



RAPPORT DU GROUPE NATIONAL D'EVALUATION DE LA LOI DU 27 JUIN 1990

Hélène STROHL, IGAS, Présidente

Martine CLEMENTE, DGS, Rapporteur général

Code de mission SA/AC/GT/950013
Rapport n°97081 Septembre 1997

INTRODUCTION

Dans son article 4, la loi du 27 juin 1990, relative à la protection et aux droits des malades, prévoit l'évaluation de ses dispositions, dans un délai de cinq ans à compter de sa promulgation. C'est l'objet du rapport, présenté au Parlement, par un groupe national chargé d'effectuer la synthèse des rapports des commissions départementales de l'hospitalisation psychiatrique et d'évaluer, disposition par disposition, la présente loi.

Après avoir exposé les conditions objectives et méthodologiques de l'évaluation effectuée, le rapport s'articulera en quatre parties :

- le constat des commissions départementales d'hospitalisation psychiatrique et des évaluations régionales,
- les débats de principes, tels qu'ils sous tendent l'application de la loi,
- l'impératif d'efficacité des soins et les moyens de le respecter,
- les droits des malades mentaux hospitalisés ou soignés sous une autre forme.

Ce rapport s'accompagne d'annexes, comprenant les synthèses régionales, les contributions communiquées, au cours du travail d'évaluation, par des membres du groupe ou des représentants d'organisations non représentées. On trouvera également en annexe les éléments d'évaluation objectifs, tels que les statistiques disponibles sur l'hospitalisation libre et l'hospitalisation sans consentement ainsi que sur la file active du secteur public de psychiatrie.

Le contexte de l'évaluation de la loi du 27 juin 1990.

La loi du 27 juin 1990 restait très laconique quant aux procédures et méthodes à utiliser pour son évaluation. Tout au plus prévoyait-elle la participation des Commissions départementales de l'hospitalisation psychiatrique à celle-ci et l'avis de la commission des maladies mentales, remplacée depuis 1994 par le comité consultatif de santé mentale.

Une circulaire de la DGS n° 10 du 8 février 1995 (cf annexe) définissait la procédure adoptée pour effectuer cette évaluation :

- des référents régionaux étaient chargés d'animer des réunions avec les acteurs concernés par la loi dont les représentants des CDHP de la région et de produire une synthèse des principaux problèmes rencontrés et des propositions de réformes.

- un groupe national chargé à la fois de l'exploitation de ces synthèses et de la production du présent rapport était constitué. La composition du groupe (cf. annexe) a été décidée par la DGS qui a demandé au Chef de l'IGAS de désigner un président. L'organisation des réunions et le secrétariat ont été assurés par les rapporteurs appartenant à la DGS. Deux membres supplémentaires ont été adjoints au groupe en cours de travail, représentant deux associations d'usagers. Deux membres du groupe ont dû être remplacés en cours d'exercice, leurs obligations n'étant plus compatibles avec la charge de travail requise par l'évaluation.

Tous les membres du groupe, choisis pour représenter un groupe d'utilisateurs de la loi, ont été désignés "*intuiti personae*" et ont pris part personnellement, à l'ensemble des réunions (cf. annexe calendrier des réunions)..

La méthodologie de l'évaluation.

- C'est la nature de la loi, compromis entre deux impératifs, celui de respect des libertés publiques et celui d'efficacité des soins psychiatriques qui a déterminé la méthode de cette évaluation.

Au premier abord, on pouvait imaginer que plus les libertés individuelles grandiraient, plus le nombre d'hospitalisations sous contrainte diminuerait au profit des hospitalisations libres. Certains décrivent ainsi l'hospitalisation sous contrainte comme l'échec du soin. L'objectif à atteindre serait simple, d'éradication à terme de ce mode d'hospitalisation.

Il apparaît pourtant que la contrainte, d'une part ne se réduit pas à la contrainte juridiquement encadrée de l'hospitalisation d'office ou à la demande d'un tiers. Comment comptabiliser la qualité de la liberté ? Que d'autre part, elle peut, pour certains patients relever d'une nécessité interne à un moment de leur pathologie, s'apparentant à une forme de contention. Refuser d'utiliser toute forme de contrainte dans le soin, en particulier l'hospitalisation, peut alors s'apparenter à un déni de soin.

D'autre part le statut de l'hospitalisation, qu'elle soit d'office, à la demande d'un tiers ou libre, ne correspond ni à une pathologie définie, ni à un type de soins. Le malade qui doit être hospitalisé sous contrainte n'est pas forcément plus gravement malade que celui qui relève d'une hospitalisation libre ; les catégories de maladies mentales ne désignent pas des indications de modes d'hospitalisation ; les types de soins et notamment l'utilisation de la contention (enfermement en pavillon, en chambre d'isolement, contention chimique) non plus.

