur HSC un an après la sortie et les facteurs pouvant influencer leur perception Mesurer les taux de réadmission involontaire dans l'année suivant la sortie et examiner les facteurs de risque possibles	- Entretien semi-structuré - *MacArthur Admission Experience Interview* - *Birchwood Insight Scale* - *GAF* - *Recovery Style Questionnaire* - *Drug Attitude Inventory*
SIBITZ et al., 2011 ANGLETERRE	- Étude qualitative - Échantillonnage théorique - Participation de 15 patients ayant connu une expérience d'HSC, recrutés par le biais des services de santé mentale	Les personnes souhaitant se joindre à l'étude ont contacté les chercheurs	Établir une typologie des points de vue de la contrainte et des styles d'intégration dans l'histoire de vie	- Entretien semi-structuré - Questions ouvertes et révisées de manière itérative
KATSAKOU et al., 2012 ANGLETERRE	- Étude qualitative - 59 patients en HSC de 22 hôpitaux anglais - Echantillonnage calculé (patients estimant leur HSC justifiée et patients l'estimant injustifiée) - Taux de réponse = 86%	Entre 3 mois et 1 an après l'admission, et toujours après la sortie	Étudier le point de vue rétrospectif des patients hospitalisés contre leur gré sur la perception de la nécessité/justification de leur HSC	- Entretien semi-structuré
McGUINESS et al., 2012 IRLANDE	- 6 patients initialement hospitalisés contre leur gré, qui viennent de passer en HL - Proposition de participation effectuée avant la sortie	Entretien dans la semaine qui a suivi le changement de statut	Explorer l'impact de l'HSC et éclairer le vécu de l'HSC	- Entretien semi-structuré

6.2. Le vécu des patients de l'HSC

6.2.1. Revue de la littérature

En 2007, KATSAKOU et al. ont mené une revue de la littérature portant sur l'HSC en psychiatrie adulte générale, afin de déterminer le vécu de l'hospitalisation et du traitement involontaires ainsi que les résultats perçus de telles prises en charge. Pour ce faire, ils ont jugé approprié de recueillir des études qualitatives, car ce type de recherche offre une description plus détaillée des expériences des participants et permet d'identifier leurs aspects positifs et négatifs et/ou des groupes de patients aux opinions plus ou moins favorables. La recherche documentaire a été réalisée à partir de bases de données pertinentes *(PsychINFO, Medline, Premedline, Embase)*, des références des articles sélectionnés mais aussi en contactant leurs auteurs. Sur les six articles initialement retenus, l'un a été exclu (QUIRK et al., 2003), car il étaient deux à rapporter les résultats d'une même étude, et deux autres n'ont jamais été publiés (BARNES et al., 2000 ; QUIRK et al., 2000). Leurs méthodologies sont basées sur des entretiens semi-structurés et diverses approches analytiques. Les principaux domaines d'intérêt de chacune des cinq études sont décrits dans le tableau 3, mais les objectifs et questions des recherches n'étaient pas toujours clairement indiqués.

Les principales conclusions des cinq études ont été combinées et organisées sous forme de thèmes communs : l'*« autonomie perçue »* par les patients et la *« participation aux décisions pour eux-mêmes »*, leur *« avis sur l'opportunité de leur prise en charge »* et leur *« sentiment d'identité »*. Dans ces domaines, les conséquences de l'HSC ont été renseignées de façon systématique ; toutefois, il n'est pas précisé si les thèmes émergents sont évoqués par tous les participants comme étant les aspects négatifs ou positifs de leur expérience globale, ou s'ils reflètent différents points de vue rapportés par différents groupes de patients.

Les aspects négatifs sont de trois registres et concernent, en premier lieu, les *« restrictions d'autonomie »* et l'*« absence de participation aux décisions concernant le traitement »*. Les expériences de *« violation de l'autonomie »* sont, en effet, l'un des problèmes les plus souvent mentionnés par les patients, avec l'impression que leurs droits leur sont retirés. Ils ressentent que d'autres personnes, telles que la police et les professionnels de la santé, ont du pouvoir sur eux et ils expérimentent même, parfois, une contrainte physique (isolement, contention, médication forcée). En second lieu, ils se plaignent de la qualité des soins et de n'être pas suffisamment pris en considération. Ils rapportent souvent que *« le traitement qu'ils reçoivent est dénué de sens »* et qu'il ne leur convient pas, que la seule option thérapeutique est un médicament pouvant causer des effets secondaires désagréables. En troisième lieu, ils mettent en avant l'impact émotionnel de l'hospitalisation, arguant qu'elle provoque généralement de *« graves perturbations dans leurs vies »*.

Ils pensent souvent que les professionnels ne s'intéressent pas à eux et ne les acceptent pas tels qu'ils sont ; ceci provoque un sentiment de rejet, une déception vis-à-vis du personnel comme du système de santé mentale en général, le tout induisant une vision pessimiste de leur avenir causée par un sentiment de désespoir, de frustration et une faible estime de soi. Ces émotions puissantes les poussent à s'interroger sur leur valeur : ils se disent traités *« comme des criminels »* ou des *« malades mentaux »*, ont l'impression d'être *« punis pour avoir une maladie mentale »* et pour prendre du temps à la police et à l'équipe. Ils se sentent déconnectés de la normalité et déshumanisés. Ces sentiments sont parfois plus permanents, certains patients pouvant continuer à se sentir dévalués et stigmatisés, y compris après la sortie.

Les aspects positifs sont également de trois registres et ont trait, en premier lieu, au *« respect de l'autonomie »*. En second lieu, les patients rapportent *« être pris en charge »* et profiter des bénéfices du traitement. Ils pensent que certains professionnels s'intéressent à eux, prennent le temps de leur parler, et leur apportent une attention et un soutien précieux, ce qui atténue leurs sentiments de peur et d'incertitude. Les relations avec les autres patients et leurs parents sont également importantes. Certains estiment rétrospectivement que l'HSC peut être justifiée lorsqu'ils ne réalisent pas qu'ils sont malades. En troisième lieu, les auteurs constatent que, pour certains, l'HSC n'altère pas leur confiance en eux et qu'*« ils se sentent normaux »*. Avoir une maison, un emploi, des amis, des parents et des animaux renforce encore ce sentiment d'être « normal ».

Les auteurs font état de plusieurs limites, au premier rang desquelles leur méthodologie, puisque la synthèse de données qualitatives donne lieu à un plus grand nombre de biais et à une interprétation plus subjective que celle d'informations quantitatives et numériques. Ils ne se sont, en outre, appuyés que sur cinq études et toutes avaient des tailles d'échantillon particulièrement réduites (avec un total de seulement 54 participants). Enfin, les méthodes utilisées ne sont pas toujours clairement décrites, leur qualité est donc difficile à évaluer.

Tableau 3 : **Design et conclusions des études passées en revue** (d'après KATSAKOU et al., 2007)

Auteur/année /origine	Échantillon/taux de réponse (TR)	Type d'étude	Principales hypothèses explorées	Analyses	Résultats
OLOFFSON et JACOBSSON, 2001 ; **OLOFSSON et NORBERG**, 2001 SUÈDE	- 18 participants en HSC, pour lesquels une sortie définitive est prévue dans les 3 prochains jours - Echantillon consécutif - TR = 58%	- Exploratoire - Transversale - Entretiens	Expériences de la contrainte perçue et moyens de les prévenir	Diverses méthodes pour les différentes questions posées : - Analyse du contenu (analyse des domaines émergents) - Analyse thématique - Analyse narrative	- Pas d'information/de participation - Être ignoré, ne pas être écouté, se sentir impuissant - Règles strictes, pas de flexibilité - Être enfermé - Utilisation de la contrainte physique comme une punition pour rendre les choses plus simples pour l'équipe - Manque de compétence de l'équipe - Équipe distante, ne prenant pas le temps d'interagir, n'acceptant pas les patients - Rien ne se passe dans le service/fixation sur le traitement médicamenteux - Peur de l'insécurité, sentiment de chaos - Échec en tant qu'être humain, impression que son intégrité est bafouée - Ne pas être autorisé à avoir et à montrer des sentiments et des états d'âme - Être traité comme une personne dangereuse/inadaptée - Information, une part de participation, une part de liberté - L'équipe s'occupe, comprend, et traite les patients comme des êtres humains/des personnes ordinaires
JOHANSSON et LUNDMAN, 2002 SUÈDE	- 5 participants ayant suivi un traitement involontaire durant les 2 dernières années - Echantillon recruté par le biais des services ambulatoires - TR non précisé		Expériences d'avoir été traités sans consentement	Méthode herméneutique phénoménologique conduite en 3 étapes : 1) Lecture naïve du texte pour en avoir une idée globale 2) Analyse structurelle pour dégager des thèmes 3) Relecture des entretiens en tenant compte des précédentes étapes	- Environnement rigide, pas de flexibilité - Peu d'implication dans les soins - Exposition à la violence et à l'exercice de la force - Traitement intrusif et inhumain - Être traité comme un criminel/ne pas être traité comme un être humain/ne pas avoir la même valeur humaine qu'une personne en bonne santé - Protection contre l'automutilation et le suicide - L'hôpital peut être agréable et répondre à des besoins - Les SSC sont nécessaires pour le bien des patients, lorsqu'ils ne se rendent pas compte qu'ils sont malades.

Tableau 3 : **Design et conclusions des études passées en revue** (d'après KATSAKOU et al., 2007) (suite)

Auteur/année /origine	Échantillon/taux de réponse (TR)	Type d'étude	Principales hypothèses explorées	Analyses	Résultats
BARNES et al., 2000 GRANDE-BRETAGNE (GB)	- 11 participants ayant suivi un traitement involontaire - Echantillon recruté par le biais d'association d'usagers *(« service user group »)* - TR non précisé	- Exploratoire - Transversale - Entretiens	Impact de la contrainte sur le parcours des gens au sein des services de santé mentale, sur leur idée d'eux-mêmes et sur leurs vies	L'équipe de chercheurs a discuté des thèmes émergents. Il n'y a pas plus d'informations sur les stratégies d'analyse	- Pas d'information, pas de participation aux décisions, perte de contrôle, violation des droits de l'homme - Équipe distante, sans compassion - Fixation sur le traitement médicamenteux, environnement déplaisant - Peur, insécurité, colère et sentiment de perte - Être traités comme des enfants/des individus malades - Intériorisation d'une perception d'eux-mêmes comme étant fous et mauvais, faible estime d'eux-mêmes - Stigmatisation/discrimination après la sortie définitive - Être informés/compris - Le traitement involontaire permet une réflexion sur soi-même
JONES et MASON, 2002 GB	- 16 patients souffrant d'un trouble psychotique, contre lesquels la police a déposé un mandat d'arrêt (« article 136 »*) et qui ont ensuite été hospitalisés - Echantillon consécutif - TR non précisé		Expériences d'un traitement par la police et les services de santé mentale	- Théorie empirique *(« grounded theory »)* - Analyse au fur et à mesure de la collecte des données - Comparaisons permanentes entre les transcriptions - Formulation catégorique et schéma général	- Aucun droit à la parole sur les prises de décision - Perte de pouvoir, de liberté, de respect et de contrôle - Activités du service limitées - Équipe inaccessible/pas intéressée par les patients - Incertitude, inutilité, désespoir - Frustration, déception, sentiment de rejet - Être traité comme un criminel, puni pour avoir une maladie mentale - Être hors de contact avec la réalité et *« pas tout à fait humain »* - Se sentir en lieu sûr et en sécurité à l'hôpital - La police et l'équipe sont bienveillants
QUIRK et al., 2000 ; 2003 GB	- 4 participants en HSC - TR = 28%		Rôles et expériences des personnes ayant été hospitalisées contre leur gré	- Théorie empirique - Codage - Construction de théories	- Être *« trompé »*/ne pas être informé - Pas suffisamment de dialogue avec les infirmiers - Lieux déplaisants/pas assez d'espace ni d'intimité personnels - Activités limitées - Se sentent fâchés, contrariés.

* l'article 136 du *Mental Health Act* de 1983 permet à la police anglaise d'appréhender une personne causant un trouble à l'ordre public

6.2.2. Études individuelles

6.2.2.1. Données complémentaires issues des articles utilisés dans la revue de KATSAKOU et al. (2007)

Dans un article intitulé *« un plaidoyer pour le respect »*, OLOFSSON et JACOBSSON (2001) rapportent les critiques des participants, qui concernent particulièrement les médecins, décrits comme n'étant pas disponibles et ne voyant pas *« l'être humain derrière le patient »*. Ils ont indiqué que lorsqu'ils essayaient d'exprimer leurs souhaits – par exemple, demander leur sortie –, le résultat a été une durée d'hospitalisation prolongée ; la meilleure chose à faire était donc de *« garder le silence »* et de *« ne pas protester »*. Ils considèrent que le médecin est celui qui a le pouvoir et qui, de toute façon, décide. Selon OLOFSSON et JACOBSSON, cela concorde avec l'étude de PILGRIM et ROGERS (1993) sur l'avis des usagers des services de psychiatrie, dans laquelle les psychiatres ont été jugés les moins efficaces de tous les professionnels de santé mentale, avec un recours excessif aux médicaments, sans utiliser d'autres traitements (en particulier l'échange verbal), et critiqués pour ne pas fournir d'informations.

JOHANSSON et LUNDMAN (2002) notent que lorsque les patients perçoivent la discipline et le contrôle comme une menace pour leur liberté personnelle, ils peuvent développer des contre-stratégies telles que la simulation d'obéissance, la dissimulation, la fuite hors de l'institution ou l'envoi de plaintes aux autorités.

La contribution de JONES et MASON (2002) éclaire le vécu des patients dans le cadre de l'application de l'article 136 du *Mental Health Act* (1983) en Angleterre. Cette disposition permet à la police d'amener les personnes souffrant de troubles psychiatriques dans un lieu sûr, lorsqu'elles causent un trouble à l'ordre public, qu'une infraction ait été commise ou non. L'objectif principal de l'étude était de déterminer la qualité de la prise en charge, du moment de la détention à celui de l'admission à l'hôpital. Les résultats indiquent une *« insatisfaction générale »* vis-à-vis de la police et des professionnels de santé, mais alors que la première constatation est considérée comme acceptable, tel n'est pas le cas de la seconde. En effet, les patients ont eu l'impression que la police était davantage préoccupée par la protection du public et par le maintien de la loi et de l'ordre que par leur santé mentale, ce qui semble inhérent à sa fonction. L'un des participants a ainsi estimé qu'être *« détenu, menotté et jeté dans une cellule fait partie intégrante de la maladie mentale de nos jours »*. Une fois admis à l'hôpital, les sujets ont dit se sentir plus en sécurité ; cependant, cela a été de courte durée : le personnel était considéré comme *« inaccessible »*, *« trop occupé »* par d'autres choses et *« désinvesti »*. L'impression commune est qu'il semblait *« irrité »* par le contact des patients. Finalement, la transition a été considérée comme une expérience négative en raison de la

« frustration de leurs attentes » : alors qu'ils s'attendaient à ce que la police soit néfaste et indifférente, ils pensaient que le personnel de l'hôpital serait accueillant et rassurant.

6.2.2.2. Autres études

En 2011, SIBITZ et al. ont établi une typologie des points de vue sur l'HSC et en ont identifié trois différents ; ainsi, l'HSC est tantôt envisagée comme *« un freinage d'urgence nécessaire »* (elle a fourni un *« degré d'endiguement »* et de sécurité qui n'était pas immédiatement atteignable par le biais d'autres moyens), tantôt comme *« une réaction excessive inutile »* (elle a parfois été perçue comme un échec à identifier et à résoudre correctement les problèmes), mais aussi comme *« une pratique nécessitant des améliorations »*.

L'étude la plus récente sur le vécu des patients de l'HSC a été conduite par McGUINESS et al. (2012) et a permis de dégager trois thèmes dominants : *« les premiers jours »*, *« les expériences relatives au traitement »* et *« aller de l'avant ? » (« moving on ? »)*. *« Les premiers jours »* représentent les premiers ressentis et opinions des participants au moment de leur admission. Le *« voyage »* vers le centre hospitalier était un aspect important de leurs récits. En règle générale, la police les a accompagnés et certains ont témoigné sur ce sujet : *« ils m'ont juste menotté comme un chien »*, *« ils m'ont mise dans un van […], je pensais qu'ils allaient me tuer parce que j'étais tellement paranoïaque »*. Quelques patients ont exprimé leur manque de compréhension de ce qui se passait : *« quand je suis arrivé ici, je pensais y être pour une autre raison que celle pour laquelle j'étais là »*.

Sur *« Les expériences relatives au traitement »*, si les médicaments étaient considérés comme le pilier du traitement, les bénéfices perçus de la communication sont soulignés. Un patient a cependant fait allusion à l'attitude paternaliste des soignants : *« ils vous […] traitent comme un enfant, comme si vous étiez complètement fou dans la tête »*. Un autre patient a exprimé une certaine frustration vis-à-vis du personnel : *« le psychiatre qu'ils ont envoyé, il n'avait pas assez de temps […], il était occupé »*.

« Aller de l'avant ? » (« moving on » ?) représente le point de vue des participants sur la façon dont ils se sont adaptés à la situation, avec des ressentis fluctuants, et *« comprendre les ficelles du système »* était primordial pour la préparation de la sortie. Les émotions fluctuantes peuvent être un lent processus d'acceptation tel que décrit ici : *« j'ai été très paranoïaque, [je pensais] qu'ils allaient me faire quelque chose […] mais maintenant ma pensée est passée de la paranoïa à l'acceptation, de l'acceptation au soulagement, du soulagement à la normalité »*. La plupart des sujets ont donné des exemples de vécus intenses et de réactions émotionnelles variées face à l'enfermement : *« la colère, j'étais en colère. J'étais f*** en colère »*, *« les premières semaines c'était […] l'anxiété. Et puis après les quatre ou cinq premières semaines, c'était une sensation de*

soulagement », *« ce n'était pas trop mal au début, puis je me suis senti très agité […] pas au point d'être désespéré, mais pas loin »*. Les participants ont parlé du *« sens à donner à leur admission »* au fil du temps. Il semble que certains ne voulaient pas intégrer cette expérience en eux, ce qui peut être lié à leur style de rétablissement *« cloisonné »* (*« sealing over style of recovery »*). D'autres évoquaient ce qu'ils auraient pu faire pour éviter l'HSC ou admettaient qu'elle avait été nécessaire pour eux et pour autrui, notamment leur famille. De l'avis général, aller de l'avant était une nécessité. Toutefois, des patients ont identifié le fait d'être *« étiquetés »* comme *« fou »* comme un obstacle à leur progression et ils ont exprimé leur mécontentement d'être considérés comme *« souffrants »*.

McGUINESS et al. soulignent plusieurs limites à leur travail : il s'agit d'une petite étude, qui n'a été menée que dans un seul établissement. De plus, les participants se sont portés volontaires pour être interviewés et il est possible que ceux qui ne l'ont pas fait aient des avis différents ou aient souhaité oublier cette expérience. Enfin, compte tenu du calendrier de l'entretien (avant la sortie), il est concevable que les participants aient sciemment donné un compte-rendu plus positif pour ne pas compromettre la sortie définitive déjà prévue.

6.3. Points de vue des patients sur la justification et les résultats perçus de l'HSC

6.3.1. Analyses quantitatives

En 2006, KATSAKOU et al. ont mené une revue de la littérature portant notamment sur les résultats subjectifs de l'HSC perçus par les patients. Vingt-trois articles remplissant les critères d'inclusion et rapportant les résultats de dix-huit études ont été identifiés par le biais d'une recherche dans diverses bases de données (*Psychinfo*, *Medline*, *Premedline*, *Embase*) et grâce aux références de chacun d'entre eux. Publiés entre 1977 et 2000, ils reposent tous sur une hétéro-évaluation de l'évolution clinique et sur une auto-évaluation des résultats. Les auteurs ont classé les études en fonction de critères de qualité (faible, moyenne, ou haute). Nous ne présenterons que celles postérieures à 1990, date arbitraire retenue pour mener cette bibliographie (tableau 4).

Les participants ont le plus souvent été invités à évaluer un certain nombre de résultats différents mais connexes, portant sur cinq aspects de leur HSC : *« besoin d'hospitalisation et de traitement en général »*, *« nature involontaire »* et *« justification »* de la prise en charge, *« bénéfices tirés des soins »*, *« satisfaction vis-à-vis du traitement »*. KATSAKOU et al. indiquent que le point de vue des patients sur leur besoin d'hospitalisation et de traitement en général (c'est-à-dire pas nécessairement par rapport à la nature involontaire de l'admission) a été sondé dans la majorité des études. Les résultats indiquent que 33 à 68% des participants l'ont jugée justifiée ou nécessaire

(KJELLIN et al., 1993 et 2004 ; WALLSTEN et al., 2004 ; SVENSSON et al., 1994). Le recueil de leurs avis sur l'HSC et le traitement contraint, ainsi que sur leur légitimité, révèle qu'ils étaient rétrospectivement justifiés pour 39 à 75% des sujets (CONLON et al., 1990 ; RUSIUS, 1992). Les résultats suggèrent une association entre leurs points de vue et le temps écoulé depuis l'admission car ils ont tendance à devenir plus positifs au fil du temps : 39 à 58% d'entre eux pensaient que leur admission était justifiée au cours des vingt-cinq jours suivant l'admission (CONLON et al., 1990), contre 66% à 75% lors des entretiens menés entre quatre mois et trois ans après (RUSIUS, 1992).

La perception des bénéfices du traitement a, elle aussi, fréquemment fait l'objet d'investigations. Point important, elle paraît expliquer l'impact du temps évoqué ci-dessus. 39 à 81% des patients perçoivent leur HSC comme utile (CONLON et al., 1990) et deux études de haute qualité montrent que lorsqu'ils sont spécifiquement interrogés au sujet d'une amélioration clinique, 68 à 76% d'entre eux déclarent qu'ils se sentent mieux (KJELLIN et al., 1997 et 2004). En outre, plusieurs études – dont ces deux mêmes études de haute qualité – indiquent que 46 à 73% des patients sont satisfaits du traitement qu'ils ont reçu.

Ces données suggèrent donc que la plupart des patients soumis à une HSC montrent une amélioration clinique importante au fil au temps, bien que cette conclusion soit principalement basée sur les seuls scores de fonctionnement global. De plus, l'évaluation de l'hospitalisation et du traitement sans consentement semble plutôt favorable puisque de la plupart des études ressortent des opinions rétrospectives majoritairement positives sur le bien-fondé de l'HSC, le besoin initial de soins hospitaliers et sur les bénéfices obtenus. Fait notable, les patients dont l'amélioration clinique est plus marquée ont tendance à avoir des jugements rétrospectifs plus positifs.

Plusieurs limites sont signalées et tiennent, pour partie, aux lacunes méthodologiques des études examinées (qualité variable, échantillons réduits, procédures d'échantillonnage incompatibles, temps d'évaluation variables) ; cependant, la revue en comporte elle-même, qui l'exposent à des biais de publication puisque seuls les articles publiés, écrits en langue anglaise et détaillant des études quantitatives ont été pris en compte.

Ces chiffres ont été confirmés dans une étude d'O'DONOGHUE et al. parue en 2010. Ses auteurs affirment que 72% des patients jugent, avant la sortie définitive, que leur HSC était nécessaire, parmi lesquels 77,8% des sujets souffrant de schizophrénie ou d'un trouble schizo-affectif et 67,9% de ceux atteints d'un trouble de l'humeur. En revanche, ces résultats sont plus élevés que ceux de PRIEBE et al. (2009), selon lesquels seuls 40% des patients estiment que leur HSC était justifiée, un an plus tard. Selon PRIEBE et al., ce chiffre aurait pu être encore plus faible si tous les participants avaient été réinterrogés (le taux de réponse à un an étant de 51%). Ils précisent que leurs conclusions sont difficiles à comparer à celles des précédentes études car leurs taux de réponse étaient différents et que des périodes de suivi plus courtes ont été utilisées.

Tableau 4 : **Description des études** (d'après KATSAKOU et al., 2006)

Auteur/année/ origine/design/ score de qualité	**Échantillon**	**Taux de réponse (TR) et d'attrition (TA)**	**Temps d'évaluation**	**Principaux résultats étudiés**	**Instruments**	**Résultats**
CONLON et al., 1990 CANADA/ rétrospective/ faible qualité	16 patients admis consécutivement pour une évaluation en urgence et n'ayant pas d'antécédent d'hospitalisation	TR = 57%	Entre 1 et 25 jours après l'admission (moyenne de 7,96 jours)	- Justification perçue de l'admission involontaire - Bénéfices perçus du traitement	Entretien semi-structuré basé sur des études antérieures (TOWES et al., 1986)	- 44% ont déclaré que leur *« internement »* avait été nécessaire et 63% ont déclaré qu'il avait mené à un traitement - 50% ont évalué le résultat de l'*« internement »* comme étant utile, alors que 18% croyaient qu'il avait été nocif
RUSIUS, 1992 GB/rétrospective/ faible qualité	50 patients ambulatoires ayant été hospitalisés contre leur gré durant les 3 dernières semaines	TR = non rapporté	Durant les 3 semaines ayant suivi l'admission	Justification perçue de l'admission involontaire	Items simples	66% ont déclaré qu'ils étaient reconnaissants d'avoir été internés, alors que 24% ont déclaré que cela ne les dérangeait pas et que 10% se sentaient *« plein de ressentiment »*
KJELLIN et al., 1993 SUÈDE/prospective/ haute qualité	100 patients consécutifs en HSC (en excluant ceux qui sont sortis dans les jours suivant l'admission)	TR = 85% TA = 15% (T2), 25% (T3)	• T1 : admission • T2 : à la sortie, ou après 3 semaines de soins • T3 : 4 à 8 mois plus tard	- Nécessité perçue du traitement - Progrès clinique observé	- GAS *(Global Assessment Scale)* - Items simples	- Amélioration globale - A la sortie, 66% des patients semblaient accepter leur admission
SVENSSON et al., 1994 SUÈDE/ rétrospective/ faible qualité	21 patients consécutifs qui ont rapporté avoir été hospitalisés contre leur gré dans 4 unités d'admission et 3 unités de réhabilitation, avec une durée de séjour d'au moins 3 semaines	TR = non rapporté	4 semaines après l'admission, ou à la sortie si elle est intervenue durant la 4e semaine	- Nécessité perçue du traitement - Satisfaction perçue vis-à-vis du traitement	Items du SPRI (instrument mesurant la satisfaction vis-à-vis du traitement)	- 33% pensaient que leur admission était justifiée et nécessaire alors que 48% ont rapporté qu'elle était injustifiée et inutile - Leur satisfaction générale vis-à-vis du traitement était en moyenne de 71,4 sur une échelle allant de 24 à 120

Tableau 4 : **Description des études** (d'après KATSAKOU et al., 2006) (suite)

Auteur/année/ origine/design/ score de qualité	**Échantillon**	**Taux de réponse (TR) et d'attrition (TA)**	**Temps d'évaluation**	**Principaux résultats étudiés**	**Instruments**	**Résultats**
KJELLIN et al., 1997 SUÈDE/prospective/ haute qualité	95 patients consécutifs en HSC (en excluant ceux qui sont sortis dans les 3 jours suivant l'admission)	TR = 82% TA = 24%	• T1 : durant les cinq premiers jours de l'hospitalisation • T2 : à la sortie, ou après trois semaines de soins	- Progrès clinique observé - Progrès clinique perçu - Satisfaction perçue vis-à-vis du traitement	- GAF *(Global Assessment of Functioning)* - Items simples	- 64% ont été cotés comme améliorés - 76% ont rapporté une amélioration, alors que 24% croyaient qu'ils ne s'étaient pas améliorés - 46% ont rapporté une satisfaction vis-à-vis du traitement
KJELLIN et al., 2004 SUÈDE /prospective/ haute qualité	138 patients en HSC	TR = 55% TA = 15%		- Nécessité perçue du traitement - Progrès clinique perçu	Items simples utilisés dans des études suédoises antérieures	- 47% ont dit que leur admission avait été justifiée - 73% ont dit qu'ils avaient été bien traités durant leur séjour dans le service - 68% se sentaient mieux à la sortie
WALLSTEN et al., 2004 SUÈDE/prospective/ qualité moyenne	2 études : - 1ère étude : 44 patients en HSC - 2ème étude : 49 patients en HSC	TR = 83% (1ère étude), 67% (2ème étude) TA = 16% (1ère étude), 13% (2ème étude)		- Nécessité perçue du traitement	Items simples utilisés dans des études suédoises antérieures (KJELLIN et al., 1993 ; 1997)	Dans les 2 études, 61 à 62% pensaient qu'il était justifié qu'ils aient été hospitalisés (ou qu'ils auraient dû être admis plus tôt) alors que 28 à 32% croyaient qu'ils n'auraient pas dû être admis

En 2010, constatant que les législations et les pratiques de l'HSC diffèrent grandement entre les pays européens, avec des taux d'HSC variant d'un facteur supérieur à 10 (ZINKLER et al., 2002 ; KALLERT et al., 2007), PRIEBE et al. ont mené des recherches dans onze pays : Bulgarie, République tchèque, Allemagne, Grèce, Italie, Lituanie, Pologne, Slovaquie, Espagne, Suède, Royaume-Uni. Ils y ont évalué le point de vue des patients sur l'HSC à un mois puis à trois mois. À un mois, 55% des participants portaient un regard favorable sur leur admission et 63% à trois mois, avec des variations selon les sites : entre 39 et 71% à un mois et entre 46 et 86% à trois mois. D'après les auteurs, ces chiffres sont conformes à ceux des études précédentes (KATSAKOU et PRIEBE, 2006 ; KJELLIN et al., 1993 ; KJELLIN et al., 1997 ; PRIEBE et al., 2009), avec des échantillons plus réduits et, généralement, des méthodes moins systématiques. Selon PRIEBE et al., le résultat inédit de ce travail réside dans la grande variation entre les sites des différents pays européens (cf. *infra*).

Dans cette même lignée, O'DONOGHUE et al. (2011) se sont intéressés à la perception des patients de la nécessité de leur HSC un an après la sortie. Au terme de ce délai, 60% d'entre eux pensaient toujours que l'HSC avait été nécessaire (alors qu'ils étaient 72% au départ) et plus d'un tiers des participants (34%) ont changé de point de vue – plutôt dans le sens d'un avis négatif ou neutre (18%) que positif (9%). O'DONOGHUE et al. constatent que, globalement, 80% de tous les participants pensent, à un moment donné – que ce soit avant la sortie ou à un an de suivi –, que l'HSC a été nécessaire. De même, 42% de tous les sujets estiment, à un moment donné, qu'elle a été inutile. Un total de 63% pensent qu'elle a été justifiée et 65% ont rapporté en avoir tiré des bénéfices. Si les auteurs avancent plusieurs limites (un seul site, échantillon de petite taille, pas d'entretien avec les participants au moment de l'admission), ils soulignent le taux de suivi de 84% pour une population qui, souvent, ne s'engage pas vis-à-vis des services de santé mentale.

6.3.2. Analyse qualitative : trois points de vue

KATSAKOU et al. (2012) ont cherché à déterminer les raisons pour lesquelles les patients considèrent, de façon rétrospective, leur HSC comme justifiée ou non. Les résultats de leur étude sont présentés dans le tableau 5 et mettent en évidence, d'une part, des expériences communes, partagées par la majorité des participants (se sentir *« psychiquement souffrant »* et/ou *« en danger »* avant l'admission, sentiment de *« perte de contrôle »* durant l'hospitalisation) et, d'autre part, l'existence de trois groupes en fonction des différences de points de vue (*« positif »*, *« négatif »*, *« ambivalent »*). 92% des participants signalent avoir eu l'impression d'être *« internés »* sans qu'on leur ait offert la possibilité de traitements alternatifs ou d'une hospitalisation libre.

Tableau 5 : **Expériences communes et raisons sous-tendant les points de vue des patients** (d'après KATSAKOU et al., 2012)

	Groupe « positif » (N = 28)	Groupe « négatif » (N = 19)	Groupe « ambivalent » (N = 12)	Échantillon total (N = 59)
Psychiquement souffrant/ en danger avant l'admission	28 (100)	13 (68)	12 (100)	53 (90)
Sentiment de perte de contrôle durant l'hospitalisation	25 (89)	19 (100)	10 (83)	54 (92)
Mesures coercitives à l'hôpital*	17 (61)	14 (74)	9 (75)	40 (68)
Nécessité d'une prise en charge coercitive	28 (100)	4 (21)	12 (100)	44 (75)
Éviter tout danger et se sentir en sécurité à l'hôpital	25 (89)	2 (11)	10 (83)	37 (63)
Nécessité d'un traitement non-coercitif	4 (14)	17 (89)	10 (83)	31 (53)
Violation injuste de leur autonomie	6(21)	14 (74)	5 (42)	25 (42)

Les valeurs sont indiquées en N(%)

* médication forcée, isolement, contention, ou menace d'utiliser une de ces mesures

Les auteurs précisent qu'il s'agit de la première étude qualitative à aborder ce sujet. Ils soulignent que la taille de l'échantillon est importante, rappelant que l'échantillon combiné total des précédentes études qualitatives était de 54 patients (KATSAKOU et al., 2007). Ils décèlent plusieurs limites, au premier rang desquelles la nature rétrospective des déclarations des participants, qui peuvent faire l'objet de biais de mémorisation, être influencées par leurs relations actuelles avec les services, ou encore, être marquées par des tentatives rétrospectives de rationalisation. D'autre part, l'état psychique n'a pas été évalué au moment de l'entretien et il est possible que la symptomatologie ait influencé leurs points de vue. Enfin, il est difficile de déterminer dans quelle mesure les résultats peuvent être généralisés aux patients qui n'ont pas voulu, ou pas pu, être inclus.

Les participants qui valident rétrospectivement la justification de leur HSC pensent que le traitement contraint était *« nécessaire »* bien que *« déplaisant »*. Cette constatation est cohérente avec les hypothèses selon lesquelles les patients sont *« reconnaissants »* d'avoir été traités contre leur volonté, au décours de la phase aiguë (BECK, 1988). Selon KATSAKOU et al. (2012), ils craignent toutefois que le fait d'avoir été soumis à cette prise en charge contrainte ne rende de futures HSC plus probables et ne compromette leur indépendance ainsi que leur perception d'eux-mêmes en tant qu'individus autonomes. Cette préoccupation peut, à l'inverse, conduire à l'avis rétrospectif que l'HSC n'était pas justifiée voire même, qu'elle a été nuisible.

6.3.3. Facteurs associés à la perception de la justification de l'HSC

6.3.3.1. Facteurs socio-démographiques

Les données relatives aux facteurs socio-démographiques associés à la perception de la justification de l'HSC sont limitées et contradictoires. KATSAKOU et al. (2006) et O'DONOGHUE et al. (2010) citent ainsi des travaux suédois, conduits par KJELLIN et al. (1997), qui ont indiqué que l'âge et le sexe n'ont pas d'influence sur le point de vue des patients. Pourtant, pour PRIEBE et al. (2010), les hommes ont une tendance significative à juger leur admission de façon positive, de même que les personnes qui ne vivent pas seules. Dans une précédente étude, PRIEBE et al. (2009) avaient conclu de façon similaire au sujet du statut résidentiel et mis en évidence un risque accru de réadmission pour ces individus. Les hypothèses proposées reposent sur la plus grande probabilité qu'une rechute soit remarquée et qu'elle engendre des conflits lorsque les patients ne vivent pas seuls mais aussi sur le fait que les personnes vivant seules apprécient la compagnie et le soutien social pendant et après les soins hospitaliers.

6.3.3.2. Facteurs cliniques

En sus des facteurs socio-démographiques évoqués ci-dessus, PRIEBE et al. (2010) montrent qu'il existe une association significative entre le diagnostic et le point de vue des patients, contrairement aux conclusions de KJELLIN et al. (1997, cités par KATSAKOU et al. (2006)) et d'O'DONOGHUE et al. (2010). Les malades souffrant de schizophrénie ont, en effet, des opinions plus négatives. Le niveau symptomatique de base n'a, en revanche, pas montré d'association.

D'après PRIEBE et al. (2009), le fonctionnement global et la satisfaction initiale à l'égard du traitement sont également des déterminants importants puisque ceux qui ont des niveaux de fonctionnement plus élevés sont moins susceptibles d'estimer leur HSC justifiée, contrairement à ceux qui sont les plus satisfaits de leur traitement. Cela paraît cohérent avec la constatation selon laquelle les patients ayant une amélioration clinique plus marquée ont tendance à avoir des jugements rétrospectifs plus positifs (KATSAKOU et al., 2006).

Enfin, au-delà de l'intuition clinique, O'DONOGHUE et al. (2010) ont été les premiers à démontrer de façon claire l'association entre insight et perception de la nécessité de l'HSC. Ils ont constaté qu'une augmentation d'un point du score d'insight de la SUMD (indiquant un moindre insight) multipliait par 2 la probabilité que l'HSC soit perçue comme inutile. Dans une autre étude, parue en 2011, O'DONOGHUE et al. ont conclu à une association modérée entre insight et perception de la nécessité de l'HSC.

6.3.3.3. Facteur lié à l'HSC elle-même

Le temps passé en HSC a une répercussion sur la perception de sa nécessité, puisqu'une augmentation de la durée d'HSC est associée à une augmentation de la probabilité qu'elle soit perçue comme inutile (O'DONOGHUE et al., 2010). Les auteurs soulignent cependant qu'il peut exister un biais lié à la gravité de la maladie.

6.3.3.4. Facteurs liés à la législation

Dans leurs conclusions, PRIEBE et al. (2010) insistent sur la grande variation des points de vue à travers les onze pays participants, et ce d'autant plus que l'ampleur des différences est *« considérable »* et que beaucoup d'entre elles sont statistiquement significatives. Par exemple, le point de vue des patients est nettement moins favorable en Angleterre qu'en Bulgarie, en Grèce, en Espagne, en République tchèque, en Italie, en Allemagne et en Slovaquie alors qu'il est bien plus positif en Slovaquie que dans tous les autres pays (République Tchèque, Italie, Allemagne exceptées).

Elles ne sont pas expliquées par des différences de caractéristiques socio-démographiques ni de diagnostics cliniques ou de niveaux symptomatiques de base. Les auteurs se sont donc interrogés sur l'éventualité d'un lien avec les caractéristiques législatives propres à chaque pays signalant, en préambule, que l'interprétation des résultats est un *« exercice post-hoc »* et *« inévitablement spéculatif »*. Pour ce faire, ils ont classé les réglementations nationales en fonction du degré de protection des droits, sur la base de sept critères (Annexe 4). Si le classement finalement établi présente des similitudes avec l'ordre des résultats de l'étude – législation la plus protectrice et point de vue le plus positif en Slovaquie et en Allemagne, législation la moins protectrice et point de vue le plus négatif en Angleterre –, de nombreuses différences restent inexpliquées.

PRIEBE et al. avancent alors un certain nombre d'autres caractéristiques nationales qui pourraient influer, parmi lesquelles la situation géographique et l'histoire politique (par exemple, Europe de l'Ouest versus Europe de l'Est), la part relative des dépenses de santé destinées à la psychiatrie, les taux globaux d'HSC (SALIZE et DRESSING, 2004), le recrutement et les taux de suivi de leur étude. Ils reconnaissent cependant qu'aucune n'est clairement associée aux variations constatées et signalent trois facteurs qui n'ont pas été pris en compte : l'existence d'éventuelles différences en termes de caractéristiques sociales et/ou cliniques, ou d'attentes des patients, et une pratique clinique susceptible de varier à travers l'Europe et d'impacter les résultats.

Les limites de ce travail portent sur le taux de patients interrogés (50% des patients éligibles). Par ailleurs, pour la comparaison des patients recrutés et non recrutés, les données n'étaient disponibles que pour le site anglais, bien que les patients suivis et non suivis aient été comparés sur

tous les sites. Enfin, seul(s) un à cinq hôpitaux ont été inclus dans chaque pays, ce qui pose la question de la représentativité des données.

En conclusion, les résultats suggèrent que les grandes différences à travers l'Europe, concernant la législation et la pratique de l'hospitalisation ainsi que du traitement sans consentement, pourraient être associées aux différences importantes des points de vue des patients.

6.4. Connaissance des droits juridiques et opinion des patients sur la procédure d'initiation de l'HSC

OLOFSSON et JACOBSSON (2001) rapportent que peu de participants ont indiqué avoir été informés de leur droits légaux, que ce soit par le personnel ou par d'autres contacts. Outre, parfois, leur difficulté à comprendre la justification des soins contraints, les patients ne saisissent pas toujours le bien-fondé de certains aspects de la prise en charge : *« [au sujet du tribunal civil] Je ne comprends pas pourquoi il faut participer à cela, je ne comprends rien de toute façon. Je veux dire, je peux me défendre toute seule, ici. Mais j'imagine que c'est une formalité à accomplir »* (JOHANSSON et LUNDMAN, 2002). Néanmoins, les résultats positifs de recours auprès du tribunal leur ont apporté *« force »* et *« confiance »* et faire appel de la décision d'HSC a été décrit comme un *« moyen de pression sur le médecin »* pour obtenir une sortie définitive (OLOFSSON et JACOBSSON, 2001).

