Mission d'évaluation de la loi du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues 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

Audition du SPH

Mardi 17 janvier 2017

Plus de trois ans après avoir examiné pendant son Assemblée Générale à Nantes les effets de l'application de la loi du 27 septembre 2013, le Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux maintient que certaines de ses dispositions, conformes aux propositions du SPH pour faire évoluer la loi du 5 juillet 2011, sont **positives** car favorables à la prise en charge des patients:

- généralisation des audiences à l'hôpital,
- suppression de l'avis conjoint transmis au JLD remplacé par un avis simple,
- abandon de la visioconférence,
- rétablissement des sorties de courte durée pour les patients,
- assistance systématique du patient par un avocat

Mais le SPH continue à déplorer l'extrême complexité de la loi et regrette que les dispositions de la loi du 27 septembre 2013 n'aient pas rendu à la loi sur les soins sans consentement, une nature sanitaire : l'ambiguïté des dispositions concernant la mise en œuvre du programme de soins qui échappe au contrôle du juge n'a pas été levée ; la référence aux troubles à l'ordre public et les procédures d'exception pour les irresponsables pénaux n'ont pas été supprimées.

Les problèmes relevés par les praticiens dans les hôpitaux signent le défaut fondamental de cette loi qui réside dans son déséquilibre structurel entre :

- une logique sécuritaire qui est à l'origine de la volonté de réforme de la loi du 27 juin 1990 et que la loi de 2013 n'a pas fait disparaître : cette logique sécuritaire se retrouve dans le maintien du rôle du préfet par une référence au risque de troubles à l'ordre public dans les décisions de levée des mesures, ou même simplement dans les aménagements de mesures d'hospitalisation complète
- la logique de défense des droits des personnes imposée par le conseil constitutionnel et qui est concrétisée par le contrôle systématique des mesures par le Juge des libertés et de la détention
- la logique des soins qui se trouve soumise aux deux autres logiques, alors que ce sont bien les soins qui devraient guider cette loi d'exception attribuée à la psychiatrie. Le droit à la protection de la santé est de plus un objectif à valeur constitutionnelle de même niveau dans la hiérarchie des normes que le respect de la liberté individuelle

Ce déséquilibre qui fait passer au second plan la logique des soins, alimente les fréquents incidents de prise en charge des patients qui faute d'être tracés, et parce qu'ils ne constituent pas les conditions juridiques de « grief s» suffisants faits aux patients, n'alimentent pas les recours et la jurisprudence, et restent donc invisibles.

On peut regrouper ces incidents sous deux aspects principaux :

- des mains levées d'application immédiate décidées sur des éléments d'interprétation des JLD qui dépassent les éléments de forme de respect de la loi, souvent incompréhensibles et qui mettent en difficulté la poursuite des soins : l'exemple est donné par un psychiatre d'une décision de main-levées décidée par un JLD au motif qu'un certificat de demande de maintien n'apportait pas la « preuve » (figurant pourtant au dossier médical du patient) que l'examen somatique des 24 heures avait été réalisé par un psychiatre ne participant pas à la prise en charge. Ces main-levées déconnectées de l'état de santé de la personne dans l'incapacité de consentir aux soins plongent régulièrement les médecins et les familles dans la perplexité de ce qu'il convient de faire pour poursuivre les soins.

- des refus préfectoraux d'aménagement des soins sans consentement qui ne tiennent pas compte de l'état clinique du patient pourtant certifié par le psychiatre mais de critères subjectifs d'inpiration sécuritaire. On citera par exemples des exigences de sorties « progressives » systématiques, de très courtes durée et avant accompagnement infirmier, même si l'état de santé de la personne ne le justifie pas, imposées avant d'accorder une autorisation de sortie plus longue.

Ces dysfonctionnements ne sauraient être simplement ramenés aux processus normaux de toute loi dont il est habituel de penser que sa compréhension et ses interprétations sont progressives au fil de son application dans le temps, ou du fait des décisions de jurisprudences qui en modifient l'application : le SPH maintient en effet que la structure même de la loi est à la source des difficultés, du fait de sa grande complexité.

Cette complexité ne peut que favoriser les vices de procédures (comptabilisés à plus de 100 possibles par certains juristes) : l'exigence de respecter sans faute des délais contraints et des identités d'intervenants pour les certificats (psychiatres participant ou non à la prise en charge) en négligeant la réalité d'organisation des services et de démographie médicale en est un facteur ; les variations d'interprétations des contenus de certificats qui, de nature médicale sont destinés à décrire un état de santé circonstancié, font l'objet d'une lecture par d'autres intervenants sous des logiques non médicales, en sont d'autres.