Outre le fait qu'il est difficile de traiter des statistiques d'hospitalisation qui souvent mélangent les origines des malades, qui ne prennent pas en compte les hospitalisations récurrentes, mais seulement les entrées, on comprend qu'il ne suffisait pas que diminue le nombre d'hospitalisations sous contrainte pour voir s'accroître les droits des malades et l'efficacité des soins.

Les chiffres ne nous renseignent que peu sur les pratiques, or ce sont celles-ci auxquelles sont soumises les usagers et qu'il convenait d'évaluer.

Cette loi est, on l'a dit, une loi de compromis entre le respect total des libertés publiques et les nécessités particulières qu'entraîne l'efficacité requise des soins en psychiatrie. Par essence, ce compromis est à géométrie variable, selon le point de vue auquel on se place : juge garant des libertés, autorité administrative, garant de l'ordre public et de la santé des citoyens ; professionnel de santé, responsable des soins, et notamment médecin, lié par le serment d'Hippocrate ; représentants des familles de malades, attentifs à la détresse quotidienne de ceux-ci, et de leurs proches, représentants des malades mentaux, plus attentifs à dénoncer, selon leurs sensibilités les hospitalisations sous contrainte, toujours considérées comme abusives ou la mauvaise qualité de la prise en charge quel que soit le statut de l'hospitalisation. Il était donc impossible d'imaginer un indicateur quantitatif permettant d'exprimer toutes ces nuances et pourtant aucun point de vue ne pouvait a priori être écarté.

C'est donc une méthode permettant de recueillir les opinions des différents protagonistes et leurs prises de position pratiques, opérationnelles qui a été choisie.

Une méthode d'investigation qualitative, qui s'apparente à l'observation participante.

Tant la constitution du groupe que son mode de fonctionnement décrivent ce qui en sociologie se nomme de l'observation participante. Le groupe a été constitué par cooptation ; il a fonctionné sur un programme, modifié selon l'avancée du travail, sur chaque point, chaque membre du groupe s'exprimant, pour produire en conclusion, une proposition soit unanimement retenue, soit majoritaire. Quand il n'y avait pas consensus, la position minoritaire est indiquée.

Le rapport est-il représentatif de l'opinion de l'ensemble des utilisateurs de la loi ?

Une expérience déjà ancienne en sociologie (Milgram) demande à une personne, dans un État des États-Unis de se mettre en communication avec un inconnu, qui n'appartient à aucun des réseaux qu'elle fréquente. Il est établi que 5 personnes au maximum suffisent à faire le lien.

De la même façon, l'évaluation en cours s'est répandue largement dans les milieux concernés, si bien qu'il nous apparaît que toutes les personnes concernées, qui avaient un avis à donner, l'ont fait :

- par le biais d'un membre du groupe,
- en contactant directement à la DGS Madame Clémentine, rapporteur du groupe ou Jean-Claude Chastanet assurant depuis la promulgation de la loi, son suivi,
- par l'audition de toutes les organisations représentatives de professionnels de santé mentale, de malades, d'élus locaux etc. (cf. annexe, liste des personnes auditionnées)⁽¹⁾,
- par la participation de membres du groupe à divers colloques et séminaires sur le sujet,
- par le déplacement de membres du groupe dans des structures de soins auprès de malades hospitalisés sous les trois statuts.

L'ensemble des points de vue a-t-il pu s'exprimer de manière équitable ?

On l'a dit, les opinions minoritaires sont notées en annexes. La loi a été examinée d'un point de vue pragmatique, les propositions ont été testées in vivo. De plus, afin de ne pas céder aux attrait du juridisme, qui privilégierait une garantie de principe au détriment d'une protection efficace, ou aux sirènes des tenants du soin à tout prix, ce rapport préfère, souvent, présenter des scénarios alternatifs en notant les avantages et les inconvénients de chaque position, plutôt qu'un consensus vide.

La présente évaluation dépasse le jugement critique sur les dispositions de la loi et leur application, en présentant, chaque fois que c'est possible des propositions de modifications. Néanmoins, au contraire peut-être de la loi de 1838, elle prétend à la relativité du jugement sur le bien des malades et les dispositions qu'il convient de prendre pour le préserver. En effet le contexte social et médical est déterminant et il est en perpétuelle évolution. C'est pourquoi les présentes propositions sont faites pour être discutées et de toutes façons révisées ultérieurement.

1. Le groupe n'a pas auditionné les représentants des partis politiques, ni ceux des institutions religieuses, ni les représentants des courants d'opinion, tous groupes qui peuvent se faire représenter directement auprès des parlementaires.

Chapitre 1 : Le constat des commissions départementales d'hospitalisation psychiatrique et des évaluations régionales

La réflexion du groupe de travail est partie du constat de l'application de la loi et de ses dysfonctionnements soulignés par les bilans d'activité des commissions départementales des hospitalisations (CDHP) et des évaluations régionales qui ont été mises en place durant l'année 1995 (circulaire DGS n° 10 du 8 février 1995, annexe).

