

La loi du 5 juillet 2011 relative « aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques... » est entrée en vigueur depuis le 1^{er} Août. Les programmes de soins arrivent dans la droite ligne des politiques sécuritaires avec une surprise au passage, vite dévoyée, l'irruption du droit commun en psychiatrie.

Nouvelle loi Psychiatrie: injonctions paradoxales!

L'irruption du droit commun

En mai 2010 le gouvernement a présenté un projet de loi sur la contrainte aux soins. L'opposition à ce projet a eu du mal à se formaliser du fait de critiques différentes, voire contradictoires, des organisations et collectifs existants.

Une bombe éclate le 26 novembre 2010 : le Conseil Constitutionnel, suite à une Question Prioritaire de Constitutionnalité, place dans le droit commun la privation de liberté en psychiatrie.

A compter du 1^{er} Août, le Juge des Libertés et de la Détention (JLD) devra statuer sur les hospitalisations contraintes au-delà de quinze jours.

Cela a provoqué une surchauffe côté ministère qui a du intégrer cette injonction au projet de loi ... et trouver les moyens de la contourner !

Une loi en deux parties contradictoires

La première constitue une refonte de la loi de 90. Les procédures d'admission en hospitalisation contrainte sont facilitées et les pouvoirs du préfet renforcés. Elle introduit de plus une mesure majeure et controversée : le « programme de soins contraints ».

L'autre partie, pour répondre à l'exigence du Conseil Constitutionnel, met en place les modalités de contrôle systématique du JLD pour les hospitalisations complètes.



Union syndicale
Solidaires

LES PROCÉDURES DE SOINS SOUS CONTRAINTE

La loi prévoit 4 modalités d'entrée à l'hôpital en l'absence de consentement :

Soins à la Demande d'un Tiers (SDT) :

Il requiert 2 certificats médicaux dont un n'émanant pas d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil, une demande de tiers, la décision du directeur.

Soins de Péril Imminent (SPI) :

Un seul certificat émanant d'un psychiatre n'exerçant pas dans l'établissement, absence de tiers, décision du directeur.

Soins à la Demande d'un Tiers en Urgence (SDTU) :

Un seul certificat, émanant le cas échéant d'un psychiatre exerçant dans l'établissement, la demande d'un tiers, la décision du directeur.

Soins sur Décision d'un Représentant le l'Etat (SDRE) :

Un seul certificat médical d'un médecin n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil, ou à défaut la notoriété publique, décision du préfet, du maire ou du commissaire de police à Paris.

Pour ces derniers, au nom des « exigences liées à la sûreté des personnes et à l'ordre public », le préfet peut décider de modifier la forme de la prise en charge de la personne malade.

Il peut aussi maintenir une hospitalisation malgré la demande de main levée par le psychiatre et le directeur. Dans ce cas c'est le JLD qui arbitre le désaccord préfet/psychiatre.

La loi impose aussi la création d'un collège de soignants

Il se compose d'un psychiatre et d'un membre de l'équipe pluridisciplinaire participant à la prise en charge du patient, et d'un psychiatre n'y participant pas. *Il s'agit d'un dispositif de contrôle renforcé qui tient compte des « précédents médicaux ».*

L'avis du collège est requis pour la demande de main levée de certains patients « présumés potentiellement dangereux » : personnes hospitalisées en continu depuis plus d'un an, personnes déclarées pénalement irresponsables ou ayant séjourné dans une UMD au moins un an au cours des dix dernières années.

Dans ces cas, les deux expertises ordonnées par le préfet doivent être concordantes à l'avis du collège médical pour que la décision de main levée soit prise.

La loi instaure les 72h et le programme de « soins... contraints »

Toute entrée dans les « soins contraints » débute par une période de 72H en milieu hospitalier. Au terme de ces 72H les médecins proposent au directeur, dans les cas de SDT, SDTU et SPI, et au préfet pour les SDRE, la forme de la prise en charge : levée de toute forme de contrainte, poursuite de l'hospitalisation complète ou « programme de soins ambulatoires contraints ».