Il faut aussi déplorer que pour tenter de réduire les risques de mise en cause des établissements, les administrations imposent aux soignants de manière exponentielle des procédures susceptibles d'établir les preuves a priori que le patient a bien reçu toutes les informations et a été en mesure de faire des observations, ceci sans tenir compte de l'effet des procédures sur le patient : le respect des formes, qui exige des soignants un rôle de quasi-huissiers, s'impose à la logique selon laquele des soins peuvent être apportés à une personne privée de la capacité à y consentir, et donc à saisir ces nombreuses instructions.

La loi de 2011 réformée par la loi de 2013 reste donc une loi de chicanes qui impose aux soignants des stratégies d'adaptation pour que les soins soient assurés contre d'autres logiques.

On peut ainsi citer parmi les exigences de preuves sans fin :

- l'instruction d'une ARS à l'attention des directeurs d'établissements qui leur demande de vérifier que lors des arrêtés municipaux pour les SDRE les signataires ont bien la délégation de signature du maire.
- le cas d'un magistrat qui a demandé au psychiatre de certifier par écrit que le refus du patient de se présenter à l'audience du JLD était bien véridique

La jurisprudence abondante, souvent contradictoire, ne peut qu'engendrer les incertitudes pour ceux qui tentent de se conformer à son évolution tant qu'elle n'est pas fixée par la cour de cassation.

Tout récemment, la cour d'Appel de Versailles vient de juger que le certificat initial ne pouvait être établi par un médecin exerçant dans l'établissement d'accueil même s'il n'était pas psychiatre, remettant en cause par ce jugement, un arrêt du Conseil d'Etat du 9 juin 2010 publié au recueil Lebon., stipulant qu'un certificat

médical d'un médecin de l'établissement d'accueil de la personne hospitalisée d'office était valide si ce médecin n'était pas psychiatre. Décision qui pour être respectée aurait de sérieuses conséquences sur l'organisation de la permanence de soins, des urgence et des gardes médicales hospitalières. Et donc sur les conditions d'accès aux soins.

C'est pourquoi le SPH maintient que la loi doit être réformée selon des principes toujours valides :

1. **Un seul mode d'hospitalisation** (disparition de la distinction SDT / SDRE) : *La France est le seul pays à promouvoir l'intervention d'une autorité administrative (le préfet) dans l'admission d'un patient*
2. **Abandon de la notion d'ordre public** : *La notion d'ordre public relève d'interprétations variables dans le temps et l'espace, au contraire du code pénal, qui ne s'interprète pas. Il revient au Parquet de requérir un examen psychiatrique destiné à établir la réalité d'un trouble mental et la nécessité d'une hospitalisation immédiate devant le constat d'une transgression de la loi pénale.*
3. **Un seul certificat médical circonstancié** : *Le contrôle établi depuis 1990 par les CDHP met en évidence que le risque d'internement arbitraire est quasi nul. Si le contrôle par le juge intervient rapidement, un seul certificat médical, dès lors qu'il est circonstancié et suffisamment détaillé suffit. Il est envisageable de conserver une procédure d'urgence, le certificateur pouvant être un médecin de l'établissement d'accueil.*
4. **Abandon de la notion de tiers** : *Les difficultés à concilier la solidarité devant la maladie, qu'incarne la notion de tiers, avec les exigences du secret, d'une part, et d'autre part, avec la désafférentation de plus en plus fréquente de sujets marginalisés, conduisent à l'abandon de cette disposition généreuse. Ici aussi, l'intervention précoce du magistrat permet de rétablir le sujet malade dans le champ des préoccupations sociales.*
5. **Confirmation par certificat motivé du psychiatre dans les 24 h** : *Le psychiatre de l'établissement d'accueil établit au plus tôt, avant l'intervention du juge, un certificat détaillé, motivant la nécessité des soins sans consentement en milieu hospitalier. En cas de procédure d'urgence, le certificateur sera différent.*
6. **Intervention du juge dans les premières 72 h** : *L'intervention du magistrat vise à valider ou infirmer la poursuite des soins sans consentement, au plus proche de l'admission, pendant la période d'observation de 72 h.*
7. **Compétence du juge civil** : *La compétence du magistrat ne porte pas seulement sur la forme juridique de la procédure d'admission. Elle porte aussi sur le droit de la personne hospitalisée, sous toutes les formes des droits fondamentaux (dignité, proportionnalité de la privation de liberté aux exigences du soin…) Rien de comparable avec le droit des gardés à vue, ou des personnes retenues en vue d'expulsion, puisqu'il n'existe pas de grief envers la personne soignée. Le point de vue pénaliste est inapproprié.*
8. **Compétence du juge étendue à l'ambulatoire** : *Les soins ambulatoires sans consentement, initiés pour favoriser la réinsertion du patient, constituent aussi une privation de liberté, et une limitation des capacités du patient. Un examen par le juge est donc justifié dans le même délai que celui observé en cas d'hospitalisation à temps plein. On peut indiquer un mois, puis tous les six mois.*