1. - Les statistiques : bilan chiffré des hospitalisations sans consentement au regard des hospitalisations en psychiatrie

Les statistiques relatives à l'activité des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques, créées par la loi du 27 juin 1990, sont exploitées chaque année par la direction générale de la santé et les résultats sont communiqués aux préfets de départements sous la forme d'une circulaire (pour 1995 : circulaire DGS n° 97 117 du 7 mars 1997, cf annexe).

Les éléments de cette enquête permettent d'apprécier le nombre de mesures d'hospitalisations sans consentement, c'est à dire les entrées en hospitalisation. Les statistiques comptent non pas le nombre de personnes hospitalisées sans leur consentement pendant une année, mais le nombre de mesures, c'est à dire le nombre de séjours à l'hôpital sous ce statut de l'entrée à la levée. Une même personne qui sera hospitalisée 4 fois 15 jours comptabilisera 4 mesures.

Selon les derniers chiffres connus de l'année 1995, le nombre d'hospitalisations sur demande d'un tiers (HDT) était de 43 867. Le nombre d'hospitalisations d'office (HO) pour la même période était de 7 423 (France métropolitaine). Ce chiffre est respectivement de 44 794 pour les HDT et 7 764 pour les HO si l'on ajoute les mesures des départements d'outre-mer.

23 % des hospitalisations à la demande d'un tiers ont été effectuées dans le cadre de la procédure d'urgence et 60 % des arrêtés d'hospitalisation d'office ont été précédés par une mesure provisoire.

L'utilisation des procédures d'urgence pour les HDT est en progression : elles représentaient 13 % des HDT en 1992 et 23 % en 1995. L'utilisation de cette procédure reste modeste comparée aux HO pour lesquelles la procédure d'urgence confirmée par un arrêté préfectoral représente plus de la moitié des mesures. Aucun élément ne permet d'apprécier si le recours aux procédures d'urgence est toujours justifié par une réelle situation d'urgence ou par la simplification de la mesure, notamment un seul certificat pour l' HDT ou notoriété publique pour l'HO, qui ne nécessite même pas

obligatoirement un avis médical.

L'évolution des hospitalisations sans consentement de 1980 à 1995 se traduit par :

une progression continue des hospitalisations sur demande d'un tiers : + 34 % de 1980 à 1988, + 45 % de 1988 à 1995 (+ 94 % sur la période 1980-1995) ;

une augmentation de 48 % des hospitalisations d'office de 1980 à 1988 suivie par une diminution pour retrouver en 1995 le volume atteint en 1988.

Les données disponibles de 1992 à 1995 indiquent une augmentation des levées d'hospitalisation et une diminution de la part relative des HDT de plus de 3 mois et des HO renouvelées au 4^{ème} mois. Ces éléments semblent témoigner d'une diminution de la durée des hospitalisations qui pourrait être liée à l'examen régulier de la situation des personnes hospitalisées, institué par la loi du 27 juin 1990.

L'évolution des hospitalisations sans consentement (augmentation du nombre de séjours et diminution de leur durée) suit l'évolution des hospitalisations effectuées en psychiatrie adulte, dans tous les types d'établissements : le nombre de séjours a connu une croissance de 20 % de 1988 à 1995, avec une diminution de 39 % de la durée moyenne de séjour. La durée moyenne de séjour (estimée) est d'environ 40 jours contre 5 mois et demi en 1975 et 9 mois et demi en 1965. Dans les secteurs de psychiatrie générale, le nombre moyen de jours d'hospitalisation par patient est passé de 86 jours en moyenne en 1989 à 67 jours en 1993.

Ainsi la part relative des hospitalisations sans consentement reste stable : en 1988 elles représentaient 11 % des hospitalisations en psychiatrie générale effectuées dans les CHS, HPP et les services de psychiatrie des hôpitaux généraux, et 11 % en 1994.

Il faut également tenir compte de la place de l'hospitalisation dans le dispositif de soins en psychiatrie : sur 830 000 personnes suivies par les secteurs de psychiatrie générale en 1993, 59 % de ces personnes ont été suivies exclusivement en ambulatoire.