En Irlande, le *Mental Health Act (MHA) 2001* a largement modifié le cadre des HSC avec, en particulier, l'examen de la décision de *« placement »* par des *« tribunaux de santé mentale »*. O'DONOGHUE et al. (2010) ont cherché à déterminer la connaissance des patients de leurs droits juridiques et leur perception de ces tribunaux. Ils précisent qu'en vertu de la loi, les patients reçoivent une brochure d'information portant sur les procédures d'HSC et sur leurs droits juridiques. Leurs résultats font apparaître que 86,4% des participants étaient conscients du fait qu'ils étaient hospitalisés contre leur gré en vertu du *MHA 2001*. 48,1% d'entre eux ont vu leur cas examiné par un tribunal – étant donné que leur HSC durait plus de 21 jours –, ce qui est représentatif des HSC dans toute l'Irlande. 56,8% des sujets ont estimé que leur cas avait été présenté de façon adéquate par leur avocat. Si 73% des patients étaient conscients qu'ils pouvaient faire appel de la décision, 56,8% des participants exprimaient leur désaccord avec les conclusions du tribunal au moment de la sortie. Fait intéressant, l'examen de leur situation par la justice a facilité l'acceptation de l'HSC pour 45,5% d'entre eux. Enfin, 52,8% des sujets estiment que les tribunaux de santé mentale sont un système juste pour examiner les HSC.

Dans la littérature relative à l'HSC, les conditions d'initiation de la mesure sont souvent interrogées avec un questionnement plus précis sur le bien-fondé de la responsabilité médicale dans ce domaine. Les travaux de WALLSTEN et al. (2008) s'inscrivent dans le cadre de cette réflexion et

interviennent, en Suède, dans les suites d'une *« âpre controverse publique »* sur l'usage des SSC (durant les années 80) et d'un changement de législation (1992) ; depuis lors, si les décisions relatives aux HSC restent du domaine médical, elles doivent être avalisées par un tribunal pour être prolongées au-delà de 4 semaines. Les auteurs s'attachent ici à mettre en évidence d'éventuelles différences de points de vue de la part de patients en HSC, entre 1991 et 1997-99, sur le statut de la personne qui devrait pouvoir initier la mesure (tableau 6).

Tableau 6 : **Opinion de patients hospitalisés contre leur gré sur le statut de la personne qui devrait pouvoir initier la mesure d'HSC** (d'après WALLSTEN et al., 2008)

* p < 0,05	1991 N = 61	1997-99 N = 79
Médecins	92	81
Médecins seulement	20	16
Autorités judiciaires	38	49
Autorités judiciaires seulement	2	8
Autorités sociales	41	22*
Autorités sociales seulement	2	6
Proches	56	42
Proches seulement	2	4

Une grande majorité de patients hospitalisés contre leur gré considèrent que les décisions d'HSC devraient relever des médecins mais nombre d'entre eux pensent que d'autres professionnels et leurs proches devraient également être impliqués. Constatant qu'il y a eu peu de changements de points de vue, WALLSTEN et al. avancent plusieurs facteurs explicatifs parmi lesquels un manque éventuel de puissance de l'étude et une possible stabilité de la pratique clinique. Ils rappellent également que la saisie du tribunal n'intervient que lorsque l'HSC dure plus de quatre semaines, ce qui est rarement le cas en Suède. En somme, ces éléments renforcent la pertinence du constat de McLACHLAN et MULDER (1999), selon lesquels de nombreuses lois de santé mentale impliquant l'autorité judiciaire dans les décisions d'HSC, ce afin de protéger l'autonomie des patients, pourraient bien être en complet désaccord avec les avis du public.

6.5. Impact psychologique de l'intervention d'une autorité judiciaire dans le cadre de l'HSC

Dans le contexte de la récente entrée en vigueur de la loi du 5 juillet 2011, VALMY et al. (2012) ont constaté des difficultés concernant l'application de ce nouveau texte. Ils soulignent que l'impact psychologique de l'audience systématique du JLD n'est *« pas négligeable »* pour les patients et étayent leur propos par la présentation de cinq cas de personnes (résumés dans le tableau 7) pour lesquelles celle-ci s'est déroulée au sein du centre hospitalier LABORIT, à Poitiers.

À la lumière de ces situations concrètes, les auteurs font tout un ensemble d'observations qui portent, d'abord, sur l'obligation faite aux soignants d'apporter une information au patient à 72 heures, sur la mesure d'HSC en cours et sur l'audience du JLD. Ils relèvent que cette notification intervient alors même que *« le psychiatre peut lever la mesure »* jusqu'à J12 ou *« mettre en place un programme de soins autorisant des sorties de quelques heures par jour »*, ce qui aura pour effet *« d'annuler l'audience du JLD »*. Cette information systématique peut, par ailleurs, et *« notamment dans le cadre de certains délires, renforcer un sentiment de persécution vis-à-vis des soignants »* et *« augmenter le biais de compréhension de ces données »*.

Leurs commentaires pointent également les interprétations auxquelles ce nouveau dispositif peut donner lieu. Elles tiennent, d'une part, au fait que certains patients confondent audition et jugement – avec, à la clé, l'impression de devoir *« répondre d'une faute commise »* et la crainte d'une *« possible condamnation »* – et, d'autre part, à l'intitulé du juge, qui est *« des libertés et de la détention »* et pourrait donc les *« libérer »* ou les *« enfermer »*. Ainsi, ils peuvent avoir l'impression d'être eux-mêmes, *« et non la légitimité de la mesure d'hospitalisation sous contrainte »*, soumis à l'examen du JLD.

Les jours précédant l'audition peuvent être marqués par une anxiété rendant nécessaire une certaine *« préparation psychologique préalable, […] lorsque leur état clinique et leur pathologie le permettent »*. De plus, les auteurs disent avoir constaté que le délai d'une audition à J15 n'est pas toujours respecté et font état, parfois, de *« délais raccourcis »*. Ces deux constatations soulèvent chacune des questions : en cas d'amélioration clinique insuffisante ou inexistante avant l'audition, la première interroge sur l'imputabilité à l'égard de l'attente de l'audience ; quant à la seconde, il est possible qu'elle soit révélatrice de *« difficultés majeures dans l'organisation du dispositif »*.

Ils relèvent finalement que l'objectif initial de favoriser les droits des malades semble entraîner un *« vécu totalement inverse »*. Pour preuve, la décision du juge induit souvent un *« sentiment d'arbitraire et d'injustice »* avec, parfois, une *« impression d'inutilité »* de son intervention, raisons pour lesquelles certains feront appel. La majorité des patients estiment ainsi que *« le médecin prend la décision »* et que le contrôle du juge n'a que *« peu d'impact »*, qu'il n'est qu'*« une formalité »*. De façon plus globale, l'ensemble des procédures définies par la loi (multiplicité des médecins rencontrés et des certificats) paraissent *« très compliquées »* aux yeux des patients, sans qu'ils ne parviennent à en saisir l'intérêt.

En conclusion, VALMY et al. considèrent qu'il ressort de leur étude une *« incompréhension totale ou partielle »*, pour les patients, *« du cadre de cette loi et de l'intérêt de ces auditions devant le juge »*. Tout en rappelant que l'audience devant le JLD n'entraîne *« pas de décompensation nette »*, ils insistent sur le fait qu'elle demeure un *« facteur de stress supplémentaire et avéré »*, pour un *« bénéfice ressenti par le patient très discutable »*.

Tableau 7 : **Résumé des cas cliniques présentés** (d'après VALMY et al., 2012)

<table>
<tr><th></th><th>Sexe</th><th>Age</th><th>Mode d'H°</th><th>Motif d'hospitalisation</th><th>Information obligatoire à 72 h</th><th>Attente de l'audience</th><th>Durant l'audience</th><th>Au décours de l'audience</th></tr>
<tr><td>1</td><td>H</td><td>18</td><td>SPDT X 2</td><td>Épisodes psychotiques aigus (deux SPDT consécutives)</td><td>Compréhension partielle du fait de la désorganisation et de l'adhésion au délire</td><td>Aucun commentaire</td><td>Pas d'information</td><td>Incompréhension de l'utilité de l'audition, sentiment d'avoir accompli une « formalité administrative », exprime que « tout cela ne sert à rien, de toute façon ce sont les médecins qui décident »
Très peu de verbalisation, demande sa sortie de façon insistante</td></tr>
<tr><td>2</td><td>F</td><td>35</td><td>SPDT</td><td>Tentative de suicide/ trouble de la personnalité/ trouble de l'adaptation</td><td>- Initialement : pas de question
- A posteriori : avoue ne pas avoir compris la finalité de l'audition et avoir eu l'impression d'avoir commis « une faute ou un crime »</td><td>- Anxiété anticipatoire
- Préparation d'un écrit pour « sa défense » devant le JLD
- Crainte de ne pas être écoutée ni entendue
- Sollicitation de son avocate pour « défendre ses droits »</td><td colspan="2">PAS D'AUDITION DU FAIT DE L'INSTAURATION D'UN PROGRAMME DE SOINS AUTORISANT DES SORTIES QUELQUES JOURS AVANT SON AUDITION

- Prévenue le jour même de l'annulation de l'audition
- Grande déception car « se sentait prête »
- Estime que cette audition aurait pu lui permettre de « faire valoir ses droits » et de « protéger ses droits »
- Rapporte avoir « remarqué les contraintes administratives de la loi »</td></tr>
<tr><td>3</td><td>H</td><td>43</td><td>SPPI</td><td>Trouble schizo-affectif/troubles du comportement (TDC) de type hétéro-agressif (HA)/ décompensation psychotique</td><td>Aucune interrogation sur les modalités de la nouvelle loi</td><td>ISOLEMENT

- Exprimera ne pas avoir compris cette audition avant de s'y rendre
- Refus de solliciter un avocat (coût financier)</td><td>Revendications au sujet de ses conditions d'hospitalisation (isolement)</td><td>- Quelques jours plus tard : verbalise n'avoir eu aucune appréhension en rapport avec l'audition, pense que le juge « doit déterminer si l'internement est conforme »
- Avait l'espoir de « faire valoir ses droits », sentiment de déception et décision de faire appel
- Convocation devant la Cour d'Appel 21 jours après l'audition, validation de l'hospitalisation, pas de pourvoi devant la cour de Cassation (a estimé que ce « recours intervenait trop tard »)</td></tr>
<tr><td>4</td><td>F</td><td>63</td><td>SDRE</td><td>Psychose chronique/ TDC de type HA/manie délirante</td><td rowspan="2">Recrudescence des idées de persécution à l'égard des soignants</td><td>ISOLEMENT

Opposante aux soins et toujours persécutée</td><td>Plutôt résignée que vindicative</td><td>- Dit ne pas avoir été surprise de la décision du juge car « il est de mèche avec les médecins »
- Audition ressentie et rapportée comme un « jugement » dans le cadre d'un complot pour « faire des expériences sur les patients »</td></tr>
<tr><td>5</td><td>F</td><td>60</td><td>SPDT</td><td>Schizophrénie paranoïde/ décompensation délirante</td><td>ISOLEMENT</td><td>- Calme et sérénité apparents
- Très délirante à chaque prise de parole</td><td>- Incompréhension par rapport aux objectifs de l'audience et à la possibilité d'appel évoquée par le juge
- Recrudescence du sentiment de persécution à l'égard du juge, démarches pour écrire au procureur de la République
- Pas de recours finalement : « cela ne sert à rien d'écrire, puisque le juge, c'est moi ! »</td></tr>
</table>

6.6. Satisfaction à l'égard des soins et importance de la justice procédurale

6.6.1. Satisfaction à l'égard des soins et impact de la contrainte

Prenant acte, d'une part, de la faible concordance entre le statut juridique des patients et leur sentiment de contrainte (MONAHAN et al., 1995) et, d'autre part, de la corrélation modérée entre la contrainte perçue et les rapports concernant les menaces et l'utilisation de la force physique (LIDZ et al., 1998), IVERSEN et al. (2007) ont examiné l'impact de la contrainte sur la satisfaction au travers d'une mesure plus complète de la coercition que dans les précédentes études. Dans cette optique, les contraintes légale, perçue et objective ont été considérées à la fois séparément et ensemble, en tant que *« contrainte cumulée »*, pour une cohorte de patients (dont 66% en HSC) qui ont été interrogés à l'admission et ont retourné un questionnaire de satisfaction à la sortie.

Il s'avère que le cumul des événements coercitifs réduit significativement la satisfaction, à la fois globale et sur quatre des cinq sous-échelles évoquées dans le tableau 2 (*« relations personnel-patient »*, *« résultats subjectifs du traitement »*, *« environnement du service »*, *« programme de traitement dans son ensemble »*), exceptée pour la sous-échelle *« information et influence »*. Ni le statut juridique, ni la contrainte perçue n'affectent la satisfaction, alors que la contrainte objective a un effet négatif significatif sur la satisfaction globale lorsque ces mesures sont analysées séparément. La satisfaction globale rapportée à la sortie était faible tandis que la satisfaction liée aux différents aspects du traitement a montré des variations considérables.

L'absence d'association entre la contrainte perçue et la satisfaction est, selon ses auteurs, le résultat le plus inattendu de ce travail. Une explication pourrait être qu'une part importante de patients hospitalisés en HSC n'étaient pas en mesure de répondre de manière fiable aux MPCS, du fait de leur état psychique. Toutefois, IVERSEN et al. précisent qu'il n'existait pas de différence significative des scores de la GAF et de la BPRS, que ce soit entre les patients en HL ou en HSC, ou entre les patients avec des scores élevés et bas sur l'échelle de contrainte perçue.

Ainsi, c'est l'accumulation d'événements coercitifs qui affecte le plus la satisfaction des patients avec, cependant, une réserve concernant l'inclusion du mode d'HSC dans la contrainte cumulée, qui est problématique car de nombreux patients sont placés en HSC alors qu'ils acceptent l'hospitalisation. Pour ses auteurs, les limites de cette étude sont la taille relativement réduite de l'échantillon et le fait qu'un groupe important de sujets aient été perdus de vue. Si cela a induit un biais, alors ceux qui ont refusé de participer auraient probablement exprimé une moindre satisfaction.

Dans une publication plus récente, KATSAKOU et al. (2010) pointent la nécessité d'appréhender la satisfaction des patients hospitalisés contre leur gré, pour des raisons cliniques

mais, surtout, éthiques, car les intéressés ne peuvent pas arrêter leur traitement, même lorsqu'ils en sont mécontents. L'autre argument fort pour conduire ces recherches repose sur l'association mise en évidence par PRIEBE et al. (2010) entre la satisfaction à l'égard du traitement et la réduction du risque de réadmission en HSC. KATSAKOU et al. ont donc mené une étude qui, outre ce premier domaine d'intérêt, visait à explorer les liens éventuels de la contrainte – et d'autres facteurs – avec la satisfaction. Celle des participants à l'égard du traitement a été évaluée une semaine, puis un mois après l'admission, puis à trois mois et à un an de suivi.

Les scores moyens sur l'échelle d'évaluation du traitement varient de 5,5 à 6 (scores possibles de 0 à 10), à différents moments, et s'améliorent de façon significative entre l'admission et les suivis, la satisfaction la plus élevée étant rapportée au troisième mois. Entre trois mois et un an, les scores de satisfaction ont diminué, mais pas de manière significative, et la satisfaction moyenne à un an est toujours significativement plus élevée que lors de l'admission. À tous les temps clé, les scores les plus faibles portent sur la satisfaction à l'égard du psychiatre, les scores les plus élevés sur la satisfaction à l'égard des autres personnels.

Si aucun lien n'a été mis en évidence entre la contrainte objective et la satisfaction à l'égard du traitement, la contrainte perçue y est invariablement associée, les participants rapportant globalement moins de contrainte et n'ayant pas connu de mesures coercitives étant les plus satisfaits. Cette conclusion contredit donc les résultats d'IVERSEN et al. (2007). L'importance de l'aspect perçu plutôt que documenté suggère que les impressions de contrainte des patients dépendent moins de l'utilisation de mesures coercitives spécifiques et plus des expériences globales du traitement involontaire ou de la manière dont un tel traitement est délivré, négocié et expliqué.

Par ailleurs, l'amélioration symptomatique est également associée à des niveaux plus élevés de satisfaction. En revanche, les patients pris en charge en vertu de la *« section 3 »* du *Mental Health Act*, qui permet une plus longue durée d'HSC et l'usage d'interventions coercitives en cas de besoin, sont plus insatisfaits que les autres. Enfin, aucun des facteurs de base, démographique ou clinique, n'est lié à la satisfaction.

Selon KATSAKOU et al., il s'agit à ce jour de la plus grande étude prospective nationale portant sur l'HSC et les taux de réponse et d'attrition, bien que modérés (50%), ont été jugés satisfaisants. De plus, les auteurs rappellent que la satisfaction à l'égard du traitement avait rarement été évaluée à partir d'une échelle, chez les patients en HSC. Parmi les limites de ce travail, ils retiennent son caractère observationnel et la possibilité de biais de mémorisation (notamment en cas d'hospitalisation brève). En définitive, cette étude établit un lien cohérent entre la contrainte perçue et la satisfaction alors que de nombreux articles confirment, d'après KATSAKOU et al., que le fait de réduire les sentiments de contrainte pourrait conduire à une satisfaction globale plus élevée.

6.6.2. Importance de la justice procédurale pour l'engagement dans un suivi

Nous avons déjà souligné l'importance de la justice procédurale dans le cadre de l'HSC sans détailler, jusque-là, les éléments apportés par O'DONOGHUE et al. (2011), qui ont cherché à déterminer le niveau de justice procédurale perçue au moment d'une admission sans consentement, ainsi que son influence éventuelle sur l'engagement futur avec les services de santé mentale.

Dans cette étude, plus de la moitié des participants ont fait l'expérience d'au moins une forme de contrainte physique au moment de l'admission involontaire sans que cela soit associé au niveau de justice procédurale perçue. D'autre part, 20% des sujets n'avaient pas l'intention de s'engager volontairement auprès des services de santé mentale à la sortie et ils étaient plus susceptibles d'avoir perçu de plus bas niveaux de justice procédurale lors de l'admission.

Un an après leur sortie, 65% des participants étaient fidèles aux rendez-vous et 18% ont été réadmis en HSC. Le niveau de justice procédurale perçue à l'admission n'avait pas d'influence sur l'engagement et les auteurs considèrent que cela démontre que l'utilisation de mesures coercitives physiques est une entité distincte de la justice procédurale et des pressions perçues.

6.7. Impact d'une HSC sur les relations avec la famille, le psychiatre traitant et les perspectives professionnelles

Dans la pratique quotidienne, la question de l'impact d'une HSC sur les relations avec la famille est un problème saillant dont les proches du malade s'inquiètent très fréquemment, en particulier lorsqu'ils sont à l'origine de la demande d'HSC. Parmi la population qu'ils ont étudiée, O'DONOGHUE et al. (2010) ont dénombré quarante cas d'HSC (49,4%) initiée par un membre ou un proche de la famille. 65% des intéressés étaient conscients qu'un membre de leur entourage était à l'origine de la demande, contre 10% qui pensaient qu'elle était du fait du médecin et 17,5% qui n'avaient pas connaissance de son origine. Seuls 4% d'entre eux croyaient, à tort, qu'un membre de la famille était à l'origine de l'HSC. 27,5% des participants considéraient que l'HSC avait eu un impact négatif sur leurs relations avec leur famille tandis qu'elle avait eu un impact positif pour 15% d'entre eux. Les auteurs n'ont pas trouvé de lien entre l'implication de la famille dans l'initiation de la mesure et un impact négatif sur les relations avec la personne hospitalisée.

26,6% des sujets estimaient que leur HSC avait eu un impact négatif sur leur relation avec leur psychiatre traitant contre 7,6% qui évoquaient un impact positif ; toutefois, comme pour la famille, il n'existe pas d'association entre l'initiation de la mesure par le psychiatre traitant et la qualité de la relation thérapeutique. Dernier point, 33,3% des patients s'attendaient à ce que l'HSC ait un impact négatif sur leurs perspectives d'emploi.

6.8. Intégration de l'HSC dans l'histoire de vie

SIBITZ et al. (2011) font le constat que les données empiriques concernant les résultats et les impacts de l'hospitalisation ou du traitement sans consentement restent rares et inconstants. S'ils notent que la plupart des personnes hospitalisées contre leur gré ont montré une amélioration clinique au cours du temps (KATSAKOU et al., 2006) et que les SSC ambulatoires sont associés à des améliorations en termes de fonctionnement et de qualité de vie (LINK et al., 2008), ils relèvent qu'il n'y a jamais eu de recherches sur la façon dont les patients assimilent ces expériences dans leur histoire de vie.

À cet égard, leurs travaux permettent de distinguer trois styles d'intégration, le premier étant retranscrit comme suit : *« Terminé, à oublier »*. Cette thématique recouvre le point de vue de quelques participants qui considèrent leur HSC comme un événement exceptionnel qui a pris fin. Ils ne veulent pas s'en souvenir et ne prévoient pas que cela se reproduise. Malgré leur participation à l'étude, ils étaient réticents à y repenser et évitaient tout souvenir potentiellement douloureux de cette période de leur vie.

L'HSC peut également être considérée comme *« une expérience qui change la vie »* car elle a un impact sur l'estime de soi, les relations avec autrui et sur la santé. Sur le plan de la vie sociale, les patients ont le sentiment d'être sous la surveillance de leurs proches et se sentent, par conséquent, inhibés pour s'exprimer librement. Selon WYNN (2004), cité par les auteurs, cela conduit à une impression de *« vie en probation »* car les sujets qui ont été soumis à des mesures coercitives ont peur d'y être à nouveau confrontés. De plus, ils se sentent *« traités différemment »* et croient qu'ils ne sont *« plus considérés comme crédibles ni fiables »*. Ils se disent *« plus prudents »* dans leurs interactions sociales, sensibles aux signaux de rejet et/ou de jugement, voire *« méfiants »*, en particulier vis-à-vis des professionnels de santé. De toute évidence, les gens ne veulent pas entendre parler de leurs expériences : *« au début, après la sortie de l'hôpital, j'ai beaucoup parlé de ce qui m'était arrivé, mais j'ai changé et je garde le silence à ce sujet, parce que la plupart des gens ne peuvent pas y faire face, en fait ils ne comprennent pas »*. En dépit de ces expériences, des changements positifs sont repérés. Ainsi, les participants suggèrent que leurs mauvais moments les ont aidés à davantage apprécier leur stabilité, à plus profiter de la vie quotidienne et à être plus détendus face à l'adversité. Certains ont souligné qu'ils prennent leur maladie plus au sérieux et qu'ils essaient de prévenir d'autres soins contraints. Les auteurs font l'hypothèse que les participants n'ont pas seulement à faire face aux changements de vie qui suivent l'HSC mais qu'ils doivent aussi gérer ceux induits par la maladie psychiatrique et qu'il n'est pas aisé de les distinguer.

« La motivation pour l'engagement politique » est le troisième style d'intégration qui s'est dégagé de ces témoignages : l'expérience de la contrainte et le fait d'avoir perçu le système

psychiatrique comme peu pourvu ont parfois engendré un élan pour s'impliquer dans la réforme de son fonctionnement. Certains se sont ainsi lancés en politique et ont cherché à attirer l'attention du public sur les conséquences négatives de la contrainte et sur la nécessité de réviser les lois sur l'HSC.

Les limites inventoriées sont : la conception qualitative de l'étude, l'inclusion de participants intéressés par le sujet et qui ont souhaité être interviewés mais aussi le temps écoulé entre l'HSC et l'entretien (six mois à neuf ans). Si ce dernier facteur a pu induire des biais de mémorisation, les auteurs estiment que les participants ont eu le temps de réfléchir à leur expérience et que cela leur a permis de rapporter ses conséquences à long terme.

6.9. Implications pour la pratique clinique dans le cadre d'une HSC

SIBITZ et al. (2011) retiennent qu'un *« vibrant plaidoyer »* a été dressé en faveur de l'information, de la communication et du respect, autant d'aspects dont ils rappellent qu'ils ont déjà été soulignés dans des publications antérieures. De façon plus générale, notre revue de littérature comporte des éléments intéressants en termes d'implications pour la pratique de l'HSC au quotidien. Elles sont détaillées ci-dessous avec, avant tout, une mise en relief de l'un des apports les plus pertinents de cette recherche, qui concerne l'importance du vécu des premiers jours de l'HSC.

6.9.1. Importance du vécu des premiers jours de l'HSC

L'une des conclusions saillantes de PRIEBE et al. (2009) est que, comme cela a été démontré pour les antipsychotiques, la psychothérapie, l'hospitalisation de jour et l'hospitalisation complète volontaires, les évaluations initiales de leur traitement par les patients prédisent leurs attitudes futures à son égard et cela s'applique également à l'HSC. En l'occurrence, ils ont montré que ce que pensent les patients de leurs soins durant la première semaine est un indicateur pronostic important à long terme, c'est-à-dire à un an. Ainsi, même si la satisfaction immédiate des patients peut paraître accessoire aux yeux des cliniciens, sa prise en compte – y compris dans un contexte d'HSC – pourrait avoir des implications importantes pour la poursuite ultérieure des soins.

6.9.2. Améliorations à apporter de la part des professionnels de santé

Les publications que nous avons passées en revue sont riches d'enseignements et de propositions pour améliorer le vécu des patients de l'HSC. Un certain nombre d'entre elles pourraient être bénéfiques avant même l'arrivée du patient à l'hôpital. O'DONOGHUE et al. (2011) proposent ainsi que les stratégies visant à améliorer la justice procédurale au moment de l'admission soient élargies à d'autres professionnels tels que les policiers, les ambulanciers et les juges car ils

sont souvent les premiers à entrer en contact avec les personnes souffrant de troubles psychiatriques. Toujours en amont de l'hospitalisation, et dans ce même souci d'accroître le sentiment de justice procédurale, ils reprennent à leur compte une suggestion de SREBNIK et al. (1999) reposant sur l'émission de *« directives anticipées »* : le patient potentiel établirait un document dans lequel il exposerait ses préférences de traitement au cas où il serait, le moment venu, incapable de prendre des décisions ou de les communiquer aux professionnels de santé.

Dès l'admission, PRIEBE et al. (2009) suggèrent une amélioration des procédures et de la communication afin d'accroître la satisfaction initiale des patients vis-à-vis des soins et des résultats à long terme (bien qu'ils concèdent qu'il n'y a que des preuves limitées de l'efficacité de procédures et d'interventions spécifiques). Par ailleurs, ils rappellent qu'une information compréhensible, le respect, l'empathie et l'implication des patients dans les décisions concernant leur traitement sont associés à une vision plus positive de la prise en charge et à un sentiment de moindre contrainte. Preuves à l'appui, ils signalent que des études expérimentales ont montré que la participation et la prise en compte des préférences des patients dans la planification et les décisions thérapeutiques peuvent améliorer leur satisfaction à l'égard du traitement. Dans ce même ordre d'idée, KATSAKOU et al. (2012) écrivent que des explications détaillées pourraient contribuer à ce que les patients se sentent plus investis, plus valorisés et comme participant plus activement à leur prise en charge. Pour que cela soit réellement bénéfique, McKENNA et al. (2001) insistent sur la nécessité que les soignants évaluent régulièrement leur capacité à retenir les informations fournies.

Dans un autre registre, O'DONOGHUE et al. (2011) mettent en avant l'intérêt de stratégies et de programmes incluant l'enseignement de la gestion du stress et de la colère des patients. Ils prônent ainsi la formation du personnel aux interventions de crise et aux techniques de désescalade, qui pourrait être assortie d'une réflexion régulière sur l'utilisation de la contention et de l'isolement.

Dans un article antérieur, O'DONOGHUE et al. (2010) soulignent l'importance d'interroger les patients sur leur point de vue à l'égard de l'HSC pour essayer de mieux identifier ceux qui sont susceptibles de ne pas s'engager dans le suivi. Ils mentionnent les travaux de RATHOD et al. (2005) qui ont démontré qu'une courte intervention d'inspiration cognitivo-comportementale centrée sur l'insight, menée avant la sortie, améliore l'adhésion au traitement et la conscience des symptômes de la maladie psychiatrique.

Enfin, KATSAKOU et al. (2012) considèrent que lorsqu'un patient et son médecin ne s'entendent pas sur l'indication de l'HSC, il est important de placer davantage l'accent sur la prévention de futures crises et de négocier la façon dont de futures HSC pourraient être évitées.

6.9.3. Alternatives à la contrainte proposées par les patients

OLOFSSON et JACOBSSON (2001) ont demandé à leurs participants : *« comment faire pour empêcher la coercition dans votre cas personnel ? »*. Si certains ont exprimé leur préférence pour une HL ou des soins ambulatoires, d'autres ont répondu que la prévention était inutile et que la contrainte avait été nécessaire pour eux, afin de les protéger d'eux-mêmes ou pour préserver leurs proches. Entre ces deux extrêmes, plusieurs patients se sont focalisés sur la durée de la contrainte et, tout en reconnaissant son utilité, ont mis l'accent sur la nécessité qu'il y soit mis un terme dès qu'elle n'est plus justifiée ni utile. Une dernière alternative consacre l'importance d'un contact humain expérimenté et d'une meilleure gestion de leurs propres problèmes.

6.10. Synthèse

Au terme de cette revue de la littérature, il s'avère que le vécu des patients de l'HSC est sous-tendu par leurs préoccupations ou demandes relatives à l'autonomie, à la participation aux décisions concernant le traitement, à la considération qui leur est accordée et aux conséquences émotionnelles de l'HSC. Qu'elles soient respectées et satisfaites, et l'hospitalisation sera perçue de façon positive ; dans le cas contraire, elle suscitera des réactions négatives (KATSAKOU et al., 2007).

Le ressenti de la nécessité de l'HSC est fluctuant au cours du temps (O'DONOGHUE, 2011) mais la majorité des patients estiment qu'elle était nécessaire et justifiée, que ce soit au moment de la sortie ou de manière rétrospective (O'DONOGHUE, 2011 ; KATSAKOU, 2006). La perception de la justification de l'HSC dépend d'expériences communes, partagées par la majorité d'entre eux (sentiment de *« souffrance psychique »* et/ou *« de danger »* avant l'admission, sentiment de *« perte de contrôle »* durant l'HSC). Elle a également trait au ressenti, ou non, de la nécessité d'une prise en charge et de mesures coercitives, de la mise à l'abri que représente une hospitalisation mais, aussi, à des préoccupations concernant d'éventuelles *« violations de l'autonomie »* (KATSAKOU et al., 2012)

Une typologie des points de vue sur l'HSC peut donc être dégagée : elle est tantôt envisagée comme *« un freinage d'urgence nécessaire »*, tantôt comme une *« réaction excessive inutile »*, mais peut également être présentée comme *« une pratique nécessitant des améliorations »*. Quant à son intégration dans l'histoire de vie, elle se fait selon trois modalités et peut ainsi être considérée comme un évènement *« terminé, à oublier »* ou *« une expérience qui change la vie »* avec, parfois, l'impression de mener une *« vie en probation »*. Enfin, elle peut susciter une *« motivation pour l'engagement politique »* afin d'attirer l'attention du public sur les conséquences négatives de la contrainte et sur la nécessité de réviser les lois relatives à l'HSC (SIBITZ et al., 2011).

PARTIE 2 : ÉTUDE PERSONNELLE

1. OBJECTIFS

La présente étude a pour objet de documenter le vécu de l'audience par le Juge des Libertés et de la Détention (JLD) des patients hospitalisés sans consentement et de déterminer leur compréhension des tenants et des aboutissants de son intervention.

2. MÉTHODE

2.1. Calendrier et lieu de recrutement

Les patients ont été recrutés entre le 26 juin et le 3 novembre 2012, au sein du pôle universitaire de psychiatrie adulte (secteurs 33G05 et 33G06) du centre hospitalier Charles PERRENS, l'un des trois hôpitaux psychiatriques du département de la Gironde.

2.2. Critères d'inclusion

Ont été inclus les patients répondant aux critères suivants :

- Patient hospitalisé sans consentement (ASPDT, ASPPI, ASPDRE) ;
- Ayant rencontré le JLD pendant l'hospitalisation actuelle, et ce depuis moins d'un mois ;
- En capacité de comprendre les questions ;
- Acceptant l'entretien.

2.3. Recueil de données

2.3.1. Identification des cas

Les secrétariats du pôle universitaire de psychiatrie adulte informaient l'investigateur des nouvelles admissions sans consentement à un rythme hebdomadaire. Les médecins responsables de chacune des unités concernées lui indiquaient, dans un second temps, si les patients signalés satisfaisaient bien aux critères d'inclusion.

2.3.2. Évaluation

L'évaluation des patients inclus a eu lieu lors d'entretiens en face à face. Ils devaient être menés dans un délai maximal d'un mois après l'audition par le JLD afin de limiter les biais de mémorisation. Les entretiens reposaient sur l'utilisation d'un questionnaire semi-structuré élaboré pour cette étude (Annexe 5), lequel comportait deux parties.

Les informations collectées par le biais de la première partie du questionnaire, relatives aux données socio-démographiques, aux antécédents d'hospitalisation en psychiatrie, de rencontre avec un juge, d'incarcération ainsi qu'aux conditions de l'hospitalisation actuelle, ont été recherchées auprès des patients et/ou recueillies à partir de l'ensemble des sources disponibles (dossier médical, courriers et certificats médicaux). Toutes les autres données, constituant la deuxième partie du questionnaire et portant sur l'organisation de l'audience, son déroulement, ainsi que sur l'avis des patients au décours de leur audition, sont issues des rencontres avec ces derniers.

2.3.3. Méthode statistique

Les analyses ont été réalisées avec le logiciel STAT/SE 11.0. Parmi les réponses explorant le vécu des patients, nous avons sélectionné :

1) les trois questions portant sur les sentiments ressentis pendant l'audience (avec plusieurs réponses possibles) : *« avez-vous eu, à un moment ou à un autre »* :
    - *« un sentiment de protection ? »* ;
    - *« le sentiment que tout était joué d'avance ? »* ;
    - *« un sentiment de mise en accusation ? »* ;
2) les trois questions explorant l'intérêt de l'audience (avec plusieurs réponses possibles) : *« quel est l'intérêt, selon vous, de l'audience ? »* parmi :
    - *« la protection des droits des personnes hospitalisées ? »* ;
    - *« la possibilité de contester l'hospitalisation ? »* ;
    - *« aucun intérêt ? »*.

Nous avons tout d'abord exploré par des analyses statistiques univariées les associations entre les réponses à ces questions (catégorisées en « oui » vs. « non/pas d'avis ») et les caractéristiques socio-démographiques, cliniques et de comportements associés à l'audience (présence d'un avocat, contestation de l'HSC) ainsi que les antécédents judiciaires. Le niveau d'étude a été catégorisé en « inférieur ou égal au BAC » vs. « supérieur au BAC » ; le statut professionnel en « actif/étudiant » vs. « autre » ; le statut conjugal en « vit en couple » vs. « autre » ; le diagnostic en « trouble psychotique » (schizophrénie, trouble schizo-affectif, trouble délirant, trouble psychotique

aigu) vs. « trouble de l'humeur » (bipolaire ou dépressif), avec exclusion des autres catégories (trouble des conduites alimentaires, addiction) du fait de leur faible effectif. Lorsque des associations significatives étaient mises en évidence, des analyses multivariées par régression logistique – permettant de calculer des odds ratio (OR) et leur intervalle de confiance à 95% (IC 95%) – ont été réalisées, avec ajustement *a priori* sur l'âge, le sexe et le diagnostic.

3. RÉSULTATS

3.1. Descriptif de l'échantillon

3.1.1. Nombre de patients recrutés

Sur une durée totale de cinq mois, cinquante patients répondant aux critères d'inclusion ont été repérés. Seuls quarante-huit d'entre eux ont effectivement participé à l'étude : un patient a, en effet, refusé le principe d'une entrevue avec l'investigateur et l'anxiété croissante au fil des questions d'une seconde patiente a conduit à l'arrêt prématuré de l'entretien, sans qu'il soit possible de la réévaluer dans un second temps (délai supérieur à un mois après l'audience par le JLD).

3.1.2. Caractéristiques socio-démographiques

Les patients inclus sont âgés en moyenne de 41,7 ans (écart type 16,7), (minimum – maximum = 20 – 80). Les autres caractéristiques socio-démographiques sont présentées dans le tableau 8, qui montre que plus de la moitié des participants sont des hommes et ont un niveau d'éducation supérieur ou égal au baccalauréat. Il apparaît que quasiment deux tiers d'entre eux sont célibataires ou séparés/divorcés et que près des trois quarts ont un logement indépendant (où deux patients ont précisé vivre avec l'un de leurs enfants). Un patient a mentionné qu'il vivait dans un foyer. Sur le plan socio-professionnel, les deux tiers des patients sont inactifs et cinq ont signalé n'avoir aucun revenu. Près de 20% de l'échantillon bénéficient d'une mesure de protection.

Tableau 8 : **Caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon**

	N (%)
Sexe	
Femme	21 (43,8)
Homme	27 (56,3)
Niveau d'éducation	
Inférieur au CAP/BEP	5 (11,6)
CAP/BEP	6 (14)
Inférieur ou égal au BAC	11 (25,6)
Inférieur ou égal à BAC + 2	7 (16,3)
Supérieur ou égal à BAC +2	14 (32,6)
Statut conjugal	
Célibataire	21 (44,7)
En couple	7 (14,9)
PACS	2 (4,3)
Marié(e)	5 (10,6)
Divorcé(e) ou séparé(e) d'un(e) concubin(e)	9 (19,2)
Veuf(ve)	3 (6,4)
Statut résidentiel	
Logement indépendant :	34 (70,9)
• Vit seul(e)	19 (39,6)
• Vit en couple	13 (27,1)
• Autre	2 (4,2)
Habite chez ses parents ou chez d'autres membres de la famille	12 (25)
Habite chez des personnes n'appartenant pas à sa famille	-
Foyer (occupationnel, de réadaptation, d'hébergement…)	-
SDF	1 (2,1)
Autre (maison de retraite, hôtel…)	1 (2,1)
Statut socio-professionnel	
Travaille en milieu normal	8 (16,7)
Travaille en milieu protégé	-
Chômage	8 (16,7)
Invalidité	1 (2,1)
Retraité(e)	9 (18,8)
Femme au foyer	1 (2,1)
Bénéficiaire du RSA	2 (4,2)
Bénéficiaire de l'AAH	11 (22,9)
Étudiant(e) ou lycéen(ne)	3 (6,3)
Autre	5 (10,4)
Mesure de protection	9 (18,8)

CAP = Certificat d'Aptitude Professionnelle BEP = Brevet d'Etudes Professionnelles BAC = Baccalauréat
PACS = Pacte Civil de Solidarité SDF = Sans Domicile Fixe RSA = Revenu de Solidarité Active
AAH = Allocation Adulte Handicapé

3.1.3. Antécédents d'hospitalisation et connaissance de la nouvelle loi

La grande majorité des patients inclus ont déjà été hospitalisés en psychiatrie par le passé, que ce soit avec ou sans consentement. Les antécédents d'HSC tous confondus (en vertu de la loi du 27 juin 1990 et/ou de la loi du 5 juillet 2011) et d'HSC antérieurs à la loi du 5 juillet 2011, s'affichent dans des proportions comparables.

Le tableau 9 révèle que les mesures d'HDT et d'HO ont peu fait l'objet de procédures de contestation de la part des patients, comme en atteste le faible nombre de cas répertoriés (environ 17%) ; néanmoins, quatre patients (parmi dix-huit ayant été hospitalisés sans consentement avant la loi du 5 juillet 2011) ont évoqué leur souhait, à l'époque, de donner suite à cette mesure, jugée injustifiée voire abusive, par le biais d'un recours mais disent avoir été dissuadés par la lourdeur des démarches à accomplir. Leurs plaintes se sont donc, selon leurs dires, cantonnées à des critiques verbales formulées auprès des soignants. Parmi ceux qui se sont soumis aux procédures alors en vigueur, deux patients déclarent avoir saisi le JLD par courrier simple en vue d'obtenir une *« expertise »* ou une *« contre-expertise »*, selon leurs termes. L'hospitalisation a été levée avant la tenue de l'audience, pour l'un, et l'issue n'a pas été précisée, pour l'autre. Un troisième patient évoque l'envoi d'un courrier qui serait resté sans réponse.

L'information concernant le changement de cadre légal paraît insuffisante puisque seuls 44,4% des patients ayant fait l'objet d'une HSC avant la loi du 5 juillet 2011 en ont eu connaissance. Ces précisions ont le plus souvent été fournies par le personnel médical ou paramédical. Un patient a déclaré l'avoir appris grâce à des recherches menées sur Internet (réponse « autre »).

Tableau 9 : **Hospitalisations antérieures et information concernant le changement de cadre légal**

			N (%)
Hospitalisation(s) antérieure(s) (avec ou sans consentement)			35 (72,9)
Si antécédent(s) d'hospitalisation(s)	Antécédent(s) d'HSC (lois de 1990 et/ou de 2011)		25 (73,5)
	Antécédent(s) d'HSC avant la loi du 5 juillet 2011		18 (72)
Si antécédent(s) d'HSC avant la loi du 5 juillet 2011	Contestation de la mesure à l'époque		3 (16,7)
	Information concernant le changement de cadre légal		8 (44,4)
	Moyen(s) d'information concernant la nouvelle loi	Personnel médical/paramédical	5 (62,5)
		Médias	2 (25)
		Proche récemment hospitalisé	-
		Autre	1 (12,5)

Une patiente n'a pas pu répondre à la plupart de ces questions puisque ses hospitalisations auraient eu lieu dans plusieurs pays européens, notamment en Suisse.

