Commentaires de l'Union Syndicale de la Psychiatrie (USP)
sur la proposition de loi relative aux soins sans consentement en psychiatrie
Table ronde du 9 juillet 2013 à l'Assemblée Nationale

Je ne reprendrai pas l'analyse de fond présentée par Olivier Labouret, au nom de l'USP, lors de l'audition par cette même mission sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie du 22 février 2013 en ces mêmes lieux -à laquelle je renvois donc-, pour la prolonger par les commentaires que nous apportons à cette proposition de loi relative aux soins sans consentement en psychiatrie.

Le Syndicat des Avocats de France (SAF), le Syndicat de la Magistrature (SM) et l'Union Syndicale de la Psychiatrie (USP), ont établi une **plate-forme commune** de leurs positions sur 6 points:
- la décision de privation de liberté doit relever de la seule autorité judiciaire, gardienne des libertés individuelles, et à défaut le contrôle par le Juge des Libertés et de la Détention (JLD) doit se faire le plus tôt possible: à 5 jours est un progrès significatif; un ré-examen de la situation du malade devrait se faire dans un délai inférieur à 3 mois;
- l'audience du malade par le JLD doit se faire dans des «lieux de justice» clairement identifiés au sein de l'hôpital; s'il doit y avoir dérogation, elle ne peut être que d'espèce, dûment motivée, et susceptible de recours avec la décision au fond; le recours à la visio-conférence doit être exclu;
- présence obligatoire de l'avocat;
- le contrôle judiciaire doit s'appliquer aux mineurs;
- il ne doit plus y avoir de régime dérogatoire pour les malades aux antécédents séjournant ou ayant séjourné en Unité pour Malades Difficiles (UMD) ni pour ceux ayant fait l'objet d'une décision d'irresponsabilité pénale;
- si la modalité de soins sous contrainte en ambulatoire était maintenue, ceux-ci ne pourraient se réaliser que dans des lieux destinés aux soins, et le contrôle du JLD devrait s'y étendre;
- la disparité du déroulement de la contrainte, selon les régions, les juridictions, les établissements, les équipes soignantes, appelle la création d'un observatoire national des contraintes.

J'ajouterai quelques **commentaires** concernant le texte de cette proposition de loi (les références entre parenthèse sont tirées de cette proposition):
- la rédaction de la prise en compte de l'analyse du conseil constitutionnel[1], à propos de l'obligation de soins pour les patients tenus à un programme de soin qui ne peut s'accompagner de contrainte, est ambigüe: que signifie «l'administration» des soins (art 1; alinéa 9)?;
- pourquoi supprimer l'information de la personne concernée par une admission en soins psychiatriques sans consentement à la demande du représentant de l'État dans le département (SPSCDRE) du projet de décision de maintien ou de changement de la forme de la prise en charge des soins sans consentement (art 1; alinéa 12)?;
- pour les UMD, la rédaction de l'exposé des motifs est catégorique: «il est proposé de ne plus donner de statut légal aux UMD»; nous sommes d'accord pour leur suppression; mais la rédaction des articles de loi est bien plus ambigüe: ces unités ne sont pas supprimées, alors à quoi servent-elles? et quel est leur statut réglementaire?;
- rien à dire sur la suppression de l'exception que représente le renforcement des modalités de levée de SPSCDRE des personnes ayant des antécédents de séjour en UMD;
- par contre le maintien d'une telle exception pour les personnes ayant des antécédents d'irresponsabilité pénale pose de nombreux problèmes: n'est-ce pas une double peine? S'il fallait la preuve qu'il s'agit d'une loi