FRANCE METROPOLITAINE

1. - HOSPITALISATIONS SUR DEMANDE D'UN TIERS

	1992	1993	1994	1995	Evolution 1992- 1995
Nombre d'HDT	31 057	35 943	40 619	43 867	41 %
Mesures d'urgence*	4 124	5 798	7 901	10 170	147 %
Mesures d'urgence en %	13 %	16 %	19 %	23 %	
Hdt de plus de 3 mois*	7 761	8 385	7 799	8 334	7 %
Hdt de plus de 3 mois en %	25 %	23 %	19 %	19 %	
Levées d'HDT*	27 884	31 980	36 857	40 480	45 %

2. - HOSPITALISATIONS D'OFFICE

	1992	1993	1994	1995	Evolution n

					1992- 1995
Nombre d'HO	6 631	6 819	7 242	7 423	12 %
Mesures provisoires confirmées*	4 117	4 717	4 942	4 460	8 %
Mesures provisoires confirmées en %	62 %	69 %	68 %	60 %	
Ho renouvelées au 4 ème mois*	2 021	2 248	2 098	1 838	- 9 %
Ho renouvelées au 4 ème mois en %	30 %	33 %	29 %	25 %	
Levées d'HO*	5 196	5 533	6 581	6 729	29 %

Source : DGS - Rapports d'activité des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques.

* estimations basées sur les réponses.

2.- Observations sur les statistiques

En premier, il faut préciser que les statistiques sur les hospitalisations sans consentement visent des mesures qui peuvent concerner une même personne qui peut être hospitalisée plusieurs fois, tandis que les statistiques issues des rapports annuels de secteurs comptabilisent des personnes. Une grande prudence doit donc être de mise dans la comparaison de ces données.

Ensuite, il faudrait aussi pouvoir faire une comparaison avec les systèmes d'hospitalisation sans consentement dans d'autres pays, ce qui n'a pas été possible dans le cadre de la présente évaluation. Il n'y a pas d'étude comparative à l'heure actuelle.

La représentation sociale de la maladie mentale, alimentée par les faits divers dans les médias, se focalise sur l'image du "fou dangereux" alors que les "médico-légaux", c'est à dire les personnes hospitalisées en application de l'article L.348 du code de la santé publique ne représentent qu'une faible part des mesures d'hospitalisation sans leur consentement (228 personnes représentant 3 % des HO et 0,5 % des hospitalisations sans leur consentement en 1995). Il s'agit des personnes qui ont commis un crime ou un délit en état de démence et pour lesquelles le juge a demandé un abandon des poursuites en application de l'article L 122-1 du nouveau code pénal.

De même, les détenus hospitalisés sans leur consentement en application de l'article D.398 du code de procédure pénale représentent environ 100 à 200 personnes (il ne semble pas y avoir de statistiques précises à ce sujet).

Par ailleurs, l'augmentation générale et régulière des hospitalisations sans consentement, mise en exergue par les chiffres, ne peut être analysée finement par manque d'étude épidémiologique mettant en évidence des éléments explicatifs.

Ainsi, on constate que les départements de l'Ain, du Finistère, de l'Ile-et-Villaine, du Jura, de la Mayenne, du Morbihan, de l'Oise, des Pyrénées-Atlantiques, des Hautes-Pyrénées, du Rhône de la Somme, de la Vendée et de la Vienne et de la Martinique ont un nombre d'HDT pour 100 000 habitants de 20 ans et plus supérieur à 146, alors que la moyenne nationale est de 105 pour les HDT.

Le nombre d'HO prononcé dans les départements des Alpes de Haute-Provence, de l'Ariège, des Charentes, de la Dordogne, du Morbihan, de l'Oise, des Pyrénées-Orientales, de la Haute-Saône, de

l'Yonne, de la Haute-Corse, de la Guadeloupe, de la Martinique et de la Guyane pour 100 000 habitants de 20 ans et plus est supérieur à 28, alors que la moyenne nationale est de 18 pour les HO.

Ces dernières constatations ne tiennent cependant pas compte de la région parisienne dont les taux sont globalisés dans la circulaire annuelle : pour les analyser, nous utiliserons les données statistiques de la direction régionale des affaires sanitaires et sociales de l'Ile-de-France.

"Les hospitalisations sous contrainte sont en augmentation depuis la loi du 27 juin 1990. Paris représente à lui seul 50 % des hospitalisations d'office de l'Ile-de-France et Paris et la petite couronne 80 %. Ce constat semble être lié au régime administratif de placement sous contrainte, particulier à la ville de Paris (les hospitalisations sans consentement en urgence étant pris par les commissaires de police) et par la filière psychiatrique de la préfecture de police de Paris (IPPP) qui a desservi outre Paris, jusqu'à une date récente, les 3 départements de la petite couronne. ("La psychiatrie en Ile-de-France, bilan avril 1996", DRASSIF).