3.1.4. Antécédent de rencontre avec un juge

Trente et un patients (64,6%) ont déjà eu affaire à un juge. Les motifs sont inventoriés dans le tableau 10, où l'on relève que les plus fréquents sont les affaires familiales et les HSC. Cet item n'a pu être renseigné pour deux des patients inclus.

Tableau 10 : **Rencontre antérieure avec un juge**

	N (%)
Affaires familiales	***10 (20,8)***
- Divorce/séparation	7
- Garde des enfants	2
- PACS	1
Hospitalisation sans consentement	***6 (12,5)***
- HSC après la loi du 5 juillet 2011	5
- HSC avant la loi du 5 juillet 2011	1
Mesure de protection	***4 (8,3)***
- Mise sous mesure de protection (pour le patient lui-même ou pour un tiers)	4
Contentieux concernant le logement	***4 (8,3)***
- Problème de copropriété	2
- Conflit avec le propriétaire	1
- Conflit avec la mafia qui aurait tenté de s'approprier son logement (Russie)	1
Infraction au code de la route	***4 (8,3)***
- Conduite sans permis	3
- Conduite en état d'ébriété	1
Contentieux professionnel	***3 (6,3)***
- Conflit avec l'employeur	3
Opposition/violences envers les forces de l'ordre	***3 (6,3)***
- Refus d'obtempérer	1
- Violences sur policiers	1
- *« Problème »* avec des policiers (sans précision)	1
Vol	***3 (6,3)***
- Vol de voiture	3
Trafic/détention de stupéfiants	***1 (2,1)***
Agression sexuelle (victime d'abus sexuels)	***1 (2,1)***
Homicide volontaire	***1 (2,1)***
Non renseigné	***4 (8,3)***

3.1.5. Antécédent carcéral

Quatre patients (8,3%) ont des antécédents d'incarcération (tableau 11). Il n'a pas été possible de recueillir d'informations sur ce point auprès de l'un des participants.

Tableau 11 : **Antécédent carcéral**

	N
Vol	***1***
- Vol de voiture	1
Trafic/détention de stupéfiants	***1***
Homicide volontaire	***1***
Autre	***1***
- Agitation lors d'une alcoolisation aiguë	1

3.2. Conditions de l'hospitalisation actuelle

3.2.1. Mode d'admission

Le mode d'admission correspond aux conditions d'arrivée, à l'adressage, à un éventuel passage par les urgences psychiatriques (SECOP, Service d'Évaluation de la Crise et d'Orientation Psychiatrique) et à la nature de la mesure de soins (hospitalisation marquant le début de la prise en charge ou « réintégration »). La plupart de ces résultats figurent dans le tableau 12. Les principaux enseignements sont que, le plus souvent, les patients sont conduits à l'hôpital par des tiers, adressés par un psychiatre et que 79,2% des évaluations initiales se déroulent au SECOP.

Tableau 12 : **Mode d'admission**

Conditions d'arrivée (plusieurs intervenants possibles)	N (%)
De lui (d'elle)-même	10 (20,8)
Amené(e) par sa famille	9 (18,8)
Amené(e) par d'autres personnes (ami, ambulancier…)	22 (45,8)
Amené(e) par les pompiers	4 (8,3)
Amené(e) par les forces de l'ordre : police, gendarmerie	13 (27,1)
La somme est supérieure à 100% car le patient peut avoir été amené par 2 intervenants différents	
Adressage	N (%)
Médecin généraliste	6 (16,7)
Psychiatre	20 (55,6)
Service de l'hôpital général	9 (25)
Autre	1 (2,8)

Les patients hospitalisés *via* un hôpital général proviennent systématiquement des services d'urgence, dont huit depuis le CHU de Bordeaux et un depuis la clinique d'Arès (33). L'item « autre » mentionné dans le tableau 12 correspond à l'envoi d'un patient depuis un établissement hospitalier spécialisé, le CRPS (Centre de Réadaptation Psycho-Sociale), situé à Bruges (33).

Pour ce qui est de la nature de la mesure de soins, l'hospitalisation marque le début de la prise en charge – c'est-à-dire qu'il s'agit d'une première ou d'une nouvelle hospitalisation – dans 93,8% des cas (quarante-cinq patients) et ne fait suite à un programme ambulatoire de soins – c'est-à-dire que le patient n'est « réintégré » – que dans 6,3% des situations (trois patients).

3.2.2. Mode d'hospitalisation et lieu de l'annonce de la mesure d'HSC

3.2.2.1. Mode d'hospitalisation

Les patients inclus sont pour les trois quarts d'entre eux hospitalisés en ASPDT. Le tableau 13, qui résume le mode d'hospitalisation de chacun, met en évidence le très faible recours à la procédure dite de « péril imminent ».

Tableau 13 : **Mode d'HSC**

	ASPDT	Péril imminent	ASPDRE
N (%)	37 (77,1)	1 (2,1)	10 (20,8)

3.2.2.2. Lieu de l'annonce de la mesure d'HSC

L'annonce de la mesure d'HSC est effectuée dans des proportions strictement égales au SECOP et dans le service d'admission (tableau 14). Un patient a affirmé ne pas avoir été informé de la procédure, un autre n'a pu se souvenir de l'endroit où elle lui avait été notifiée (réponse « autre »).

Tableau 14 : **Information concernant l'enclenchement de la mesure d'HSC**

	N (%)
SECOP *(Service d'Évaluation de la Crise et d'Orientation Psychiatrique)*	23 (47,9)
Service d'admission	23 (47,9)
Pas d'information reçue	1 (2,1)
Autre	1 (2,1)

3.2.3. Diagnostic principal et abus/dépendance à l'alcool ou à d'autres substances

3.2.3.1. Diagnostic principal

Les diagnostics recueillis sont affichés dans le tableau 15, avec une prédominance des troubles de l'humeur, à hauteur de 54,2%.

Tableau 15 : **Diagnostic principal** (selon les critères de la CIM-10)

	N (%)
Troubles psychotiques	***18 (37,5)***
F20 Schizophrénie	11 (22,9)
F22.0 Trouble délirant	1 (2,1)
F23.1 Trouble psychotique aigu polymorphe avec symptômes schizophréniques	3 (6,3)
F25.9 Trouble schizo-affectif, sans précision	3 (6,3)
Troubles de l'humeur	***26 (54,2)***
F31.0 Trouble affectif bipolaire (TAB), épisode actuel hypomaniaque	2 (4,2)
F31.1 TAB, épisode actuel maniaque sans symptômes psychotiques	8 (16,7)
F31.2 TAB, épisode actuel maniaque avec symptômes psychotiques	6 (12,5)
F31.5 TAB, épisode actuel de dépression sévère avec symptômes psychotiques	4 (8,3)
F31.6 TAB, épisode actuel mixte	4 (8,3)
F32.1 Episode dépressif majeur d'intensité moyenne	2 (4,2)
Addictions	***3 (6,3)***
F10.21 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, actuellement abstinent mais dans un environnement protégé	
Troubles du comportement alimentaire	***1 (2,1)***
F50.0 Anorexie mentale	

3.2.3.2. Abus/dépendance à l'alcool ou à d'autres substances

Parmi les patients admis, 12,5% d'entre eux (six sujets) présentaient un abus ou une dépendance à l'alcool et 14,6% (sept sujets) souffraient d'abus ou de dépendance à des substances autres. Nous rappelons que ces items n'ont pu être étudiés que chez quarante-six des sujets inclus.

3.2.4. Durées de l'hospitalisation et de la mesure de SSC

La durée moyenne de l'hospitalisation est de 22,7 jours (écart type = 6,7) (minimum = 13 – maximum = 41), celle de la mesure de SSC de 48,7 jours (écart type = 166,5) (minimum = 14 – maximum = 1168). La durée médiane de la mesure de SSC est, quant à elle, égale à 19,5 jours (intervalle interquartile 18 – 26).

3.2.5. Délai entre l'audience du JLD et la passation du questionnaire

L'inclusion des patients, et donc la passation du questionnaire, a eu lieu, en moyenne, dans les 9,3 jours suivant l'audience par le JLD (écart type = 6) (minimum = 2 – maximum = 27).

3.3. Organisation de l'audience

3.3.1. Informations concernant l'audience

3.3.1.1. Provenance de l'information concernant l'audience par le JLD

Nous avons interrogé les patients pour déterminer à quel moment l'audition leur avait été mentionnée pour la première fois. Leurs réponses figurent dans le tableau 16 et font apparaître le service d'admission comme étant le lieu privilégié de l'annonce de l'audience à venir puisqu'il est cité dans un peu plus de 80% des cas.

Tableau 16 : **Provenance de l'information concernant l'audience par le JLD**

	N (%)
Personnel du SECOP *(Service d'Évaluation de la Crise et d'Orientation Psychiatrique)*	3 (6,3)
Personnel du service d'admission	40 (83,3)
Autre(s) patient(s) hospitalisé(s)	1 (2,1)
Autre	4 (8,3)

Les patients ayant apporté une réponse « autre » ont précisé, pour trois d'entre eux, qu'ils avaient déjà connaissance de la saisie systématique du juge, pour avoir été précédemment hospitalisés en vertu de la loi du 5 juillet 2011. L'un d'entre eux estime n'avoir été informé que par voie de courrier. Un dernier, enfin, se plaint de n'avoir reçu aucun renseignement et n'aurait appris la tenue de l'audience que le jour même.

3.3.1.2. Qualité de l'information apportée

La qualité de l'information apportée a été explorée au travers de deux de ses caractéristiques : la clarté et la suffisance (tableau 17). Nous retiendrons de ces résultats qu'ils sont en miroir car, si un peu plus de la moitié des patients consultés l'estiment globalement claire (« très claire » ou « claire »), une part similaire d'entre eux jugent les explications fournies insuffisantes.

Tableau 17 : **Qualité de l'information**

		N (%)
Clarté de l'information	Très claire	14 (30,4)
	Claire	15 (32,6)
	Peu claire	12 (26,1)
	Pas claire du tout	5 (10,9)
Information suffisante		21 (45,7)

3.3.1.3. Ressentis au moment de l'annonce de l'audience à venir

Les ressentis suscités par l'annonce de l'audience à venir sont présentés dans le tableau 18. Parmi ceux-ci, on relève que les deux sentiments dominants appartiennent à des registres opposés puisque les patients évoquent principalement une impression de réassurance et/ou de soulagement, d'une part, et d'inquiétude et/ou de peur, d'autre part, les deux étant parfois même mêlés.

Tableau 18 : **Ressentis au moment de l'annonce de l'audience à venir avec le JLD**

		N (%)
Réassurance/soulagement		22 (46,8)
Inquiétude/peur		18 (38,3)
Indifférence		7 (14,9)
Incompréhension		5 (10,6)
Colère		3 (6,4)
Autres (plusieurs réponses possibles)		6 (12,5)
	- *« Étonnement »/« surprise »*	3
	- *« Sérénité »*	2
	- *« Confiance »*	1
	- Ne se souvient pas	1

3.3.1.4. Recherche d'informations complémentaires et préparation de questions ou de textes

3.3.1.4.1. Recherche d'informations complémentaires auprès des soignants

Huit patients (16,7% de l'échantillon) ont recherché des informations complémentaires auprès des soignants. Les thématiques afférentes sont compilées dans le tableau 19.

Tableau 19 : **Recherche d'informations complémentaires auprès de l'équipe soignante**

	N
Organisation pratique de l'audience	***6***
- *« Déroulement de l'audience »*	4
- Possibilité de *« prendre un avocat »*	1
- Présence de tiers durant l'audience	1
But et raison de l'audience	***2***
- *« Pourquoi cette audience ? »*	1
- Provenance de *« l'accusation »*	1
Issues possibles de l'audience	***1***
- *« Possibilité de sortie définitive ? »*	1
Autres	***2***
- *« Le juge administratif peut-il être saisi ? »* (juriste de formation)	1
- Ne se souvient pas	1

3.3.1.4.2. Recherche d'informations complémentaires auprès de patients

Une part plus importante de patients (treize, soit 27,1% de l'échantillon) s'est renseignée auprès de patients ayant déjà fait l'expérience de cette audience (tableau 20). Si la plupart des sujets sont communs avec ceux abordés avec les soignants, ils portent également sur le vécu de l'audience et de la décision du juge, ainsi que sur la préparation de la contestation de la mesure d'HSC.

Tableau 20 : **Recherche d'informations complémentaires auprès de patients ayant rencontré le JLD**

	N
Organisation pratique de l'audience	***11***
- *« Déroulement de l'audience »*	8
- *« Lieu de l'audience »*	1
- *« Aide d'un avocat ou non ? »*	1
- *« Attitude à adopter durant l'audience »*	1
Issues possibles de l'audience	***5***
- *« Issue »* pour chacun d'entre eux	3
- Possibilité d'une issue favorable, d'une *« fin de l'hospitalisation ? »*	2
But et raison de l'audience	***2***
- *« But de l'audience »*	1
- *« Est-ce le juge ou le personnel qui décide de la poursuite de l'hospitalisation ? »*	1
Vécu de l'audience et de la décision du JLD	***2***
- *« Vécu de l'audience »* pour chacun d'entre eux	1
- *« Vécu de la décision du juge »* pour chacun d'entre eux	1
Contestation de la mesure d'HSC	***1***
- *« Recherche d'arguments pour me défendre »*	1

3.3.1.4.3. Préparation de questions ou de textes

Onze patients, soit 22,9% de l'échantillon, se sont investis dans la préparation de questions ou de textes avant la tenue de l'audience (tableau 21). Les deux thèmes principaux consistent en une description des conditions d'arrivée à l'hôpital et du déroulement de l'hospitalisation d'une part, ainsi qu'en la préparation de la contestation de la mesure d'HSC, d'autre part.

Tableau 21 : **Préparation de question ou de textes**

	N
Conditions d'arrivée à l'hôpital et déroulement de l'hospitalisation	***7***
- *« Déroulement de l'hospitalisation »* et causes supposées de l'arrivée à l'hôpital	3
- *« Description de ma version des faits »*	2
- *« Explications sur mon état physique et psychique »*	1
- *« Souffrance par rapport aux infirmiers qui me font des reproches incessants »*	1
Contestation de la mesure d'HSC	***7***
- *« Contestation »* de la mesure, demande de levée de la mesure	3
- *« Préparation de ma défense »*	2
- Mise en cause des circonstances de mise en ASPDT *(« j'étais endormi, je n'ai pas été prévenu »)* et de *« l'enfermement à mon insu »*	1
- *« Argumentation pour obtenir ma sortie »* (contestation des motifs d'hospitalisation, amélioration clinique…)	1
Issues possibles de l'audience	***2***
- *« Le juge a-t-il le pouvoir de mettre un terme à l'hospitalisation ? »*	1
- *« Date de sortie »*	1
But et raison de l'audience	***1***
- *« But du jugement ? »*	1
Autre	***1***
- Plaintes pour des vols supposés au SECOP	1

3.3.2. Lieu de l'audience

Le tableau 22 retranscrit les réponses formulées concernant le lieu de l'audience. Seules 12,5% des personnes interrogées citent l'annexe du tribunal de grande instance. Un peu plus d'un tiers d'entre elles restent imprécises en la situant seulement à l'hôpital. Environ 8% des patients disent ne pas savoir à quel endroit ils ont rencontré le juge.

Tableau 22 : **Lieu de l'audience**

	N (%)
« À l'hôpital »	***18 (37,5)***
Au tribunal	***8 (16,7)***
- *« Annexe du tribunal de grande instance »*	6 (12,5)
- *« Annexe du tribunal d'instance »*	1 (2,1)
- *« Tribunal d'audience »*	1 (2,1)
Au tribunal à l'hôpital	***18 (37,5)***
- *« Annexe du tribunal à l'hôpital »*	9 (18,8)
- *« Tribunal à l'hôpital »*	6 (12,5)
- *« Tribunal d'instance à l'hôpital »*	2 (4,2)
- *« Petit tribunal à l'hôpital »*	1 (2,1)
« Ne sait pas »	***4 (8,3)***

3.3.3. Type de Juge

Les patients inclus ont également été interrogés sur la fonction du juge (tableau 23). La majorité d'entre eux (environ 56%) cernent assez bien son domaine de compétences et parviennent à préciser qu'il traite des affaires de liberté et/ou de détention ; cependant, seuls un peu plus de 20% d'entre eux citent l'intitulé exact de sa fonction. Près de 6% confondent le JLD avec d'autres de ses confrères aux prérogatives tout à fait différentes. Fait notable, un tiers des patients disent ne pas savoir quel type de juge ils ont rencontré.

Tableau 23 : **Type de juge**

	N (%)
Liberté et/ou détention	***27 (56,3)***
- *« Juge des libertés »*	17 (35,4)
- *« Juge des libertés et de la détention »*	10 (20,8)
Autres	***5 (10,4)***
- *« Juge de la liberté et de la rétention »*	1 (2,1)
- *« Juge de petite instance »*	1 (2,1)
- *« Juge des peines et des libertés »*	3 (6,3)
- *« Juge d'application des peines »*	
- *« Juge des tutelles »*	
« Ne sait pas »	***16 (33,3)***

3.4. Déroulement de l'audience

3.4.1. Accompagnement à l'audience

L'accompagnement des patients à l'audience est assuré par le personnel paramédical dans près de 95% des cas (tableau 24).

Tableau 24 : **Accompagnement à l'audience**

	N (%)*
Personnel médical	-
Personnel paramédical	45 (93,8)
Membre de la famille	4 (8,3)
Curateur/tuteur	1 (2,1)
Personne	1 (2,1)
Autre	-

** La somme est supérieure à 100% car le patient peut avoir été accompagné par deux intervenants différents*

3.4.2. Défense par un avocat

Les données relatives à la « défense » par un avocat figurent dans le tableau 25. 58,3% des patients en ont bénéficié durant l'audience. Plus de 45% d'entre eux mentionnent une rencontre avec leur conseil avant la tenue de l'audience mais la plupart précisent qu'elle n'a eu lieu que quelques minutes auparavant. Cet élément ne peut être présenté sous forme chiffrée car son investigation n'était initialement pas prévue dans le questionnaire.

Tableau 25 : **Défense par un avocat**

	N (%)
Représentation par un avocat durant l'audience	28 (58,3)
Connaissance d'un avocat avant l'HSC	7 (14,6)
L'avocat était-il un commis d'office ?	22 (45,8)
Possibilité d'une rencontre avec l'avocat avant l'audience	22 (45,8)

3.4.3. Informations apprises durant l'audience et questions posées au JLD

3.4.3.1. Informations apprises durant l'audience

Les informations apprises durant l'audience sont présentées dans le tableau 26. Près de 80% des patients signalent qu'aucun nouvel élément n'a été porté à leur connaissance.

Tableau 26 : **Information(s) apprise(s) durant l'audience**

	N (%)
Motif(s) de l'hospitalisation	4 (8,3)
Identité du tiers	6 (16,2)
Diagnostic	-
Autres	2 (4,2)
Aucune	38 (79,2)

Parmi les réponses « autres », une patiente, juriste de formation, se félicite d'avoir découvert le fonctionnement d'une audience avec le JLD. Un autre rapporte avoir découvert qu'il présentait un caractère de dangerosité du fait d'un *« risque incendiaire »* lors d'alcoolisations aiguës.

3.4.3.2. Questions posées au JLD

Sept patients, soit 14,6% de l'échantillon, disent avoir posé des questions au Juge (tableau 27). Leur contenu recoupe peu ou prou les thématiques déclinées ci-dessus avec, cette fois, une plus forte prégnance des interrogations relatives à l'issue possible de l'audience et, notamment, la possibilité d'une alternative à l'hospitalisation complète.

Tableau 27 : **Avez-vous posé des questions au Juge ?**

	N
Issues possibles de l'audience	***5***
- *« Peut-il mettre fin à l'hospitalisation ? »*	2
- *« Est-il possible de quitter l'hôpital et de suivre un traitement ambulatoire ? »*	2
- *« Date de sortie ? »*	1
But et raison de l'audience	***1***
- *« But du jugement ? »*	1
Conditions d'arrivée à l'hôpital et déroulement de l'hospitalisation	***1***
- *« Précisions concernant le nombre de médecins qui ont signé pour l'hospitalisation »* (patient n'ayant pas le souvenir d'avoir vu le médecin qui a rédigé le premier certificat)	1
Contestation de la mesure d'hospitalisation sans consentement	***1***
- *« Pourquoi poursuivre l'hospitalisation ? »*	1
Autres	***1***
- *« Identité du tiers ? »*	1
- Ne se souvient pas	1

3.4.4. Vécu émotionnel de l'audience

Le vécu émotionnel des patients a été exploré par le biais de questions fermées portant sur leurs ressentis durant l'audience (avec la possibilité d'opter pour une réponse « autre »), sur l'existence de sentiments de protection, de mise en accusation ou, encore, que « tout était joué d'avance » et, enfin, sur l'attitude du juge. Les résultats figurent dans les trois tableaux suivants, 28, 29 et 30.

Pour ce qui concerne les ressentis durant l'audience (tableau 28), la réassurance et/ou le soulagement, d'une part, l'inquiétude et/ou la peur, d'autre part, prévalent, comme cela a été observé lors de l'annonce de l'audience, bien que les proportions diffèrent.

Tableau 28 : **Ressentis durant l'audience**

		N (%)
Réassurance/soulagement		18 (37,5)
Incompréhension		5 (10,4)
Inquiétude/peur		14 (29,2)
Colère		2 (4,2)
Indifférence		8 (16,7)
Autres (plusieurs réponses possibles)		15 (31,3)
	- *« Sérénité »*	5
	- *« Impressionné par le dispositif »*	2
	- *« Absence d'écoute »*	2
	- *« Intérêt/divertissement »*	1
	- *« Confiance »*	1
	- *« Écoute »*	1
	- *« Étonnement/surprise »*	1
	- *« Lassitude »*	1
	- *« Frustration »*	1
	- *« Tension interne »*	1

Les patients interrogés rapportent en majorité une absence de sentiment de protection et répondent, le plus souvent, qu'ils étaient convaincus que « tout était joué d'avance ». Pour plus de la moitié d'entre eux, la convocation devant le juge n'a pas été vécue comme une mise en accusation ; une participante a cependant exprimé son *« impression d'avoir commis un crime »* et d'être *« la plus grande criminelle du monde »*. L'ensemble de ces données apparaît dans le tableau 29 ci-dessous.

Tableau 29 : **Avez-vous eu, à un moment ou à un autre, un sentiment :**

	Oui (N (%))	Non (N (%))	Pas d'avis (N (%))
De protection	21 (43,8)	23 (47,9)	4 (8,3)
De mise en accusation	19 (39,6)	27 (56,3)	2 (4,2)
Que tout était joué d'avance	22 (45,8)	20 (41,7)	6 (12,5)

Ils estiment globalement que le Juge s'est montré à l'écoute, bienveillant et clair. Son indépendance vis-à-vis des décisions médicales est en revanche largement mise en doute, de même que son impartialité. Les réponses relatives à l'attitude du juge sont affichées dans le tableau 30.

Tableau 30 : **Avez-vous trouvé le juge :**

	Oui (N (%))	Non (N (%))	Pas d'avis (N (%))
À l'écoute	33 (68,8)	9 (18,8)	6 (12,5)
Bienveillant	28 (58,3)	10 (20,8)	10 (20,8)
Clair	38 (79,2)	6 (12,5)	4 (8,3)
Impartial	22 (45,8)	14 (29,2)	12 (25)
Indépendant des décisions médicales	17 (35,4)	25 (52,1)	6 (12,5)

3.4.5. Contestation de l'HSC

Vingt-quatre patients (50%) déclarent avoir contesté la mesure d'HSC auprès du JLD.

3.4.6. Présence d'inconnus

Les audiences étant publiques, nous avons questionné les patients pour déterminer si cette disposition trouve une application concrète et, le cas échéant, le vécu que cela a induit (tableau 31). Il s'avère que seuls 16,7% des patients signalent la présence d'inconnus durant l'audience, le juge, la greffière et les accompagnants cités ci-dessus n'étant pas considérés comme tels. S'ils sont peu à l'avoir trouvée gênante, ils sont une majorité à exprimer leur préférence rétrospective pour un huis clos.

Tableau 31 : **Présence d'inconnus durant l'audience**

	Oui (N (%))	Non (N (%))	Pas d'avis (N (%))
Présence d'inconnus	8 (16,7)	37 (77,1)	3 (6,3)
Présence vécue comme gênante	N (%)	2 (25)	
Préférence pour un huis clos		5 (62,5)	

3.5. Avis des patients au décours de l'audience

3.5.1. Avis des patients concernant la décision du juge

Sondés au sujet de la décision du juge, les patients formulent majoritairement leur désaccord avec son ordonnance mais ne projettent pas, pour la plupart, de la contester. La quasi-totalité de ceux qui envisagent de former un recours déclarent connaître la procédure pour y parvenir. Deux patients précisent s'être spontanément rangés à l'avis du JLD car son intervention s'est soldée par une demande d'expertise.

Les principales réactions suscitées par l'annonce du jugement sont un sentiment d'injustice, la résignation, et l'indifférence. L'aide à la compréhension de la mesure d'HSC n'est mentionnée que dans un peu moins de 20% des cas. Les autres réponses, au premier rang desquelles figurent la *« colère »*, la *« tristesse »*, et la *« déception »*, sont présentées dans le tableau 32.

Tableau 32 : **Concernant la décision du juge**

	Oui (N (%))	Non (N (%))	Pas d'avis (N (%))	
Êtes-vous en accord avec cette décision ?	20 (41,7)	27 (56,3)	1 (2,1)	
Si non : Projetez-vous de la contester ?	9 (31)	16 (55,2)	4 (13,8)	
En cas de projet de contestation : Savez-vous comment procéder ?			N (%)	8 (88,9)
Réaction(s) à l'annonce de la décision du juge	Aide à la compréhension de la mesure d'HSC		N (%)	9 (18,8)
	Résignation		N (%)	13 (27,1)
	Indifférence		N (%)	12 (25)
	Injustice		N (%)	17 (35,4)
	Autres (plusieurs réponses possibles)		N (%)	17 (35,4)
		- *« Colère »*	N	9
		- *« Tristesse »*	N	4
		- *« Déception »*	N	2
		- *« Humiliation »*	N	1
		- L'a trouvée *« ridicule »*	N	1
		- *« Inquiétude »*	N	1
		- *« Incompréhension »*	N	1
		- *« Soulagement »*	N	1
		- *« Satisfaction »*	N	1
		- *« Jouissance »*	N	1

3.5.2. Avis des patients sur le lieu de l'audience, son intérêt et son opportunité

3.5.2.1. Avis des patients sur le lieu de l'audience

Concernant le lieu de l'audience, les patients s'opposent assez majoritairement à sa tenue au tribunal plutôt qu'à l'hôpital (26 sujets, soit 54,2%) ; cependant, 22,9% d'entre eux estiment préférable d'être reçu au tribunal et présentent la probabilité d'un meilleur traitement comme en étant le corollaire. Les autres arguments des tenants de cette position sont retranscrits dans le tableau 33. Signalons, enfin, que 22,9% des patients sont sans avis sur cette question.

Tableau 33 : **Arguments pour que l'audience se tienne plutôt au tribunal**

	N
Meilleur traitement	***11***
- *« Plus d'impartialité, de neutralité »*	8
- *« Permet de mieux s'exprimer »*	2
- *« Plus de temps m'aurait été consacré »*	1
Plus confortable	***1***
- *« Permet une sortie de l'hôpital », « offre un sentiment de liberté »*	1
Autre	***1***
- *« C'est davantage la place d'une telle affaire »*	1

3.5.2.2. Avis des patients sur l'intérêt de l'audience

Le tableau 34 présente les réponses des patients concernant l'intérêt de l'audience. La possibilité de contester l'HSC figure en première position, suivie de la protection des droits des personnes hospitalisées. Près d'un cinquième d'entre eux estiment que la rencontre avec le juge ne présente aucun intérêt.

Tableau 34 : **Avis des patients sur l'intérêt de l'audience**

		N (%)
Quel est l'intérêt, selon vous, de l'audience ?	Possibilité de contester l'hospitalisation	30 (62,5)
	Protection des droits des personnes hospitalisées	22 (45,8)
	Aucun intérêt	10 (20,8)
	Autres réponses (cf. tableau 35 ci-dessous)	8 (16,7)

Les autres réponses sont répertoriées dans le tableau 35 et ont été regroupées en trois thématiques.

Tableau 35 : **Autres réponses**

	N
Pouvoir contester la mesure d'HSC	***5***
- *« Possibilité de donner son point de vue »*	5
Avoir un autre point de vue et limiter le risque d'hospitalisation abusive	***3***
- *« Mieux comprendre la situation »*	1
- *« S'assurer que l'hospitalisation n'est pas abusive »*	1
- *« Vérifier l'utilité de la procédure »*	1
Défendre les droits des patients et veiller au respect de la loi	***1***
- *« Vérifier la conformité de la procédure »*	1
Autre	***2***
- *« Pouvoir parler des conditions d'hospitalisation »*	1
- *« Connaître l'identité de la personne qui a demandé l'hospitalisation »*	1

3.5.2.3. Avis des patients sur l'opportunité de l'intervention du JLD

Les trois quarts des patients inclus (trente-six sujets) considèrent que la sollicitation du juge pour décider de la poursuite éventuelle de l'hospitalisation, est une bonne chose. 14,6% d'entre eux (sept sujets) sont cependant sans avis sur ce sujet. Les arguments avancés sont inventoriés dans les tableaux 36, 37 et 38 et ont été regroupés par thèmes.

Les défenseurs de cette procédure (tableau 36) mettent principalement en avant la possibilité d'obtenir un autre point de vue, ainsi que la limitation du risque d'hospitalisation abusive, d'une part, la défense des droits des patients et l'assurance du respect de la loi, d'autre part. L'occasion de contester la mesure d'HSC est également citée mais dans une moindre mesure.

Tableau 36 : **Arguments en faveur de l'intervention du JLD**

	N
Pour avoir un autre point de vue et limiter le risque d'hospitalisation abusive	***26***
- *« Offre un autre point de vue »*	10
- *« Limite le risque d'erreurs ou d'hospitalisation abusive »*	9
- *« Impartialité »*	4
- *« Pour déterminer si l'hospitalisation est justifiée ou non »*	2
- *« Pour s'assurer que les proches n'essaient pas d'escroquer la personne hospitalisée »*	1
Pour les droits des patients et le respect de la loi	***15***
- *« Défense/protection des droits des patients »*	8
- *« Vérification du respect de la loi »*	6
- *« Pour clarifier les situations légalement tendancieuses ou éventuellement illégales »*	1

Tableau 36 : **Arguments en faveur de l'intervention du JLD** (suite)

Pour la possibilité de contester la mesure d'HSC	***8***
- *« Possibilité de contester l'hospitalisation »*	6
- *« Possibilité de contester l'hospitalisation auprès de quelqu'un de plus haut placé qu'un médecin »*	1
- *« Le médecin n'est pas compétent, cela permet de s'adresser à quelqu'un de plus haut placé »*	1
Autre	***1***
- *« Ça permet d'éviter le gaspillage de médicaments »*	1

S'ils accueillent favorablement le principe de l'intervention du juge, un groupe de patients pondèrent ses vues en soumettant diverses réserves (tableau 37). Selon eux, le peu d'efficience du dispositif, la difficulté pour le JLD d'assumer sa mission et l'importance du pouvoir médical, limitent la portée de l'audience en en compromettant l'issue voire, pour certains, constituent un motif de disqualification de cette procédure.

Tableau 37 : **Arguments plus réservés en faveur de l'intervention du JLD**

	N
Dispositif peu efficient	***5***
- *« Audience trop courte, pas assez de temps pour s'exprimer »*	3
- *« C'est un flonflon qui ne sert à rien »*	1
- *« C'est une mascarade »*	1
Exercice difficile pour le juge	***4***
- *« Les données médicales devraient être plus à jour »*	2
- *« Il est difficile pour le juge de comprendre les termes médicaux »*	1
- *« Il faudrait plusieurs juges pour que la décision soit collégiale »*	1
Pouvoir médical plus important	***3***
- *« Risque que l'avis médical soit le plus souvent suivi »*	2
- *« Peu d'intérêt des trois certificats médicaux car les médecins s'entendent entre eux »*	1
Autres	***2***
- *« Le médecin devrait être présent »*	1
- *« Dispositif impressionnant, peut-être un peu exagéré »*	1

Une minorité de patients (cinq d'entre eux, soit 10,4%) se positionnent en défaveur de l'intervention du juge, estimant soit que le dispositif est intrinsèquement inutile, soit que la prééminence du pouvoir médical le rend, de fait, sans intérêt (tableau 38).

Tableau 38 : **Arguments en défaveur de l'intervention du JLD**

	N
Dispositif inutile	***3***
- *« C'est aux médecins de décider »*	2
- *« Le médecin est plus à même de comprendre et de juger »*	1
Pouvoir médical plus important	***2***
- *« Aucun intérêt car la décision appartient aux médecins »*	1
- *« Ce sont les médecins qui décident »* (dixit le JLD, d'après le patient)	1

3.6. Caractéristiques associées au vécu des patients

3.6.1. Sentiments éprouvés pendant l'audition

3.6.1.1. Sentiment de protection pendant l'audition

Le tableau 39 indique les caractéristiques socio-démographiques, cliniques, relatives aux antécédents et aux comportements (présence d'un avocat, contestation de l'HSC) associées à un sentiment de protection durant l'audience. Un sentiment de protection durant l'audience est statistiquement associé au niveau d'études et au diagnostic : il est en effet plus fréquent chez les personnes dont le niveau d'études est supérieur au BAC ainsi que chez celles qui souffrent d'un trouble de l'humeur.

Les analyses multivariées montrent que ces associations restent dans la même direction mais ne sont plus significatives après ajustement sur l'âge, le sexe et l'autre variable associée, tant pour le niveau d'études (OR = 2,9, IC 95% = 0,7 – 12,8, p = 0,14) que pour le diagnostic (OR = 2,3, IC 95% = 0,5 – 10,1, p = 0,28).

Tableau 39 : **Caractéristiques associées à un sentiment de protection pendant l'audition**

	Sentiment de protection		
	Oui (n = 21, 43,8%)	Non (n = 27, 56,3%)	
Caractéristiques socio-démographiques			
Âge	45,3 (14,8)	38,9 (17,8)	t-test = - 1,3, ddl = 46, p = 0,19
Sexe masculin	10 (47,6%)	17 (62,9%)	Chi2 = 1,1, ddl = 1, p = 0,29
Vit en couple	5 (23,8%)	5 (19,2%)	Chi2 = 0,14, ddl = 1, p = 0,70
Niveau d'études supérieur au BAC	13 (65,0%)	8 (34,7%)	Chi2 = 3,9, ddl = 1, p = 0,05
Activité professionnelle ou études (vs. autre)	6 (28,6%)	5 (18,5%)	Chi2 = 0,67, ddl = 1, p = 0,41
Mesure de protection	2 (9,6%)	7 (25,9%)	Chi2 = 2,1, ddl = 1, p = 0,15
Caractéristiques cliniques			
ASPDRE	3 (14,3%)	7 (25,9%)	Chi2 = 0,97, ddl = 1, p = 0,33
Trouble de l'humeur (vs. trouble psychotique)	15 (75%)	11 (45,8%)	Chi2 = 3,8, ddl = 1, p = 0,05
Antécédents cliniques et judiciaires			
Hospitalisation antérieure	17 (80,9%)	18 (66,7%)	Chi2 = 1,2, ddl = 1, p = 0,44
HSC antérieure	11 (68,8%)	14 (77,8%)	Chi2 = 0,35, ddl = 1, p = 0,58
Rencontre avec un juge	14 (70,0%)	17 (65,4%)	Chi2 = 0,11, ddl = 1, p = 0,74
Pendant l'audition			
Avocat	10 (37,4%)	10 (47,7%)	Chi2 = 0,54, ddl = 1, p = 0,46
Contestation de l'HSC	12 (50,0%)	12 (44,4%)	Chi2 = 0,76, ddl = 1, p = 0,38

3.6.1.2. Sentiment de mise en accusation pendant l'audition

Les caractéristiques socio-démographiques, cliniques, relatives aux antécédents et aux comportements associées à la perception d'un sentiment de mise en accusation durant l'audition sont présentées dans le tableau 40. Une association significative est mise en évidence entre le mode d'hospitalisation et un sentiment d'accusation, ce dernier étant plus fréquemment rapporté par les patients en SDRE. On note également une tendance à ce que les patients bénéficiant d'une mesure de protection des biens décrivent plus fréquemment ce sentiment.

Les analyses multivariées montrent que l'association entre mode d'hospitalisation et sentiment d'accusation persiste après ajustement sur l'âge, le sexe et le diagnostic, les patients hospitalisés en SDRE rapportant six fois plus souvent ce sentiment que ceux qui sont en SDT (OR = 6,5, IC 95% = 1,08 – 38,9, p = 0,04).

Tableau 40 : **Caractéristiques associées à un sentiment de mise en accusation pendant l'audition**

	Sentiment d'accusation		
	Oui (n = 19, 39,6%)	Non (n = 29, 60,4%)	
Caractéristiques socio-démographiques			
Âge	45,4 (17,7)	39,3 (15,9)	t-test = - 1,3, ddl = 46, p = 0,22
Sexe masculin	9 (47,4%)	18 (62,1%)	Chi2 = 1, ddl = 1, p = 0,31
Vit en couple	2 (11,1%)	8 (27,6%)	Chi2 = 1,8, ddl = 1, p = 0,18
Niveau d'études supérieur au BAC	6 (40,0%)	15 (53,6%)	Chi2 = 0,7, ddl = 1, p = 0,39
Activité professionnelle ou études (vs. autre)	2 (10,5%)	9 (31,0%)	Chi2 = 2,7, ddl = 1, p = 0,10
Mesure de protection	6 (31,6%)	3 (10,3%)	Chi2 = 3,4, ddl = 1, p = 0,06
Caractéristiques cliniques			
ASPDRE	7 (36,8%)	3 (10,3%)	Chi2 = 4,9, ddl = 1, p = 0,03
Trouble de l'humeur (vs. trouble psychotique)	13 (72%)	13 (50%)	Chi2 = 2,2, ddl = 1, p = 0,14
Antécédents cliniques et judiciaires			
Hospitalisation antérieure	15 (78,9%)	20 (68,97%)	Chi2 = 0,58, ddl = 1, p = 0,44
HSC antérieure	11 (78,5%)	14 (70%)	Chi2 = 0,31, ddl = 1, p = 0,58
Rencontre avec un juge	13 (72,2%)	18 (64,3%)	Chi 2 = 0,31, ddl = 1, p = 0,58
Pendant l'audition			
Avocat	6 (31,6%)	14 (48,3%)	Chi2 = 1,3, ddl = 1, p = 0,25
Contestation de l'HSC	9 (47,4%)	15 (51,7%)	Chi2 = 0,1, ddl = 1, p = 0,77

3.6.1.3. Sentiment que « tout était joué d'avance » pendant l'audience

Les analyses univariées montrent une association entre la perception d'un sentiment que « tout était joué d'avance » et l'âge, les patients qui le ressentent étant plus jeunes (moyenne = 36,4, écart-type = 13,9) que ceux qui ne l'éprouvent pas (moyenne = 46,2, écart-type = 17,8) (t-test = 2,01, ddl = 46, p = 0,04). Il existe, par ailleurs, une tendance à l'association entre ce même sentiment et le fait de recourir au conseil d'un avocat : n = 16, soit 72,7% (vs. sentiment que tout n'était pas joué d'avance : n = 12, soit 46,2%) (chi2 = 3,5, ddl = 1, p = 0,06). Les autres associations ne sont pas significatives.

Les analyses multivariées montrent que ces associations restent inchangées (significativité pour l'une, tendance pour l'autre) après ajustement sur le sexe et le diagnostic : la probabilité d'avoir un sentiment « joué d'avance » diminue avec l'âge (OR = 0,94, IC 95% = 0,89 – 0,99, p = 0,02) et elle est augmentée chez les patients assistés d'un avocat (OR = 12,8, IC 95% = 2,04 – 80,0, p = 0,006), indépendamment de toutes les autres caractéristiques.

3.6.2. Intérêt perçu de l'audience

Aucune association n'a été mise en évidence entre les caractéristiques des patients et les réponses aux questions explorant l'intérêt de l'audition (protection des droits / contestation de l'HSC / aucun) (résultats non présentés).

PARTIE 3 : DISCUSSION

1. SYNTHÈSE DE L'ÉTUDE PERSONNELLE

1.1. Principaux résultats

1.1.1. Description de l'échantillon

Les patients inclus sont, en moyenne, âgés de 42 ans et, pour plus de la moitié d'entre eux, des hommes. La majorité de l'échantillon souffre de troubles de l'humeur, diagnostic retrouvé dans un cas sur deux, et un tiers environ de troubles psychotiques. Plus des trois quarts des sujets font l'objet d'une mesure d'ASPDT/ASPPI. Près des trois quarts de l'échantillon ont déjà été hospitalisés en psychiatrie, dont une proportion similaire en HSC et avant l'entrée en vigueur de la loi du 5 juillet 2011. Près des deux tiers d'entre eux ont déjà eu affaire à un juge et un peu moins d'un patient sur dix a des antécédents carcéraux.

1.1.2. Vécu et compréhension de l'audience

Un patient sur dix situe le lieu de l'audience à l'annexe du TGI et un patient sur cinq cite le titre exact du JLD. Le recours au conseil d'un avocat est signalé dans quasiment trois cas sur cinq.