Ce dernier définit les modalités de soins imposées, leurs lieux d'exécution (hospitalisation à temps partiel, consultations en CMP, CATTP, Visites A Domicile), leur périodicité. *C'est une intrusion dans la vie privée des personnes qui n'est pas limitée dans sa durée.*

Dans le cas où le patient « n'honorerait pas ses obligations », le psychiatre en informe le directeur, le cas échéant le préfet, et propose une ré hospitalisation complète (avis établi au besoin sur la base du dossier médical).

Cette disposition érige la contrainte et le contrôle social comme modèles d'organisation du soin. Les équipes sont ainsi appelées à fonctionner avec le chantage là où elles avaient développé des pratiques d'accueil et d'hospitalité permettant la construction progressive d'un lien suffisamment fiable et rassurant, pour ouvrir un réel accès aux soins.

Ce programme de « soins contraints », n'imposant pas une hospitalisation continue, n'est pas concerné par le contrôle systématique du JLD. Ainsi un programme de « soins contraints » fixé avant l'expiration des quinze jours d'hospitalisation complète qui comprendrait 6 jours d'hospitalisation sur 7, ou une hospitalisation de 18h à 9h tous les jours n'est pas considéré comme une privation de liberté suffisante pour nécessiter son contrôle par le JLD!

LE CONTRÔLE SYSTÉMATIQUE DU JLD POUR LES HOSPITALISATIONS COMPLÈTES

Le Contrôle par le juge

Parce qu'elle est une mesure privative de liberté, toute mesure d'hospitalisation complète est dorénavant contrôlée de plein droit par le JLD avant expiration d'un délai de quinze jours.

Il vérifie si l'hospitalisation continue est toujours nécessaire. Le JLD, au vu de deux certificats médicaux et après audience donnant lieu à un débat contradictoire, peut décider du maintien ou de la levée de l'hospitalisation. En cas de prolongation de l'hospitalisation, la saisine automatique du JLD se fait à nouveau à 6 mois, un an, etc...

La saisine du JLD est faite par le directeur pour les SDT, SDTU et les SPI, et par le préfet pour les SDRE.

Le contrôle par le juge judiciaire constitue une révolution culturelle dans la profession.

Le psychiatre, le directeur, le préfet partagent désormais la responsabilité de décider d'une privation de liberté pour contraindre aux soins. Le patient est (enfin) une personne qui a des droits, notamment celui de ne pas être privé de liberté sur simple décision administrative comme c'était le cas dans la loi de 90.

L'audience

L'audience peut avoir lieu au Tribunal de Grande Instance, dans une salle d'audience située dans l'hôpital ou encore par visioconférence (si le patient donne son accord pour cette dernière modalité et qu'un avis médical atteste que l'état mental de la personne ne fait pas obstacle à ce procédé).

Dans les cas d'audiences foraines (en dehors du tribunal), un cahier des charges prévoit les aménagements de salle, la sécurisation des communications et l'assermentation d'un agent administratif hospitalier faisant fonction de greffier.

Le médecin peut contre indiquer la présentation du patient à l'audience, dans ce cas il est nécessairement représenté par un avocat choisi ou à défaut commis d'office (aide juridictionnelle, totale ou partielle en fonction des ressources).

L'audience est publique, sauf audience en chambre du conseil (huis clos), à la demande du juge ou si toutes les parties le demandent.

La personne est entendue seule ou avec l'assistance d'un avocat ou, en son absence, représentée par un avocat.

Tout a ainsi été prévu pour amoindrir la portée de la décision du Conseil Constitutionnel, autorisant des dispositifs apparemment plus « pratiques » c'est-à-dire moins coûteux parce que nécessitant moins de temps d'accompagnement soignant, sans compter le chauffeur et le véhicule.

C'est le cas de la visioconférence. Nous pensons que l'audience doit se tenir au Tribunal de Grande Instance ou dans une salle d'audience aménagée dans l'établissement avec la présence du juge.