Départements	RGP 1990	HO		HDT	
		Nombre	Nbr/100 000 hab	Nombre	Nbr/100 000 hab
75	2 152 423	899	42	2 071	96
77	1 078 166	71	07	451	42
78	13 070 150	135	10	672	51
91	10 840 824	119	11	874	81
92	1 391 658	234	17	883	63
93	1 381 197	290	21	885	64
94	1 215 538	169	14	727	60
95	1 049 598	57	05	521	50
IDF	10 660 554	1 974	18	7 084	66

La constatation des disparités entre départements a d'ailleurs été faite par les évaluations régionales :

la région Midi-Pyrénées souligne l'intérêt qu'il y aurait à analyser plus finement l'évolution du nombre des hospitalisations sans consentement ;

la région Franche-Comté constate des choix et des pratiques différentes selon les départements ;

la région Bourgogne s'interroge sur les motifs de cette hétérogénéité qui reposerait sur des pratiques administratives ou médicales différentes (interprétation des indications de l'HO et de l'HDT), sur des variétés épidémiologiques : caractère urbain ou rural du département, état de santé de la population, alcoolisme, suicide, toxicomanie.

Devant ces interrogations sans réponse, il semble nécessaire de mettre sur pied un suivi qualitatif de ces hospitalisations qui permettrait de mieux saisir l'existence et l'influence des facteurs de variabilité d'un département à l'autre.

Pour ce faire deux types d'outils doivent être mis en place :

d'une part un outil statistique de suivi des mesures selon le département d'origine de la mesure (à partir des DDASS et non pas des CDHP) ;
d'autre part une enquête épidémiologique sur les variables, statut de l'hospitalisation, durée de celle-ci et pathologie dont le protocole serait à élaborer en fonction des diverses questions posées : devenir des malades selon le mode d'hospitalisation, répartition des troubles selon le mode d'intervention, devenir des catégories spécifiques, mineurs, détenus, L.348 etc.

Seules des enquêtes de ce type, réalisées avec toutes les garanties, quant à la confidentialité des données nominatives, requises en pareil cas, permettraient de dépasser le stade de l'opinion, voire du présupposé. Elles pourraient être confiées au réseau national de santé publique.

3.- Les difficultés d'application de la loi selon les acteurs du terrain

3.1.- Les commissions départementales des hospitalisations psychiatriques (CDHP)

Les textes pris en application de la loi du 27 juin 1990, prévoyant l'organisation et le fonctionnement des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques (décret n° 91-981 du 25 septembre 1991), son rapport d'activité (arrêté du 22 novembre 1991), l'indemnisation de ses membres (arrêté du 24 juin 1992) sont parus tardivement après la promulgation de la loi et ces instances se sont installées progressivement à partir de 1992 jusqu'en 1995.

Après quatre années de fonctionnement (1992, 1993, 1994, 1995), les commissions départementales des hospitalisations psychiatriques ont fait un certain nombre de remarques à l'origine de l'évaluation prévue par l'article 4 de la loi du 27 juin 1990. Ces remarques ont été analysées synthétiquement dans l'annexe de la circulaire du 8 février 1995 qui a précisé les modalités de l'évaluation du texte. Cette circulaire est annexée au présent rapport.

Rappelons pour mémoire les principales suggestions faites par les CDHP à propos des difficultés d'application de la loi :

- suppression du deuxième certificat pour l'admission en hospitalisation à la demande d'un tiers ;
- uniformisation de la périodicité des certificats médicaux d'HO et d'HDT ;
- institution d'une période d'observation avant la prise de décision d'hospitalisation sans consentement ;
- problème du refus de soins et du traitement sans consentement déconnecté de l'hospitalisation ;
- éclaircissement sur la situation des détenus hospitalisés d'office dans les services (article D.398 du code de procédure pénale) ;
- simplification des formalités administratives : registre et certificats pré-imprimés ;
- dispositions à préciser en matière de fugues ;
- uniformisation des textes avec ceux sur les alcooliques dangereux ;
- demande d'un protocole sur les chambres d'isolement ;
- problème des mineurs à inscrire dans la loi de 1990 ;
- précisions sur les compétences de la CDHP et renforcement de ses moyens.

3.2 - Les évaluations régionales

24 régions sur 26 (sauf Guyane et Réunion) ont envoyé une contribution à l'administration centrale ; les constats effectués par les régions ont été développés suivant des méthodologies différentes mais on retrouve globalement les mêmes remarques que celles formulées par les CDHP, les membres de ces dernières étant dans la plupart des cas associés aux réflexions régionales. Par contre les associations d'usagers, sans doute insuffisamment développées, ont été peu associées à ces évaluations, à l'exception de l'UNAFAM qui est représentée dans les CDHP.

Les principales remarques peuvent être regroupées autour de deux thèmes principaux qui seront développés dans le corps du rapport :

l'efficacité des soins en psychiatrie ;
les droits des patients et le contrôle des hospitalisations, notamment la composition et le rôle de la CDHP.

3.2.1. - L'efficacité des soins en psychiatrie

a - Simplification de l'accès aux soins

- Suppression du deuxième certificat en HDT et harmonisation de la périodicité des certificats médicaux.