Le vécu émotionnel de l'audience est marqué par la réassurance et/ou le soulagement (plus d'un tiers des participants) et par l'inquiétude et/ou la peur (pour environ trois patients sur dix). L'intervention du JLD génère des sentiments de protection et de mise en accusation pour quatre sujets sur dix ; un peu moins de la moitié d'entre eux témoignent d'un sentiment que « tout était joué d'avance ».

La majorité des patients estiment que le juge s'est montré à l'écoute, bienveillant et clair mais remettent en cause son impartialité ainsi que son indépendance vis-à-vis des décisions médicales, ce dernier item étant rejeté par les deux tiers de l'échantillon. L'audition a, par ailleurs, été l'occasion de contester la mesure d'HSC pour la moitié des patients. Près des deux tiers des sujets inclus rapportent qu'ils auraient préféré que l'audience se tienne à huis clos et, pour un peu moins d'un quart, qu'elle ait lieu au tribunal plutôt qu'à l'hôpital.

La décision du JLD a suscité un sentiment d'injustice pour plus d'un tiers des intéressés, de la résignation et de l'indifférence pour environ un quart d'entre eux. Plus de la moitié des sujets entendus se déclarent en désaccord avec le maintien de l'HSC mais seul un peu moins d'un tiers des patients envisagent de faire appel.

Les trois quarts des patients inclus jugent favorablement le contrôle du JLD sur la décision de maintien de l'HSC. Son principal intérêt, avancé par environ trois sujets sur cinq, est la possibilité de contester l'hospitalisation et, dans une moindre mesure, la protection des droits des personnes hospitalisées (item coté par un peu moins de la moitié de l'échantillon). Le contrôle judiciaire de l'HSC ne revêt aucun intérêt pour un patient sur cinq.

Les résultats relatifs aux ressentis éprouvés durant l'audience sont les suivants :

- Un sentiment de protection est statistiquement associé, dans les analyses univariées, au niveau d'étude et au diagnostic : il est en effet plus fréquent, d'une part, chez les personnes ayant un niveau d'étude supérieur au baccalauréat et, d'autre part, chez celles qui souffrent d'un trouble de l'humeur. Les analyses multivariées révèlent que ces associations restent dans la même direction mais ne sont plus significatives après ajustement sur l'âge, le sexe et l'autre variable associée (niveau d'étude ou diagnostic) ;
- En ce qui concerne le sentiment d'accusation, il est associé de façon significative au mode d'hospitalisation et il est plus fréquent chez les patients en ASPDRE. Il existe également une tendance à ce que les personnes bénéficiant d'une mesure de protection des biens le ressentent plus fréquemment. Les analyses multivariées montrent que l'association entre mode d'hospitalisation et sentiment d'accusation persiste après ajustement sur l'âge, le sexe et le diagnostic, les patients hospitalisés en SDRE rapportant six fois plus souvent ce sentiment que ceux qui sont en SDT ;
- Le sentiment que « tout était joué d'avance » est associé de façon significative à l'âge, les patients ayant cette impression étant plus jeunes que ceux qui ne l'ont pas. Il n'existe, en revanche, qu'une tendance à l'association avec le fait de recourir au conseil d'un avocat. Les analyses multivariées montrent que ces associations restent inchangées (significativité pour l'une, tendance pour l'autre) après ajustement sur le sexe et le diagnostic : la probabilité d'avoir un sentiment que « tout était joué d'avance » diminue avec l'âge et est augmentée chez les patients assistés d'un avocat et ce, indépendamment de toutes les autres caractéristiques.

Enfin, aucune association n'a été mise en évidence entre les caractéristiques des participants et les réponses aux questions explorant l'intérêt de l'audition (protection des droits / contestation de l'HSC / aucun).

1.2. Limites méthodologiques

Les limites méthodologiques de notre travail reposent sur la taille limitée de l'échantillon, à l'origine d'une faible puissance assortie d'une généralisation limitée. Cette généralisation doit, de

plus, être prudente, dans la mesure où l'étude n'a été menée que dans un seul centre hospitalier où, de surcroît, les audiences sont foraines : cela est peu représentatif des pratiques notées à l'échelle nationale puisque 70% d'entre elles ont lieu au tribunal (APM, 17/12/12).

Le protocole n'est, par ailleurs, pas exempt de biais, lesquels sont de trois ordres :

- Un biais de sélection, d'abord, induit par la définition des critères d'inclusion et, en particulier, celui d'être en capacité de comprendre les questions ; cela exclut, de fait, les patients parlant peu ou pas français et ceux qui souffrent de démence. Il est cependant partiellement compensé par le très bon taux de participation (48 sur 50, soit 96% des sujets potentiels contactés) ;
- Un biais d'information et de mémorisation, ensuite, en lien avec la symptomatologie aiguë des sujets, qui limite potentiellement la bonne compréhension du processus de contrôle juridictionnel de l'HSC et des questions posées par l'évaluateur, mais peut également affecter les facultés mnésiques, ainsi que la qualité des réponses apportées. Le biais de mémorisation est cependant limité, au moins en partie, par la tenue précoce de la passation du questionnaire (un mois maximum après l'audience) ;
- Un biais de confusion, enfin, qui tient à l'absence de prise en compte de la sévérité symptomatologique au moyen d'échelles standardisées.

1.3. Interprétation des résultats

En préambule, nous tenons à signaler qu'il s'agit, à ce jour et à notre connaissance, de la première étude qui porte sur le vécu et la compréhension des patients hospitalisés en HSC concernant l'audience par le JLD. D'autre part, ce travail s'inscrit dans la droite ligne des préoccupations du CGLPL qui a indiqué, dans son rapport d'activité pour l'année 2011, que *« les visites d'établissement vont porter une grande attention aux conditions dans lesquelles les audiences dans les quinze jours qui suivent l'admission sont organisées et vécues »* (APM, 22/02/12).

Le premier résultat frappant est, comme indiqué précédemment, le très bon taux de participation (96%), qui est d'autant plus surprenant que l'investigateur était en poste aux urgences psychiatriques durant la période de passation des questionnaires et qu'il a donc contribué à la mise en HSC de certains des patients inclus. Deux hypothèses peuvent être formulées à ce sujet : la première repose sur les données de la littérature et sur la plainte des patients que *« rien ne se passe dans le service »* (KATSAKOU et al., 2007), dans lequel *« les activités sont limitées »* (JONES et al., 2002 ; QUIRK et al., 2000). Il est donc concevable que leur participation soit sous-tendue par une dimension « occupationnelle ». Il est également possible, et c'est là la seconde explication envisageable, que la nouveauté de la loi les ait poussés à contribuer à cette étude pour exprimer leur

point de vue, sur le modèle d'une enquête de satisfaction, ou pour glaner des renseignements supplémentaires sur des procédures récentes et encore méconnues.

Ce dernier point nous conduit à envisager la question de l'information des patients au sujet de la rencontre à venir avec le JLD. Les deux tiers d'entre eux la jugent claire ou très claire mais seule la moitié de l'échantillon l'estime suffisante, ce qui souligne la nécessité de leur apporter une meilleure documentation. Il faut cependant garder à l'esprit les enseignements de McKENNA et al. (2001), selon lesquels *« les impressions des patients de ne pas avoir reçu suffisamment d'information peuvent se rapporter à la profondeur de l'information donnée, à sa fréquence au cours d'une admission potentiellement stressante et au mode de transmission de l'information »*. Ils en déduisent ainsi qu'il est *« probablement nécessaire que les professionnels de santé évaluent régulièrement la capacité des patients à retenir les informations fournies »*. Le CGLPL relève toutefois, dans son rapport d'activité 2012, les *« réserves »* de certains praticiens *« sur l'attribution de telles compétences aux personnels de santé »*, concernant les notifications, puisque *« s'opère [alors] un mélange entre les fonctions de soin et les fonctions administratives »* source de *« confusion dans l'esprit des patients »* ; il en déduit qu'*« il faudrait bien séparer le rôle du soignant et de l'administrateur »* (CGLPL, 2013), ce qui est le cas au centre hospitalier Charles PERRENS puisque c'est une infirmière extérieure au service d'hospitalisation, et dépendant hiérarchiquement de la Direction des soins, qui est chargée de la présentation des notifications aux patients. L'un des moyens d'améliorer la qualité de l'information serait la mise en place d'une brochure type à l'échelon national, sur le modèle irlandais, dont O'DONOGHUE et al. (2010) rapportent qu'elle semble avoir eu un impact positif depuis l'introduction du *Mental Health Act 2001*. Lors des auditions qui ont présidé à l'élaboration du rapport ROBILIARD (ROBILIARD, 2013, cf. *infra*), le CGLPL a fait cette même proposition, relayée par les préconisations finales du rapport d'étape. La rédaction d'un tel document pourrait, par exemple, s'inspirer de la plaquette élaborée par le Collectif « Mais c'est un homme » (2011, Annexe 6).

Nous détaillerons plus loin les premiers bilans chiffrés relatifs à l'application de la loi du 5 juillet 2011 mais nous pouvons d'ores et déjà souligner que l'un de nos résultats apparaît peu représentatif des constatations effectuées au niveau national. Il s'agit de la proportion de patients qui ont bénéficié du conseil d'un avocat (un peu moins de six sur dix) alors que les données du ministère de la Justice font état de leur *« présence quasi systématique »* après trois mois, six mois et un an d'entrée en vigueur du texte (Union Syndicale de la Magistrature [USM], 2012 ; Syndicat de la Magistrature [SM], 2013). Les arguments présentés spontanément par certains des intéressés, lors de la passation du questionnaire, apportent un éclairage intéressant sur leur refus de prendre un avocat : l'un d'eux, qui avait déjà fait l'objet d'une mesure d'HSC, s'est justifié en se disant *« déçu par [son] premier avocat qui parlait mal le français »*, un autre a déclaré qu'il n'avait *« rien à [se]*

reprocher ». Trois autres, encore, ont indiqué qu'ils n'en avaient *« pas ressenti le besoin »*, au titre que ce type de représentation ne revêtait *« pas d'intérêt »*, puisque *« seul moi et moi-même connais mon cas »*. Nos notes font également apparaître un laconique *« je ne voulais pas perdre de temps »*. Signalons la situation particulière d'un patient qui a été réintégré en hospitalisation complète au motif qu'il n'avait pas respecté le PDS : *« j'étais pas intéressé, je savais que j'étais dans mon tort »*. Enfin, la perspective certaine d'une issue « défavorable » a également pu peser : *« je savais que l'hospitalisation serait prolongée »*, ou encore : *« j'ai rencontré une personne qui m'a dit que prendre un avocat n'était pas nécessaire car ça ne change rien, ce sont les soignants qui décident avec les certificats »*. Comme indiqué précédemment, il existe une tendance à ce que le sentiment que « tout était joué d'avance » soit plus fréquent chez les patients qui prennent un avocat. On peut ainsi faire la conjecture suivante : plus elles ont le sentiment que « tout est joué d'avance », plus les personnes hospitalisées mettent tout en œuvre pour maximiser leurs chances d'obtenir une levée de l'HSC.

Durant l'audition, cette mesure d'HSC a été contestée par la moitié des patients inclus, proportion qui apparaît sans commune mesure avec la part de ceux qui ont déjà été hospitalisés en vertu de la loi du 27 juin 1990 et qui avaient alors exercé leur droit de recours (moins d'un patient sur cinq). L'introduction du contrôle de plein droit des HSC, dont l'accès facilité et systématique au JLD est le corollaire, leur permet donc de faire valoir leur point de vue de façon simplifiée et concrète, ce qui était l'objectif initial du Conseil constitutionnel (DEVERS, 2011 ; COELHO, 2011).

Parmi les arguments en faveur de l'intervention du JLD, plusieurs patients ont mis en avant le fait qu'elle *« limite[rait] le risque d'erreurs ou d'hospitalisations abusives »*. Si ce risque n'est pas nul, il faut, selon QUIRK et al. (2003) le replacer dans un contexte socio-politique marqué par la *« culture du blâme »* et, plus largement, par la *« culture de la peur »*. Sans forcément donner lieu à des hospitalisations injustifiées, l'ambiance de plus en plus procédurière de notre société peut en effet conduire les praticiens à opter pour une HSC leur apparaissant, dans certains cas, comme l'option « la moins risquée » mais qui, *in fine*, et de façon rétrospective, pourra correspondre à une privation de liberté inutile (QUIRK et al., 2003). À charge alors, pour les médecins, de lever l'HSC rapidement puisque, comme le font observer BÉNÉZECH et al. (2012), *« les psychiatres publics n'ont pas attendu qu'une nouvelle loi protège la population (même malade) des fameux et rarissimes "internements arbitraires" sur le plan médical. Et dès lors que leurs patients vont mieux, les praticiens hospitaliers sont les premiers à lever les mesures de placements sous contrainte pour libérer des places dans leurs services, en poursuivant en ambulatoire les soins adaptés »*.

Sur l'intervention du JLD, toujours, le contraste est saisissant entre, d'une part, les avis majoritairement favorables au principe du contrôle de l'HSC par le JLD – une *« bonne chose »* pour les trois quarts des patients inclus – et les qualités attribuées au juge (à l'écoute, bienveillant et clair), et, d'autre part, le désaccord d'une grande majorité d'entre eux avec le contenu de l'ordonnance

finalement rendue. Une explication possible repose sur la suspicion de collusion entre le médecin et le magistrat, illustrée par les forts taux de réponse négative aux items portant sur l'impartialité et sur l'indépendance du JLD vis-à-vis des décisions médicales. Comme le résument VALMY et al. (2012) : *« pour la majorité des patients, le médecin prend la décision, le juge a peu d'impact sur la décision médicale »*. Paradoxalement, les données de la littérature montrent pourtant que les patients et leurs proches estiment en majorité que la décision d'HSC doit revenir aux médecins (WALLSTEN et al., 2008 ; KJELLIN et al., 1993, cités par McLACHLAN et MULDER, 1999).

Plus de la moitié des réactions suscitées par l'ordonnance du JLD sont représentées par la résignation et l'indifférence, soit des attitudes plutôt neutres. Ces résultats paraissent faire écho aux travaux de THIBAULT et WALKER (1975), cités par MONAHAN et al. (1995), selon lesquels le fait de confier à un tiers le *« contrôle des résultats »*, dans une situation de conflit, produit les plus hauts jugements d'équité procédurale et les plus hauts niveaux de satisfaction ; de plus, la conviction que la procédure de règlement d'un différend est juste, augmente la satisfaction des parties vis-à-vis du résultat, y compris pour la « perdante ». En résumé, les gens apprécient de pouvoir exprimer leur point de vue et que leur avis soit pris au sérieux, y compris lorsque leurs déclarations ne déterminent pas les décisions prises à leur sujet (MONAHAN et al., 1995). Cela peut expliquer que moins d'un tiers des patients inclus envisagent de contester la décision du JLD.

Pour autant, rien n'indique que l'audition favorise l'acceptabilité de l'HSC par les patients. À cet égard, GARDNER et al. (1999) remettent en cause la *« Thank you Theory »* – qui veut que les personnes hospitalisées contre leur gré soient reconnaissantes, de façon rétrospective, d'avoir été prises en charge – et expliquent qu'il n'y a pas de raison qu'elles réagissent autrement que l'ensemble de la population : *« Beaucoup d'entre nous peuvent se rappeler d'épreuves pénibles que nous avons été obligés de subir de la part de personnes que nous percevions comme injustes, irrespectueuses ou insensibles. On peut bien croire que nous sommes plus forts, plus sains, ou plus sages […] mais sommes-nous vraiment reconnaissants à la personne qui nous a contraint ? »*.

La préférence exprimée par près des deux tiers des sujets inclus pour un huis clos, lors de l'audience, est dans la droite ligne des propositions des premiers rapports qui sont récemment parus au sujet de la loi du 5 juillet 2011 (BLISKO et al., 2012 ; ROBILIARD, 2013 ; *cf. infra*). De la même façon, l'opposition d'un peu plus de la moitié de l'échantillon à la tenue de l'audience au tribunal, plutôt qu'à l'hôpital, confirme la pertinence des recommandations unanimes sur la généralisation des audiences foraines (BLISKO et al., 2012 ; ROBILIARD, 2013 ; CGLPL : APM, 22/02/12).

Passons à présent à l'interprétation des résultats des analyses statistiques. En ce qui concerne le sentiment de protection durant l'audition, nous observons qu'il est plus fréquent chez les patients qui ont un niveau d'études élevé. Le cursus scolaire ou universitaire ne préjugeant qu'en partie des capacités intellectuelles d'un individu, cette donnée doit être considérée à la lumière du

phénomène de *« reproduction sociale »* (BOURDIEU et PASSERON, 1964). Ainsi, le parcours et/ou le statut social des patients concernés a pu les amener à côtoyer davantage de personnes ayant une formation juridique, avec pour effets une démystification de la justice voire une certaine familiarité avec les procédures judiciaires. Quant aux personnes souffrant d'un trouble de l'humeur, leur meilleur accès à un sentiment de protection peut être mis en lien avec la moindre fréquence des symptômes psychotiques (notamment méfiance et idées délirantes de persécution) et de désorganisation dans ces tableaux cliniques, que chez ceux souffrant de troubles psychotiques. Enfin, le fait que les associations ne soient plus significatives lors des régressions logistiques peut être en partie imputable à un manque de puissance des analyses multivariées lié à la petite taille de l'échantillon et, également, au fait qu'ajuster simultanément sur le niveau d'éducation et le trouble de l'humeur peut induire un sur-ajustement, du fait de l'association existant entre ces deux caractéristiques.

L'association statistiquement significative entre sentiment d'accusation durant l'audience et hospitalisation en ASPDRE (plus grande fréquence) – qui reste significative lors des régressions logistiques – repose potentiellement sur deux phénomènes. Le premier est que les patients qui font l'objet d'une telle mesure sont plus fréquemment amenés à l'hôpital par les forces de l'ordre que ceux qui sont hospitalisés en ASPDT. Le deuxième facteur explicatif est inhérent au rôle central du préfet dans la procédure d'ASPDRE, lequel lui confère un caractère à la fois impersonnel (par rapport à l'intervention des proches en cas d'ASPDT) mais, également, impressionnant et stigmatisant, car il s'agit, en quelque sorte, d'une action « de l'État contre M. X ». Rappelons en outre que, quel que soit le mode d'hospitalisation, certains patients confondent audition et jugement avec, par voie de conséquence, l'impression de devoir *« répondre d'une faute commise »* et la crainte d'une *« possible condamnation »* : *« Dans cette compréhension d'avoir été hospitalisé pour une faute, il ressort également un doute chez les patients d'être fautifs d'être malades, sachant qu'ils n'ont pas commis de faute au sens pénal du terme. Le patient peut avoir l'impression que c'est lui-même, et non la légitimité de la mesure d'hospitalisation sous contrainte le privant de liberté, qui est soumis à l'examen du juge »* (VALMY et al., 2012). Sur cette même thématique, la tendance à la significativité entre sentiment d'accusation et mesure de protection (plus grande fréquence) reste significative lors des régressions logistiques. Elle peut être mise en lien avec un éventuel vécu péjoratif de ce dispositif, potentiellement perçu comme une restriction d'autonomie et une « accusation » d'incompétence vis-à-vis de la gestion du quotidien, auxquelles viendrait, en plus, s'ajouter la privation de liberté de l'HSC.

Les patients les plus jeunes ressentent plus fréquemment que les autres le sentiment que « tout était joué d'avance » (analyses univariées et multivariées). L'hypothèse la plus probable est que, ayant peu voire pas d'antécédents d'HSC, ils vivent plus douloureusement les restrictions qui

sont portées à leur liberté et sont plus angoissés en raison de difficultés à imaginer le déroulement de l'hospitalisation. A cela s'ajoute le fait que les personnes âgées sont décrites comme plus satisfaites à l'égard des services hospitaliers, ce qui peut refléter *«une différence réelle »* mais également représenter *« des attentes moins élevées »* (IVERSEN et al., 2007).

Au terme de la présentation de leurs cinq cas cliniques, VALMY et al. (2012) estiment qu'*« il ressort souvent un sentiment d'arbitraire et d'injustice dans la décision du juge »* avec, parfois, *« une impression d'inutilité de l'audition, du fait de l'impossibilité des patients à faire valoir leur droit de décision et leur droit à être libéré »*. Ils concluent ainsi que *« le bilan de cette étude de cas semble faire ressortir chez les patients une incompréhension totale ou partielle du cadre de cette loi et de l'intérêt de ces auditions devant le juge »*. Les résultats de nos travaux nous conduisent à minorer prudemment ces constatations puisque le contenu de l'ordonnance du JLD ne donne lieu à un sentiment d'injustice que dans un peu plus d'un tiers des cas, l'audition n'apparaît inutile qu'à un participant sur cinq et seuls 10% des sujets inclus témoignent d'un sentiment d'incompréhension à l'annonce de l'audience à venir puis durant sa tenue. En outre, la quasi moitié de nos sujets ont conscience qu'elle permet la protection des droits des personnes hospitalisées et près des deux tiers notent qu'elle offre la possibilité de contester l'HSC. En revanche, l'observation selon laquelle l'audience représente *« un facteur de stress supplémentaire et avéré dans l'amélioration clinique »* (VALMY et al., 2012) est confirmée par le fait qu'entre 30 et 40% des participants rapportent un sentiment d'inquiétude et/ou de peur à l'annonce de l'audience à venir puis lors de l'audition.

Pour conclure sur l'interprétation de nos résultats, nous reprenons plusieurs des remarques et observations de BÉNÉZECH et al. (2012) concernant la tenue de l'audience. Elles ont trait, d'abord, à la *« culpabilité de la personne, souvent de la famille, à l'origine d'une SDT et dont le tiers demandeur de soins peut être entendu à l'audience, s'il souhaite s'exprimer et voir son parent malade présenté au tribunal »*. Se pose également la question du *« renforcement de la culpabilité pathologique, notamment délirante chez les mélancoliques et les schizophrènes dysthymiques »* ainsi que de la confrontation à un JLD et un greffier qui *« peuvent siéger en robe noire officielle »*. *Quid*, là aussi, de l'*« impact psychopathologique de ce qui est dit au patient par le JLD ou l'avocat »* et ce, alors que les auteurs relèvent que *« les propos tenus à l'audience peuvent parfois entrer en contradiction avec le travail d'accompagnement mené et le programme de soins »* ? L'interrogation la plus saillante concerne l'infirmier qui accompagne le patient à l'audience : *« doit-il répondre s'il est interrogé par le JLD ? »* ; sur ce point, BÉNÉZECH et al. jugent que *« la réponse positive du ministère de la Santé est discutable sur le plan des relations psychologiques entre cet infirmier et son patient, sans parler du secret professionnel et du respect de l'intimité »*. La « foire aux questions » du ministère de la Santé (2011) indique en effet qu'une *« personne présente à l'audience sans être partie […] est considérée comme un tiers à la procédure. Or, les déclarations orales faites par les tiers*

constituent des mesures d'instruction que le juge peut ordonner d'office ou à la demande des parties ». Exemple est pris d'un *« cadre de santé dont les déclarations seraient requises par un juge »* : il *« est en principe tenu d'apporter son concours. S'il oppose, pour s'y soustraire, un risque de compromettre la relation thérapeutique avec son patient, il appartiendra alors au juge d'apprécier si cela constitue un motif légitime […] et, le cas échéant, de dispenser la personne de répondre »*. Il est toutefois précisé que *« les tiers qui, sans motif légitime, refusent de prêter leur concours peuvent être condamnés à une amende civile d'un maximum de 3 000 euros »*.

2. PREMIERS BILANS ET PREMIÈRES PROPOSITIONS DE RÉFORME DE LA LOI DU 5 JUILLET 2011

2.1. Présentation des bilans et rapports utilisés

Plusieurs bilans et rapports ont été publiés depuis l'entrée en vigueur de la loi du 5 juillet 2011 :

- Un document intitulé *« Bilan de la réforme des soins sans consentement – Observations de l'USM »*, émanant de l'Union Syndicale des Magistrats (USM), est paru en janvier 2012. Les auteurs y mènent un premier état des lieux et soulignent que « *cinq mois après l'entrée en vigueur de la réforme des SSC, force est de constater que les professionnels ont tout mis en œuvre pour éviter tout incident tant le défi semblait impossible à relever »*. Ils relèvent également qu'*« à moyens constants, alors qu'ils n'avaient pas l'habitude de travailler ensemble et malgré une prudente méfiance réciproque, le monde médical et le monde judiciaire ont appliqué dès le 1er août 2011 des textes dont ils ne voulaient pas et avec lesquels ils ont dû se familiariser en urgence »*. Ils constatent que *« malgré une mise en œuvre difficile, aucun incident majeur n'a été déploré »*. À l'appui du bilan chiffré du ministère de la Justice, ils jugent la situation *« encourageant[e] »* mais relèvent que *« l'impact sur le terrain est très lourd et, en tout cas, sans commune mesure avec l'apport de la loi en termes de garantie sur les libertés »* ;
- Le « rapport BLISKO/LEFRAND » (2012) a été rendu public le 22 février 2012. Les députés rappellent, en préambule, les différents textes d'application de la nouvelle loi. Il s'agit principalement de trois décrets d'application de juillet 2011 et de plusieurs circulaires édictées en juillet et août 2011 *« afin d'accompagner la mise en œuvre de la réforme par les juridictions et les administrations »*. Le rapport d'information *« analyse le contenu de ces dispositions réglementaires »*, s'intéresse à leur *« mise en œuvre concrète »* ainsi qu'à la *« réception »* de ces dispositions légales *« par les personnels concernés, notamment les JLD et les psychiatres »*. MM. BLISKO et LEFRAND formulent également plusieurs

propositions d'amélioration (Annexe 7) *« sur la base des auditions qu'ils ont menées et des observations qu'ils ont effectuées à l'occasion de leurs déplacements »* (BLISKO et al., 2012) ;

- À la suite d'un important colloque du Syndicat de la magistrature (SM), qui s'est tenu en novembre 2012, cet organisme a publié des statistiques provenant des services du ministère de la Justice, sur un an d'exercice de la loi du 5 juillet 2011, dans sa revue *« J'essaime »* (SYNDICAT DE LA MAGISTRATURE (SM), 2012) ;
- La parution du « rapport ROBILIARD », le 29 mai 2013, représente la première étape des travaux de la *« mission d'information [de l'Assemblée nationale] sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie »*. Son rapporteur, M. Denys ROBILIARD, précise que *« la mission a choisi de se consacrer plus spécifiquement aux SSC »* en raison de la décision du Conseil constitutionnel du 20 avril 2012 (ROBILIARD, 2013). Rappelons, en effet, que les Sages ont été amenés à se prononcer sur la loi du 5 juillet 2011 sur saisie du Conseil d'État, suite au dépôt d'une QPC par une association d'usagers, le CRPA (Cercle de Réflexions et de Propositions d'Action sur la psychiatrie) (DEVERS, 2011). Les dispositions litigieuses portaient sur les patients faisant l'objet d'une décision d'irresponsabilité pénale ou admis en UMD, mais aussi sur la question du recours à la coercition dans le cadre des programmes de soins (DEVERS, 2012) et sur l'absence de contrôle systématique des SSC ambulatoires par le JLD (PANFILI, 2013). C'est la déclaration d'inconstitutionnalité des deux premières dispositions – dont l'abrogation a été différée au 1er octobre 2013 – qui a contraint la mission à restreindre, dans un premier temps, son champ de réflexion et à étudier, en particulier, l'opportunité d'une intervention du législateur pour y remédier.

  Pour alimenter leurs réflexions et prendre la mesure de la situation sur le terrain, les députés ont eu recours à des auditions (*« associations de patients et de familles de patients, médecins, experts »*) et ont visité l'UMD de Villejuif.

  Avant de procéder aux développements de leurs observations et de présenter leurs préconisations (Annexe 8), signalons qu'ils rapportent avoir *« eu communication que le nombre de mesures de SSC s'était accru de près de 50% entre 2006 et 2011 (+ 44% pour les ASPDT, + 41% pour les ASPDRE, une même personne pouvant faire l'objet de plusieurs mesures successives d'HSC) et que le recours à de telles mesures varie considérablement d'un point à l'autre du territoire »*. Ils prennent également soin de préciser que l'élaboration du rapport définitif de la mission *« est […] susceptible d'être nourri[e] par les réactions »* que suscitera ce premier exposé (ROBILIARD, 2013).

Nous détaillons à présent, sous forme résumée, le contenu de ces différentes références. Nous présenterons successivement les difficultés qu'a suscitées l'entrée en vigueur de la loi, les

différents bilans statistiques portant sur son application, les dispositions et pratiques qui font toujours débat et/ou restent sources de problèmes et, enfin, les propositions de réformes pour y remédier. Notre propos sera tout naturellement axé sur l'intervention du JLD mais nous aborderons également, de façon succincte, d'autres aspects de la loi du 5 juillet 2011 dont certains ne manqueront pas d'impacter le vécu et la compréhension de l'audition par les patients.

2.2. Une « catastrophe évitée » malgré des difficultés lors de l'entrée en vigueur de la loi

Dans leur rapport, MM. BLISKO et LEFRAND relatent la *« chronique d'une catastrophe évitée »*. Ils estiment que c'est la *« mobilisation exemplaire »* de tous les acteurs qui a permis de *« passer le cap »* de l'entrée en vigueur de la loi mais *« qu'elle ne préjuge cependant pas de la suite »*. Il faut dire que les difficultés, qu'elles soient d'ordres pratique, juridique ou humaine, paraissaient et restent nombreuses (USM, 2012).

2.2.1. Des difficultés pratiques du fait d'un manque de concertation et d'anticipation

L'USM pointe un certain nombre de difficultés pratiques qu'elle attribue à l'absence d'anticipation des ministères de la Santé et de la Justice ainsi qu'à un manque de concertation. Sont évoqués, pêle-mêle, le *« délai contraint de préparation de cette réforme »*, son entrée en vigueur durant une période de congés annuels et la publication tardive des textes d'application de la loi. À cela s'ajoutent des *« prises de positions radicales de certains professionnels »* opposés à la réforme et un climat de suspicion entre les corps médicaux et judiciaires, *« d'autant que chacun des deux ministères laissait entendre à ses agents que des arbitrages seraient pris en leur faveur »*.

2.2.2. Des difficultés juridiques du fait des « silences » et des contradictions des textes

Ce nouveau dispositif légal recèle des « silences » et des contradictions entre les différents textes d'application de la loi, ce qui pose un certain nombre de problèmes juridiques. En ce qui concerne l'appel, les délais de dépôt puis de réponse de la Cour d'appel ne sont précisés, au niveau réglementaire, qu'en cas de requête facultative (et sont, respectivement, de dix et douze à vingt-cinq jours, en de cas de demande d'expertise) mais sont confondus dans la circulaire, qu'il s'agisse d'un contrôle systématique ou d'une requête facultative. Par ailleurs, il semble exister une contradiction au sujet du point de départ du délai d'appel suspensif. Le décret stipule, en effet, que cet *« appel est formé dans un délai de six heures à compter de la notification de l'ordonnance au procureur de la République »* alors que la loi dispose qu'il court *« à compter de la notification de l'ordonnance à l'auteur de la saisine »*, qui n'est pas forcément – et est même rarement – le procureur de la

République. En l'état, *« le décret est plus attentatoire aux libertés que ne le prévoit la loi »* (USM, 2012) et c'est son contenu qui est repris dans la circulaire du 21 juillet 2011, laquelle souligne qu'il est souhaité *« que le ministère public soit étroitement associé au contrôle de la nécessité des mesures de soins psychiatriques et soit en mesure de donner son avis dans chaque affaire »* (BLISKO et al., 2012).

Mais, pour l'USM, ce sont encore les dispositions relatives aux décisions rendues sans audience qui sont les plus contradictoires. La loi dispose, en effet, que le juge ne peut statuer qu'après avoir entendu le patient, à moins qu'une contre-indication médicale ne l'empêche de comparaître ; il est alors représenté par un avocat. Si l'absence de l'intéressé est liée à d'autres motifs, le JLD ne peut exercer son contrôle que *« si le patient a expressément donné son accord pour être représenté »*. Pourtant, aux termes du décret, *« le juge peut rejeter sans tenir d'audience les demandes répétées si elles sont manifestement infondées »*. Les auteurs s'interrogent ainsi sur la possibilité, pour un décret, de déroger à la loi. Surtout, ils soulignent que *« la notion de "demandes répétées manifestement infondées" apparaît particulièrement floue et risque de générer un important contentieux »* (USM, 2012). Cette contradiction est également relevée dans le « rapport ROBILIARD ». Lors des auditions de la mission, la vice-présidente de l'USM a rappelé que son organisation avait demandé que soient prévus « *des dispositifs lorsqu'une requête et un contrôle systématique parviennent au même moment devant le juge »* car *« il n'est alors pas forcément nécessaire de prévoir deux audiences. De même, si plusieurs requêtes successives sont présentées, il faut peut-être prévoir […] la possibilité de regrouper ces demandes, lorsque plusieurs demandes arrivent alors qu'il n'a pas encore été répondu à la première. Le législateur a partiellement suivi cette voie, mais le décret du 18 juillet 2011, contra legem, a repris une disposition antérieure »*. Les députés concluent que cette dissonance pourrait être *« réduite à l'occasion d'une révision de la loi de 2011 »* (ROBILIARD, 2013).

Sur la saisine en cas de désaccord entre le préfet et le psychiatre, il existe un problème d'articulation entre les articles L. 3213-5 et L. 3213-9-1 du CSP : l'un dispose que le JLD doit alors statuer sur la mesure (si l'on est au-delà du 15ème jour d'une ASPDRE), l'autre, qu'un deuxième avis psychiatrique doit être sollicité (à quelque moment que ce soit). S'ils *« entre[nt], au moins partiellement, en concurrence »* l'un avec l'autre, la circulaire du 21 juillet 2011 précise que les directeurs d'hôpitaux ont reçu des instructions *« afin que la saisine systématique du juge prévue par l'article L. 3213-5 n'interfère pas avec la procédure administrative de résolution des conflits entre psychiatres et représentants de l'État organisée par l'article L. 3213-9-1 en conséquence de la décision n°2011-135/140 QPC du Conseil constitutionnel du 9 juin 2011 »*. En pratique, lorsque l'article L. 3213-5 a vocation à s'appliquer, c'est donc le second avis médical exigé par l'article L. 3213-9 qui prime et le JLD n'est saisi que s'il y a divergence entre les médecins (BLISKO et al., 2012).

À notre sens, les dispositions les plus choquantes résident dans l'information du représentant de l'État lorsque la modification du programme de soins *« a pour effet de changer substantiellement la modalité de prise en charge du patient afin de lui permettre, le cas échéant, de prendre un nouvel arrêté »*. La circulaire interministérielle du 11 août 2011 va plus loin et précise qu'il *« doit pouvoir, le cas échéant, confirmer l'évolution du programme de soins par un nouvel arrêté »* car sa modification substantielle *« est en effet susceptible de conduire à une appréciation différente au regard des considérations d'ordre public »*. MM. BLISKO et LEFRAND relèvent d'ailleurs que *« juridiquement, on voit mal pourquoi il serait nécessaire de confirmer la prise en charge sous une autre forme que l'hospitalisation complète décidée précédemment, et ce d'autant plus qu'il semble n'y avoir aucune automaticité à la nécessité de confirmer la modification du programme de soins par un nouvel arrêté préfectoral »* (BLISKO et al., 2012). Surtout, cette possibilité offerte au représentant de l'État de faire réadmettre un patient en hospitalisation complète, contre l'avis de son psychiatre traitant, représente, outre son caractère liberticide, un retour en arrière et rappelle l'esprit de la *« Circulaire Santé – Justice »* de janvier 2010, qui permettait au préfet de maintenir des personnes hospitalisées en HO contre l'avis du médecin ; le CGLPL s'était d'ailleurs élevé contre ce texte, au travers de son avis du 15 février 2011 (SENON et al., 2012). Toutefois, MM. BLISKO et LEFRAND relativisent sa portée au titre qu'*« il serait paradoxal et sans doute source de contentieux qu'un patient, dont le psychiatre estime qu'il peut faire l'objet d'une prise en charge plus souple dans le cadre de son programme de soins, soit au final ré-hospitalisé par le préfet »*.

2.2.3. Des difficultés humaines et des contentieux en souffrance du fait du manque de moyens

La contrainte de la brièveté des délais dans lesquels le JLD doit statuer a engendré des difficultés en termes d'organisation du fait, notamment, de la mise en place nécessaire de *« créneaux horaires dédiés »* dans les juridictions. Si ces aménagements ont des vertus (garantie de la tenue de l'audience, planification facilitée pour les établissements hospitaliers, disponibilité du JLD et du greffier), ils ont pour corollaire la *« suppression d'audiences dans les plus petites juridictions »* et *« l'allongement des délais de traitement des contentieux non contraints dans le temps »*. L'USM constate que *« ces données n'ont pas été intégrées dans les chiffres fournis par la Chancellerie, qui a feint d'ignorer cette difficulté »*. A cela s'ajoute le problème des saisines tardives (entre J12 et J15) et la transmission tardive, par certains médecins, des documents nécessaires à la tenue de l'audience *« afin que ceux-ci soient le plus actualisés possible »*, une pratique dont les magistrats relèvent cependant qu'elle *« est dans le plus pur respect de l'esprit de la loi »* (USM, 2012).

La situation est très variable d'une juridiction à l'autre car *« la carte judiciaire ne correspond pas à la carte des hôpitaux psychiatriques »* (BLISKO et al., 2012). Elles sont ainsi *« très inégalement impactées »* puisque la moitié des décisions sont rendues par seulement vingt-quatre juridictions (sur cent soixante-cinq), dont certaines comportent des tribunaux de petite taille *« sur le ressort desquels sont installés de gros établissements psychiatriques »*. Les conséquences en sont des inégalités d'un TGI à un autre, avec une durée d'audience très variable, *« de dix minutes à deux heures »* et, là encore, l'allongement de la durée d'autres contentieux, *« soit par la suppression pure et simple de certaines audiences, soit par l'allongement de la durée du délibéré »* (USM, 2012).

La mise en place de ce nouveau dispositif a également eu un retentissement financier – *« frais de déplacement du greffier et du magistrat, lorsque ceux-ci se rendent à l'hôpital, lettres recommandées supplémentaires… »* – alors que les budgets étaient *« déjà contraints »* et qu'elle s'est faite *« à moyens constants »*. Sur le plan des effectifs, des concours exceptionnels ont été organisés par la Chancellerie *« mais ils n'ont pas permis les recrutements attendus »* et *« le ministre s'est dit opposé au recrutement de nouveaux greffiers »*. L'USM s'inquiète ainsi qu'*« au plus haut niveau de l'État, certains pensent que le fait que la réforme ait pu être mise en œuvre démontre que des ressources étaient disponibles sans qu'il soit nécessaire, même à moyen terme, d'envisager des renforts »*. Elle concluait que les efforts ne pourraient être durablement maintenus, *« surtout au vu de la progression du nombre de saisines et du regroupement des contentieux judiciaire et administratif en janvier 2013 »* (USM, 2012).

2.3. Premiers bilans statistiques

Nous présentons ici les données des bilans statistiques réalisés trois mois, six mois puis un an après l'entrée en vigueur de la loi du 5 juillet 2011. Elles sont résumées dans le tableau 41 ci-dessous.

Après trois mois d'application de la loi, et sur la base d'une extrapolation à un an, l'USM notait que le nombre de contrôles systématiques était largement inférieur aux prévisions avec une différence de près de vingt mille saisines. Elle faisait alors de ce constat l'illustration de *« techniques de contournement »* des dispositions légales (cf. *infra*). Toutefois, la comparaison des chiffres fournis après un mois et trois mois d'application laissait apparaître une évolution à la hausse, signe que *« peu à peu, les médecins apprennent à travailler avec l'institution judiciaire et prennent confiance en elle, d'autant que les décisions sont essentiellement de confirmation »*. Une mainlevée n'était effectivement ordonnée que dans 4,3% des cas (6% selon BLISKO et al., 2012) (USM, 2012).

À six mois, et à l'occasion de la présentation du *« rapport sur la mise en application de la loi du 5 juillet 2011 »*, M. LEFRAND a exprimé son inquiétude sur l'évolution des statistiques de la justice (APM, 22/02/12). Elles tendaient, en effet, à démontrer une augmentation du nombre d'audiences

tenues au tribunal (73% à trois mois, 75% à six mois) avec, corollairement, une diminution des audiences foraines et du recours à la visioconférence. Précision importante : le bilan chiffré à six mois détaillé dans le « rapport BLISKO/LEFRAND » n'est que *« partiel »* (BLISKO et al., 2012).

Dans son document intitulé *« Soins contraints : un premier bilan dérangeant ? »*, le Syndicat de la magistrature (SM) relaie, en préambule, le constat de la Chancellerie *« sur les taux très importants de confirmation par les juges des mesures d'hospitalisations contraintes »* un an après l'entrée en vigueur de la nouvelle loi. Ils s'élèvent à 81,6% pour le contrôle de plein droit et à 64,9% pour les requêtes facultatives. Les magistrats s'inquiètent toutefois des implications de ces conclusions : est-ce à dire que *« plusieurs milliers d'hospitalisations psychiatriques injustifiées ou arbitraires »* ont été prononcées sur l'année écoulée ? (SM, 2012). Ils citent le CRPA, dont le propos est plus affûté : pour cette association d'usagers, *« ces décisions de mainlevées, tous motifs confondus, forment un total d'environ 3 200 décisions de levées d'internements psychiatriques illégaux ou non fondés, par voie judiciaire, sur un an »* (CRPA, 2012). Le SM évoque également le problème des saisines tardives, qui concerneraient trois cents personnes par an, et souligne qu'*« on ignore tout d'un éventuel chiffre noir : celui des cas où le juge ne serait même pas saisi… (et, on l'espère, le malade libéré quand même !) »* (SM, 2012).