[1] «En permettant que des personnes qui ne sont pas prises en charge en hospitalisation complète soient soumises à une obligation de soins psychiatriques pouvant comporter, le cas échéant, des séjours en établissement, les dispositions de l'article L.3211-2-1 n'autorisent pas l'exécution d'une telle obligation sous la contrainte.... Ces personnes ne sauraient se voir administrer des soins de manière coercitive ni être conduites ou maintenues de force pour accomplir les séjours en établissement prévus par le programme de soins. ... Aucune mesure de contrainte à l'égard d'une personne prise en charge dans les conditions prévues par le 2° de l'article L.3211-2-1 ne peut être mise en œuvre sans que la prise en charge ait été préalablement transformée en hospitalisation complète» décision du Conseil Constitutionnel du 20 avril 2012

sécuritaire, la voilà: la maladie mentale oriente vers un enfermement sanitaire, mais qui correspond à une peine jugée non par le juge mais par le représentant de l'État dans le département, qui n'a pas compétence thérapeutique, et, nommé par le pouvoir, s'appuie sur des règles administratives et des choix politiques;
- les sorties d'essai de courte durée sont une amélioration pratique, mais ne répondent pas à la question des transferts en unité «médecine chirurgie obstétrique» (MCO) d'hôpital général pour des soins somatiques;
- rien à dire sur la possibilité d'hospitalisation libre des détenus, du moins pour ce qui nous concerne, mais il ne faudrait pas que ça signifie que ces détenus passeraient leur séjour hospitalier en chambre d'isolement; la formulation (art 10) n'en est pas claire;
- pour le délai du contrôle du JLD, cf au moins la plate-forme SAF-SM-USP, sinon à 72h puis à 1 mois.

Plus généralement, l'**USP** demande l'abrogation de cette loi, stigmatisante et dérogatoire, faisant du malade un délinquant; quitte à légiférer sur la contrainte aux soins s'appliquant à toutes les situations sanitaires, au-delà de la seule psychiatrie. Et si elle doit persister:
- suppression des soins sans consentement à la demande du représentant de l'État dans le département, c'est à dire pour troubles de l'ordre public ou dangerosité: quelque soit le mode d'expression symptomatique de la folie, c'est sur la notion d'une maladie mentale et de l'absence de capacité à consentir aux soins que pourrait demander des soins à la place du patient un tiers, fût-il représentant de l'État dans le département;
- suppression des soins psychiatriques sans consentement à la demande d'un tiers (SPSCDT) sans tiers, dits pour péril imminent, bien qu'il s'agisse d'un objet poétique surréaliste égayant cette loi, ainsi humanisée par ce grain de folie;
- refus des soins sans consentement en ambulatoire; comment comprendre -et surtout faire comprendre à un patient- qu'un programme de soin s'inscrive dans une mesure de soins sans consentement alors que, selon le conseil constitutionnel[2], les soins sans consentement dans la cadre d'un programme de soin ne permettent pas d'utiliser la contrainte; s'il y a programme de soin, c'est qu'il n'y a pas consentement, donc le patient ne se soigne que parce qu'il y a contrainte à ce qu'il se soigne, et si le patient accepte les soins, plus besoin de programme de soin, donc de maintenir des soins psychiatriques sans consentement; ça donne le vertige!;
- il ne peut y avoir de soin sans consentement, il convient donc de remplacer l'expression «soins psychiatriques sans consentement» par celle de «placement en hôpital psychiatrique»;
- pas d'avis médical sans voir le patient (avis conjoint du 8ème jour, collège de soignants, ...);
- arrêt de considérer que les hospitalisations à temps complet persillées avant le 15ème jour de quelques zestes de sortie puissent avoir pour effet de les exclure du champ du contrôle du JLD, qui doit s'appliquer aux soins psychiatriques sans consentement en programme de soin;
- envisager le cas spécifique du transfert au cours d'une hospitalisation en psychiatrie dans des services de soins généraux pour traiter des affections intercurrentes, obligeant actuellement soit à multiplier les permissions consécutives de 12h (da 48h dans la projet de loi) soit à établir des programmes de soin, écartant du contrôle du JLD, avant un retour à l'hôpital psychiatrique considéré comme une nouvelle hospitalisation sous contrainte;
- pour entendre le contrôleur des libertés, ne faudrait-il pas aussi se pencher, au-delà de la liberté de circuler, sur l'ensemble des mesures de privation de liberté, telles que les mises en chambre d'isolement, les actes médicaux forcés?