Comme les CDHP, les évaluations régionales dénoncent le formalisme juridique du deuxième certificat en HDT et demandent l'harmonisation de la périodicité des certificats médicaux pour les 2 formes d'hospitalisation sans consentement.

- Extension des habilitations à recevoir des personnes hospitalisées sans leur consentement

Il est proposé par quelques évaluations d'étendre les habilitations à recevoir des personnes hospitalisées sans leur consentement aux cliniques privées pour faciliter le libre choix du praticien (Bourgogne), inscrit à l'alinéa 2 de l'article L.326-1 du CSP, et de donner cette habilitation aux services de psychiatrie plutôt qu'aux établissements, ce qui permettrait aux médecins des services d'urgence en hôpital général de rédiger les certificats initiaux d'admission. Ce problème est bien entendu plus aigu dans les départements ruraux. Il est parfois demandé de préciser des normes d'agrément pour définir les habilitations (Champagne-Ardenne).

b - Réorganisation des soins

- Avant l'hospitalisation : les transports et l'accueil en urgence

L'absence de présence psychiatrique au sein des urgences générales est déplorée avec notamment les problèmes de transport (qui sont abordés dans pratiquement toutes les évaluations), les rôles des différents intervenants n'étant pas clairement définis.

L'évaluation d'Aquitaine souligne que la conséquence en est que les malades souffrant de troubles mentaux ne sont pas traités comme les autres.

- A l'arrivée à l'hôpital : une période courte d'observation.

Un certain nombre d'évaluations préconisent une période d'hospitalisation contrainte plus souple, de quelques jours, pour obtenir le consentement aux soins des personnes et limiter ainsi les mesures d'hospitalisation sans consentement. Cette période est à organiser avec un travail en réseau entre hôpitaux généraux et hôpitaux psychiatriques. Elle permettrait de donner un cadre juridique à la période située entre le début de l'hospitalisation et la constitution de la décision.

Pour une intervention plus rapide en cas de crise, il est proposé la généralisation de l'intervention du maire pour les hospitalisations d'office, d'autres préconisent l'intervention du commissaire de police. Cette simplification de l'entrée doit s'accompagner de garanties pour accentuer le contrôle lorsque la

mesure est définitive.

- Pendant l'hospitalisation : des structures adaptées et de confort hôtelier respectant la dignité des personnes

L'humanisation des locaux est vivement souhaitée. Comme les premiers bilans des CDHP qui avaient souligné la vétusté des locaux des services de psychiatrie, un quart des évaluations régionales reprennent ce thème (Auvergne, Bourgogne, Haute-Normandie, Lorraine, Martinique, Nord-Pas-de-Calais) pour insister sur la nécessaire humanisation des conditions hôtelières.

La constatation de la fermeture des services, le manque de places dans les unités pour malades difficiles amènent plusieurs régions (Centre, Franche-Comté, Midi-Pyrénées) à proposer la constitution de petites unités de soins fermées, intermédiaires entre l'unité ouverte et l'unité pour malades difficiles, avec des recommandations de bonnes pratiques médicales pour le recours à ces structures, de même de nombreuses évaluations réclament des protocoles pour l'utilisation de la chambre d'isolement.

Il est frappant de noter que presque toutes les évaluations régionales, comme les CDHP, insistent sur l'insuffisance des structures d'accueil, qu'ils s'agissent de structures pour adolescents, de places en unités pour malades difficiles (UMD), de lieux d'hébergement en établissement médico-social et de places en maison de retraite pour les personnes âgées.

- Après l'hospitalisation : la possibilité de soins contraints en ambulatoire.

Pour résoudre le paradoxe des sorties d'essai de longue durée, qui sont décrites dans beaucoup d'évaluations comme une obligation de soins déguisée, il est proposé de définir un dispositif d'obligation de soins déconnecté de l'hospitalisation et de limiter la durée des sorties d'essai.

3.2.2. - Droit des patients

a - Information des acteurs

Le malade :

Est évoqué dans pratiquement toutes les évaluations régionales le problème de l'information du malade, dont le principe est pourtant clairement énoncé dans la loi (article L. 326-3 2ème alinéa) sans qu'en soient précisées les modalités. Les formes que doivent prendre la notification et la motivation des mesures d'hospitalisations sans consentement (HO et HDT sont des décisions administratives qui font grief) doivent être précisées et uniformisées afin de permettre de répondre aux exigences de la réglementation administrative ; celles-ci doivent tenir compte de l'état de santé du malade. Il y a un relatif consensus sur cette obligation de notification avec quelquefois des réserves sur la motivation qui est considérée comme relevant du secret médical.

Les professionnels :

Les dysfonctionnements constatés proviennent du manque d'information des différents intervenants dans la mise en place des mesures :

en tout premier lieu : le médecin généraliste qui rédige les certificats initiaux de la mesure, ces certificats sont jugés souvent insuffisamment circonstanciés ;

les maires qui prennent dans près de 60 % des cas des mesures provisoire d'HO ;

Les pompiers et la police appelés à intervenir dans le transport de la personne. Le rôle de chacun doit être mieux précisé ainsi que les motifs d'intervention.