L'exposé du SM repose ensuite sur le bilan des réponses à l'enquête *« réforme des soins psychiatriques »* de la Direction des services judiciaires qui a été menée d'août 2011 à juillet 2012. 100% des TGI/TPI y ont participé mais seuls cent cinquante-deux sont concernés (sur cent soixante-cinq). La plupart des résultats figurent dans le tableau 41. Ils confirment l'impact inégal de la réforme sur les juridictions (USM, 2012) puisque vingt-huit d'entre elles (soit 18% des répondants), concentrent, à elles seules, plus de la moitié du volume national des saisines et que *« les vingt-huit juridictions qui rendent le plus de décisions représentent plus de 50% des décisions rendues sur le plan national »*. Les professionnels font également état de *« difficultés dans la mise en œuvre de la réforme »* (tableau 42), qui sont principalement liées à la charge ou au rythme de travail et à l'organisation des audiences (SM, 2012).

Tableau 41 : **Bilans statistiques à trois mois, six mois** (d'après BLISKO et al., 2012) **et à un an d'application de la loi** (d'après SM, 2012)

	A 3 mois	A 6 mois	A 1 an
Nombre de saisines	15 243	28 434 (contrôle de plein droit) 1 253 (recours facultatifs)	62 823, dont 4% de recours facultatifs et 0,3% liés à un désaccord préfet/psychiatre
Juridictions les plus concernées (nombre de saisines de plein droit)	1/ Lyon : 672 2/ Paris : 597 3/ Créteil : 566 4/ Bordeaux : 325	1/ Lyon : 1 366 2/ Paris : 1 267 3/ Créteil : 1 242 4/ Bordeaux : 722 5/ Pontoise : 631 6/ Bobigny : 535 7/ Évry : 534 8/ Nice : 474 9/ Lille : 467 10/ Toulouse : 466	-
Saisines tardives	1,3% du total (1,7% à 3 mois d'après le document de l'USM)		0,5% (soit 300 cas/an)
Fréquence des audiences	- Tous les jours : 12 juridictions (8%) - 3/semaine : 20% - 2/semaine : 37% - 1/semaine : 26%	- Tous les jours : 7,5% - 3/semaine : 12,3% - 2/semaine : 37,7%	74% des juridictions organisent des audiences plus d'une fois par semaine
Lieu des audiences	- Au tribunal : 73% (visioconférence : 8,4%) - Au sein de l'établissement de santé : 27%	- Au tribunal : 75% (visioconférence : 5,7%) - Lieux d'audience « panachés » dans un quart des juridictions	- Au tribunal : plus de 70% - Au sein de l'établissement de santé : 30% - Plus de 66% des juridictions sont exclusives dans le choix du lieu des audiences
Présence des avocats	Quasi systématique, commis d'office dans 90% des cas		Quasi systématique, commis d'office dans 94% des cas
Nature des décisions	Sur près de 12 400 ordonnances rendues : - Maintien en soins : 80% - Mainlevée de la mesure : 6% - Demandes d'expertise : 2% - Autres (décisions liées à la procédure : non-lieu à statuer, irrecevabilité…) : 12%	- Maintien en soins : 82,3% - Mainlevée de la mesure : 4,5% - Demandes d'expertise : 2,2% - Autres (décisions liées à la procédure) : 11%	Sur 62 409 décisions rendues : - Maintien en soins : 81,6% (plein droit) ou 64,9% (recours facultatifs) - Mainlevée : 5% (plein droit) ou 7,4% (recours facultatifs) - Demandes d'expertise : 2,1% (plein droit) ou 11,9% (recours facultatifs)
Nombre d'appels	2,8% du total des décisions, 7,3% de ces appels ont un caractère suspensif	2,6% du total des décisions, 7,8% assorties d'un caractère suspensif	2,5% du total des décisions, 6,4% assorties d'un caractère suspensif

Tableau 42 : **Difficultés dans la mise en œuvre de la réforme** (d'après SM, 2012)

Difficultés	Nombre de juridictions	% des TGI ayant évoqué la difficulté
Liées à la charge ou au rythme de travail (nécessité d'une disponibilité rapide des magistrats et des greffiers, gestion des requêtes déposées tardivement…)	108	71%
Liées à l'organisation des audiences (du fait des délais de procédure très brefs, de locaux inadaptés à la pathologie des patients…)	98	64%
Liées au dépôt de requêtes ou de dossiers incomplets	45	30%
Autres types de difficultés (insuffisance des effectifs de magistrats et de greffiers, absence de coopération de la part du corps médical, insuffisance de matériel, inadaptation des locaux)	25	16%

2.4. Les dispositions et pratiques qui font toujours débat et/ou restent sources de difficultés

MM. BLISKO et LEFRAND constatent que *« le débat sur le bien-fondé d'une intervention du JLD sur les mesures de soins sans consentement semble apaisé »* et témoignent que, lors des auditions, *« certains représentants du monde médical ont même reconnu que la confirmation par le juge de la mesure de soins pouvait être bénéfique au processus de soin, évacuant la question de la contrainte de la relation patient/psychiatre »*. Pour autant, un certain nombre de dispositions font toujours débat et/ou restent sources de difficultés et *« les audiences devant le JLD sont encore perçues par beaucoup comme un "mal nécessaire" »* (BLISKO et al., 2012). Nous proposons ici un rapide état des lieux basé sur les documents précités.

2.4.1. La décision du 20 avril 2012 du Conseil constitutionnel concernant les séjours en UMD et les irresponsables pénaux

2.4.1.1. Deux dispositions abrogées… à compter du 1er octobre 2013

Les deux dispositions du CSP qui seront censurées sont le deuxième paragraphe de l'article L. 3211-12 et l'article L. 3213-8. La première est relative *« à la saisine du JLD aux fins d'ordonner, à bref délai, la mainlevée immédiate d'une mesure de SSC »*, la seconde organise les conditions du *« prononcé de la fin des SSC »* par le représentant de l'État. Elles ne peuvent, toutes deux, s'appliquer qu'après avis du collège de soignants assorti de *« deux avis psychiatriques concordants sur l'état mental du patient »* lorsqu'il s'agit *« d'une personne qui, au cours des dix dernières années » :*

- *« soit a fait l'objet d'une mesure d'admission prononcée par le représentant de l'État, avisé par les autorités judiciaires, suite à une décision prise sur le fondement de l'alinéa premier de l'article 122-1 du Code pénal (article L. 3213-7 du CSP) ou ordonnée par les autorités judiciaires, suite à une déclaration d'irresponsabilité pénale (article 706-135 du Code de procédure pénale) » ;*
- *« soit a fait l'objet d'une admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État (ASPDRE), saisi par l'autorité judiciaire, et a déjà fait l'objet d'une mesure décrite au précédent alinéa » ;*
- *« soit a fait l'objet d'une ASPDRE et a fait, ou fait l'objet, pendant une durée fixée par décret en Conseil d'État, d'une hospitalisation en UMD »*.

Lors de la présentation de son rapport, M. ROBILIARD (2012) a précisé que ce n'est pas tant le *« fond de ces dispositions »* qui a conduit à leur déclaration d'inconstitutionnalité mais *« la nature réglementaire, et non légale, des textes les définissant »*. La décision de reporter l'abrogation au 1er octobre 2013 n'est pas sans interroger en termes éthiques et juridiques (LE BIHAN et al., 2012).

2.4.1.2. Deux autres dispositions « fragilisées »

S'ils n'ont pas été frappés d'inconstitutionnalité, l'article L. 3222-3 et le 1er alinéa de l'article L. 3213-7 du CSP apparaissent néanmoins *« fragilisés »* après que le Conseil constitutionnel ait souligné leur *« caractère imparfait »*. Ils définissent, respectivement, les critères d'admission en UMD et les conditions d'information de la CDSP et du représentant de l'État, par les autorités judiciaires, lorsque ces dernières estiment que l'état de santé d'une personne ayant bénéficié de l'application du 1er alinéa de l'article 122-1 du Code pénal *« compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte, de façon grave, à l'ordre public »*. Dans ce dernier cas, le préfet *« ordonne sans délai la production d'un certificat médical circonstancié portant sur l'état actuel du malade »* et, le cas échéant, une ASPDRE.

Il ressort de l'analyse du Conseil constitutionnel que l'hospitalisation en UMD est *« imposée sans garanties légales suffisantes »*. En effet, pour les personnes pénalement irresponsables et qui satisfont aux conditions précisées par le 1er alinéa de l'article L. 3213-7 du CSP, la transmission de leur cas au représentant de l'État, par l'autorité judiciaire, est *« possible quelles que soient la gravité et la nature de l'infraction commise en état de trouble mental »* et *« l'information préalable de la personne intéressée n'est pas prévue »*. Ainsi, la conjonction de chacune de ces deux dispositions avec celles déclarées contraires à la Constitution a *« pour conséquence que certaines personnes se voient appliquer, sans garanties suffisantes, un régime dérogatoire plus rigoureux que celui applicable aux personnes admises en hospitalisation complète, notamment pour ce qui est de la mainlevée des mesures de soins sans consentement »* (ROBILIARD, 2013).

2.4.2. Les dispositions et pratiques en lien avec l'intervention du JLD

Certaines des dispositions et pratiques en lien avec l'intervention du JLD suscitent des questionnements voire des critiques. Elles ont trait au choix même de ce magistrat et à sa dénomination mais, également, à la réalité de l'exercice de leur droit de recours par les patients. Les autres sujets d'achoppement sont le délai de tenue de l'audience, le lieu où elle doit se dérouler, le recours à la visio-conférence et la publicité des débats. Les conditions d'intervention et l'efficience de l'assistance d'un avocat restent également sources d'interrogations.

2.4.2.1. Les questions relatives à l'intervention du JLD et à l'exercice de leur droit de recours par les patients

Si la loi a consacré le JLD dans l'appréciation de la privation de liberté inhérente à toute HSC, certains affichent leur préférence pour le juge des tutelles qui aurait été, selon eux, mieux à même d'accomplir cette tâche, du fait qu'il est familier du public hospitalisé en psychiatrie. Il en est ainsi de l'ADESM (Association des Directeurs d'Établissements participant au service public de Santé Mentale), qui a fait valoir ce point de vue à l'occasion de son congrès de novembre dernier. Le CGLPL y est, pour sa part, opposé et a estimé, lors d'une audition devant la mission d'information, qu'il ne faudrait pas *« instaurer différentes sortes de juges qui vont tous statuer sur la question de la liberté d'une personne : l'unicité des contentieux est préférable, puisque seul le JLD est en mesure de porter une appréciation sur la liberté. Le juge des tutelles a certes quelque expérience en la matière, mais les JLD vont en avoir aussi »* (ROBILIARD, 2013).

À l'instar de VALMY et al. (2012), la mission relève que le titre du JLD, qui est certes *« juge de la liberté »*, mais aussi *« de la détention »*, n'est pas adapté à la situation de patients qui *« n'ont pas commis de crime ni de délit »* et qu'il est même *« de nature à les inquiéter ou, à tout le moins, les stigmatiser, en renvoyant au système pénal et carcéral »*. Le CGLPL pense ainsi qu'*«il faut peut-être ôter les mots "et de la détention" »* (ROBILIARD, 2013).

Par ailleurs, pour saisir un juge, quel qu'il soit, *« encore faut-il que le malade soit suffisamment informé de ses droits et, plus particulièrement, des voies de recours dont il dispose, conformément aux dispositions de l'article 6 de la recommandation Rec (2004) 10 du 22 septembre 2004 du Comité des ministres du Conseil de l'Europe »*. Or, comme le relève la mission, l'état clinique du patient ne permet pas toujours la notification de ses droits au début d'une HSC. D'après le CGLPL, *« la plupart des soignants répondent à cette question en différant de quelques heures ou de quelques jours l'information sur les voies de recours ouvertes au malade »*. Il insiste : *« Y pense-t-on toujours ? Le fait-on au moyen de formulaires ou simplement par oral ? Cette information est-elle rigoureuse,*

précise et documentée ? Après nous être enquis, auprès de soignants, de leurs pratiques et, auprès des malades, de la manière dont ils avaient été avisés de ces droits, nous pensons que ce n'est pas souvent le cas et que des précautions suffisantes ne sont pas prises » (ROBILIARD, 2013). Sur ce point, le Contrôleur Général avait déjà déploré, à l'occasion du colloque organisé par le SM en novembre 2012, que les intéressés ne soient parfois prévenus de la tenue de l'audience que *« quelques minutes »* avant le transfert, dans le cadre du contrôle de plein droit (APM, 23/11/12). Enfin, dernier obstacle pratique à l'exercice éventuel de leur droit de recours, et toujours selon le CGLPL : les malades ne disposent parfois pas de quoi écrire ni de quoi téléphoner et ne sont alors pas en mesure de contacter leur avocat (ROBILIARD, 2013).

2.4.2.2. Le délai de tenue de l'audience

Deux conceptions diamétralement opposées se font jour sur le sujet du délai de tenue de l'audience. Trop court, pour les uns, apparaissant *« inadapté »* alors que les patients sont *« encore sous l'effet de traitements lourds ou en état de crise »* et empêchant le déroulement d'éventuelles investigations (USM, 2012). Trop lointain, pour les autres, arguant qu'*« une hospitalisation injustifiée est, par définition, toujours trop longue »*. La récente mission d'information note qu'un consensus paraît émerger sur la nécessité de le raccourcir mais rappelle l'impératif de tenir compte des « *contraintes d'organisation des juridictions »* (ROBILIARD, 2013).

En ce qui concerne le réexamen périodique des mesures d'hospitalisation complète tous les six mois, le Conseil constitutionnel a rappelé que l'intéressé pouvait, le cas échéant, saisir le JLD *« à tout moment »*. En outre, le juge peut *« être saisi par un membre de l'équipe »* et *« se prononcer directement en fonction des informations qu'il reçoit »* (DEVERS, 2012).

2.4.2.3. Le lieu de l'audience, le recours à la visio-conférence et la « grève de la loi »

MM. BLISKO et LEFRAND témoignent d'une *« certaine réticence de la hiérarchie judiciaire au principe même de la tenue d'audiences foraines »* et font part du soutien de la Chancellerie à ces magistrats. La nécessaire garantie de l'indépendance de la justice est, en effet, illustrée par l'adage selon lequel *« la justice se rend en son palais »*. Mais, s'appuyant sur les dispositions légales qui prévoient l'audition du patient par le JLD, les rapporteurs rappellent que, lorsqu'elle est prévue au TGI, cette rencontre peut être compromise par un ensemble de difficultés matérielles. Ils citent ainsi les problèmes de transport, des conditions d'accueil *« rarement adaptées »* et ne présentant *« pas toujours des conditions de sécurité suffisantes »* (BLISKO et al., 2012). A cela s'ajoute le potentiel traumatique d'un tel déplacement, pour *« des patients qui se trouvent par définition dans un état de*

grande fragilité », dans un tribunal parfois très éloigné de l'hôpital, sans compter la nécessaire mobilisation de soignants pour assurer l'accompagnement (ROBILIARD, 2013).

La tenue des audiences à l'hôpital nécessite l'existence d'une salle spécialement aménagée dont la configuration est définie par un cahier des charges, lequel est annexé à l'une des circulaires d'application de la loi. MM. BLISKO et LEFRAND critiquent le caractère « *disproportionné »* de ces précisions immobilières extrêmement contraignantes, dont ils craignent qu'elles aient eu *« un effet dissuasif pour nombre »* d'établissements de santé (BLISKO et al., 2012). Sur le fond, le CGLPL résume parfaitement le point de vue de nombre de professionnels de santé lorsqu'il réclame la « *généralisation »* de l'audience foraine, arguant qu'elle est « *la plus adaptée pour que le patient puisse faire valoir son point de vue, sans avoir à supporter un transport et l'éventuel regard du public au tribunal »* (APM, 23/11/12).

Quant à la visioconférence, M. ROBILIARD relaie son « *rejet quasi unanime […] sauf demande du patient ou cas de force majeure, comme les conditions météorologiques »*. Pour des raisons pratiques, d'abord, car comme l'écrit le CGLPL dans son avis public du 14 octobre 2011 : *« elle suppose une facilité d'expression devant une caméra ou devant un pupitre et une égalité à cet égard, selon les personnes, qui sont loin d'être acquises, notamment pour celles souffrant d'affections mentales »*. Pour des motifs juridiques, ensuite, puisque *« le consentement du patient est présumé, alors qu'il ne peut pas consentir aux soins »* ; de plus, pour la CEDH, seuls les *« buts légitimes »* poursuivis par la Convention de sauvegarde des droits de l'Homme justifient l'utilisation de la visioconférence (ROBILIARD, 2013). Du fait de contre-indications médicales, enfin (USM, 2012).

Cette possibilité laissée aux médecins de s'opposer à la comparution du patient est le fondement de ce que le CGLPL qualifie de *« grève de la loi »* (BLISKO et al., 2012), une pratique constatée dans certains ressorts où *« 100% des certificats médicaux [font] état de cette réserve »* (USM, 2012). Les tenants en seraient des « *raisons matérielles ou de sécurité »* ou des « *raisons idéologiques »* (BLISKO et al., 2012). Auditionné par la mission d'information, le CGLPL juge que « *ces manifestations sont […] très minoritaires et vont s'atténuer peu à peu »* (ROBILIARD, 2013). L'USM parle de *« contournements évidents de procédure »* (USM, 2012) parmi lesquels sont à classer, également, des pratiques décrites par le Syndicat de la magistrature, consistant soit en *« l'élaboration d'un programme de soins ne visant parfois qu'à mettre en place une hospitalisation partielle, prévoyant une sortie d'une heure par jour »* soit en une sortie définitive *« juste avant la saisine du juge, quitte à réintégrer [les patients] ensuite »* (BLISKO et al., 2012). Selon MM. BLISKO et LEFRAND, *« ces affirmations nécessiteraient […] d'être plus étayées et il n'est pas exclu que la pratique des psychiatres ait évolué sous la pression de la loi et du juge »*.

La nécessaire prise en compte de ce déterminisme judiciaire est illustrée par l'exemple du TGI de Créteil et de l'application d'une jurisprudence sur la présence du patient à l'audience. Des

mesures d'HSC y ont, en effet, été levées, en mars 2012, au motif de l'absence de l'intéressé, ce qui a contraint l'hôpital Paul GUIRAUD de Villejuif à organiser l'accompagnement des personnes hospitalisées au tribunal. La décision du TGI de Créteil s'est fondée sur une jurisprudence de la Cour d'appel de Paris, laquelle a rendu, le 20 février 2012, une ordonnance de mainlevée *« en raison de l'absence du patient sans production d'une justification médicale »*. Elle avait invoqué l'article 14 du Code de procédure civile, qui stipule que *« nulle partie ne peut être jugée sans avoir été entendue ou appelée »* et que *« toute personne partie à une procédure judiciaire doit avoir la possibilité d'être entendue en personne ou doit pouvoir bénéficier de certaines formes de représentation »* (APM, 28/03/12).

2.4.2.4. La publicité des débats

À l'instar de la visioconférence, la publicité des débats cristallise des critiques quasi-unanimes. Elle constitue certes, au regard de l'article 6 de la Convention de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales, l'une des conditions d'un procès équitable. Mais *« le problème doit-il être envisagé en ces termes à l'égard de personnes vulnérables, requérant par conséquent une protection ? »*. En outre, l'audience publique compromet la sauvegarde du secret médical et ce d'autant plus que *« la circulaire du ministère de la Justice du 21 juillet 2011 précise que, dans le cas où le patient n'aurait pas eu accès aux pièces du dossier, il appartient alors au juge de lui en donner connaissance à l'audience »*. Le CGLPL dénonce le paradoxe et la contradiction de ce dispositif avec l'esprit de la loi KOUCHNER, laquelle a introduit, selon lui, *« des dispositions extraordinaires pour permettre aux tiers d'accéder au dossier médical »* alors que *« n'importe qui peut assister à ces audiences publiques »*, durant lesquelles *« le détail de certains dossiers médicaux est déroulé »* (ROBILIARD, 2013).

2.4.2.5. La place de l'avocat

La place de l'avocat dans la procédure de contrôle des HSC appelle un constat, une question et une réflexion, qui sont présentés ci-dessous. Avant de développer plus avant, rappelons que selon les statistiques ministérielles, l'intervention de l'avocat est *« quasi systématique »* et qu'elle l'est, dans la grande majorité des cas, *« au titre de l'aide juridictionnelle »* (USM, 2012).

Le constat est celui des difficultés de ses conditions d'intervention. Sur le plan matériel, d'abord, car, au tribunal, *« l'inadaptation des locaux »* n'est pas toujours de nature à garantir la confidentialité de ses échanges avec son client (USM, 2012). En termes d'organisation, ensuite, puisque *« en l'absence de permanence dédiée, [il] est à la fois de permanence au pénal et pour les*

soins sans consentement : il ne peut donc s'absenter du tribunal ». Sur le plan financier, enfin, car *« le déplacement à l'hôpital de l'avocat commis d'office n'est pas défrayé »* (BLISKO et al., 2012). À Lille, *« la faiblesse du montant de l'aide juridictionnelle »* a conduit le barreau à ne plus désigner d'avocats commis d'office (ROBILIARD, 2013).

La question porte sur *« l'efficience de l'assistance d'un avocat »* tant les obstacles paraissent nombreux dans l'accomplissement de sa mission. L'USM en dresse la liste : *« le bref délai de convocation »* qui, régulièrement, ne lui permet pas *« de prendre connaissance du dossier en amont »* ; la *« stérilité »*, le plus souvent, de ses échanges avec son client ; l'existence éventuelle d'une contre-indication médicale à la comparution du patient, cas de figure dans lequel *« l'avocat le représente sans l'avoir rencontré »* (USM, 2012) : son rôle apparaît alors *« très limité »* (BLISKO et al., 2012).

La réflexion concerne les cas où le patient refuse à la fois de se présenter à l'audience et de désigner un avocat car, comme le résume M. ROBILIARD : *« la personne est ainsi à la fois considérée comme incapable de consentir aux soins […] mais capable de renoncer à l'un de ses droits, celui d'assurer sa défense »*. Il lui apparaît donc impératif de remédier à cette situation et ce d'autant plus que la CEDH exige *« que les personnes soient mises à même d'être représentées par un avocat, même si elles n'accomplissent pas elles-mêmes une telle démarche »* (ROBILIARD, 2013).

2.4.3. Les dispositions et pratiques en lien plus général avec les SSC

De façon générale, c'est l'ensemble du corpus législatif relatif aux HSC qui recèle des écueils et des dispositions qui font toujours débat. Nous reprenons ici les divers commentaires qu'ont suscités la question de l'initiative de la décision d'admission en SSC et du maintien en soins, l'augmentation du nombre de certificats médicaux, les évolutions concernant les permissions et les sorties thérapeutiques. Nous conclurons sur les SSC ambulatoires et, en particulier, sur leur contrôle par le JLD, sujets sur lequel le Conseil constitutionnel s'est récemment prononcé, au travers de sa décision du 20 avril 2012.

2.4.3.1. La question de l'initiative de la décision d'admission en SSC

Dans le « rapport ROBILIARD », la mission d'information examine la question de l'autorité qui serait la plus légitime et, surtout, la plus à même d'assurer la mission de décision d'admission en SSC. Elle relève que le législateur, lors de l'élaboration de la loi de 2011, n'a pas remis en cause une *« exception française »* : la place du préfet dans le dispositif qui doit, néanmoins, être *« relativisée »* car *« il prononce moins du quart des mesures de SCC »*. Si son intervention dérange, c'est, *« au-delà*

même de l'immixtion d'une autorité administrative dans un processus de privation de liberté », avant tout *« parce qu'elle est motivée par l'ordre public, même si ce n'est pas [son] seul motif »*. Aussi discutable soit-elle, il n'en demeure pas moins que le représentant de l'État *« exerce aujourd'hui, dans ce domaine, un rôle en quelque sorte subsidiaire, lorsque aucune autre solution n'apparaît envisageable, en particulier en milieu rural, face à des violences sur la voie publique ou au domicile »*.

Si *« sa connaissance de sa commune et sa proximité avec ses administrés »* est un argument de poids en faveur du maire, la mission d'information fait le même raisonnement que celui qui a présidé au choix du préfet lors de l'élaboration de la loi de 1838 (GAUTIER, 2012), se disant préoccupée par *« la très grande hétérogénéité des pratiques »*. Quant aux directeurs d'établissement, elle relève qu'ils prononcent déjà plus des trois quarts des mesures d'HSC mais estime ne pas encore être en mesure, *« à ce stade de ses travaux »*, de conclure sur un éventuel élargissement de leurs prérogatives (ROBILIARD, 2013).

Dernier « candidat » potentiel : le JLD lui-même (ou, à défaut, le procureur de la République), ce qui ne serait pas dénué de sens puisque la Constitution désigne l'autorité judiciaire comme *« gardienne de la liberté individuelle »*. Toutefois, cette hypothèse soulève plusieurs réserves, dont la dénomination du juge n'est pas la moindre. Un tel choix mènerait, en effet, à *« un recul des garanties »* des patients, en mettant un terme à la procédure de contrôle de plein droit et ce, alors que *« l'appel ne serait pas systématique »*, eu égard de l'état clinique des intéressés. Par ailleurs, il générerait un *« risque d'engorgement du système judiciaire »*, sans compter que *« l'audience aura[it] nécessairement lieu au TGI, puisqu'à ce stade, le malade n'est pas encore hospitalisé »* et qu'elle se tiendrait *« dans des conditions très difficiles »*, si le patient est en état de crise. De plus, les moyens dégagés par les services des préfectures ne seraient très probablement pas réaffectés aux tribunaux (ROBILIARD, 2013).

2.4.3.2. L'admission et le maintien en soins

Sur l'admission en soins, plusieurs difficultés sont soulignées : d'une part, la *« mauvaise organisation des urgences »* et *« l'orientation des malades par défaut »*, notamment lorsqu'il n'existe pas de service spécialement dédié aux urgences psychiatriques (ROBILIARD, 2013), et, d'autre part, la coexistence éventuelle du service d'accueil des urgences et de l'unité d'admission au sein du même établissement hospitalier (BLISKO et al., 2012). Dans ce dernier cas, il faut, en effet, faire appel à un médecin extérieur pour le premier certificat médical de SDT. Rappelons, toutefois, que ces problématiques ne sont pas nouvelles ni inhérentes à la loi du 5 juillet 2011, de même que les *« problèmes d'organisation du transport sanitaire »* et d'*« insuffisance des capacités d'accueil »* (ROBILIARD, 2013).

En ce qui concerne le maintien en soins, certains juges semblent avoir une *« conception extensive »* de la notion de *« psychiatre participant/ne participant pas à la prise en charge »* et y incluent *« tout psychiatre ayant eu affaire au patient concerné au cours de son hospitalisation »*. Cela génère des difficultés pour l'établissement des certificats médicaux, en particulier dans les hôpitaux de petite taille et/ou les régions à faible densité médicale (BLISKO et al., 2012).

Le phénomène du *« tourniquet »* est la résultante de *« la tendance des préfets à retarder la mainlevée des mesures d'hospitalisation sans consentement »* tandis que, dans un même temps, des patients sont en attente de soins. Comme l'écrit le rapporteur de la mission d'information : « *dès lors, afin de libérer des places, les établissements sont contraints de faire sortir d'autres patients trop tôt, ceux-ci risquant donc de devoir retourner en établissement à brève échéance »* (ROBILIARD, 2013).

2.4.3.3. L'augmentation du nombre de certificats médicaux

Pour BÉNÉZECH et al. (2012), la succession rapprochée de ces nombreux certificats médicaux ne peut *« souvent décrire qu'un même tableau pathologique, sans évolution rapide dans la majorité des observations, sauf à écraser pharmacologiquement le tableau clinique bruyant et, ce faisant, barrer l'accès à la psychopathologie ».* D'après MM. BLISKO et LEFRAND, *« le texte initial prévoyait un allègement du nombre de certificats médicaux »* mais le Conseil constitutionnel a fait de leur production *« une garantie pour le patient »*, d'où ils relèvent que « *les marges de manœuvre paraissent donc limitées »*. Ils attestent que cette question *« est revenue comme un leitmotiv »* au cours des auditions et qu'a également été pointée *« la difficulté à trouver des rédacteurs »* (BLISKO et al., 2012). La mission d'information apporte le même éclairage et souligne que cette *« charge excessive pour les psychiatres »* ne représente pourtant pas une garantie pour les droits des patients, d'autant moins qu'elle incite au « *copier-coller »* et à la rédaction de *« certificats peu détaillés »* ; elle déplore, en revanche, qu'un *« certificat médical actualisé »* ne soit pas exigé en cas d'appel (ROBILIARD, 2013).

2.4.3.4. Les permissions et les sorties thérapeutiques

Dans son bilan de la réforme des SSC, l'USM signale que *« dans de nombreux ressorts, les médecins autorisent une sortie d'une journée pour éviter le contrôle systématique, notamment à six mois »*. Selon l'organisation syndicale, *« cela concerne les cas psychiatriques les plus légers »* et suppose que le patient *« réintègre l'établissement de lui-même »*. Elle introduit finalement un syllogisme en concluant que *« c'est justement dans ces cas que la mesure de contrainte aurait le plus*

de chances d'être levée, soit en faveur d'un retour au domicile, soit en faveur d'une hospitalisation volontaire » (USM, 2012). Outre le fait qu'il ne soit pas évident que ces sorties aient pour seule visée le contournement de la procédure, ces observations semblent dénoter d'une certaine méconnaissance de la réalité des troubles psychiatriques et, plus particulièrement, du principe de « labilité du consentement ». Ainsi, ce point de vue de l'USM illustre la nécessité d'échanges entre praticiens et magistrats, de sorte que ces intervenants parviennent à mieux appréhender les grilles de lecture qu'ils utilisent respectivement, pour éviter des crispations réciproques inutiles, ce dans l'intérêt des personnes hospitalisées, pour lesquelles, à notre sens, seul l'impératif du soin prime.

Par ailleurs, ce bilan de l'USM ne dit rien des « sorties thérapeutiques », qui étaient courantes avant que la loi du 5 juillet 2011 n'entre en vigueur et ne les supprime au profit de sorties accompagnées d'une durée maximale de douze heures. On peut pourtant s'interroger, à la lumière de cette évolution législative, sur la réalité des *« contournements évidents de procédure »* que dénonce l'USM. Les psychiatres ont, en effet, été longtemps habitués à donner des permissions à leurs patients pour, selon les cas, s'assurer de la réalité d'une évolution *a priori* favorable, leur permettre de se resocialiser ou encore, s'adonner à des activités extérieures diverses. Or, dans le cadre du dispositif actuel, et d'après la « Foire aux questions » du ministère de la Santé (2011), *« dès lors que le patient sort seul de l'établissement de santé, quelle que soit la durée de cette absence, un programme de soins doit être établi »* (BLISKO et al., 2012) ; ce qui revient à dire que, s'ils accordent une permission, les médecins sont contraints de rédiger un programme de soins, qui signe la fin de l'hospitalisation complète et empêche, de fait, la comparution devant le JLD au terme échu du contrôle de plein droit. On peut donc, là encore, se demander si ce n'est pas la méconnaissance des pratiques en psychiatrie qui a conduit l'USM à une mauvaise interprétation de ce qui apparaît, finalement, comme la simple application de la loi.

2.4.3.5. Le programme de soins, ses modalités pratiques et son contrôle par le JLD

Comme indiqué ci-dessus, le Conseil constitutionnel a statué sur la question des SSC ambulatoires en avril 2012. Étaient en cause l'absence de contrôle systématique de ce dispositif par le JLD et l'article L. 3211-2-1 du CSP, qui dispose que cette prise en charge peut *« comporter des soins à domicile, dispensés par un établissement habilité et, le cas échéant, des séjours effectués dans un établissement de ce type »* (COEHLO, 2011). Le Conseil d'État avait estimé que *« ces dispositions port[ent] atteinte aux droits et libertés garantis par la Constitution au regard de l'article 66 »*, raison pour laquelle les Sages ont ensuite été saisis (PANFILI, 2013).

Dans une interview intitulée *« Le soin sans consentement n'existe pas, n'a jamais existé et n'existera jamais ! »*, Gilles DEVERS, avocat et docteur en droit, expose l'analyse du Conseil

constitutionnel : *« en permettant que des personnes qui ne sont pas prises en charge en hospitalisation complète soient soumises à une obligation de soins psychiatriques […], les dispositions de l'article L. 3211-2-1 n'autorisent pas l'exécution d'une telle obligation sous la contrainte »*. Il est également précisé qu'elles *« 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 »* (DEVERS, 2012). Pour le Conseil constitutionnel, cette « *obligation de soins »*, selon ses propres termes, « *a été conçue pour passer outre l'incapacité du malade à consentir à un protocole de soins, mais non pour briser par la force son éventuel refus de s'y soumettre »* (PANFILI, 2013). Ainsi, en pratique, si un patient ne respecte pas le PDS, le seul recours envisageable est l'hospitalisation complète, en gardant toutefois à l'esprit qu'*« aucune mesure de contrainte […] ne peut être mise en œuvre sans que la prise en charge ait été préalablement transformée en hospitalisation complète »* (DEVERS, 2012). De fait, et en définitive, l'existence d'un PDS ne constitue pas, pour le juge constitutionnel, une restriction à la liberté individuelle (PANFILI, 2013).

Sur la base de ce constat et des conditions fixées par l'article L. 3211-12 du CSP, qui prévoient la possibilité de saisir le JLD à tout moment, les Sages se sont également prononcés sur l'absence de contrôle de plein droit des SSC ambulatoires. Ils ont jugé qu'*« en adoptant ces dispositions, 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 »* (PANFILI, 2013).

La décision du Conseil constitutionnel du 20 avril 2012 apparaît donc comme une *« nouvelle remise en cause profonde de la loi du 5 juillet 2011 »* puisque l'introduction des SSC ambulatoires en était la pierre angulaire. Jean-Marc PANFILI souligne que *« sans prononcer de censure »*, les Sages ont introduit une nouvelle terminologie – *« en transformant le soin sans consentement en obligation de soins »* – et *« une définition qu'il convient de retenir car ils lui ont conféré l'autorité de la chose jugée »*. En l'espèce, le SSC ambulatoire est *« une obligation de soins à laquelle la personne doit se plier mais qui ne supposerait pas la contrainte, si elle ne s'y plie pas. Dans ce cas, il faudrait l'amener vers les soins mais sans coercition ni usage de la force »* (PANFILI, 2013).

2.4.4. La question de la formation des professionnels

Au plan médical, la mission d'information a pris note, lors de ses auditions, des *« insuffisances de la formation initiale et continue en psychiatrie, notamment pour les médecins généralistes »* alors que la loi leur laisse la possibilité d'établir des certificats en vue d'une admission en SSC (ROBILIARD, 2013). Du côté de la Justice, depuis 2010, l'École Nationale de la Magistrature (ENM) propose une *« formation nationale sur les atteintes à la liberté d'aller et venir et au*

consentement aux soins pour raisons médicales en matière de troubles psychiques » ; elle est *« ouverte à la fois aux magistrats, aux médecins, aux directeurs d'établissement, aux médecins pompiers, aux commissaires de police et aux gendarmes »* (BLISKO et al., 2012).

2.5. Les propositions pour remédier à ces situations et pratiques

Nous suivrons, ici, le même plan qu'au chapitre précédent pour présenter les différentes propositions destinées à pallier les difficultés et problèmes constatés depuis l'entrée en vigueur de la loi.

2.5.1. Des dispositions à réformer suite à la décision du Conseil constitutionnel

M. ROBILIARD rappelle que, d'un strict point de vue juridique, la décision du Conseil constitutionnel n'oblige en rien à légiférer : le cas échéant, *« la mainlevée des mesures de SSC serait soumise au régime de droit commun »* pour les patients concernés. C'est d'ailleurs l'option que préconise la mission d'information pour les personnes séjournant en UMD étant donné que *« ce type de prise en charge relève d'une décision médicale et qu'à l'issue de ces soins spécifiques, le patient n'est pas livré à lui-même et la mesure de SSC n'est pas levée »*. En revanche, pour les personnes déclarées pénalement irresponsables, elle juge préférable que soit maintenu un *« régime plus rigoureux »*, au titre que « *des actes n'en ont pas moins été commis »*.

Par ailleurs, concernant les deux autres dispositions qu'a pointées le Conseil constitutionnel, la véritable pierre d'achoppement est, pour l'admission en UMD, comme pour la transmission entre l'autorité judiciaire et le préfet au sujet des irresponsables pénaux, le manque de garanties légales contre le risque d'arbitraire. Pour y remédier, la mission suggère d'amender l'article L. 3222-3 du CSP et d'apporter une *« consécration législative »* à certaines des dispositions réglementaires relatives aux UMD. Quant aux insuffisances de l'article L. 3213-7, le Conseil constitutionnel a clairement montré *« les orientations devant présider aux décisions du législateur »* sur la question de la transmission, entre les autorités judiciaires et le représentant de l'État, du cas d'une personne déclarée pénalement irresponsable qui remplirait les critères d'ASPDRE. Elle ne devrait ainsi être envisagée qu'en cas de *« qualification de crime »* et être accompagnée de *« l'information préalable de la personne intéressée »* (ROBILIARD, 2013).

2.5.2. Les dispositions et pratiques en lien avec l'intervention du JLD

2.5.2.1. Les questions relatives à l'intervention du JLD et à l'exercice du droit de recours

L'établissement d'un « *livret d'accueil type* » permettrait d'améliorer l'information des patients en les renseignant sur leur droit de recours ainsi que sur les « *conditions de son exercice* » (ROBILIARD, 2013).

2.5.2.2. Le délai de tenue de l'audience

La mission d'information propose que le JLD statue désormais à J5. Outre le fait qu'elle permettrait de limiter la durée d'une hospitalisation injustifiée, cette intervention précoce aurait pour effet de réduire le nombre de certificats exigés et de limiter les stratégies de contournement de la loi, telles que la levée de l'HSC et le prononcé immédiat d'une nouvelle mesure (ROBILIARD, 2013).

2.5.2.3. Le lieu de l'audience, le recours à la visio-conférence et la « grève de la loi »

La généralisation de la tenue des audiences à l'hôpital emporte une adhésion quasi unanime, à la fois des députés (BLISKO et al., 2012 ; ROBILIARD, 2013), des soignants, du CGLPL et de nombreux magistrats (BLISKO et al., 2012). Nous avons déjà évoqué l'élan inverse que suscite la visioconférence qui a, *« à tout le moins, le mérite de permettre au patient d'être entendu, conformément à la loi »*, relèvent MM. BLISKO et LEFRAND. Ces derniers suggèrent *« de rendre obligatoire la signature de protocoles entre les juridictions, les établissements psychiatriques situés dans leur ressort et, le cas échéant, les services préfectoraux prévoyant les modalités d'organisation des audiences »* (BLISKO et al., 2012). Rappelons toutefois que Nora BERRA, ancienne secrétaire d'État chargée de la Santé, avait exclu de faire inscrire une *« obligation d'audience à l'hôpital »* dans la loi, afin de *« laisser de la souplesse »* aux acteurs locaux (APM, 22/02/12). À cet égard, la proposition de M. ROBILIARD semble respecter ce principe de flexibilité : *« tenir les audiences de première instance dans l'emprise de l'établissement de santé sous réserve d'une salle adaptée permettant, si elle est décidée, la publicité de l'audience »* ; la possibilité serait alors laissée au JLD, s'il le jugeait nécessaire, de *« tenir l'audience au palais de justice, sa décision étant une mesure d'administration judiciaire insusceptible de recours »*. La visioconférence serait, quant à elle, réservée *« aux cas de force majeure »* (ROBILIARD, 2013).

Sur les stratégies de contournement de la loi, MM. BLISKO et LEFRAND considèrent que des enquêtes, *« à la fois quantitative et qualitative »* doivent être menées par les ministères de la Santé et de la Justice pour documenter leur *« nature »* et leur *« étendue »*.

2.5.2.4. La publicité des débats

Là où MM. BLISKO et LEFRAND manifestaient leur souhait que soit *« privilégi[ée] la tenue des audiences en chambre du conseil »*, M. ROBILIARD se dit partisan d'une *« inversion des règles de publicité des audiences actuellement fixées »*, tous ayant bien à l'esprit l'impératif du secret médical.

2.5.2.5. La place de l'avocat

L'une des propositions du « rapport BLISKO/LEFRAND » était de *« préciser, en concertation avec les barreaux, le rôle de l'avocat dans le cadre des recours de plein droit et sur les mesures de SSC »* (BLISKO et al., 2012). Là encore, M. ROBILIARD va plus loin, en envisageant de « *rendre obligatoire l'assistance d'un avocat »*, quitte à ce qu'il soit un *« avocat taisant »*. Il s'en était d'ailleurs expliqué lors de la présentation de son rapport devant la Commission des affaires sociales : *« il n'est pas cohérent qu'un patient qui n'est pas en situation de consentir à ses soins soit en mesure de renoncer à un conseil »* (ROBILIARD, 2013).