Le patient a droit à une véritable audience où la parole de chacun est entendue. Cette procédure peut même devenir un outil supplémentaire pour les équipes à la recherche du consentement de la personne.



L'état clinique du patient ne doit pas être un obstacle à l'audition. La procédure de huis clos est là pour répondre au désir de discrétion du patient ou à la nécessité de ne pas être mis en scène quand les manifestations de sa maladie sont spectaculaires ou pourraient porter atteinte à l'intimité de sa vie privée.

L'exaspération se fait entendre ici et là, sur les « tracasseries administratives » de cette nouvelle loi, sur « l'effet traumatique » présumé de l'audience sur

le patient... Ce qui est vrai c'est que les équipes soignantes sont déjà exsangues, que l'organisation de ces accompagnements doublée des différentes démarches administratives, paraît insurmontable et que la disposition peut n'apparaître que comme une charge de travail et de complexité supplémentaires.

Nous ne devons pas laisser ce mécontentement être instrumentalisé par ceux qui n'admettent pas vraiment que les droits du malade s'inscrivent désormais dans le droit commun.

Il faut aussi tordre le cou aux propos qui assimilent l'intervention du JLD à une criminalisation de la maladie mentale. Le JLD n'intervient pas là pour juger de la culpabilité d'une personne, il intervient en tiers comme garant de la liberté de cette personne. Il ne juge pas non plus, comme on l'entend s'exprimer parfois, de la « folie » d'une personne il rend une ordonnance de maintien ou de mainlevée d'une procédure de privation de liberté.

Elle constitue le seul aspect positif de la loi.

Le juge n'est pas, n'a pas à être un expert en psychiatrie. Il entend chacune des parties défendre sa bonne foi et ses choix avec des termes compréhensibles afin de prendre la meilleure décision en regard du respect de la liberté de la personne faisant l'objet de la mesure de contrainte.

La liberté doit être la règle, la contrainte exceptionnelle.

C'est l'occasion d'affronter les contradictions et les carences du dispositif de soin, d'exiger des moyens de soins à la hauteur des besoins.

La Justice de son côté fait savoir qu'elle n'a pas les moyens d'assumer ces nouvelles attributions.

Les personnels de la psychiatrie et de la justice doivent tout mettre en œuvre pour que cette exigence constitutionnelle soit appliquée dans de bonnes conditions et dans le respect du droit.

Exigeons ces moyens dans un mouvement unitaire.

Au nom de l'éthique et de la mission de soin, résister désobéir.

C'est ce que Sud Santé Sociaux propose d'accomplir en fonction des remontées du terrain sur l'application de cette loi.

Ce travail se fait avec nos partenaires dans le collectif « Mais C'est Un Homme » pour contrer d'une part l'extension de la contrainte et du pouvoir administratif et d'autre part rendre viables et accessibles les recours que les patients sont en droit de requérir comme tout citoyen.

Le Collectif «Mais C'est Un Homme», et la fédéra-

tion SUD Santé Sociaux, dénoncent la loi du 5 juillet qui ne respecte pas le droit, en particulier les libertés individuelles et l'intimité de la vie privée.

Collectif «Mais C'est Un Homme»: Advocacy France, Les Alternatifs, Alternative Libertaire, AMUF, ATTAC, Cercle de Réflexion et de proposition d'actions sur la Psychiatrie (CRPA), La coordination nationale des comités de défense des hôpitaux et maternités de proximité, Convergence nationale des collectifs de défense et de développement des services publics, Europe Écologie Les Verts, FASE, Handi-Social, La LDH, NPA, PCF, PG, République et Socialisme, Solidaires, SNPES PJJ/FSU, Syndicat de la Magistrature, Union Syndicale de la Psychiatrie

Avec le collectif «Mais C'est Un Homme»

- Nous récusons la politique de la peur. Faisant fi de tout débat sur l'obligation de soin et le droit au refus de traitement, le pouvoir impose des dits « soins sans consentement » jusqu'au domicile : assignation à résidence, programme de soins imposé et appelé à fonctionner sur le mode du chantage ou du marchandage, traitements médicamenteux contraints y compris à domicile, géo localisation, etc.