Les évaluations insistent sur le fait que de nombreux termes de la loi appellent des précisions : "*péril imminent*" en cas d'HDT d'urgence (article L.333-2), "*danger imminent*" (avéré, potentiel, prévisible ?) et "*notoriété publique*" en cas d'HO d'urgence (article L. 343 : mesures provisoires du maire). Il est demandé dans certaines évaluations que la notion de danger soit étendue à soi-même. Par contre le recours à l'ordre public est considéré comme contradictoire avec la vocation thérapeutique des soins : "*la loi conduit les médecins à exercer un rôle de gardien de l'ordre public incompatible avec la vocation thérapeutique et les orientations actuelles de la psychiatrie*" (région Midi-Pyrénées).

b - Libre choix

La contradiction entre l'affirmation du libre choix du médecin et l'organisation de la psychiatrie en secteurs est souvent soulevée.

c - Obstacles aux droits des malades

Un certain nombre de dispositions sont considérées comme archaïques, obsolètes ou contradictoires avec le respect des libertés des malades.

la tenue du registre de la loi, prévue aux articles L.341 pour l'HDT et L.342 pour les HO est considérée comme une mesure très formelle ne garantissant pas les droits de la personne ;

la vérification des liens de parenté, prévue aux articles L.333 dernier alinéa et L.339-5 est considérée comme impossible par un bon nombre d'évaluations ;

l'article L. 330, permettant la nomination d'un curateur à la personne, est interprété comme une survivance de la loi de 1838 : la mesure est spécifique aux personnes hospitalisées sans leur consentement et n'est en pratique jamais appliquée (Alsace) ;

la difficulté de trouver les tiers pour les personnes isolées, le recours à l'assistant social ou toute autre personne n'étant pas un proche du malade pour faire la demande d'HDT à titre personnel, sont abordés par les évaluations ;

la question est souvent posée de l'opportunité de donner à la famille des renseignements médicaux sur la personne hospitalisée (Nord-Pas-de-Calais).

En règle générale il est demandé de simplifier les procédures et les voies de recours dont la complexité est vécue comme un formalisme excessif.

d - Populations spécifiques

Détenus : l'article D.398 du code de procédure pénale doit être adapté à la loi de 1990. Des évaluations (Pays de la Loire notamment) soulignent que les établissements accueillant les détenus doivent assurer les conditions de détention qui sont en contradiction avec la loi de 1990, il est parfois suggéré que ce soit le rôle du SMPR de les accueillir (Centre), ou les UMD uniquement (Bretagne) ou que les conditions de garde soient réalisées de la même manière que dans les unités somatiques (Bourgogne). L'idée est quelquefois avancée que les hospitalisations prises en application du D.398 du code de procédure pénale sont abusives : "*sentiment que le judiciaire se décharge de ses cas limites ou dérangeants en faisant prononcer des HO*" (Pays de la Loire).

Personnes hospitalisées en application de l'article L.348-1 : La rédaction de cet article, relatif à la levée des HO des personnes ayant bénéficié d'un non lieu judiciaire, est fortement contestée par bon nombre d'évaluations tant pour la forme juridique "*décisions conformes de 2 médecins*" que pour le fond, recours à 2 expertises conformes et extérieures au milieu hospitalier.

La loi de 1990 est considérée comme pas assez protectrice des droits des personnes malades relevant de l'article D.398 du code de procédure pénale (détenus) et de l'article L. 348 (personnes déclarées irresponsables) car les délais de mise en place des procédures sont trop longs et retardent la mise en place des traitements (Franche-Comté).

Alcooliques dangereux, toxicomanes : Il est demandé qu'un texte de loi regroupe toutes les obligations de soins.

Mineurs : Il y a lieu de préciser l'articulation entre la loi du 27 juin 1990 et la loi concernant la protection des mineurs, article 375 et suivants, du code civil prévoyant le placement direct d'un mineur en établissement psychiatrique par le juge des enfants. Il est préconisé l'hospitalisation sous une forme qui comporterait les garanties d'une HDT plutôt qu'un placement par le juge ou une hospitalisation par les parents.

e - Contrôle des hospitalisations

En général, le fonctionnement des CDHP est perçu comme une garantie de la protection des personnes. Il est demandé surtout d'améliorer leur fonctionnement par l'attribution de moyens en personnes (proposition d'augmenter le nombre des membres, désignation de suppléants) et financiers (budget, formation, rémunération). Leur rôle et leurs compétences doivent être mieux précisés, certaines évaluations souhaitant l'extension de leur contrôle aux cliniques privées et aux établissements recevant des personnes âgées.