2.5.3. Les dispositions et pratiques en lien plus général avec les SSC

2.5.3.1. La question de l'initiative de la décision d'admission en SSC

Aux termes de sa réflexion, la mission d'information considère que le cadre légal des SSC ne peut pas s'affranchir de l'intervention du préfet (ROBILIARD, 2013).

2.5.3.2. L'admission et le maintien en soins

Dans ce domaine, les préconisations sont principalement d'ordre sémantique. Il est ainsi proposé d'introduire la notion de « *psychiatre responsable à titre principal »* pour bien le différencier d'un *« psychiatre participant à la prise en charge du patient »* (BLISKO et al., 2012). Par ailleurs, relevant ce qu'il considère comme une *« incohérence terminologique »* et un *« déni de la situation du patient »*, M. ROBILIARD estime que le vocable *« admission »* devrait être abandonné et qu'il faudrait en revenir à celui de *« placement »*.

2.5.3.3. L'augmentation du nombre de certificats médicaux

Constatant que les avis sont partagés sur le(s) certificat(s) à supprimer, entre celui des 72 heures et celui de huitaine, MM. BLISKO et LEFRAND avaient encouragé la constitution d'un « *groupe de travail* » afin de *« proposer une réduction de leur nombre compatible avec le respect des droits des patients »* (BLISKO et al., 2012). À l'occasion de la présentation de leur rapport, Nora BERRA a évoqué une solution, celle d'une « *intervention du juge plus précocement* » (APM, 23/02/12). M. ROBILIARD, qui envisage la même issue que l'ancienne secrétaire d'État, insiste, lui, sur l'importance d'un *« certificat médical actualisé »* en cas d'appel (ROBILIARD, 2013).

2.5.3.4. Les permissions et les sorties thérapeutiques

Aux vues de leur *« utilité thérapeutique reconnue »* et du *« rôle d'étapes qu'elles peuvent jouer dans la perspective d'une prise en charge autre que l'hospitalisation complète »*, MM. BLISKO et LEFRAND se disent favorables à la légalisation de *« sorties thérapeutiques de très courte durée »*, dans le cadre d'un nouveau *« programme de soins hospitalier »* (BLISKO et al., 2012). M. ROBILIARD prône, lui aussi, l'autorisation de « *sorties d'essai de courte durée* » qui ne seraient pas conditionnées par *« l'établissement préalable d'un programme de soins »*. Surtout, il préconise l'instauration d'un « *régime clair des sorties* » en cas de réforme de la loi (ROBILIARD, 2013). Nora BERRA avait pourtant déclaré que *« la situation n'avait pas changé »*, que les sorties de courte durée non accompagnées devaient se faire *« sur prescription médicale »* sans *« interrompre juridiquement l'hospitalisation sans consentement »* (APM, 23/02/12)…

2.5.3.5. Le programme de soins, ses modalités pratiques et son contrôle par le JLD

Pour certains membres du « Collectif des 39 », le PDS est perçu *« comme un internement au domicile, spoliant la sincérité de la relation de confiance recherchée par les soignants »*. L'organisation s'est donc félicitée de la décision du Conseil constitutionnel sur les SSC ambulatoires (BITTON, 2013). Les réactions ne se sont pas fait attendre, entre constat affligé – *« obligation, sans contrainte. Nous allons pouvoir tous réfléchir… »* (Me VAILLANT, avocate du CRPA) – et demande de *« clarification législative »* avec, soit, passage des PDS *« dans les soins libres »*, soit, *« judiciarisation des programmes de soins »* (André BITTON, président du CRPA). Comme le résume le Dr LAJUGIE, représentante du Syndicat des psychiatres d'exercice public : *« la notion de soins ambulatoires sous contrainte doit être définie clairement […] ; cette contrainte sans contrainte, avec obligation, cela n'a pas de sens pratique et c'est la porte ouverte à toutes les dérives dans certaines équipes qui ont des références éthiques flottantes »* (PANFILI, 2013). Dans ces conditions, on comprend que M.

ROBILIARD souligne la *« complexité »* de la question du maintien du principe des SSC ambulatoires et qu'il renvoie son traitement à *« l'élaboration éventuelle d'une loi de santé publique ou de santé mentale »* (ROBILIARD, 2013).

2.5.4. La question de la formation des professionnels

Pour MM. BLISKO et LEFRAND, il est fondamental d'organiser des *« formations croisées »* qui rassembleraient *« l'ensemble des professionnels concernés par la mise en œuvre de la loi »*, dont les avocats. Elles permettraient une *« acculturation réciproque »* ainsi qu'une *« meilleure compréhension mutuelle des acteurs, de leurs motivations et de la nature de leurs interventions »* (BLISKO et al., 2012). M. ROBILIARD insiste plus particulièrement sur l'importance, pour les magistrats, *« de mieux appréhender la dimension non juridique du contentieux des SSC »* et encourage l'instauration de « *stages dans des unités psychiatriques* » (ROBILIARD, 2013).

3. VERS UNE RÉFORME DE LA LOI DU 5 JUILLET 2011

Conformément à la possibilité qu'il avait évoquée (APM, 17/05/13), M. ROBILIARD a déposé, le 3 juillet 2013, une proposition de loi *« relative aux soins sans consentement en psychiatrie »* (LE ROUX et al., 2013 – M. LE ROUX étant le président du groupe PS au Parlement). Ses dispositions sont de trois ordres et ont pour objectif prioritaire de répondre aux critiques du Conseil constitutionnel. Ce remaniement législatif est l'occasion d'une réforme plus large, permettant de rectifier certains aspects de la loi du 5 juillet 2011 qui ont fait l'objet d'un *« large assentiment »* lors des travaux de la mission. La proposition de loi vise donc à *« améliorer les modalités de prise en charge »* des patients faisant l'objet de SSC et à *« réviser le régime judiciaire de contrôle »* de ces soins, à l'aune de l'expérience acquise durant les deux années échues.

M. ROBILIARD fait observer que la genèse de ce texte, à savoir la décision du Conseil constitutionnel, représente *« une occasion que le législateur ne peut manquer, de revenir sur le statut particulier imposé depuis 2011 aux personnes séjournant ou ayant séjourné en UMD »*, lequel *« n'apparaît pas nécessaire au regard des impératifs de sécurité et d'ordre publics »*. À ce titre, il est proposé de *« ne plus donner de statut légal aux UMD »*, d'abroger le *« régime spécifique [afférent] de levée par le représentant de l'État, ou de mainlevée par le juge, des mesures de SSC »* et de supprimer l'article L. 3222-3 du CSP (LE ROUX et al., 2013). À l'inverse, pour les personnes pénalement irresponsables, le récent rapport de la mission prônait le maintien d'un régime juridique *« plus rigoureux »*, qui tiendrait cependant compte des exigences des Sages (ROBILIARD, 2013). Pour ce faire, *« la garantie des droits des irresponsables pénaux […] est reprise à un niveau législatif »* ; de

plus, des précisions sont apportées, à la fois sur l'information des intéressés – *« par tout moyen et de manière appropriée à l'état du malade »* – et sur la *« gravité des faits commis »*, dont dépend leur assujettissement aux avis du collège et des deux expertises psychiatriques concordantes, pour obtenir une levée de la mesure de SSC. Sur ce dernier point, la proposition de loi distingue les cas d'atteintes aux personnes et aux biens et retient *« des faits pour lesquels les peines encourues sont »*, respectivement, *« d'au moins cinq »* et *« dix ans d'emprisonnement »*.

Parmi les éventuelles nouvelles dispositions qui seraient introduites, dont la plupart sont issues des préconisations du rapport d'étape, deux d'entre elles n'ont pu être transposées en l'état, au vu des éclairages apportés par les consultations qui ont menées préalablement à la rédaction de la proposition de loi. Il s'agit :

- De l'intervention plus précoce, au cinquième jour de l'HSC, du JLD, du fait que *« ce délai serait […] très insuffisant au regard des contraintes administratives et judiciaires »*. Par conséquent, il est proposé de « *ramener le délai de quinze jours à dix jours, en précisant que le JLD doit être saisi dans les six jours suivant l'admission »* ;
- De l'inversion des règles relatives à la publicité de l'audience. L'*« intérêt de la protection de la liberté individuelle »* et l'« *indépendance de la justice »* commandent, en effet, que le juge statue publiquement, ce d'autant plus lorsque *« les audiences se tiennent sur l'emprise de l'hôpital et non au palais de justice »*. Toutefois, le JLD *« peut […] décider que les débats ont lieu, ou se poursuivent, en chambre du conseil s'il doit résulter de leur publicité une atteinte à l'intimité de la vie privée, si l'une des parties le demande ou s'il survient des désordres de nature à troubler la sérénité de la justice »* (LE ROUX et al., 2013).

Les autres propositions tirées du « rapport ROBILIARD » et reprises telles quelles sont :

- La suppression du certificat de huitaine, devenue inéluctable avec un contrôle de plein droit plus précoce ; cela implique que les médecins mettent *« un soin tout particulier dans la rédaction des autres certificats médicaux »* ;
- La tenue de l'audience du JLD au sein de l'hôpital, dans une salle *« spécialement aménagée, assurant la clarté, la sécurité et la sincérité des débats, ainsi que l'accès du public »*, dont le principe d'indépendance de la justice impose qu'elle soit *« attribuée au ministère de la Justice »*. En l'absence de tels aménagements, *« le juge, soit d'office, soit sur demande de l'une des parties, statue au siège du tribunal de grande instance »* ;
- La restriction du recours à la visioconférence, qui ne pourra être utilisée *« qu'en cas de nécessité »*, sous réserve d'un avis médical attestant « *que l'état mental de la personne ne fait pas obstacle à ce procédé »* et de *« l'accord exprès du patient »* recueilli par le directeur de l'établissement d'accueil ;

- L'obligation de l'assistance d'un avocat : le patient *« doit être assisté de son avocat ou représenté par celui-ci »* ;
- La réintroduction de *« sorties de courte durée »*, non accompagnées, d'une durée maximale de deux jours. Au-delà de cette limite temporelle, un PDS devra être édicté puis, le cas échéant, une nouvelle mesure d'HSC initiée, *« générant ab initio toute la procédure prévue par le code de la santé publique pour s'assurer de la nécessité des soins (production de certificats médicaux obligatoires, saisine du juge, etc…) »* (LE ROUX et al., 2013).

Dans un récent communiqué de presse, M. ROBILIARD précise que la proposition de loi sera examinée le 17 juillet, par la Commission des affaires sociales, puis le 25 juillet, en séance (ROBILIARD, 2013). Toutefois, hormis les dispositions introduites pour conformer la loi à la décision du Conseil constitutionnel – dont il est prévu qu'elles entrent en vigueur le 1er octobre 2013, si le texte est adopté –, l'article 12 de la proposition de loi stipule qu'elle ne sera appliquée qu'au 1er janvier 2014 (LE ROUX et al., 2013).

CONCLUSION

Dans l'exposé des motifs de sa proposition de loi, M. ROBILIARD rappelle la *« généalogie complexe »* de la loi du 5 juillet 2011, dont les soignants ont, d'après lui, perçu qu'elle était *« fille d'une conception sécuritaire de la psychiatrie »* (LE ROUX et al., 2013). Certains estiment, en effet, que *« l'on a réactivé, à partir de quelques faits divers aussi exceptionnels que dramatiques, des représentations du fou et plus spécifiquement du schizophrène comme quelqu'un de potentiellement dangereux »* et que ce contexte a joué un grand rôle dans l'avènement de ce texte. Selon ses auteurs, cette thèse de *« la reprise en main de la gestion de la folie par le ministère de l'Intérieur [dès] 2003 »* se vérifie avec la parution, en janvier 2010, d'une circulaire conjointe des ministères de l'Intérieur et de la Santé, à destination des préfets, stipulant que *« les sorties d'essai ne peuvent être octroyées sur les seules considérations médicales »*. Sont également évoqués, le projet de loi dit *« de prévention de la délinquance »* (loi du 5 mars 2007) – dont la version initiale incluait plusieurs dispositions censées réformer le régime de l'hospitalisation sans consentement –, la teneur du « discours d'Antony » du 2 décembre 2008 (ANNEXE 1) mais aussi, l'injonction faite à tous les établissements psychiatriques, en janvier 2009, de présenter un *« plan d'amélioration de la sécurité »* (DURAND, 2011). La proposition d'instauration d'un « *dépistage précoce des troubles du comportement »*, également retirée du projet de loi *« de prévention de la délinquance »* (DE ROYER, 2007), s'inscrit dans cette même gestion sociétale des troubles psychiatriques.

Filant sa métaphore sur « l'état civil » de la loi de 2011, M. ROBILIARD souligne qu'elle a *« également pour mère la décision du Conseil constitutionnel du 26 novembre 2010 imposant, au visa de l'article 66 de la Constitution, un contrôle judiciaire systématique des hospitalisations complètes sans consentement »* (LE ROUX et al., 2013). Déposé en mai 2010, le projet de loi initial a, de ce fait, dû ensuite être remanié dans le sens de dispositions prévoyant l'intervention du JLD (DURAND, 2011). Ce contrôle *« de plein droit »*, censé offrir *« les avantages d'une procédure ouverte et d'un débat contradictoire »* (VACHERON, 2012) consacre l'état inaliénable de « sujets de droit » des patients et ce, malgré la symptomatologie aiguë qu'ils présentent lors de l'initiation de l'hospitalisation sans consentement. Les résultats de notre étude montrent d'ailleurs que les personnes hospitalisées perçoivent l'intérêt de ce contrôle juridictionnel et parviennent à s'en saisir pour faire valoir leurs vues. On peut toutefois se demander si un tel dispositif est réellement adapté à l'état psychique de personnes en crise, dont on estime, par ailleurs, qu'elles ont besoin de soins et qu'elles ne peuvent y consentir. Certains affirment même qu'il a *« peu de sens pour des personnes encore envahies par leur pathologie »* (VACHERON, 2012). Selon nous, la véritable question de fond, sur ce sujet, est de savoir si l'impératif bien compris de la préservation des libertés et des droits des personnes hospitalisées sans consentement, justifie de telles dispositions qui, en un sens, reviennent

à les traiter en sujets indemnes de tout trouble. On peut donc se demander s'il ne s'agit pas là d'un quasi déni de la part de la société, et non du malade cette fois, de sa pathologie. Néanmoins, la consécration de la judiciarisation des soins sans consentement, affichée par les décisions du Conseil constitutionnel, met en évidence l'aspect purement rhétorique de ces questionnements.

Pour BOILLET et al. (2011), les circonstances d'élaboration de cette loi se sont apparentées à une *« véritable tragédie classique »* ; ils en veulent pour preuve que *« n'ont manqué ni la contrainte temporelle fixée au 1er août par le Conseil constitutionnel, ni les passions, ni les rebondissements, ni les trahisons »* avec, *« au final, une scène totalement dévastée, des acteurs abasourdis par la violence des conflits, un niveau de défiance réciproque jamais atteint entre le gouvernement d'une part, les acteurs du soin et les associations de patients d'autre part »* ; tout cela, pour aboutir, selon eux, à *« une loi qui ne satisfait aucune des parties »*. Le président du Cercle de Réflexion et de Proposition d'Actions sur la psychiatrie (CRPA) semble partager cet avis lorsqu'il évoque une *« contre-réforme sécuritaire psychiatrique »* dont le dispositif des Questions Prioritaires de Constitutionnalité (QPC) a permis qu'elle soit *« contre balancée par une "révolution juridique" de l'hospitalisation sans consentement »*. Il rappelle que ces QPC confèrent désormais *« aux magistrats constitutionnels un pouvoir redoutable, celui de censurer l'Exécutif et de lui donner ordre, ainsi qu'au Parlement, de rectifier certains de ses textes »*. Ainsi, il conclut qu'à travers elles, *« les juges constitutionnels […] et l'univers juridique des gens de robe, ont fait irruption sur la scène psychiatrique, par une sorte de "putsch" judiciaire, mettant aux prises, avec eux, des patients-requérants qui s'estiment avoir été victimes d'abus et d'arbitraires psychiatriques »* (BITTON, 2013). Rappelons que dès 2012, SENON et al. pointaient la *« fragilité »* juridique de la loi du 5 juillet 2011 et en déduisaient qu'elle ne pourrait qu'être *« évolutive par les Questions Prioritaires de Constitutionnalité […] mais aussi par la jurisprudence »*. De par la proposition de loi qu'elle a suscitée, la décision du Conseil constitutionnel du 20 avril 2012, rendue sur QPC, en est l'illustration parfaite.

À l'heure où nous écrivons ces dernières lignes, le Parlement examine cette proposition de loi en vue d'une possible réforme des dispositions actuelles. Dans un communiqué commun, paru le 17 juillet 2013, le Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux et l'Union Syndicale des Magistrats (USM) jugent ce texte *« insuffisant »* et *« imprévoyant »*. S'ils saluent *« les efforts entrepris […] pour faire évoluer la loi »* ils déplorent, en revanche, que *« l'occasion n'ait pas été saisie de faire évoluer des aspects majeurs »* et, notamment, que n'ait pas été levée *« cette ambiguïté sur la place des soins ambulatoires »* dans les soins sans consentement. Ils s'inquiètent également des conséquences de l'intervention plus précoce du JLD, à J10, dont ils estiment qu'elle va générer une *« augmentation des saisines du juge de plus de 40% »* et une *« augmentation du nombre des audiences de près de 20% »*. Les principes du déplacement du juge à l'hôpital et de la présence obligatoire de l'avocat emportent leur adhésion, mais ils relèvent qu'ils vont être appliqués *« en l'absence de moyens complémentaires*

pour des juridictions déjà exsangues et en état de cessation de paiements » et que cela retentira inévitablement sur le traitement d'autres contentieux. En somme, ce texte se résume, selon eux, à une *« simple proclamation de principes »*, qui donnera lieu à une loi *« votée sans les moyens de la rendre »* (SYNDICAT DES PSYCHIATRES DES HÔPITAUX, 2013).

En ce qui concerne le juge, le rôle qui lui a été assigné est *« difficile »* car il doit apprécier la situation d'un patient *« alors que son regard n'est pas médical »* et que *« la loi lui accorde peu de marge de manœuvre en termes de pouvoir d'investigation, de délais et de moyens »* (VACHERON, 2012). En outre, *quid* des responsabilités en cas de passage à l'acte dans les suites d'une mainlevée d'hospitalisation complète ? Pour le JLD, la loi dispose, au titre de *« l'indépendance qu'il s'agit de garantir à la justice »* (LUDET, 1995), que *« lorsque la faute personnelle du magistrat est rattachable à l'activité judiciaire de service public, le justiciable ne peut intenter une action qu'à l'encontre de l'État »* ; de fait, en matière de responsabilité civile, la mise en cause d'un magistrat *« ne peut résulter que d'une action récursoire de l'État »*, si ce dernier a lui-même été condamné *« pour dysfonctionnement du service public de la justice »*. Ajoutons que les magistrats sont également soumis à un régime de responsabilité disciplinaire, qui implique la saisine du Conseil Supérieur de la Magistrature, sur la base de *« strictes conditions de recevabilité »* (VIE PUBLIQUE, 2012). Le psychiatre paraît, en revanche, bien plus exposé et on peut légitimement s'interroger sur les suites potentielles en cas de dépôt de plainte, en particulier en l'absence de programme de soins établi dans les vingt-quatre heures suivant la décision de mainlevée, comme la loi le permet (JORF, 2011). La récente condamnation du Dr CARANELLI, si elle est intervenue dans un contexte autre (fugue d'un patient puis perpétration d'un homicide, en 2004), démontre qu'il ne peut être apporté de réponse univoque. En effet, tous les intervenants ont successivement été reconnus responsables au fil de la procédure : l'État, dans un premier temps (2007), puis, le centre hospitalier (2009) et, enfin, le psychiatre traitant de l'intéressé (2012) (PACHOUD, 2012). Perspective inquiétante, s'il en est…

En conclusion, la loi du 5 juillet 2011 a entraîné un changement de paradigme en substituant un trio inédit, « le patient, son médecin et le juge », à la fameuse triade du *« médecin, son malade et la maladie »* (BALINT, 1960). A ce jour, seuls deux points de vue sur trois sont mieux connus : celui des médecins, au travers d'un travail de thèse sur les pratiques des psychiatres hospitaliers d'Aquitaine (PASSEMARD, 2012), et celui des patients, sur la base de notre propre étude. Il serait désormais intéressant de procéder de même avec les JLD et de recueillir leurs avis respectifs sur l'intérêt de leur intervention, leurs moyens d'apprécier la situation des intéressés mais aussi, et surtout, sur les difficultés éventuellement rencontrées. D'autres recherches pourraient encore évaluer, à plus long terme, le vécu et la compréhension rétrospectifs de l'audition par les patients, une fois sortis de l'hôpital et stabilisés sur le plan clinique. Enfin, compte tenu de l'implication des associations d'usagers et de leurs familles dans l'élaboration de la loi du 5 juillet 2011 (CANNEVA,

2013), il serait sans doute pertinent d'interroger les proches de patients sur leurs perceptions de sa pratique et de ses probables évolutions.

BIBLIOGRAPHIE

Agence de Presse Médicale (22/02/12) « Le contrôleur général des lieux de privation de liberté met en garde contre le manque de professionnels en psychiatrie ».

Agence de Presse Médicale (20/03/12) « Le TGI de Créteil applique une jurisprudence sur la présence du patient à l'audience ».

Agence de Presse Médicale (23/11/12) « Psychiatrie : l'effectivité des droits des patients en soins sans consentement toujours insuffisante ».

Agence de Presse Médicale (17/12/12) « Soins sous contrainte en psychiatrie : 70% des audiences au tribunal (ministère de la justice) ».

Agence de Presse Médicale (17/05/13) « Soins sous contrainte en psychiatrie : les propositions Robiliard présentées fin mai ».

Alezrah C., **Garret-Gloanec N.**, **Gloanec Y.**, **Vanek J.** (2004) « Le tournant anglo-saxon de la psychiatrie tchèque ». L'information Psychiatrique ; 80(1) : 51 – 55.

Allilaire J.F., **Cléry-Melin P.**, **Guedj M.J.**, **Leguay D.**, **Senon J.L.** (2005) « Violence et psychiatrie. A propos des évènements de décembre 2004 à l'hôpital psychiatrique de Pau ». Annales médico-psychologiques ; 163 : 515 – 522.

Allilaire J.F., **Senon J.L.**, **Jonas C.** (2012) « Séance du lundi 21 mai 2012 – La loi du 5 juillet 2011 ». Annales médico-psychologiques ; 170 : 692.

Appelbaum P.S., **Grisso T.** (1995) « The MacArthur Treatment Competence Study. I. Mental illness and competence to consent to treatment ». Law and Human Behavior ; 19 : 105 – 126.

Arikan R., **Appelbaum P.**, **Sercan M.**, **Turkcan S.**, **Satmis N.**, **Polat A.** (2007) « Civil commitment in Turkey : reflections on a bill drafted by psychiatrists ». International Journal of Law and Psychiatry ; 30 : 29 – 35.

Artaud A. (1977) « Nouveaux écrits de Rodez ». L'imaginaire, Gallimard.

Assemblée Nationale (3/11/1789) « Déclaration des droits de l'Homme et du Citoyen ». http://www.legifrance.gouv.fr/Droit-francais/Constitution/Declaration-des-Droits-de-l-Homme-et-du-Citoyen-de-1789

Assemblée Nationale (4/10/58) « Constitution de la Ve République ». http://www.legifrance.gouv.fr/Droit-francais/Constitution/Constitution-du-4-octobre-1958

Ausseill J.J., **Decousser P.**, **Dandoy M.R.** (1992) « Le deuxième certificat : une garantie illusoire ». L'Information Psychiatrique ; 68(9) : 917 – 25.

Ayme J. (1990) « Une loi, pour quoi faire ? ». Synapse ; 61 : 47 – 51.

Balint M. (1960) « Le médecin, son malade et la maladie ». P.U.F., Paris.

Ballerini A. (2000) « La psychiatrie en Italie ». L'information Psychiatrique ; 4 : 453 – 460.

Barnes M., **Davis A.**, **Tew J.**, **Gell C.**, **Glynn T.**, **Lewis L.**, **Pryce J.**, **Saddal S.** (2000) « Users experiences of compulsion under the 1983 Mental Health Act ». University of Birmingham (unpublished report).

Bauer A., **Rosca P.**, **Grinshpoon A.**, **Khawaled R.**, **Mester R.**, **Yoffe R.**, **Ponizovsky A.** (2007) « Trends in involuntary psychiatric hospitalization in Israel 1991 – 2000». International Journal of Law and Psychiatry ; 30 : 60 – 70.

Beauchamp T.L., **Childress J.F.** (1989) « Principles of biomedical ethics. 3rd ed. » New York : Oxford University Press.

Beck J.C., **Golowka E.A.** (1988) « A study of enforced treatment in relation to Stone's ''thank you'' theory ». Behavioral Sciences and the Law ; 6 : 559 – 566.

Bénézech M., **Sage S.**, **Degeilh B.**, **Le Bihan P.**, **Ferré M.** (2012) « A propos 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 : réflexions psychologiques et médicolégales critiques ». Annales médico-psychologiques ; 170 : 216 – 219.

Bernardet P. (1998) « Le contrôle de l'hospitalisation psychiatrique par le juge administratif de 1838 à 1990, Mémoire de DEA de droits de l'Homme et des Libertés publiques ». Université Paris X, Nanterre, Faculté de droit.

Bitton A. (2013) « La loi du 5 juillet 2011, tournant sécuritaire et "putsch" judiciaire ». L'information psychiatrique ; 89 (1).

Blisko S., **Lefrand G.** (2012) « Rapport d'information sur la mise en œuvre de la loi n°2011-803 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 ». http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/i4402.pdf

Boillet D., **Welniarz B.** (2011) « La loi du 5 juillet 2011 : une loi de défiance à l'égard des malades et de leurs médecins ». Perspectives Psy ; 50(3) : 207 – 209.

Bourdieu P., **Passeron J.-C.** (1964) « Les héritiers – Les étudiants et la culture ». Les éditions de minuit.

Bourgeois M., **Beaussier J.P.**, **Verdoux H.**, **Goumilloux R.**, **Peyre F.** (1991) « Des PO-PV (loi du 30 juin 1838) aux HO-HDT (loi du 27 juin 1990). Bilan préliminaire de la pratique de la nouvelle loi sur l'hospitalisation sous contrainte (HSC) ». Annales médico-psychologiques ; 149 : 357 – 361.

Brandt-Christensen M. (2012) « Mental health law in Denmark ». International Psychiatry ; 9(4) : 88 – 90.

Briot M. (2004) « Rapport n° 1598 fait au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur la proposition de M. G. Hage, tendant à la création d'une commission d'enquête sur la progression du nombre d'internements en France ».
http://www.assemblee-nationale.fr/12/rapports/r1598.asp

Caire M. (2011) « Histoire de la psychiatrie en France ».
http://psychiatrie.histoire.free.fr/psyhist/1780/1785.htm.2011

Campbell A., **Gillett G.**, **Jones G.** (1992) « Practical medical ethics ». Auckland : Oxford University Press.

Canadian Bar Association (2011) « Hospitalizing a mental ill person ».
http://www.cba.org/bc/public_media/health/425.aspx

Canneva J. (2013) « Paroles de représentants d'usagers et de familles – La nouvelle loi du 5 juillet 2011 sur les soins psychiatriques ». Pluriel ; 99-100 : 7 – 11.

Carney T. (2012) « Australian mental health tribunals – "Space" for rights, protection, treatment and governance ? ». International Journal of Law and Psychiatry ; 35 : 1 – 10.

Caroli F., **Mercuel A.** (1993) « Loi du 27 juin 1990 ». EMC.

Cascardi M., **Poythress N.G.**, **Hall A.** (1997) « Correlates of perceived coercion during psychiatric hospital admission ». International Journal of Law and Psychiatry ; 20(4) : 445 – 58.

Castaing C. (2011) « Pouvoir administratif versus pouvoir médical ? ». Actualité juridique, droit administratif ; 36 : 2055 – 2062.

Caubel J. (2002) « La psychiatrie aux Pays-Bas ». L'information Psychiatrique ; 9 : 920 – 925.

Champenois-Marmie M.P., **Sansot J.** (1983) « Droit. Folie. Liberté. La protection de la personne des malades mentaux (loi du 30 juin 1838) ». P.U.F, Paris.

Cléry-Melin P., **Kovess V.**, **Pascal J.C.** (2004) « Plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale ». Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-3.pdf

Coelho J. (2011) « Soins psychiatriques et juge des libertés et de la détention (JLD) – Vade-mecum ». Les études hospitalières, Bordeaux.

Collectif des « 39 contre la nuit sécuritaire » (2011) « La liberté peut être aussi thérapeutique ». http://www.collectifpsychiatrie.fr/?p=1392

Collectif « Mais c'est un homme… » (2011) « Quels sont vos droits et recours ? ». http://www.maiscestunhomme.org/wp-content/uploads/2011/11/Plaquette-droits-psychiatrie-28-octobre-2011.pdf

Conlon P., **Merskey H.**, **Zilli C.**, **Frommhold K.** (1990) « The attitudes towards committal of patients hospitalised in a psychiatric facility for the first time ». Canadian Journal of Psychiatry ; 35 : 324 – 327.

Conseil constitutionnel (2010) « Décision n° 2010-71 QPC du 26 novembre 2010 ». http://www.conseil-constitutionnel.fr/decision/2010/2010-71-qpc/decision-n-2010-71-qpc-du-26-novembre-2010.50790.html

Conseil constitutionnel (2011) « Décision n° 2011-135/140 QPC du 9 juin 2011 ». http://www.conseil-constitutionnel.fr/conseil-constitutionnel/francais/les-decisions/acces-par-date/decisions-depuis-1959/2011/2011-135/140-qpc/decision-n-2011-135-140-qpc-du-09-juin-2011.97394.html

Conseil constitutionnel (2011) « Décision n° 2011-174 QPC du 6 octobre 2011 ». http://www.conseil-constitutionnel.fr/conseil-constitutionnel/francais/les-decisions/acces-par-date/decisions-depuis-1959/2011/2011-174-qpc/communique-de-presse.100135.html

Conseil Constitutionnel (2012) « Décision n° 2012-235 QPC du 20 avril 2012 ». http://www.conseil-constitutionnel.fr/conseil-constitutionnel/francais/les-decisions/acces-par-date/decisions-depuis-1959/2012/2012-235-qpc/decision-n-2012-235-qpc-du-20-avril-2012.105519.html

Conseil de l'Europe - Comité des ministres (1983) « Recommandation n°R(83)2 du comité des ministres aux états membres sur la protection juridique des personnes atteintes de troubles mentaux et placées comme patients involontaires ». https://wcd.coe.int/com.instranet.InstraServlet?command=com.instranet.CmdBlobGet&InstranetImage=602320&SecMode=1&DocId=678500&Usage=2

Conseil de l'Europe – Assemblée parlementaire (1994) « Recommandation 1235 (1994) relative à la psychiatrie et aux droits de l'homme ».
http://assembly.coe.int/Mainf.asp?link=/Documents/AdoptedText/ta94/FREC1235.htm

Conseil de l'Europe (1994) « Report on Psychiatry and Human Rights ».
http://assembly.coe.int/Main.asp?link=/Documents/AdoptedText/ta94/EREC1235.html

Conseil de l'Europe – Comité des ministres (2004) « 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 ». https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=775699&Lang=fr

Contrôleur Général des lieux de privation de liberté (2013) http://www.cglpl.fr/

Contrôleur général des lieux de privation de liberté (2013) « Rapport d'activité 2012 ». http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2013/02/CGLPL_Rapport-2012_version-WEB.pdf

Conseil national des droits de l'Homme (2012) « Santé mentale et droits de l'Homme : l'impérieuse nécessité d'une nouvelle politique ».
http://www.cndh.org.ma/IMG/pdf/Resume_executif-def_-_VF_-.pdf

CRPA, Centre de Réflexions et de Propositions d'Actions en Psychiatrie (2012) « Internements illégaux et abusifs en série – Analyse par le CRPA ». http://psychiatrie.crpa.asso.fr/2012-11-23-gvt-minj-rap-enqu-Internements-illegaux-et-abusifs-en-serie-D-apres-les-statistiques-du-Ministere-de-la-justice,281

Cwiklinski Z. (2004) « La psychiatrie en Pologne ». L'information Psychiatrique ; 80(9) : 753 – 758.

Dardennes R. (1990) « L'internement psychiatrique dans les pays de la CEE ». Nervure ; 3(8) : 92 – 97.

Daumerie N., **Roelandt J.L.** (2011) « Psychiatrie et santé mentale en Europe », *in* « Les politiques de psychiatrie et santé mentale en Europe – Incertitudes et perspectives » ; 34 : 11 – 25.

De Brito C., **Jara J.M.** (2000) « La psychiatrie au Portugal – Santé, santé mentale et psychiatrie ». L'information Psychiatrique ; 2 : 175 – 181.

De Royer S. (2007) « Les propos de Sarkozy sur la pédophilie suscitent une polémique ». Lacroix.fr.
http://www.la-croix.com/Actualite/France/Les-propos-de-Sarkozy-sur-la-pedophilie-suscitent-une-polemique-_NG_-2007-04-11-597498

Deschamps J.L. (1992) « Devenir de la législation en matière de psychiatrie publique ». L'information psychiatrique ; 68(9) : 908 – 914.

Devers G. (2011) « Hospitalisation sous contrainte, les bonnes pratiques sont conformes à la Constitution ». Droit Déontologie et soin ; 11 : 2 – 14.

Devers G. (2012) « Le soins sans consentement n'existe pas, n'a jamais existé et n'existera jamais ! ». Santé mentale ; 168 : 6 – 7.

Direction générale de l'offre de soins (juillet 2011) « Circulaire n° DGOS/R4/2011/312 du 29 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 ».
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Circulaire_29_07_2001_Loi_psy_05_07_2011-2.pdf

Douki S., **Nacef F.**, **Zineb S.** (2005) « La psychiatrie en Tunisie : une discipline en devenir ». L'information Psychiatrique ; 81 : 49 – 59.

Dressing H., **Salize H.** (2004) « Compulsory admission of mentally ill patients in European Union Member States ». Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology ; 39 : 797 – 803.

Dubouis L. (1992) « La loi du 27 juin 1990 et le droit européen ». L'Information Psychiatrique ; 68(9) : 902 – 7.

Duchateau I., **Stillemand E.**, **Roland M.**, **Matot J.P.** (2006) « Soins ambulatoires sous contrainte en Belgique : synthèse et discussion ». L'information Psychiatrique ; 82(3) : 250 – 252.

Dupont M. (2004) « Soins sous contrainte en psychiatrie. Les guides de l'AP-HP ». Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, Doin Éditeurs, Edition Lamarre.

Durand B. (2011) « Un quinquennat de santé (2007 – 2012) – Soins psychiatriques : le retour de la contrainte et de la stigmatisation ». Les tribunes de la santé ; 32 : 34 – 54.

État de Genève (2006) « Loi sur la commission de surveillance des professionnels de la santé et des droits des patients ». http://www.geneve.ch/legislation/rsg/f/s/rsg_K3_03.html

Etcheverry J.M. (2011) « Procédures judiciaires de mainlevée et de contrôle des mesures de soins psychiatriques ». Cour d'appel de Lyon.
http://www.ca-lyon.justice.fr/fichiers/Actualite/procdures_judiciaires_de_mainleve_et_de_contrle_des_mesures_de_soins_psychiatriques_-_prsentation_de_la_loi_et_du_dcret_-_mise__jour_23.08.2011.pdf

Fiorillo A., **De Rosa C.**, **Del Vecchio V.**, **Jurjanz L.**, **Schnall K.**, **Onchev G.**, **Alexiev S.**, **Raboch J.**, **Kalisova L.**, **Mastrogianni A.**, **Georgiadou E.**, **Solomon Z.**, **Dembinskas A.**, **Raskauskas V.**, **Nawka P.**, **Nawka A.**, **Kiejna A.**, **Hadrys T.**, **Torres-Gonzalez F.**, **Mayoral F.**, **Björkdahl A.**, **Kjellin K.**, **Priebe S.**, **Maj. M.**, **Kallert T.** (2011) « How to improve clinical practice on involuntary hospital admissions of psychiatric patients : Suggestions from the EUNOMIA study ». European Psychiatry ; 26 : 201 – 207.

Foucault M. (1961) « Folie et déraison. Histoire de la folie à l'âge classique, thèse pour le doctorat ès Lettres ». Plon, Paris.

Gamache C., **Millaud F.** (1999) « Le psychiatre face au refus de traitement : une démarche clinique et juridique ». Santé Mentale au Québec ; 24(1) : 154 – 172.

Ganju V. (2000) « The mental health system in India – History, current system and prospects ». International Journal of Law and Psychiatry ; 23(3-4) : 393 – 402.

Garcia-Ribera C., **Soriano Campos R.** (2012) « L'internement et le traitement sans consentement en Espagne ». Soins Psychiatrie ; 283 : 23 – 26.

Gardner W., **Lidz C.W.**, **Hoge S.K.**, **Monahan J.**, **Eisenberg M.M.**, **Bennett N.S.**, **Mulvey E.P.**, **Roth L.H.** (1999) « Patient's revisions of their beliefs about the need for hospitalization ». American Journal of Psychiatry ; 156(9) : 1385 – 91.

Gautier J.-L. (2012) « Hospitalisation psychiatrique sous contrainte et droits fondamentaux, la réforme des soins psychiatriques, une menace pour la liberté individuelle ? ». Les éditions du menhir.

Goering P., **Wasylenki D.**, **Durbin J.** (2000) « Canada's mental health system ». International Journal of Law and Psychiatry; 23(3-4) : 345 – 359.

Grisso T., **Appelbaum P.S.** (1995) « The MacArthur Treatment Competence Study. III. Abilities of patients to consent to psychiatric and medical treatment ». Law and Human Behaviour ; 19 : 149 – 174.

Guérin O. (1988) « Le juge garant de la liberté individuelle : l'illusion du droit », *in* **Chaumon F.**, **Vacher N.** « Psychiatrie et justice » ; pp 88 – 98. La documentation française, Paris.

Gutiérrez-Lobos K., **Walter H.**, **Berner P.** (2001) « La psychiatrie en Autriche ». L'information Psychiatrique ; 4 : 380 – 386.

Halimi Y., **Müller C.** (2012) « Vers une psychiatrie européenne autour de valeurs partagées ». Soins Psychiatrie ; 283 : 12 – 15.

Held T. (2001) « La psychiatrie en Allemagne ». L'Information Psychiatrique ; 1 : 71 – 75.

Held T. (2005) « Soins ambulatoires sous contrainte : la situation en Allemagne ». L'information Psychiatrique ; 81(7) : 641 – 642.

Hiday V.A. (1992) « Coercion in civil commitment : process, preferences, and outcome ». International Journal of Law and Psychiatry ; 15(4) : 359 – 77.

Hiday V.A., **Swartz M.S.**, **Swanson J.**, **Wagner H.R.** (1997) « Patient perceptions of coercion in mental hospital admission ». International Journal of Law and Psychiatry ; 20 : 227 – 241.

Hofmann W., **Kuhn P.**, **Feyahn J.** (2012) « La psychiatrie allemande réformée pour responsabiliser le patient ». Soins Psychiatrie ; 283 : 20 – 22.

Horassius M. (1992) « Deux ans déjà... ». L'Information psychiatrique ; 68(9) : 893 – 901.

Høyer G. (2000) « On the justification for civil commitment ». Acta Psychiatrica Scandinavica Supplement ; 399 : 65 – 71.

Inchauspe J., **Molto J.** (2000) « La psychiatrie en Espagne (les psychiatries espagnoles) ». L'information Psychiatrique ; 1 : 67 – 82.

Intersyndicale des Psychiatres Publics, **Syndicat des Psychiatres d'Exercice Public**, **Union Syndicale de la Psychiatrie**, **Comité d'Action Syndicale de la Psychiatrie**, **Syndicat des Psychiatres Français**, **Syndicat National des Psychiatres Français**, **Union Syndicale de la Magistrature**, **Syndicat de la Magistrature** (2011) « Communiqué commun du 9 mars 2011 : Contre une réforme rétrograde et inapplicable des soins sans consentement ». http://www.uspsy.fr/Communique-commun-du-9-mars-2011.html

Iversen K.I., **Høyer G.**, **Sexton H.**, **Gronli O.K.** (2002) « Perceived coercion among patients admitted to acute wards in Norway ». Nordic Journal of Psychiatry ; 56 (6) : 433 – 439

Iversen K.I., **Høyer G.**, **Sexton H.C.** (2007) « Coercion and patient satisfaction on psychiatric acute wards ». International Journal of Law and Psychiatry ; 30(6) : 504 – 11.

Jabbar F., **Doherty A.**, **Aziz M.**, **Kelly B.** (2011) « Implementing the Mental Health Act 2007 in British general practice : lessons from Ireland ». International Journal of Law and Psychiatry ; 34 : 414 – 418.

Jara J.M. (2009) « Lettre du Portugal ». L'information Psychiatrique ; 85(3) : 225.

Johansson I.M., **Lundman B.** (2002) « Patients' experience of involuntary psychiatric care : good opportunities and great losses ». Journal of Psychiatry and Mental Health Nursing ; 9(6) : 639 – 47.

Jonas C. (1998) « Faut-il craindre la révision annoncée de la loi du 27 juin 1990 ? ». L'information psychiatrique, 74(6) : 613 – 616.

Jonas C. (2012) « Le certificat circonstancié de la loi du 5 juillet 2011 : pourquoi ? Comment ? ». Annales médico-psychologiques ; 170 : 699 – 702.