- Nous dénonçons l'hypocrisie du législateur et la duplicité de la loi : un véritable soin psychique ne peut se concevoir sans consentement.

Nous (usagers, familles, soignants, travailleurs sociaux, magistrats, élus, citoyens) exigeons **un plan d'urgence pour la psychiatrie** avec une orientation et des moyens:

- qui relance la psychiatrie de secteur,
- qui assure l'accompagnement et pérennise les pratiques fondées sur l'éthique et le prendre soin dans toute sa complexité,
- qui garantisse l'accueil, l'hospitalité, le rôle des tiers sociaux et familiaux, avec une réelle réhabilitation du droit.

Nous demandons l'abrogation de cette loi et appelons à la mise en chantier d'une loi programmatique pour une psychiatrie démocratique qui **en finisse avec l'exception psychiatrique**. Il nous faut aussi agir concrètement, dès maintenant.

C'est pourquoi nous proposons un plan d'action et de résistance éthique :

- Le développement de l'information des personnes hospitalisées, au cours des premières 72 heures, afin qu'elles ne tombent pas dans la trappe psychiatrique que cette loi organise, mais accèdent aux soins psychiques auxquels elles ont droit (et notamment le droit à être assisté par un avocat).

- Le recueil scrupuleux des observations du patient dans le cadre de l'entretien préalable à la définition du programme de soins.

- Le refus de la visioconférence et des stratégies d'évitement en exigeant des audiences physiques.

- Le refus des psychiatres et des soignants, dans la mesure du possible, de mettre en place des mesures de contrainte.

Et notamment le refus des collectifs soignants de tout programme de « soins contraints » contraires à la déontologie et aux droits fondamentaux.

- La saisine systématique du JLD et du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté dans tous les cas où la décision administrative s'oppose à l'avis médical.

- Le refus de rendre un avis médical sans avoir reçu le patient (pas d'avis médical sur dossier).

- Le soutien des recours et défense des patients soumis aux « soins sans consentement ».

- La construction d'un **observatoire national** de suivi de l'application de cette loi.

Il assurerait le recueil de données, l'alerte aux droits des personnes soumises aux « soins sans consentement ». Il rapporterait aux instances de recours et au public toutes atteintes aux droits de l'homme et à l'éthique du soin psychique.

Au delà, la fédération Sud Santé Sociaux appelle l'ensemble des soignants, psychiatres et paramédicaux:

- à ne pas fournir aux directeurs et préfets les informations leur permettant un fichage des « malades présumés potentiellement dangereux »,

- à refuser que le cadre de santé se substitue au professionnel participant à la prise en charge du patient dans le collège médical et ce collège à ne pas émettre un avis après débat téléphonique comme la loi le permet,

- à exiger que les accompagnements à l'audience soient effectués par un soignant engagé dans la prise en charge du patient.

Nous rappelons que la dégradation continue des moyens en psychiatrie fait qu'aujourd'hui un nombre toujours plus important de personnes en souffrance psychique se retrouve à la rue sans soins, finit en prison sans même parfois savoir pourquoi, et a une espérance de vie largement diminuée par rapport au reste de la population.



La loi du 5 juillet, dans les difficultés d'application qu'elle révèle sur le terrain, doit être l'occasion pour les équipes d'opposer leur rôle soignant à celui d'auxiliaire de police, ou de contrôle social, et de revendiquer les effectifs et la formation sacrifiés depuis vingt ans au détriment des conditions de soins et de travail.

Sud Santé Sociaux appelle les équipes à s'organiser dès maintenant pour l'obtention de ces moyens et à se préparer à la lutte contre le plan santé mentale d'ores et déjà annoncé par le gouvernement avec des nouvelles restrictions budgétaires.