Dès lors, sur les **questions posées** dans l'invitation à la table ronde, et si l'on en reste à la proposition de loi en cause:
• «le nombre, la fréquence et l'utilité des certificats médicaux produits dans les 15 premiers jours de l'hospitalisation»:
- il faut un certificat médical pour motiver la demande, réalisé par un médecin qui n'exerce pas dans l'établissement d'accueil; ce certificat doit être circonstancié et envisager l'hypothèse que les troubles du patient soient dus à une affection somatique, et conséquemment la possibilité voire la nécessité d'y apporter les soins somatiques dans une unité de soins somatiques;

---

[2] cf la note 1 ci-dessus

- un certificat médical du psychiatre qui reçoit le patient à son admission dans l'établissement d'hospitalisation; ce certificat doit exposer le contexte clinique justifiant la mesure de contrainte et établir la nécessité des soins psychiatriques;
- un certificat médical réalisé à l'échéance de 72h d'hospitalisation par le psychiatre traitant du patient dans l'établissement; ce certificat doit exposer le contexte clinique justifiant la mesure de contrainte et établir la nécessité et les moyens des soins psychiatriques;
- et si la saisie du JLD se fait après ce délai de 72h, à n jours d'hospitalisation, un certificat médical réalisé à l'appui de cette saisie à n - 2 jours par le psychiatre traitant du patient dans l'établissement; ce certificat doit exposer le contexte clinique justifiant la mesure de contrainte et établir la nécessité et les moyens des soins psychiatriques;
- ces certificats doivent également avoir pour objectif d'éclairer les personnes concernées par la mesure, et qui sont destinataires de ces documents médicaux: le patient, le tiers, le JLD, ...; ils ont donc une valeur légale, mais doivent avoir aussi des vertus pédagogiques, tout en restant limités à ce qui concerne leur objet, dans le respect du secret médical;

• «le délai de saisine du juge des libertés et de la détention et les modalités concrètes de cette saisine (constitution des dossiers, circuit de la saisine en SDT et SDRE, rôle du greffe/vérification du contenu, statistiques sur le nombre de dossiers incomplets et/ou hors-délai) ainsi que le délai dont dispose le juge des libertés et de la détention pour statuer»:

- le JLD doit être saisi dès l'admission du patient;
- pour les modalités concrètes, pas de réponse précise, sinon qu'il convient que le patient en soit informé, qu'il bénéficie du conseil d'un avocat, et que les documents fournis au juge puissent permettre à celui-ci de se représenter la situation et la pensée médicale qui soutient la mesure de contrainte;
- le JLD devrait statuer entre le troisième et le cinquième jour après l'admission en hospitalisation.

Au fond, l'essentiel des mesures sécuritaires reste en l'état, en particulier quant à l'accès aux soins sous contrainte et la multiplication des UMD, des UHSA, des chambres d'isolement ... Au final ces mises en conformité de la loi à la Constitution ont comme seul résultat d'entériner la loi du 5 juillet 2011 par la gauche elle-même, qui s'y était opposée en participant au collectif «Mais C'est Un Homme».
Le principal point dont on peut réellement se féliciter, c'est que la commission parlementaire continue sa réflexion sur la psychiatrie. On ne peut en effet résumer celle-ci à la contrainte aux soins, qui ne concerne qu'un petit nombre de patients mais qui dépend quantitativement et qualitativement d'un grand nombre d'autres aspects du dispositif de soin psychiatrique -comme les capacités d'accueil en lieux, donc en personnes, et en disponibilité de celles-ci, ...-, mais aussi de l'idée que le citoyen -qu'il soit ouvrier, patron d'entreprise, banquier, politicien, ...- se fait de la folie, et donc de l'homme.

Éric Bogaert, le 8 juillet 2013