Jones S.L., **Mason T.** (2002) « Quality of treatment following police detention of mentally disordered offenders ». Journal of Psychiatry and Mental Health Nursing ; 9(1) : 73 – 80.

Journal Officiel de la République Française (1838) « Loi sur les aliénés n°7443 du 30 juin 1838 ».

Journal Officiel de la République Française (1958) « Constitution du 4 octobre 1958 ». http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006071194

Journal Officiel de la République Française (1968) « Loi n° 68-5 du 3 janvier 1968 portant réforme du droit des incapables majeurs ».
http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=19680104&numTexte=&pageDebut=00114&pageFin

Journal Officiel de la République Française (1990) **«** Loi n° 90-527 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 ».
http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=866578096396C6A180E42C966FBAF6C1.tpdjo05v_1?cidTexte=JORFTEXT000000349384&categorieLien=id

Journal Officiel de la République Française (2000) **«** Loi n° 2000-516 du 15 juin 2000 renforçant la protection de la présomption d'innocence et les droits des victimes ».
http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=E496B6D496355808BA9ADACA6B8D38FB.tpdjo07v_3?cidTexte=JORFTEXT000000765204&categorieLien=id

Journal Officiel de la République Française (2002) « Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ».
http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=E3C1A47909F0DFAA00961302DB8A771D.tpdjo07v_3?cidTexte=JORFTEXT000000227015&categorieLien=id

Journal Officiel de la République Française (2002) « Loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice ».
http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=E3C1A47909F0DFAA00961302DB8A771D.tpdjo07v_3?cidTexte=JORFTEXT000000775140&categorieLien=id

Journal Officiel de la République Française (2004) « Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique ».
http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000787078&dateTexte=&categorieLien=id

Journal Officiel de la République Française (2007) « Loi n° 2007-1545 du 30 octobre 2007 instituant un Contrôle Général des lieux de privation de liberté ».
http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=C0130E854D0ABEF95962E8D02B278DBC.tpdjo08v_1?cidTexte=JORFTEXT000000279700&categorieLien=id

Journal Officiel de la République Française (2008) « Loi n° 2008-174 du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental ».
http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=560DBCE25AFF6AD9B1E8DA88046FC6A4.tpdjo05v_1?cidTexte=JORFTEXT000018162705&categorieLien=id

Journal Officiel de la République Française (2010) « Décret n° 2010-526 du 20 mai 2010 relatif à la procédure de sortie immédiate des personnes hospitalisées sans leur consentement ». http://www.textes.justice.gouv.fr/decrets-10181/decret-procedure-de-sortie-immediate-des-personnes-hospitalisees-19594.html

Journal Officiel de la République Française (2011) « Avis du 15 février 2011 du Contrôleur Général des lieux de privation de liberté relatif à certaines modalités de l'hospitalisation d'office ». http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000023729051

Journal Officiel de la République Française (2011) « Loi n° 2011-803 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 ». http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024312722&dateTexte=&categorieLien=id

Journal Officiel de la République Française (juillet 2011) « Décret n° 2011-846 du 18 juillet 2011 relatif à la procédure judiciaire de mainlevée ou de contrôle des mesures de soins psychiatriques ». http://www.affaires-publiques.org/textof/TO/11/4937-0711.htm

Journal Officiel de la République Française (juillet 2011) « Décret n° 2011-847 du 18 juillet 2011 relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge ». http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024374063&dateTexte&categorieLien=id

Journal Officiel de la République Française (octobre 2011) « Décision n° 2011-174 QPC du 6 octobre 2011 du Conseil Constitutionnel ». http://www.conseil-constitutionnel.fr/conseil-constitutionnel/francais/les-decisions/acces-par-date/decisions-depuis-1959/2011/2011-174-qpc/decision-n-2011-174-qpc-du-06-octobre-2011.100134.html

Journal Officiel de la République Tunisienne (JORT) (2004) « Loi n°2004-40 du 3 mai 2004 modifiant et complétant la loi n°92-83 du 3 août 1992 relative à la santé mentale et aux conditions d'hospitalisation en raison de troubles mentaux ». http://www.cnudst.rnrt.tn/cgi-bin/wwwi32.exe/%5Bin=C%3a/sources/appli/jort.06/lire.in%5D/

Journal Officiel du Grand Duché du Luxembourg (2009) « Placement de personnes souffrant de troubles mentaux ». http://www.legilux.public.lu/leg/a/archives/2009/0263/a263.pdf#page=2

Justice Québec (2011) « Justice et troubles mentaux ». http://justice.gouv.qc.ca/français/publications/generale

Kacha F. (2005) « La psychiatrie en Algérie ». L'information Psychiatrique ; 81 : 145 – 148.

Katsakou C., **Priebe S.** (2006) « Outcomes of involuntary hospital admission – a review ». Acta Psychiatrica Scandinavica ; 114(4) : 232 – 41.

Katsakou C., **Priebe S.** (2007) « Patient's experiences of involuntary hospital admission and treatment : a review of qualitative studies ». Epidemiologia e Psichiatrica Sociale ; 16(2) : 172 – 8.

Katsakou C., **Rose D.**, **Amos T.**, **Bowers L.**, **McCabe R.**, **Oliver D.**, **Wykes T.**, **Priebe S.** (2012) « Psychiatric patients' views on why their involuntary hospitalisation was right or wrong : a qualitative study ». Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology ; 47(7) : 1169 – 79.

Kjellin L., **Nilstun T.** (1993) « Medical and social paternalism : regulations of and attitudes towards compulsory psychiatric care ». Acta Psychiatrica Scandinavica ; 88 : 415 – 419. (1)

Kjellin L., **Westrin C-G.**, **Eriksson K.**, **et al.** (1993) « Coercion in psychiatric care. Problems of medical ethics in a comprehensive empirical study ». Behavioral Sciences and the Law ; 11 : 323 – 334. (2)

Kjellin L. (1997) « Compulsory psychiatric care in Sweden 1979 – 1993 – Prevalence of committed patients, discharge rates and area variation ». Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology ; 32 : 90 – 96.

Kjellin L., **Andersson K.**, **Candefjord I.L.**, **Palmstierna T.**, **Wallsten T.** (1997) « Ethical benefits and costs of coercion in short-term inpatient psychiatric care ». Psychiatric Services ; 48(12) : 1567 – 1570.

Kjellin L., **Westrin CG.** (1998) « Involuntary admissions and coercive measures in psychiatric care. Registered and reported ». International Journal of Law and Psychiatry ; 21 : 31 – 42.

Kjellin L., **Andersson K.**, **Bartholdson E.**, **Candefjord I.L.**, **Holmstrom H.**, **Jacobsson L.**, **Sandlund M.**, **Wallsten T.**, **Östman M.** (2004) « Coercion in psychiatric care – patients' and relatives' experiences from four Swedish psychiatric services ». Nordic Journal of Psychiatry ; 58 (2) : 153 – 159.

Kjellin L., **Östman O.**, **Östman M.** (2008) « Compulsory psychiatric care in Sweden – Development 1979 – 2002 and area variation ». International Journal of Law and Psychiatry ; 31 : 51 – 59.

Kullgren G., **Jacobsson L.**, **Lynöe N.**, **Kohn R**, **Levav I.** (1996) « Practices and attitudes among Swedish psychiatrists regarding the ethics of compulsory treatment ». Acta Psychiatrica Scandinavica ; 93 : 389 – 396.

Laguerre A., **Schürhoff F.** (2012) « Réforme des soins psychiatriques : loi du 5 juillet 2011. Outils pratiques ». L'encéphale ; 38(2) : 179 – 184.

Landron G. (1995) « Du fou social au fou médical. Genèse parlementaire de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés ». Déviance et société 1995 ; 19 (1) : 3 – 21.

Le Bihan P., **Salvetti M.**, **Bénézech M.** (2012) « Application de la loi du 5 juillet 2011 en unité pour malades difficiles ». Annales médico-psychologiques ; 170 : 714 – 719.

Ledwidge B., **Glackman W.**, **Paredes J.**, **Chen R.**, **Dhami S.**, **Hansen M.**, **Higenbottam J.** (1987) « Controlled follow-up of patients released by a review-panel one and two years after separation ». Canadian Journal of Psychiatry ; 32 : 448 – 453.

Le Roux B., **Robiliard D.**, **Lemorton D. et al.** (2013) « Proposition de loi relative aux soins sans consentement en psychiatrie ». http://www.assemblee-nationale.fr/14/propositions/pion1223.asp

Lidz C.W., **Mulvey E.P.**, **Arnold R.M.**, **Bennett N.S.**, **KIRSCH M.A.** (1993) « Coercive interactions in a psychiatry emergency room ». Behavior Sciences and the Law ; 11 : 269 – 280.

Lidz C.W., **Hoge S.K.**, **Gardner W.P.**, **Bennett N.S.**, **Monahan J.**, **Mulvey E.P.**, **Roth L.H.** (1995) « Perceived coercion in mental hospital admission : pressures and process ». Archives of General Psychiatry ; 52 : 1034 – 1039.

Lidz C.W., **Mulvey E.P.**, **Hoge S.K.**, **et al** (1998) « Factual sources of psychiatric patients' perceptions of coercion in the hospital admission process ». American Journal of Psychiatry ; 155 : 1254 – 1260.

Link B., **Castille D.M.**, **Stuber J.** (2008) « Stigma and coercion in the context of outpatient treatment for people with mental illnesses ». Social Science and Medicine ; 67 : 409 – 19.

Loeser A.K. (2012) « Suppression des hôpitaux psychiatriques et grandes disparités régionales en Italie ». Soins Psychiatrie ; 283 : 16 – 19.

Lopez A., **Yeni I.**, **Valdes-Boulouque M.**, **Castoldi F.** (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 ». Inspection générale des affaires sociales, Inspection générales des services judiciaires. http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/064000110/0000.pdf

Ludet D. (1995) « Quelle responsabilité pour les magistrats ? ». Pouvoirs ; 74 : 123 – 146. http://www.revue-pouvoirs.fr/Quelle-responsabilite-pour-les.html

Malherbe P. (2012) « Les majeurs protégés en France – Dénombrement, caractéristiques et dynamique d'une sous-population méconnue ». Université Montesquieu, Bordeaux 4.

Massé G., **Zwingenberger M.** (2006) « Les sorties d'essai : évolution et perspectives ». L'information psychiatrique ; 82(6) : 481 – 493.

McGlashan T., **Carpenter W.T.** (1981) « Do attitudes towards psychosis relate to outcome ? ». American Journal of Psychiatry ; 38 : 797 – 801.

McGuinness D., **Dowling M.**, **Trimble T.** (2012) « Experiences of involuntary admission in an approved mental health centre ». Journal of Psychiatric Mental Health Nursing ; 29.

McKenna B. G., **Simpson A. I. F.**, **Coverdale J. H.**, **Laidlaw T. M.** (2001) « An analysis of procedural justice during psychiatric hospital admission ». International Journal of Law and Psychiatry ; 24 : 573 – 581.

McLachlan A.J., **Mulder R.T.** (1999) « Criteria for involuntary hospitalisation ». Australian and New Zealand Journal of Psychiatry ; 33 : 729 – 733.

Mental Health Act (1983) http://www.legislation.gov.uk/ukpga/1983/20/section/136

Mental Health Commission (2006) « Your guide to the Mental Health Act 2001 ». http://www.mhcirl.ie/Service_User_Information/Service_User_Information/Your_Guide_to_the_Mental_Health_Act_Version_2_Final_-_March_2009.pdf

Mental Health Commission (2007) « Annual Report 2007 ». http://www.mhcirl.ie/Publications/

Ministère de la Santé (2005) « Psychiatrie et santé mentale 2005 – 2008 ». http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_2005-2008.pdf

Ministère de la santé et des sports (2011) « Foire aux questions – réforme soins psychiatriques ». http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/FAQ_soinspsy.pdf

Monahan J., **Hoge S.K.**, **Lidz C.**, **Roth L.H.**, **Bennett N.**, **Gardner W.**, **Mulvey E.** (1995) « Coercion and commitment : understanding involuntary mental hospital admission ». International Journal of Law and Psychiatry ; 18(3) : 249 – 63.

Montesquieu (1748) « De l'esprit des lois. Livre XI ». Genève.

Moulart D., **Matot J.P.** (2000) « La psychiatrie en Belgique ». L'information Psychiatrique ; 8 : 943 – 53.

Nahon D., **Pugachova I.**, **Yoffe R.**, **Levav I.** (2006) « The impact of human rights advocacy, mental health legislation and psychiatric reform on the epidemiology of involuntary psychiatric hospitalizations ». Medicine and Law ; 25 : 283 – 295.

Nakatani Y. (2000) « Psychiatry and the law in Japan ». International Journal of Law and Psychiatry ; 23(5-6) : 589 – 604.

New Zealand Legislation (2009) « Mental Health (Compulsory Assessment and Treatment) Act 1992 ». http://www.legislation.govt.nz/act/public/1992/0046/latest/DLM262176.html

O'Donoghue B., **Lyne J.**, **Hill M.**, **Larkin C.**, **Feeney L.**, **O'Callaghan E.** (2010) « Involuntary admission from the patients' perspective ». Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology ; 45(6) : 631 – 8.

O'Donoghue B., **Lyne J.**, **Hill M.**, **Larkin C.**, **Feeney L.**, **O'Callaghan E.** (2011, May) « Physical coercion, perceived pressures and procedural justice in the involuntary admission and future engagement with mental health services ». European Psychiatry ; 26(4) : 208 – 14.

O'Donoghue B., **Lyne J.**, **Hill M.**, **O'Rourke L.**, **Daly S.**, **Larkin C.**, **Feeney L.**, **O'Callaghan E.** (2011, June) « Perceptions of involuntary admission and risk of subsequent readmission at one-year follow-up : the influence of insight and recovery style ». Journal of Mental Health ; 20(3) : 249 – 59.

Olofsson B., **Jacobsson L.** (2001) « A plea for respect : involuntarily hospitalized psychiatric patients' narratives about being subjected to coercion ». Journal of Psychiatric Mental Health Nursing ; 8(4) : 357 – 66.

Olofsson B., **Norberg A.** (2001) « Experiences of coercion in psychiatric care as narrated by patients, nurses and physicians ». Journal of Advanced Nursing ; 33(1) : 89 – 97.

Pachoud J (2012) « Marseille : une psychiatre jugée après l'assassinat commis par l'un de ses patients ». L'express.fr. http://www.lexpress.fr/actualite/societe/justice/marseille-une-psychiatre-jugee-apres-l-assassinat-commis-par-l-un-de-ses-patients_1186484.html

Paes M., **Toufiq J.**, **Ouanass A.**, **El Omari F.** (2005) « La psychiatrie au Maroc ». L'information Psychiatrique ; 81 : 471 – 480.

Panfili J-M. (2013) « Soins psychiatriques ambulatoires sans consentement : un dispositif ambigu d'une grande insécurité juridique ». Vie sociale et traitements ; 118 : 104 – 109.

Pascal J.C. (1992) « Loi du 27 juin 1990, une loi de transition ? ». L'Information Psychiatrique ; 992 ; 68(9) : 934 – 9.

Passemard A. (2012) « La loi du 5 juillet 2011 : étude des pratiques chez les psychiatres hospitaliers d'Aquitaine ». Université Victor Segalen Bordeaux 2. http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/462911/

Peter D. (2000) « La psychiatrie en Suisse ». L'Information Psychiatrique ; 10 : 1161 – 1165.

Piel E., **Roelandt J.L.** (2001) « De la psychiatrie vers la santé mentale – Rapport de mission ». Ministère de la Santé et des Solidarités, ministère délégué à la Santé.
http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/014000522/index.shtml

Pilgrim D., **Rogers A.** (1993) « Mental health service users' views of medical practitioners ». Journal of Interprofessional Care ; 7 : 167 – 176.

Postel J., Quetel C. (2004) « Nouvelle histoire de la psychiatrie ». Dunod.

Présidence de la République Française (2008) « Discours de M. le Président de la République – L'hospitalisation en milieu psychiatrique ». http://www.legislation-psy.com/spip.php?article2075

Priebe S., **Katsakou C.**, **Amos T.**, **Leese M.**, **Morriss R.**, **Rose D.**, **Wykes T.**, **Yeeles K.** (2009) « Patients' views and readmissions 1 year after involuntary hospitalisation ». British Journal of Psychiatry ; 194(1) : 49 – 54.

Priebe S., **Katsakou C.**, **Glöckner M.**, **Dembinskas A.**, **Fiorillo A.**, **Karastergiou A.**, **Kiejna A.**, **Kjellin L.**, **Nawka P.**, **Onchev G.**, **Raboch J.**, **Schuetzwohl M.**, **Solomon Z.**, **Torres-González F.**, **Wang D.**, **Kallert T.** (2010) « Patients' views of involuntary hospital admission after 1 and 3 months : prospective study in 11 European countries ». British Journal of Psychiatry ; 196(3) : 179 – 85.

Putkonen H., **Völlm B.** (2007) « Compulsory psychiatric detention and treatment in Finland ». Psychiatric Bulletin ; 31 : 101 – 103.

Quirk A., **Lelliott P.**, **Audini B.**, **Buston K.** (2000). « Module C Performing the Act : A Qualitative Study of the Process of Mental Health Act Assessments ». Final Report to the Department of Health, London. (unpublished report)

Quirk A., **Lelliott P.**, **Audini B.**, **Buston K.** (2003) « Non-clinical and extra-legal influences on decisions about compulsory admission to psychiatric hospital ». Journal of Mental Health ; 12 (2) : 119 – 130.

Rager P., **Bénézech M.**, **Tignol J.** (1991) « La loi du 27 juin 1990 : et pourquoi pas revenir au traitement moral et badigeonner les murs de l'asile à la peinture fluo ? ». Annales Médico-Psychologiques ; 149(4) : 353 – 6.

Ramsay H., **Roche E.**, **O'Donoghue B.** (2013) « Five years after implementation : a review of the Irish Mental Health Act 2001 ». International Journal of Law and Psychiatry ; 36 : 83 – 91.

Rathod S., **Kingdon D.**, **Smith P.**, **Turkington D.** (2005) « Insight into schizophrenia : the effects of cognitive behavioural therapy on the components of insight and association with sociodemographics – data on a previously published randomised controlled trial ». Schizophrenia Research ; 74(23) : 211 – 219.

Rey-Bellet P., **Bardet-Blochet A.**, **Ferrero F.** (2010) « Hospitalisations non volontaires à Genève : la liberté sous contrainte ? ». Schweizer Archiv Für Neurologie Und Psychiatrie ; 161(3) : 90 – 95.

Riecher-Rössler A., **Rössler W.** (1993) « Compulsory admission of psychiatric patients – an international comparison ». Acta Psychiatrica Scandinavica ; 87 : 231 – 236.

Riera R., **Mauchet C.**, **Barbe S.**, **Eustace D.**, **Paquy S.** (2004) « Rapport sur les problèmes de sécurité liés aux régimes d'hospitalisation sans consentement ». Inspection générale de l'administration, Inspection générale de la police, Inspection de la gendarmerie nationale.
http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/064000271/index.shtml

Robiliard D. (2013) « Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie : rapport d'étape ».
http://www.assemblee-nationale.fr/14/pdf/rap-info/i1085.pdf

Robiliard D. (2013) « Proposition de loi : de meilleures garanties pour les personnes faisant l'objet de soins sous contrainte ». http://www.denys-robiliard.fr/de-meilleures-garanties-pour-les-personnes-faisant-l-objet

Rome I. (2012) « Liberté individuelle et soins sans consentement. Le contrôle systématique du juge instauré par la loi du 5 juillet 2011 ». Annales médico-psychologiques ; 170 : 703 – 705.

Rusius C. (1992) « The Mental Health Act 1983 – what does the patient think ? » Psychiatric Bulletin ; 17 : 462 – 465.

Salize H.J., **Dressing H.** (2004) « Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union ». British Journal of Psychiatry ; 184 : 163 – 8.

Senon J.L., **Carol J.**, **Voyer M.** (2012) « Les soins sous contrainte des malades mentaux depuis la loi du 5 juillet 2011 "relative au droit et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge" ». Annales médico-psychologiques ; 170 : 211 – 215.

Senon J.L., **Voyer M.** (2012) « Modalités et impact de la mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011 : de l'impérieuse nécessité de placer le patient au centre de nos préoccupations ». Annales médico-psychologiques ; 170 : 693 – 698.

Service-Public.fr (2013) « Rétention administrative d'un étranger en instance d'éloignement ». http://vosdroits.service-public.fr/F2780.xhtml

Sestoft D., **Engberg M.** (2000) « Law and mental health in Denmark ». International Journal of Law and Psychiatry ; 23(5-6) : 533 – 540.

Shao Y., **Xie B.**, **DelVecchio Good M.J.**, **Good B.** (2010) « Current legislation on admission of mentally ill patients in China ». International Journal of Law and Psychiatry ; 33(1) : 52.

Sibitz I., **Scheutz A.**, **Lakeman R.**, **Schrank B.**, **Schaffer M.**, **Amering M.** (2011) « Impact of coercive measures on life stories : qualitative study ». British Journal of Psychiatry ; 199(3) : 239 – 44.

Srebnik D.S., **La Fond J.Q.** (1999) « Advance directives for mental health treatment ». Psychiatric Services ; 50(7) : 919 – 925.

Stone A.A. (1975) « Mental Health and Law : A System in Transition ». Rockville, Md, NIMH Center for Studies of Crime and Delinquency.

Strohl H., **Clemente M.** (1997) « Rapport du groupe national d'évaluation de la loi du 27 juin 1990 ». Inspection Générale des Affaires Sociales. http://www.ch-le-vinatier.com/cme-psy/strohl1.htm

Strohl H. (2009) « Le soin contraint ne peut pas remplacer l'offre adaptée de soins ». L'information psychiatrique ; 85(6) : 499 – 507.

Stylianidis S., **Papadakos V.** (2000) « La psychiatrie grecque – Pratiques, expériences et perspectives ». L'information Psychiatrique ; 3 : 347 – 355.

Stylianidis S. (2012) « Entre l'harmonisation européenne et les conséquences de la crise grecque ». Soins Psychiatrie ; 283 : 27 – 30.

Sulek J. (2012) « Guide to the Mental Health Act 1983 ». http://www.mind.org.uk/assets/0002/0995/The_Mind_guide_to_the_Mental_Health_Act_1983_-_2012.pdf

Svensson B., **Hansson L.** (1994) « Patient satisfaction with inpatient psychiatric care ». Acta Psychiatrica Scandinavica ; 90 : 379 – 384.

Syndicat de la Magistrature (2012) « Soins contraints : un premier bilan statistique dérangeant ? ». J'essaime… pour une autre justice ; 24 : 8 – 14.

Syndicat des Psychiatres des hôpitaux – Union Syndicale de la magistrature (2013) « Communiqué de presse du 17 – 07 – 13. Un projet de loi réformant les soins sans consentement insuffisant et imprévoyant ».
https://www.dropbox.com/s/de17r8uud1my5ih/Soins%20sans%20consentement%20USM%20SPH.pdf

Testa M., **West S.** (2010) « Civil commitment in the United States ». Psychiatry; 7(10) : 30 – 40.

Thibault J., **Walker L.** (1975). « Procedural justice : a psychological analysis ». Hillsdale, NJ : Lawrence Erlbaum Associates.

Thippeswamy H., **Goswami K.**, **Chaturvedi S.** (2012) « Ethical aspects of public health legislation : the Mental Health Care Bill, 2011 ». Indian Journal of Medical Ethics ; 9(1) : 46 – 49.

Union Syndicale des Magistrats (2012) « Bilan de la réforme des soins sans consentement – Observations de l'USM ».
http://www.union-syndicale-magistrats.org/web/upload_fich/publication/rapports/2012/bilan_soins_sans_consentement2012.pdf

United Nations (1991) « Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and for the Improvement of Mental Health Care ». http://www.un.org/documents/ga/res/46/a46r119.htm

Urfer-Parnas A. (2001) « La psychiatrie au Danemark ». L'information Psychiatrique ; 3 : 275 – 283.

Vacheron M.N. (2012) « L'impact de la loi du 5 juillet 2011 sur les soins psychiatriques ». InterPsy ; 17 : 6 – 7.

Välimäki M., **Kyosmanen L.**, **Kärkkäinen J.**, **Kjervik D.** (2009) « Patients' rights to complain in Finnish psychiatric care : an overview ». International Journal of Law and Psychiatry ; 32 : 184 – 188.

Valmy G., **Levy C.**, **Barucq E.**, **Riffaud S.**, **Davignon G.**, **Senon JL.** (2012) « Impact psychologique de l'audition devant le Juge des Libertés et de la Détention chez des patients hospitalisés suivant les conditions définies par la loi du 5 juillet 2011 ». Annales Médico-Psychologiques ; 170(10) : 731 – 737.

Vie publique (2012) « Existe-t-il plusieurs catégories de magistrats ? ».
http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/justice/personnel-judiciaire/magistrats/existe-t-il-plusieurs-categories-magistrats.html

Vie publique (2012) « Qu'est-ce qu'un juge des libertés et de la détention ? ». http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/justice/personnel-judiciaire/juges/qu-est-ce-qu-juge-libertes-detention.html#rub_1339

Vie publique (2012) « Qu'est-ce qu'une question prioritaire de constitutionnalité ? ».
http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/institutions/fonctionnement/autres-institutions/conseil-constitutionnel/qu-est-ce-que-question-prioritaire-constitutionnalite-qpc.html

Vie Publique (2012) « La responsabilité des magistrats ». http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/justice/approfondissements/responsabilite-magistrats.html

Vie publique (2012) « Qu'est-ce que le tribunal des conflits ? ».
http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/justice/fonctionnement/juridictions-particulieres/qu-est-ce-que-tribunal-conflits.html

Vie publique (2013) « Qu'est-ce que le Conseil de l'Europe ? ». http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/union-europeenne/ue-citoyennete/definition/qu-est-ce-que-conseil-europe.html

Vie publique (2013) « Qu'est-ce que la Cour européenne des droits de l'homme ? ». http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/union-europeenne/ue-citoyennete/citoyennete-europeenne/qu-est-ce-que-cour-europeenne-droits-homme.html

Wada H., **Massé G**, **Kannas S.** (2004) « Les évolutions récentes de la santé mentale au Japon : comparaison avec la situation française ». L'Information Psychiatrique ; 80(7) : 579 – 586.

Wallsten T., **Kjellin L.** (2004) « Involuntarily and voluntarily admitted patients' experiences of psychiatric admission and treatment – A comparison before and after changed legislation in Sweden ». European Psychiatry ; 19 : 464 – 8.

Wallsten T., **Ostman M.**, **Sjöberg RL.**, **Kjellin L.** (2008) « Patients' and next-of-kins' attitudes towards compulsory psychiatric care ». Nordic Journal of Psychiatry ; 62(6) : 444 – 9.

Wertheimer A. (1993) « A philosophical examination of coercion for mental health issues ». Behavioral Sciences and the Law ; 11 : 239 – 58.

Whiteford H., **Thompson I.**, **Casey D.** (2000) « The Australian mental health system ». International Journal of Law and Psychiatry ; 23(3-4) : 403 – 417.

Wilson J. (2000) « Mental health services in New Zealand ». International Journal of Law and Psychiatry ; 23(3-4) : 215 – 228.

Wynn R. (2004) « Psychiatric inpatients' experiences with restraint ». Journal of Forensic Psychiatry and Psychology ; 15 : 124 – 44.

Zinkler M., **Priebe S.** « Detention of the mentally ill in Europe – a review » (2002). Acta Psychiatrica Scandinavica ; 106 : 3 – 8.

ANNEXES

Annexe 1 : Le « discours d'Antony » du 2 décembre 2008

PRÉSIDENCE DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE (2008)

« L'HOSPITALISATION EN MILIEU PSYCHIATRIQUE »

« Madame la Ministre, chère Roselyne,
Monsieur le Président du conseil général,
Monsieur le Maire,
Mesdames et Messieurs les Parlementaires,
Monsieur le Préfet,
Mesdames, Messieurs,

C'est la première fois, qu'un Président de la République rend visite au personnel d'un hôpital psychiatrique. Je n'en tire aucune fierté personnelle. Je considère que faisant cela, je ne fais que mon devoir.

Parce que vous accomplissez chaque jour une œuvre remarquable au service de la société et si vous n'étiez pas là, bien peu nombreux seraient les volontaires pour faire votre travail. Vous travaillez dans un environnement rude pour prendre en charge des patients qui peuvent ne pas accepter les soins. Votre rôle est de guérir les maux de l'âme, les souffrances mentales qui sont sans doute les plus mystérieuses et les plus difficiles à traiter. Vos moyens d'agir, ce ne sont pas les IRM, les blocs opératoires, les prothèses : ce sont vos paroles, votre savoir-faire dans la relation avec le patient, les médicaments aussi.

Votre exercice professionnel et votre pratique sont à la fois riches et complexes. Votre métier, j'en suis bien conscient, comporte des risques. Votre travail vous apporte de grandes satisfactions quand un malade va mieux. Mais il y aussi l'agressivité, la violence, les réadmissions fréquentes de tous ces patients dont vous vous demandez si la place est bien ici. Je comprends fort bien que, certains jours, les difficultés de votre métier vous pèsent. Ces jours-là, quand vous ressentez ce poids, vous devez aller puiser dans l'amour de votre travail, la solidarité de vos collègues, la force de continuer.

Médecins, psychologues, infirmières, aides-soignantes, techniciens, agents de service, personnels administratifs en milieu psychiatrique, il n'y a aucune raison de cacher votre métier, vous êtes indispensables à la société, le rôle du chef de l'Etat, c'était d'abord de dire aux Français : regardez ces professions dont nous avons besoin. De tous les soignants, vous êtes sans doute ceux qui connaissent

le plus intimement vos patients. Vous prodiguez des soins au long cours à des personnes qui, pour guérir, doivent pouvoir s'ouvrir à vous et aux autres. Etablir une relation personnelle entre vos patients et vous, c'est la clé. C'est ce qui fait l'extrême exigence de votre rôle. C'est ce qui en fait également sa noblesse.

J'ai voulu vous rendre hommage à vous, les personnels de l'hôpital psychiatrique, qui fait finalement peu parler de lui, l'hôpital psychiatrique qui est souvent incompris, l'hôpital psychiatrique qui est rarement reconnu. Lorsque l'on parle d'établissements d'excellence, on parle bien souvent d'autres établissements que des vôtres.

Comme notre société a besoin de vous, nous devons nous engager pour que l'on parle de vos établissements autrement qu'à l'occasion de faits divers qui mettent en cause les patients qui vous sont confiés. A mes yeux, ces faits divers ne remettent nullement en question votre compétence, votre dévouement, et les services que vous rendez à la société. Mais ces faits divers doivent nous interroger tous, moi compris, sur les lacunes que peut révéler notre système d'organisation et de fonctionnement de la prise en charge. Surtout lorsque des drames ne peuvent pas être imputés à la seule fatalité. C'est vraiment la maladie de notre temps, de tout expliquer par la fatalité : tout, la crise, les problèmes. Non, C'est trop simple. On ne peut pas simplement dire : c'est la fatalité. Pourquoi être responsable si la fatalité explique tout ?

Vous vous souvenez tous du meurtre, dont on me parlait il y a quelques instants, commis il y a quelques jours à Grenoble sur une personne de 26 ans par un malade qui avait fugué de l'hôpital psychiatrique de Saint-Egrève. Je veux adresser mes pensées à la famille de ce jeune homme. Et vous dire que j'ai été choqué par cette affaire. Voilà une personne –je veux dire le futur meurtrier- qui avait déjà commis plusieurs agressions très graves dans les murs et hors les murs ! Voilà une personne éminemment dangereuse qui bénéficiait pourtant de deux sorties d'essai par semaine ! Et j'entends dire que rien n'indiquait que cette personne pouvait à nouveau passer à l'acte, que rien n'avait été fait pour renforcer sa surveillance ? Et j'ai été choqué de ne pas entendre beaucoup de mots pour la famille de la victime.

Entendons-nous bien. La place des malades n'est pas en prison. Si on est malade, on va à l'hôpital. Et je trouve injuste la façon dont on parle, ou plutôt dont on ne parle pas, des hôpitaux psychiatriques. Mon propos n'est pas de dire que la seule solution est l'enfermement. Surtout l'enfermement à vie. Mon propos n'est pas de dire que seuls comptent les risques pour la société et jamais le cas particulier du malade. Vous êtes du côté du malade mais si vous ne l'étiez pas, qui le serait ? C'est le rôle des praticiens. C'est le rôle des soignants que d'être en quelque sorte inconditionnels du malade et de sa guérison. Mais je ne peux pas, moi, me mettre sur le même plan. La Ministre ne peut pas se mettre

sur le même plan. C'est dans la rencontre de nos deux responsabilités que l'on trouvera le bon équilibre. Un schizophrène est, avant toute autre considération, une personne malade. Je mesure l'apport extraordinaire de la psychiatrie à la médecine d'aujourd'hui et la singularité de votre mission.

Il faut trouver un équilibre, que nous n'avons pas trouvé, entre la réinsertion du patient absolument nécessaire et la protection de la société. Dire cela ce n'est bafouer personne. Mon devoir c'est de protéger la société et nos compatriotes, de la même façon que les personnels. Parce que vous êtes les premiers au contact de cette violence éruptive, imprévisible et soudaine. L'espérance, parfois ténue, d'un retour à la vie normale, - j'ose le dire ici - ne peut pas primer en toutes circonstances sur la protection de nos concitoyens. Mettez-vous aussi à ma place. Je dois répondre à l'interrogation des familles des victimes que je reçois. Les malades potentiellement dangereux doivent être soumis à une surveillance particulière afin d'empêcher un éventuel passage à l'acte. Et vous savez fort bien, mieux que moi, que des patients dont l'état s'est stabilisé pendant un certain temps peuvent soudainement devenir dangereux.

Cela pose la question des moyens. Il faut plus de sécurité et de protection dans les hôpitaux psychiatriques. Cette protection, nous vous la devons d'abord à vous, qui êtes en première ligne. Aux familles, parce que les familles sont les premières à porter le risque quotidien de la dangerosité.

Je souhaite que plusieurs mesures soient mises en œuvre à cette fin.

Nous allons d'abord, chère Roselyne BACHELOT, réaliser un plan de sécurisation des hôpitaux psychiatriques. Et la Ministre de la santé a dégagé 30 millions d'euros. Ces investissements serviront à mieux contrôler les entrées et les sorties des établissements et à prévenir les fugues. Quand un patient hospitalisé d'office sort du périmètre autorisé par son médecin, l'équipe soignante doit en être informée tout de suite. Certains patients hospitalisés sans leur consentement seront équipés d'un dispositif de géolocalisation qui, si cela se produit, déclenche automatiquement une alerte. Ce système est déjà utilisé à l'hôpital, par exemple dans les unités qui soignent des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Cela permettra de rassurer les personnels et d'alléger leurs tâches.

Par ailleurs, au moins une unité fermée va être installée dans chaque établissement qui le nécessite. Ces unités seront équipées de portes et de systèmes de vidéosurveillance pour que les allées et venues y soient contrôlées.

Enfin, nous allons aménager 200 chambres d'isolement. Ces chambres à la sécurité renforcée sont destinées aux patients qui peuvent avoir des accès de violence envers le personnel.

La création d'unités fermées et de chambres d'isolement supplémentaires est une mesure dont je veux souligner l'importance. Ce n'est pas à vous que je vais apprendre que certaines personnes malades sont plus agressives que d'autres ; que certains patients ne sont pas faits pour l'hospitalisation conventionnelle sans pour autant relever des unités pour malades difficiles. Il manque, entre les deux, une prise en charge intermédiaire. C'est précisément ce vide que viendront combler les unités fermées et les chambres d'isolement.

Pour les malades les plus difficiles, nous allons, là aussi, renforcer le dispositif de prise en charge. Quatre unités supplémentaires pour malades difficiles de quarante lits chacune vont être créées. C'est une mesure, qui doit permettre aux personnels de travailler dans les conditions les plus appropriées à la spécificité de certains malades. C'est 40 millions d'euros d'investissement et 22 millions d'euros de fonctionnement en plus car, naturellement, il faut le personnel qui va avec ces nouvelles places.

L'Etat investira 70 millions d'euros -30 pour la sécurisation des établissements et 40 pour les unités pour malades difficiles. Et je souhaite que l'on aille plus loin. J'ai annoncé une réforme sanitaire des procédures de l'hospitalisation d'office. J'ai bien conscience que ce sont des sujets qu'il n'est pas raisonnable pour un Président de la République d'évoquer, m'a-t-on dit. Pourquoi se mettre là-dedans ? Tout le monde s'est cassé les dents. Je vais me mettre là-dedans parce que c'est indispensable. Et, justement, parce que c'est difficile, c'est mon rôle de ne pas me cacher et de ne pas fuir les problèmes difficiles. Le drame de Grenoble ne doit pas se reproduire.

J'ai demandé à Roselyne BACHELOT, qui a toute ma confiance, de préparer un projet de loi. Alors, vous me direz que le placement d'office ne concerne que 13% des hospitalisations. Mais ce sont celles qui exigent le plus de précautions, ce sont les plus difficiles. Là encore, je pense qu'un meilleur équilibre entre la réinsertion absolument nécessaire et la sécurité est nécessaire. Entre le tout angélique et le tout sécuritaire, est-ce que l'on ne peut pas se mettre autour d'une table pour trouver le bon équilibre, raisonnable, entre gens de bon sens ? Il faut réformer l'hospitalisation d'office pour concilier la qualité des soins et la sécurité des personnes.

Nous allons d'abord instaurer une obligation de soins en milieu psychiatrique. 80% de vos patients sont pris en charge en ville. De même qu'il existe l'hospitalisation sans consentement, il faut qu'il y ait des soins ambulatoires sans consentement. C'est l'intérêt même du patient et de sa famille. L'obligation de soins doit être effective même en cas d'absence ou de défaut de la famille. On ne peut pas laisser seul un patient qui a un besoin manifeste de soins et qui peut, parfois, refuser de s'y soumettre.

Je connais bien le principe : nul ne peut être soigné sans son consentement. Encore faut-il que son consentement soit lucide. Vaste débat, me direz-vous, mais j'ai des obligations de résultats vis-à-vis de la société. Peut-on laisser des gens qui ont besoin d'être soignés sans être soignés, simplement pour la liberté qu'ils peuvent avoir de se détruire ? Ayons ce débat. Moi je pense que c'est de la non-assistance à personne en danger. Mais j'accepte bien volontiers qu'on discute, mais discutons-en vraiment, allons jusqu'au bout de la discussion.

Les sorties de patients, absolument indispensables, doivent être davantage encadrées. La décision d'autoriser une personne hospitalisée d'office à sortir de son établissement ne peut pas être prise à la légère. Je ne dis pas qu'elle est prise à la légère. Vous avez des convictions j'en ai aussi. Je dis que la décision de sortie est une décision qu'on ne peut pas prendre à la légère. Elle ne l'est pas, tant mieux. Mais allons plus loin, c'est une décision qui est lourde de conséquences. Je réfléchis à un système ou le préfet doit prendre ses responsabilités. Pourquoi le préfet ? Parce que c'est le représentant de l'Etat. En cas de sortie d'essai ou définitive, il doit y avoir un avis rendu par un collège de trois soignants : le psychiatre qui suit le patient, le cadre infirmier qui connaît la personne, ses habitudes et un psychiatre qui ne suit pas le patient. Et les psychiatres libéraux doivent pouvoir en faire partie. L'exercice collégial est la clé de la réforme. L'avis des experts est indispensable, mais je veux poser la question les experts. Les experts donnent leur avis mais la décision, ce doit être l'Etat, ou dans certains cas la justice, mais pas l'expert. Je ne suis pas pour une société d'experts : les experts en comptabilité, les experts en bâtiment, les experts en médecine, les experts encore toujours. Mais il y a un Etat, une justice, qui doivent trouve un équilibre entre des intérêts contradictoires et des points de vue contradictoires. Et le praticien doit pouvoir donner son avis de praticien : à son avis, cette personne est-elle capable de sortir, en a-t-elle besoin pour être soignée. Cette appréciation-là, cette conviction-là, sont parfaitement nécessaires et respectables, mais il faut qu'elles soient confrontées à une autre appréciation, celle de celui qui a à garantir l'ordre public et la sécurité des autres. Et c'est dans la rencontre entre ces deux points de vue, le point de vue de celui qui soigne le patient et le point de vue de celui qui a la charge de l'ordre public qu'on peut trouver le bon équilibre. Et le préfet est là pour représenter l'Etat.

Je ne veux plus que les préfets décident de façon aveugle, automatique. Quand il y a un drame, chacun se renvoie la responsabilité et au fond trop de responsables tuent la responsabilité. Je veux qu'ils engagent leur responsabilité en connaissance de cause.

Enfin, le Gouvernement s'assurera que les informations administratives sur les hospitalisations d'office soient partagées entre tous les départements avec un secret médical respecté de la façon la plus stricte.

Je voudrais vous dire que l'hôpital psychiatrique, c'est, à mes yeux, d'abord et avant tout d'un hôpital.

Il faut une grande ambition pour nos établissements psychiatriques qui doivent être considérés comme une composante à part entière du service public de l'hospitalisation. Je souhaite que vous soyez davantage concernés par la réforme de l'hôpital et mieux impliqués dans sa mise en œuvre. Cette réforme, elle est aussi faite pour vous.