9. **Accroissement des moyens dévolus aux soins ambulatoires** : *La prise en charge de patients en soins sans consentement ambulatoires ne prend sens que si les soins sont rendus possibles par l'existence de structures variées et accessibles, à même de répondre à des situations urgentes, et disposant de personnels formés et en nombre suffisant.*
10. **Etudes épidémiologiques sur les effets des SASC (PHRC)** : *L'intérêt des soins ambulatoires sans consentement n'est pas, à ce jour, appuyé par des études de cohortes robustes et indiscutables. Des programmes de recherches régionaux sur ce thème doivent être initiés sous la forme de PHRC.*
11. **Etudes épidémiologiques sur les catégories dites dangereuses (PHRC)** : *Le même constat (absence de recherches de bon niveau de preuve) prévaut pour la catégorie de patients définis comme « à risques », patients ayant fait l'objet d'un jugement ou d'une décision d'irresponsabilité pénale, ou ayant séjourné en UMD. Un programme de recherche clinique et épidémiologique doit aussi être promu.*
12. **Abandon du collège de soignants** : *Cette formation fait la preuve de son inutilité, puisque le magistrat se préserve la possibilité de nommer des experts avant de rendre sa décision. Le psychiatre traitant qui sollicite la sortie d'un patient « à risque » ne le fait en pratique qu'après avoir recueilli l'avis de l'équipe soignante*
13. **CDSP en position décisionnelle de recours de la décision du juge** : *Les décisions du juge sont susceptibles de recours devant la CDSP, instance pluriprofessionnelle et indépendante, comprenant en son sein un magistrat. Cette formation peut se voir dotée de compétences décisionnelles, à l'instar des Tribunaux des affaires de santé mentale britanniques.*
14. **Attention particulière aux situations des mineurs** : *Le statut habituel du mineur le fait dépendre des décisions du ou des titulaires de l'autorité parentale, plus rarement de décision de placement (OPP) par le juge des enfants, ou encore de soins à la demande du représentant de l'Etat. La situation des mineurs accueillis en service de psychiatrie générale, ou en services fermés devrait bénéficier de l'attention du juge.*

A défaut, la loi demande une attention permanente, à partir d'un observatoire national capable de relever et analyser les cas de jurisprudence, mais aussi toutes les atteintes quotidiennes à la logique sanitaire de la loi qu'aucun dispositif à ce jour ne permet de rendre visibles.

Cet observatoire national pourrait ainsi se saisir de ces situations particulières de réduction des libertés, tout comme est souhaitable un observatoire national des pratiques de contention et isolement : la volonté générale de réduire l'atteinte aux libertés des personnes souffrant de troubles psychiatriques doit s'accompagner d'une action parlementaire pour que les conditions en soient réunies, et qui relève au minimum d'un plan d'action puisque malheureusement les gouvernements n'ont pas saisila demande des professionnels de la psychiatrie d'obtenir une loi cadre pour la psychiatrie et la santé mentale et capable de traiter tous ces aspects, dans une dimension transversale.

Il faut rappeler qu'une circulaire avait en 2009 très rapidement décidé d'un PLAN de financement de 30 millions d'euros pour les établissements (*circulaire du 22 janvier 2009 relative au financement par le FMESPP du plan d'amélioration de la sécurité dans les établissements ayant une autorisation en psychiatrie) :* le thème en était la réalisation de chambres d'isolement mais dans un objectif sécuritaire.

La circulaire DGOS qui doit guider l'application de l'article 72 de la loi de santé incite à l'aménagement des locaux pour éviter la contention et l'isolement systématiques des personnes détenues en service de psychiatrie (situations courantes puisque les UHSA ne peuvent répondre aux besoins et alors que le nombre

de personnes sous écrous a augmenté (+3% entre décembre 2015 et décembre 2016 selon les statistiques mensuelles de la direction de l'administration pénitentiaire)), aux améliorations architecturales, et exige de lieux dédiés à l'isolement.

Il faut être conscient que d'autres facteurs ont une incidence sur le recours à l'isolement ou la contention qui relèvent des MOYENS affectés à la politique d'un établissement : formation des personnels, sénces d'analyses des pratiques professionnelles, affectation des personnels soigants en nombre suffisant, conception des locaux et conditions hôtelières modernisées et plus dignes pour éviter le confinement des personnes, possibilités d'activités pour réduire le désœuvrement des patients, etc.

Si l'ambition nationale est bien de réduire les pratiques d'isolement et de contention, comme l'énonce la loi avec l'article L 3225-1 du CSP, les principes et textes de régulation ne peuvent suffire : un plan national d'accompagnement doit rendre effective cette politique