Et si la question de l'organisation et des ressources de l'hôpital psychiatrique se pose, alors nous devons, avec votre ministre, la poser sans tabou. Et c'est pour moi une priorité.

Grâce au plan de santé mentale 2005-2008, les moyens de fonctionnement alloués au secteur public ont progressé d'un peu plus d'un milliard d'euros entre 2004 et 2008. 3 000 postes de médecins et de soignants ont été créés. Le nombre de lits d'hospitalisation est resté stable depuis 2004, alors même que la prise en charge ambulatoire s'est développée, ce qui est heureux.

Un plan d'investissement important, en plus de celui que je viens de vous annoncer, est en cours. 342 opérations de modernisation doivent être réalisées entre 2006 et 2010 pour un montant total d'1,5 milliard d'euros.

Je le dis au ministre de la Santé, s'il apparaît qu'il faut investir davantage, nous investirons davantage. S'il faut accélérer certains projets, nous les accélérerons. J'y suis prêt. Mais je le dis aux praticiens que vous êtes, des moyens supplémentaires, oui, mais des réformes aussi : les deux vont de pair. Des moyens supplémentaires au service d'une politique de réforme : pas d'immobilisme dans ce secteur non plus.

Il faut que l'hôpital psychiatrique - allez, j'ose le mot - ait un patron, et un seul, qui ait le pouvoir de dire oui, de décider et d'agir. Il faut aussi que l'hôpital psychiatrique coopère davantage avec les autres acteurs de l'offre de soins, pour mieux gérer les urgences et pour rendre le parcours du patient plus fluide. Il est enfin important, essentiel, d'accroître l'attractivité de vos métiers et de vos carrières. C'est un problème majeur dans notre pays. Vous avez un pays passionnant mais extrêmement exigeant. Il faut que l'on renforce l'attractivité de vos métiers et de vos carrières, tout en développant les passerelles avec les autres établissements de santé pour qu'il n'y ait pas de ghetto. Je vois bien les avantages de la spécialisation mais je crains la ghettoïsation, tellement facile dans notre pays.

Permettez-moi d'adresser un message particulier aux directeurs d'hôpitaux, qui sont au cœur de la réforme de l'hôpital que j'ai voulue avec Roselyne BACHELOT. Je leur fais confiance. J'ai de l'estime pour le travail remarquable qui est le leur. Mais pourquoi dis-je qu'il faut un patron à l'hôpital ? Parce qu'aucune structure humaine ne peut fonctionner sans un animateur. Et à l'hôpital, il y a tant

d'intérêts contradictoires et de tensions. On est dans un système où tous peuvent dire non, personne ne peut dire oui. Celui qui a le plus petit pouvoir peut empêcher de faire une petite chose. Mais celui qui a le plus grand pouvoir ne peut pas permettre de faire une petite chose. Le pouvoir de dire non, en fait, existe et le pouvoir de dire oui, non. Parce que chaque pouvoir équilibre l'autre dans un mouvement de paralysie quasi-générale. Je préfère de beaucoup qu'il y ait un vrai animateur, un vrai patron animateur et responsable, qui écoute tout ce qu'on lui dit, je pense notamment aux avis indispensables des médecins, qui prend des décisions et qui assume les responsabilités si cela ne va pas. C'est un système clair.

Vous le voyez, il n'est pas question que la psychiatrie soit oubliée ou négligée. Notre pays a besoin d'une hospitalisation psychiatrique qui soigne et guérit, une hospitalisation psychiatrique en progrès, où le bien-être des malades et des personnels doit être pris en compte et amélioré. Nous avons besoin d'une hospitalisation psychiatrique qui protège, et en même temps qui soit plus transparente. Ce n'est pas mystérieux ce qui se passe ici. Il ne faut pas avoir peur de la psychiatrie et de l'hôpital psychiatrique. C'est un besoin. C'est une nécessité. Et le fait que j'ai voulu venir ici, c'est pour montrer aux Français qu'ici il y a des femmes et des hommes qui travaillent avec passion, avec compétence, avec dévouement et qu'on a besoin d'eux. On n'a pas besoin de changer de trottoir quand on passe à côté d'un hôpital psychiatrique. La maladie psychiatrique, cela peut arriver à tout le monde dans toutes les familles.

Par ailleurs, et je terminerai par cela, c'est trop important pour qu'on ait des débats d'école, de secte, d'idéologie. Il n'y a pas d'un côté ceux qui ont raison sur tout, moi compris, et ceux qui ont tort de l'autre côté sur tout. Il y a une nécessité de progresser. Des moyens supplémentaires, mais aussi une réforme. Une réforme pour que vous puissiez travailler mieux et que nous ayons moins de drames, comme ceux que nous avons connus. Parce que les premiers qui sont traumatisés, c'est le personnel, ce sont les médecins, dans un cas comme dans l'autre.

Voilà, Mesdames et Messieurs, j'espère que vous avez compris, pour moi, ces quelques heures passées dans votre établissement, ce n'était pas une visite comme les autres. Je voudrais vous dire combien je respecte le travail qui est le vôtre et le choix de carrière qui a été le vôtre. Parce que, j'imagine que, y compris dans votre entourage familial et personnel, il doit falloir passer du temps pour expliquer ce que vous faites et pourquoi vous le faites avec tant de passion. Et enfin, je comprends parfaitement que le malade est une personne dans toute sa dignité et que sa maladie ne fait que le rendre plus humain encore, qu'un hôpital ne sera jamais une prison. Mais en même temps, des malades en prison, c'est un scandale. Mais des gens dangereux dans la rue, c'est un scandale aussi. Je veux dire les deux choses et qu'on ne vienne pas me dire que c'est un cas de temps en temps.

Parce que si c'était nous, un membre de notre famille, on ne dirait pas cela. Donc, il va falloir faire évoluer une partie de l'hôpital psychiatrique pour tenir compte de cette trilogie : la prison, la rue, l'hôpital, et trouvez le bon équilibre et le bon compromis.

Mesdames et Messieurs,
Je vous remercie de votre attention et de votre accueil ».

Annexe 2 : Pétition du « Collectif des 39 contre la nuit sécuritaire » (2011)

« La liberté peut être aussi thérapeutique »

La justice, les magistrats, les professionnels du monde judiciaire sont attaqués, dénoncés comme coupables des crimes commis, dénigrés, comme jamais.

L'école, les enseignants, les parents tout autant.

La psychiatrie, les fous, les malades mentaux, les professionnels des soins psychiatriques ne sont pas en reste.

Depuis son arrivée au ministère de l'Intérieur, Nicolas Sarkozy n'a eu de cesse de mettre en œuvre son obsession : assimiler les malades mentaux à des délinquants. En février 2007, sous la pression de la mobilisation des professionnels, des associations de familles et d'usagers de la psychiatrie, il a retiré cette disposition de sa loi de Prévention de la Délinquance. En promettant qu'il y reviendrait...
Ce fut chose faite avec son discours, prononcé le 2 décembre 2008 à l'hôpital Érasme d'Antony en tant que Président de la République. L'auteur de l'Éloge de la Folie qui a donné son nom à cet établissement psychiatrique a dû se retourner dans sa tombe. *« Les malades mentaux sont,* selon ce Président, *potentiellement dangereux, voire criminels »*.

Depuis ce discours, le grand renfermement a commencé. Augmentation des chambres d'isolement, construction de murs, élévation des grillages, installation de caméras dans les hôpitaux et même dans certains services ! Un budget de 70 millions d'euros a été immédiatement débloqué uniquement pour ces équipements sécuritaires. Les moyens, pour les personnels soignants, pour l'amélioration des conditions d'accueil et de soins attendront.

Le pacte républicain qui soutient la séparation des pouvoirs, est rompu : les préfets discréditent les avis des psychiatres, décident contre leur avis. Si l'hospitalisation protège le patient pour des soins, celle-ci devient un enfermement arbitraire quand le préfet refuse la sortie demandée par le psychiatre.

C'est dans ce contexte, dans ce climat délétère et morbide que nous est proposée une modification de la loi de 1990, avec un projet de loi qui donne **un cadre juridique à cette dérive sécuritaire.**

Masqué par une appellation toute séduisante : « *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* », il a été adopté au Conseil des Ministres du 26 janvier 2011, et va être débattu au Parlement au printemps.

Ce texte s'inscrit dans le droit fil du projet sécuritaire de Nicolas Sarkozy. Explicitement énoncé dans l'exposé des motifs : « *Divers événements dramatiques survenus ces derniers temps attestent de la nécessité, rappelée par le Président de la République, de mieux encadrer les sorties des établissements de santé et d'améliorer la surveillance de certains patients* ».

Au sécuritaire, s'associent l'objectif strictement gestionnaire qui met le contenu des soins à l'arrière-plan, et l'idéologie du principe de précaution appliquée en contre-point des risques encourus par tout un chacun.

Dans un vocabulaire relevant du code pénal, il cautionne la défiance à l'égard de citoyens souffrants. Dans ce dispositif, seul le trouble à l'ordre public est pris en compte.

Ce projet de loi s'inscrit dans une stratégie de communication qui s'appuie sur l'amalgame « fou – dangerosité », utilisant le désarroi des familles, et la peur dans l'opinion publique. Le recours désormais facile à la disqualification des professionnels, et notamment de ceux qui ont développé des logiques de soins ouvertes et déségrégatives, est sous-jacent dans l'esprit de ce texte, organisé autour de la réduction des soins aux seuls traitements médicamenteux.

Le changement prévu par le gouvernement est une modification sans précédent, un bouleversement sociétal sous la parure d'une meilleure gestion de l'accès aux soins.

Au cœur de ce dispositif, un changement paradigmatique sans précédent : **l'institution des « *soins* » sans consentement en ambulatoire**.

Depuis la loi de 1838, l'hospitalisation seule pouvait faire l'objet d'une contrainte identifiant les soins à un lieu. Ce projet de loi n'identifie plus l'hospitalisation, mais les soins eux-mêmes à la contrainte, les réduisant à une pure surveillance. L'obligation prend le pas sur le contenu même du soin. Cette dérive vers la surveillance, le contrôle des patients penche dangereusement vers des choix totalitaires, des choix « contrôlitaires ». C'est un lourd tribut : le monde de la psychiatrie, la société française sont-ils prêts à s'y soumettre ? à le payer ?

La mystification est totale :

Il ne s'agit pas d'un projet de soins, mais d'un engrenage portant atteinte aux libertés fondamentales dans un état démocratique.

Prétendant améliorer « l'accès aux soins » et leur « continuité », ce projet propose uniquement un accès à la contrainte sans limite de durée.

Il détourne la fonction des soignants vers une orientation de dénonciation, de rétention, de « soins » sous contraintes et de surveillance.

Il impose aux patients d'accepter des « soins » stéréotypés, protocolisés, identiques pour tous. Ils seront sous surveillance, associée à un contrôle de leur dignité : ainsi se met en place une police de l'intime. Il instaure un fichier national, « un casier psychiatrique ? », de toute personne ayant été soumise ne serait-ce qu'une seule fois aux soins sans consentement.

Ce projet de loi concerne l'ensemble de la société, pas seulement les malades désignés comme dangereux. L'extension du domaine de la norme, - troubles du comportement, désordres psychiques, dangerosité, troubles affectifs -, fait qu'un tiers de la population est considéré comme atteinte d'un « trouble psy ». Nous entrons dans l'ère de la « Police Sanitaire », avec en toile de fond la perspective du « bien-être mental pour tous », cette idéologie du santémentalisme promu par quelques apprentis sorciers.

Ce projet de loi se soutient d'une vision simpliste, et s'appuie sur la peur dans l'opinion publique. Il détourne l'opinion en utilisant l'illusion, la tromperie, le mensonge… et les menaces pour les libertés individuelles.

- **Illusion pour les familles**, qui confrontées à des difficultés majeures pour obtenir le soutien nécessaire et l'assurance de la continuité des soins pour leur proche, espèrent que cette loi va atténuer leur désarroi et leur solitude. Alors que seuls une amélioration de la formation, le développement de soins de proximité pourront permettre de tisser des liens, et pousser des équipes plus attentives et en nombre, à prendre en compte les attentes des familles.
- **Tromperie**, car ce que laisse entendre ce projet de loi, c'est qu'une contrainte aux soins, une obligation de soins se réduit à des traitements médicamenteux imposés à domicile ou à l'hôpital. Alors que l'expérience nous apprend que ce n'est qu'au prix d'une disponibilité, d'un travail autour de la fonction d'accueil, s'appuyant sur le lien relationnel, l'établissement progressif d'une confiance réciproque, que la peur peut être atténuée et l'efficacité d'une thérapeutique patiente, longue et diversifiée être obtenue.

- **Mensonge** car il s'agit de faire croire à l'opinion publique, qu'avec cette loi, le risque zéro sera possible. Des dispositions sont prévues obligeant les soignants à dénoncer les manquements aux soins, brisant toute confiance thérapeutique possible, et provoquant l'intervention de la force publique pour ré-interner un malade. Aveuglés par leur idéologie sécuritaire, les responsables de ce projet de loi ignorent que, délaissés de toute relation soignante de confiance et acculés à la méfiance qui exacerbe leur sentiment de persécution, certains malades pourraient d'autant plus passer à l'acte.
- **Enfin, menaces sur les libertés individuelles des patients** mais aussi quiconque potentiellement confronté à un désordre psychique, affectif, moral, généré par le contexte social, le travail, l'entourage. L'orientation de l'obligation de soins passe ainsi dans les mœurs, dans la banalité du ça va de soi.

A l'encontre de toute démarche sanitaire, cette loi va devenir un abri "légal" pour la déresponsabilisation des soignants auprès des patients les plus en souffrance.

Faute d'améliorer l'accès aux soins et leur continuité en instaurant un budget spécifique pour la psychiatrie, de corriger la pénurie des effectifs soignants, de transformer la formation de tous les personnels, ce projet propose un accès à la contrainte et une continuité de celle-ci. Il est certainement plus « économique » de contraindre que de créer les conditions dignes et humaines pour soigner.

Ce projet de loi esquisse une perspective de normalisation, d'uniformisation et de contrôle, par le biais d'un objectif d'une santé mentale plus proche d'une police sanitaire que respectant la singularité de chaque individu.

Mais aussi, il institue la défiance envers les professionnels dans une démarche politique analogue à celle appliquée récemment aux magistrats et à la Justice, comme à d'autres professions.

La complexité de la question que pose la folie, la maladie mentale dans la société, la nécessité de l'élaboration d'une politique de soins psychiatriques dignes et respectueux des libertés, qui prenne en compte les besoins des malades, les attentes des familles et le soutien aux professionnels de la psychiatrie, justifient la mise en œuvre d'une immense réflexion dans le pays, à l'échelon local, départemental, régional et national.

Aux réponses démagogiques et précipitées à l'émotion suscitée par des faits divers dramatiques, réponses qui ne font qu'accroître et entretenir la peur de l'autre, **nous voulons opposer l'élaboration citoyenne de propositions pour une politique de soins psychiatriques du XXIème siècle au plus proche des réalités de terrain**.

La psychiatrie est l'affaire de tous.

À la complexité de l'humain dont la folie est partie intégrante, il n'y a pas de réponses simplistes qui s'appuient sur un scientisme en expansion et des marchands d'illusion.

Le poète nous éclaire avec ces quelques vers :

« Il n'y a pas de chemin,

Le chemin se fait en marchant».

Antonio Machado.

Pour construire ce chemin, à l'aune des enjeux fondamentaux de la démocratie, citoyens, usagers, familles, professionnels, nous voulons une toute autre démarche que celle qui nous est proposée.

Nous rejetons totalement ce projet de loi. Nous nous engageons à tout mettre en œuvre pour cette seule exigence, son retrait.

20 février 2011.

Annexe 3 : « Quelques questions qui peuvent être posées au patient par le JLD, à l'audience »

« Questions proposées par François BOUSQUET, magistrat à la Cour du Québec […]. Le QUÉBEC connaît en effet la judiciarisation des soins sans consentement depuis 12 ans ».

- *« Savez-vous pourquoi vous êtes ici ? »*
- *« Êtes-vous d'accord avec ce que l'hôpital demande ? Pourquoi ? »*
- *« Comment êtes-vous arrivé à l'hôpital (circonstances) ? Et depuis quand ? »*
- *« Comment se déroule chacune de vos journées à l'hôpital ? Rencontrez-vous fréquemment le psychiatre ? Pendant combien de temps à peu près ? Cela vous aide t-il ? »*
- *« Vous souvenez-vous d'avoir rencontré les deux psychiatres qui ont rédigé les rapports ? »*
- *« Dans son rapport le psychiatre écrit que… Quels sont vos commentaires là-dessus ? »*
- *« Est-ce que c'est la première fois que vous êtes hospitalisé en psychiatrie ? Sinon à combien de reprises et quand s'est terminée l'hospitalisation précédente ? »*
- *« Reconnaissez-vous que vous souffrez d'une maladie mentale ? »*
- *« Avant d'être conduit à l'hôpital, aviez-vous cessé de prendre vos médicaments et, si oui, pourquoi ? »*
- *« Si vous quittez immédiatement l'hôpital, que ferez-vous aujourd'hui et ensuite ? »*
- *« Irez-vous consulter en externe ? »*.

Source : D'après un document de l'ENM intitulé *« Audience juge des libertés – Quelques éléments »*, qui nous a été remis par Mme Laurence MICHEL, Juge des libertés et de la détention au Tribunal de Grande Instance de Bordeaux (auteur et date de rédaction non précisés).

Annexe 4 : Critères utilisés pour classer les réglementations nationales en fonction du degré de protection des droits des patients (PRIEBE et al., 2010)

Appendix

Criteria to distinguish the legislation on involuntary hospital admission with respect to the protection of the interest of the patients

For each question the first option is seen as more protective of the interest of the patients.

Legislation criteria

(a) Is involuntary admission possible only when patients pose a risk to themselves and/or others, *or* also to avoid a more general threat to the patients' health?

(b) Can the admission be initiated only by authorities and medical doctors *or* also by other stakeholders?

(c) Does involuntary admission require the decision of a court *or* not?

(d) Is the period of time for which the hospital can decide to keep patients involuntarily on the wards without a formal decision for involuntary treatment shorter *or* longer than 24 hours?

(e) Is legal support guaranteed *or* not?

(f) With respect to appeal procedures to independent bodies, are there binding time periods for a response, and are people and/or institutions other than the patient authorised to appeal, *or* not?

(g) Is the decision for involuntary treatment measures separate from the decision for involuntary admission *or* not?

Criteria protecting the interest of the patients in each country

Seven: Germany (a–g).
Five: Slovakia (a, c, d, f, g), Sweden (a, b, d, e, f).
Four: Bulgaria (a, c, d, g), Czech Republic (a, c, d, g), Spain (c, d, e, g).
Three: Italy (b, f, g), Poland (b, c, e), Lithuania (a, b, c).
Two: Greece (c, f).
One: England (e).

Annexe 5 : Questionnaire utilisé dans le cadre de l'étude personnelle

Date: /_ _/_ _/_201_/ Nom du patient : |__||__||__| (3 premières lettres)

Critères d'inclusion

☐ Patient hospitalisé sans consentement : ASPDT, péril imminent, ASPDRE
☐ Ayant rencontré le juge des libertés et de la détention pendant l'hospitalisation actuelle
☐ En capacité de comprendre les questions
☐ Acceptant l'entretien.

Informations socio-démographiques

Année naissance : |__|__|__|__|

Sexe : ☐ Femme ☐ Homme

Niveau d'étude :
☐ < CAP/BEP ☐ ≤ Bac + 2
☐ CAP/BEP ☐ ≥ Bac + 2
☐ ≤ Bac ☐ Pas d'information

Statut conjugal :
☐ Célibataire ☐ En instance de divorce/séparation
☐ Marié(e) ☐ Divorcé(e) ou séparé(e) d'un(e) concubin(e)
☐ PACS ☐ Veuf(ve)
☐ Concubinage ☐ Pas d'information

Statut résidentiel :
☐ Logement indépendant, vit seul ☐ en couple ☐ autre : .....
☐ Habite chez ses parents ou chez d'autres membres de la famille
☐ Habite chez des personnes n'appartenant pas à sa famille
☐ Foyer de réadaptation, d'hébergement, occupationnel
☐ SDF
☐ Autre (hôtel, maison de retraite…), préciser : ……
☐ Pas d'information

Situation professionnelle actuelle :
☐ Travaille en milieu normal ☐ en milieu protégé
☐ Chômage ☐ RSA ☐ Invalidité ☐ AAH
☐ Étudiant ou lycéen ☐ Femme au foyer ☐ Retraité
☐ Autre (préciser) : .....

Mesure de protection : ☐ oui ☐ non.

Hospitalisation actuelle

1/ Date du début de l'hospitalisation : /__/__/ /__/__/ /__/__/

2/ Conditions d'arrivée à l'hôpital :

- ☐ De lui (d'elle)-même
- ☐ Amené(e) par la famille
- ☐ Amené(e) par d'autres personnes
- ☐ Amené(e) par les pompiers
- ☐ Amené(e) par la police
- ☐ Adressé(e) par un généraliste
- ☐ Adressé(e) par un psychiatre
- ☐ Adressé(e) par un service de l'hôpital général (préciser lequel) : ……
- ☐ Autre : ……

3/ Passage par le SECOP : ☐ oui ☐ non

4/ Mode d'hospitalisation :

- ☐ ASPDT
- ☐ Péril imminent
- ☐ ASPDRE
- ☐ faisant suite à un programme de soins *(réintégration)*
- ☐ marquant le début de la prise en charge *(première ou nouvelle hospitalisation)*

5/ Trouble(s) dont souffre le patient :

Diagnostic principal CIM-10 : /__//__/__//_._//__/__/

Abus/dépendance substances : ☐ oui ☐ non ☐ pas d'information

Abus/dépendance alcool : ☐ oui ☐ non ☐ pas d'information

Hospitalisations antérieures/éventuel passé judiciaire

1/ Hospitalisation(s) antérieure(s) : ☐ oui ☐ non

Si oui : Sans consentement : ☐ oui ☐ non

Si antécédent(s) d'hospitalisation sans consentement :

Avant l'application de la loi du 5/7/11 : ☐ oui ☐ non

Contestation de la mesure à l'époque : ☐ oui ☐ non

Si oui, préciser : ……

Information du changement de cadre légal : ☐ oui ☐ non

Si oui, par quel(s) moyen(s) :

- ☐ Personnel médical/paramédical
- ☐ Médias : article de presse/reportage TV
- ☐ Proche récemment hospitalisé
- ☐ Autre : ……

Autre situation : ……

2/ Rencontre antérieure avec un juge *(pour quel que motif que ce soit)* : ☐ oui ☐ non

Si oui, préciser pour quelle(s) raison(s) :

- .....
- .....

3/ Antécédent(s) carcéral(ux) : ☐ oui ☐ non

Si oui, préciser pour quelle(s) raison(s) :

- .....
- .....

Audience par le juge

A quelle date avez-vous rencontré le juge ? : /__/__//__/__//__/__/

Où était-ce ? : .....

Quel type de juge était-ce ? : .....

Qui vous a accompagné(e) (p*lusieurs réponses possibles)* :

☐ Personnel médical
☐ Personnel paramédical
☐ Membre de la famille
☐ Curateur/tuteur
☐ Personne
☐ Autre : .....

Information concernant l'audience :

A quel moment avez-vous été informé(e) que l'hospitalisation vous était imposée ?

☐ Au SECOP
☐ Dans le service d'admission
☐ Pas d'information reçue
☐ Autre : .....

Qui vous a informé(e) de la rencontre à venir avec le juge :

☐ Personnel du SECOP
☐ Personnel du service d'admission
☐ Autre(s) patient(s) hospitalisé(s)
☐ Autre : .....

Concernant la qualité de l'information apportée, l'avez-vous trouvée :

☐ Très claire
☐ Claire
☐ Peu claire
☐ Pas claire du tout.
☐ Suffisante
☐ Insuffisante

Qu'avez-vous ressenti au moment de l'annonce *(plusieurs réponses possibles)* :

☐ Réassurance/soulagement
☐ Incompréhension
☐ Inquiétude/peur
☐ Colère
☐ Indifférence
☐ Autre(s) : .....

<u>Attente de l'audience :</u>

Avez-vous recherché des informations complémentaires auprès de l'équipe soignante : ☐ oui ☐ non

Si oui : à quel(s) sujet(s) ? :

– ……

– ……

– ……

Avez-vous préparé des questions, un texte : ☐ oui ☐ non

Si oui : à quel(s) sujet(s) ? :

– ……

– ……

– ……

Avez-vous discuté avec d'autres patients ayant rencontré le juge : ☐ oui ☐ non

Si oui : à quel(s) sujet(s) ? :

– ……

– ……

– ……

<u>Au moment de l'audience :</u>

Avez-vous été représenté(e) par un avocat : ☐ oui ☐ non

Si oui : - aviez-vous déjà un avocat : ☐ oui ☐ non

- était-ce un commis d'office : ☐ oui ☐ non

- avez-vous pu le rencontrer avant l'audience : ☐ oui ☐ non

Quelle(s) information(s) avez-vous apprise(s) durant l'audience *(plusieurs réponses possibles)* :

☐ Motif(s) de l'hospitalisation

☐ Identité du tiers

☐ Diagnostic

☐ Aucune

☐ Autre(s) : ……

Avez-vous contesté l'hospitalisation : ☐ oui ☐ non

Avez-vous posé des questions au juge ? : ☐ oui ☐ non

Si oui, lesquelles :

– ……

– ……

– ……

Qu'avez-vous ressenti durant l'audience *(plusieurs réponses possibles)* :

☐ Réassurance/soulagement ☐ Colère
☐ Incompréhension ☐ Indifférence
☐ Inquiétude/peur ☐ Autre(s) : ……

Avez-vous eu, à un moment ou à un autre, un sentiment *(plusieurs réponses possibles)* :

- de protection : ☐ oui ☐ non ☐ pas d'avis
- que tout était joué d'avance : ☐ oui ☐ non ☐ pas d'avis
- de mise en accusation : ☐ oui ☐ non ☐ pas d'avis

Concernant le juge, l'avez-vous trouvé *(plusieurs réponses possibles)* :

- à l'écoute : ☐ oui ☐ non ☐ pas d'avis
- bienveillant : ☐ oui ☐ non ☐ pas d'avis
- clair : ☐ oui ☐ non ☐ pas d'avis
- impartial : ☐ oui ☐ non ☐ pas d'avis
- indépendant des décisions médicales :
  ☐ oui ☐ non ☐ pas d'avis

Des personnes inconnues étaient-elles présentes durant l'audience :

☐ oui ☐ non ☐ pas d'avis

Si oui :
- leur présence vous a-t-elle gêné(e) : ☐ oui ☐ non ☐ pas d'avis
- auriez-vous préféré un huis clos : ☐ oui ☐ non ☐ pas d'avis

<u>Au décours de l'audience :</u>

Quel est l'intérêt, selon vous, de l'audience *(plusieurs réponses possibles)* :

☐ Protection des droits des personnes hospitalisées
☐ Possibilité de contester l'hospitalisation
☐ Aucun intérêt
☐ Autre(s) : ……

Auriez-vous préféré être entendu(e) au tribunal plutôt qu'à l'hôpital :

☐ oui ☐ non ☐ pas d'avis

Si oui : pourquoi (réponse libre) ? : ……

Concernant la décision du juge :

- êtes-vous en accord avec cette décision :
  ☐ oui ☐ non ☐ pas d'avis

Si non : projetez-vous de la contester :
☐ oui ☐ non ☐ pas d'avis

Si la réponse n'est pas non : savez-vous comment procéder :
☐ oui ☐ non ☐ pas d'avis

- comment avez-vous réagi lorsque vous l'avez apprise *(plusieurs réponses possibles)* :
  - ☐ Aide à la compréhension de la mesure d'hospitalisation sans consentement
  - ☐ Résignation
  - ☐ Indifférence
  - ☐ Injustice
  - ☐ Autre(s) : ……

- trouvez-vous que c'est une bonne chose qu'un juge soit sollicité pour décider de la poursuite ou non de l'hospitalisation : ☐ oui ☐ non ☐ pas d'avis

  Pour quelle(s) raison(s) ? :

  .....
  .....
  .....

Annexe 6 : Plaquette d'information du collectif « Mais c'est un homme… » (2011)

Vous venez d'entrer à l'hôpital psychiatrique en service libre ou contre votre gré, ou encore vous relevez de soins psychiatriques sans consentement en ambulatoire

LOI n° 2011-803 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, en vigueur le 1er août* 2011.

Quels sont vos Droits et Recours?

PRINCIPE GÉNÉRAL DES SOINS EN PSYCHIATRIE

Le soin psychiatrique présuppose habituellement le consentement et la liberté de choix du praticien et de l'établissement de soin (Art. L. 32111-1 et 3211-2 du Code de la santé publique).

« Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité thérapeutique pour la personne. Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir.» Art. 16-3 du Code civil

Le « soin psychiatrique libre » est le régime de droit commun. Il n'est dérogé à ce principe général du consentement aux soins que dans des cas précis et limités qui impliquent l'impossibilité de la personne à consentir aux soins compte tenu de son état mental. Ces cas sont ceux de l'hospitalisation en placement involontaire et des soins psychiatriques sans consentement.

LA PÉRIODE D'OBSERVATION ET DE SOINS INITIALE

Les « soins sans consentement » commencent par une « période d'observation et de soins initiale » d'une durée maximale de 72 heures.

Dans les 24 heures, un médecin réalise un examen somatique complet et un psychiatre établit un certificat médical constatant l'état mental et confirmant ou non la nécessité de maintenir les soins psychiatriques.

Dans les 72 heures, un nouveau certificat est établi dans les mêmes conditions.

Si les deux certificats concluent à la nécessité de maintenir les soins, le psychiatre de l'établissement motive un avis sur la prise en charge : hospitalisation complète ou programme de soins (hospitalisation à temps partiel, soins en ambulatoire contraints).

Le recueil de l'avis du patient, sur le traitement envisagé et sur la prise en charge sans consentement, est rendu obligatoire.

DROITS ET RECOURS CONSTANTS

Durant la période d'observation et à tout moment, vous pouvez :

- **Être assisté par le médecin de votre choix.**
- **Demander l'assistance d'un avocat de votre choix.** L'accès à un avocat est un droit. (L'Ordre des avocats pour la localité de l'établissement gère la liste des avocats de permanence ou volontaires, spécialisés à propos de l'hospitalisation sans consentement.)
- **Saisir le Juge des libertés et de la détention (JLD).** La requête peut être déposée au secrétariat de l'établissement d'accueil ou déclarée verbalement au directeur de l'établissement qui communiquera sous cinq jours un procès verbal et les pièces au greffe du Tribunal de Grande Instance.
- **Saisir le tribunal administratif de régularité de la décision.**
- **Saisir le Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté** (C.G.L.P.L.) : B.P. 10301, 75921 Paris cedex 19.
- **Saisir la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP)** du lieu de l'établissement.
- **Avoir accès aux pièces de votre dossier** auprès de l'établissement et **saisir la Commission nationale d'accès aux documents administratifs (CADA)** en cas de refus. En cas de procédure devant le JLD, les patients ont le droit de consulter les pièces requises au greffe du JLD.
- **Demander que votre avis et vos observations** sur votre hospitalisation et vos soins **soient pris en compte**, y compris par écrit, et à cette fin désigner un avocat ou une personne de confiance de votre entourage pour vous assister.

Désigner une personne de confiance (un parent, un proche ou le médecin traitant) pour vous accompagner dans vos démarches et vous assister lors des entretiens médicaux. N.B. : cette possibilité ne s'applique pas aux personnes sous tutelle qui doivent s'adresser à leur tuteur. Vous pouvez également préciser vos souhaits par écrits,ce qu'on nomme « **directives anticipées** ».

- **Correspondre librement**, en particulier avec les autorités de contrôle des établissements psychiatriques et votre avocat. Vos courriers ne peuvent pas être retenus.

LES SOINS SANS CONSENTEMENT

1/ L'ADMISSION EN SOINS PSYCHIATRIQUES SANS CONSENTEMENT

Elle intervient après la période des 72h d'observation. Vous serez :

- **En soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SPDT)**

— Une demande d'hospitalisation signée par un tiers devant justifier vous connaître au préalable (un parent, un proche, un collègue, …) et attestant de son identité.

— Deux certificats médicaux —voire un certificat médical en cas d'urgence— de médecins qui ne travaillent pas au sein de l'hôpital, attestant des troubles mentaux et de l'impossibilité du consentement aux soins.

- **En soins psychiatriques en cas de péril imminent (SPPI)**

Cas d'urgence, un seul certificat médical suffit.

- **En soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État (SPDRE)**

— Lorsque les troubles mentaux compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public.

— Un certificat médical s'impose. La notoriété publique sans certificat médical ne constitue plus un motif légal d'internement.

2. — L'hospitalisation complète

Avant l'échéance des 15 jours à compter de votre admission, si votre hospitalisation à temps complet a été confirmée, vous serez convoqué par le Juge des Libertés et de la Détention (JLD) pour contrôle de la validité et du bien fondé de votre hospitalisation.
Si l'hospitalisation complète sans consentement se prolonge de manière continue, ce Juge interviendra de la même manière tous les 6 mois.

Le Juge des Libertés et de la Détention

Vous pouvez saisir ce juge à tout moment, que vous soyez hospitalisé sans consentement ou en programme de soins sans consentement.
La comparution peut se dérouler au Tribunal, ou dans une salle adaptée de l'établissement, ou par visioconférence.
Vous pouvez être assisté de l'avocat de votre choix. Si vous n'êtes pas reconnu en capacité de comparaître, et si vous n'avez pas désigné d'avocat, un avocat vous sera désigné d'office.
Notez bien que l'aide juridictionnelle peut vous être octroyée.
Le directeur de l'établissement adresse certaines pièces de votre hospitalisation au greffe du JLD (**vous avez le droit de les consulter**), avec le cas échéant :
— Votre opposition à l'utilisation de la visioconférence,
— L'avis d'un psychiatre ne participant pas à votre prise en charge, et indiquant les motifs médicaux qui feraient obstacle à votre audition ou attestant que votre état mental ne fait pas obstacle à l'utilisation de la visioconférence.
Le tiers qui a demandé le soin sans votre consentement peut être entendu lors de cette audience ou formuler des observations par écrit.
Si vous saisissez le juge, l'ordonnance du juge est rendue dans un délai de 12 jours à partir de l'enregistrement au greffe de la requête, et de 25 jours si le juge nomme un expert. S'il s'agit du contrôle systématique, la décision du JLD doit être rendue avant l'expiration des 15 jours ou des 6 mois.
L'Appel est possible sous 10 jours à dater de la notification de l'ordonnance du JLD, devant le Premier président de la Cour d'appel. Le Procureur de la République peut, dans tous les cas, interjeter appel dans le même délai.
Si la mainlevée de la mesure est ordonnée, la décision est transmise au Procureur de la République pour appel éventuel.

3. — Le Programme de soins

Le programme de soins est un document établi et modifié par un psychiatre participant à votre prise en charge. Ce document doit vous être remis par un membre de l'équipe.
Il indique les modalités de la prise en charge sans consentement : hospitalisation à temps partiel, soins ambulatoires, soins à domicile, existence d'un traitement médicamenteux obligatoire, assignation dans un lieu d'habitation protégée,
Il mentionne l'ensemble des lieux où se déroulent ces prises en charge.
Le programme de soins ne comporte pas d'indications sur la nature et les manifestations des troubles mentaux dont souffre le patient, ni aucune observation clinique, ni la mention, ni les résultats d'examens complémentaires.
S'il fait état d'un traitement médicamenteux, il n'en mentionne ni la nature ni le détail.

Élaboration et modification du programme

L'élaboration du programme de soins et ses modifications sont précédées d'un entretien au cours duquel le psychiatre recueille votre avis, notamment sur le programme qu'il propose ou ses modifications, afin de vous permettre de faire valoir vos observations. La mention de cet entretien est portée sur le programme de soins et au dossier médical du patient.
A tout moment, le programme de soins peut être modifié en fonction de l'évolution votre état de santé. Un psychiatre de l'établissement peut également proposer l'hospitalisation complète, notamment en cas de non respect du programme de soins susceptible d'entraîner une dégradation votre état de santé.

LES MODALITÉS DE SORTIE

• Par décision du directeur de l'établissement après certificat médical concluant à la levée de la mesure, dans le cas des soins sur demande d'un tiers, et celui des soins au motif de péril imminent.
• Par arrêté préfectoral ordonnant la levée de la mesure de soins par décision prise par le représentant de l'Etat.
• Par mainlevée prononcée par le juge.
Dans certaines situations, après avis favorable d'un collège de 3 soignants dans certains cas, en plus dans d'autres de celui d'un collège d'experts psychiatres.
Les modalités de sortie dépendent de votre situation et sont parfois complexes. Il est conseillé de vous faire assister.

POUR PLUS D'INFORMATIONS,

Les associations d'usagers peuvent vous renseigner et vous soutenir pour accéder à vos droits :

C.R.P.A. : Cercle de Réflexion et de Proposition d'Actions sur la psychiatrie
Site : http://crpa.asso.fr
courriel : contact@crpa.asso.fr –Tél : 01 47 63 05 62

RÉSEAU EN PRATIQUE DE PAIRADVOCACY
Site : http://pairadvocacy.eu
Courriel : martine.dutoit@pairadvocacy.eu
Tél. : 01 45 07 18 18 et 06 13 10 93 97

FNAPSY : Fédération Nationale des Associations d'Usagers en Psychiatrie
Site : http://fnapsy.org
Permanence : du lundi au vendredi 10h à 13h
Tél. : 01 43 64 85 42

Mais c'est un Homme

Site : www.maiscestunhomme.org

Annexe 7 : Liste des propositions du « rapport BLISKO/LEFRAND » (2012)

Proposition n° 1 : prévoir des formations communes au monde judiciaire et au monde médical.

Proposition n° 2 : généraliser la tenue des audiences à l'hôpital.

Proposition n° 3 : recommander la tenue des audiences en chambre du conseil.

Proposition n° 4 : rendre obligatoire la signature de protocoles entre les juridictions, les établissements psychiatriques situés dans leur ressort et, le cas échéant, les services préfectoraux prévoyant les modalités d'organisation des audiences.

Proposition n° 5 : préciser, en concertation avec les barreaux, le rôle de l'avocat dans le cadre des recours de plein droit sur les mesures de soins sans consentement.

Proposition n° 6 : lancer une réflexion sur l'organisation territoriale de la mission de service public d'accueil des patients en soins psychiatriques sans consentement s'inscrivant dans une réflexion plus globale sur l'organisation de la psychiatrie en France.

Proposition n° 7 : constituer un groupe de travail sur les certificats médicaux en vue de proposer une réduction de leur nombre compatible avec le respect des droits des patients.

Proposition n° 8 : prévoir la possibilité pour les patients en hospitalisation complète de bénéficier de sorties thérapeutiques de très courte durée.

Annexe 8 : Liste des 17 préconisations du « rapport d'étape ROBILIARD » (2013)

Les unités pour malades difficiles (UMD)

1. Introduire dans l'article L. 3222-3 du CSP les critères et la procédure d'admission en UMD.

2. Maintenir un régime particulier pour la mainlevée des mesures de SSC dont font l'objet les irresponsables pénaux ayant commis un crime.

Les soins sans consentement

3. Substituer la notion de placement en SSC à celle d'admission.

4. Maintenir en l'état l'intervention du préfet dans la procédure de SSC et poursuivre la réflexion sur les personnes compétentes pour décider d'une HSC.

5. Poursuivre la réflexion sur le principe et les modalités du contrôle judiciaire de l'hospitalisation des mineurs.

6. Mettre en place des moyens adaptés pour amener à l'hôpital une personne objet d'un placement.

7. Améliorer les conditions de prise en charge des personnes placées en SSC en procédant effectivement à leur examen somatique à leur admission dans l'établissement de santé puis durant leur traitement.

L'intervention du juge des libertés et de la détention

8. Ramener de quinze jours à cinq jours le délai dans lequel le JLD doit statuer sur le placement.

9. Rendre obligatoire l'assistance d'un avocat et modifier à cette fin l'article L. 3211-12-2 du CSP.

10. Tenir l'audience du juge en chambre du conseil, sauf demande de la personne placée ou décision d'office contraire du juge.

11. Tenir les audiences de première instance dans l'emprise de l'établissement de santé sous réserve d'une salle adaptée, permettant, si elle est décidée, la publicité de l'audience ; le juge pourra s'il considère que l'affaire le nécessite tenir l'audience au palais de justice, sa décision étant une mesure d'administration judiciaire insusceptible de recours.

12. Réserver l'audience par visioconférence aux seuls cas de force majeure.

13. Améliorer la formation des magistrats en instaurant des stages dans des unités psychiatriques.

14. Améliorer l'information des malades sur leurs droits par l'établissement d'un livret d'accueil type dans lequel figurerait l'information sur les recours juridictionnels ainsi que les conditions de leur exercice.

Le suivi des soins

15. Introduire l'obligation d'un certificat médical actualisé en cas d'appel.

16. Autoriser des sorties d'essai de courte durée, ne s'analysant pas comme le terme d'un placement, et sans condition de l'établissement préalable d'un programme de soins.

17. Modifier la composition des commissions départementales des soins psychiatriques, en y ajoutant davantage de personnes n'appartenant pas au monde médical.

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque ».

Version du Serment d'Hippocrate réactualisée et publiée
dans le Bulletin de l'Ordre National des Médecins (Avril 1996, n° 4)