La compétence géographique du contrôle de la CDHP doit être définie (Ile-de-France, Pas-de-Calais) : soit la CDHP est compétente sur l'ensemble des personnes hospitalisées dans les établissements du département, soit sa compétence est en rapport avec la décision préfectorale lorsque l'établissement est situé en dehors du département.

La plupart des évaluations déplorent que les visites des autorités dans les établissements habilités à recevoir des personnes hospitalisées sans leur consentement, prévues à l'article L. 332-2, ne soient pas réellement effectuées (Martinique notamment : "*Cette disposition si elle faisait l'objet d'une application effective aurait le mérite de contribuer à la sensibilisation de personnalités importantes qui peuvent avoir un rôle de relais indéniable pour le progrès de la condition des malades mentaux*"). En 1994, dans 83 départements ces visites ont été effectuées.

4.- Conclusion des évaluations

En conclusion, on peut noter que la loi n'est pas remise en cause mais il est réclamé avec insistance une harmonisation des pratiques administratives (notification, transport, fugues, soins somatiques, transfert) et médicales (clarification des indications de l'hospitalisation sans consentement, protocole pour les chambres d'isolement), une meilleure information des acteurs concernés, une amélioration des dispositifs et que soient abordés les problèmes pratiques actuellement non abordés par les textes.

Il est demandé que la loi précise si l'hospitalisation implique une obligation de soins et comment peut être défini le consentement aux soins en hospitalisation libre.

Un quart des évaluations régionales (Bourgogne, Bretagne, Guadeloupe, Haute-Normandie et Midi-Pyrénées) estiment que la violence ou le délit à l'ordre public sont d'abord un problème pénal et qu'ils ne doivent pas entraîner une réponse médicale ou psychiatrique. Enfin aucune évaluation n'a fait de proposition dans le sens d'une judiciarisation des mesures d'hospitalisations sans consentement.

Les éléments de ce constat ont largement nourri le débat lors des réunions du groupe de travail et tous ces thèmes ont été abordés et développés. L'intégralité des évaluations a été regroupée et largement diffusée auprès des services déconcentrés et des personnes qui en ont fait la demande.

Chapitre 2 : Débats de principes

On l'a dit, la loi du 27 juin 1990, remplaçant la loi de 1838, poursuit un double objectif : garantir les libertés publiques et notamment les libertés individuelles des malades mentaux, quand ils sont l'objet de soins, notamment sous contrainte ; garantir l'efficacité des soins, notamment en améliorant l'accès et les pratiques de soins de la psychiatrie publique.

Ce chapitre retrace les débats de principes, qui sous-tendent toute amélioration de la législation sur ce thème.

Deux questions doivent être traitées d'abord, celle de la nature de la maladie mentale et celle de la spécificité d'une législation encadrant les restrictions de liberté en psychiatrie.

On entre ensuite dans les débats précis au sujet de la loi de 1990 : après avoir examiné la spécificité du droit français dans le contexte international, on s'interroge sur la portée et les formes du consentement aux soins, puis sur la possibilité de respecter les libertés individuelles tout en garantissant la sécurité des personnes. Enfin le rappel du droit du malade au libre choix de son établissement de soins et de son médecin est articulé avec les devoirs et les contraintes du secteur en psychiatrie.

1.- La nature de la maladie mentale implique-t-elle des contraintes spécifiques ?

Les débats sur la nature et les causes de maladie mentale ne sont pas clos. Organicistes et anti-psychiatres ne s'affrontent qu'à fleurets mouchetés, les grands débats idéologiques des années 60 n'ont plus cours, pourtant les différences subsistent entre ceux qui considèrent qu'il y a une cause organique, congénitale voire génétique ou biologique, à la maladie mentale et ceux qui estiment qu'elle est essentiellement d'origine historique, sociale, voire qu'elle est une construction du pouvoir. Beaucoup s'accordent d'ailleurs sur la pluricausalité.

Il n'était pas question de s'exposer au ridicule en prenant une position, qui en l'état de la science n'eût été qu'idéologique. Par contre, nous avons malgré tout considéré que la maladie mentale existe, qu'elle n'est pas une pure construction sociale ou politique et que les symptômes de cette maladie ont des conséquences en matière d'intervention publique.

En effet, une caractéristique de certaines pathologies mentales est que le malade dénie sa maladie et par là refuse les soins. Bien sûr, on peut dire que tout malade qui apprend qu'il souffre d'une maladie grave passe par une période de déni et par des périodes de refus de soins ; on pense aux personnes en chimiothérapie anticancéreuse, aux dialysés etc... Mais il nous a semblé qu'il y avait une spécificité de la pathologie mentale dans ce déni : plus le malade va mal, plus son état s'aggrave, plus il refuse les soins. C'est cette caractéristique de certaines pathologies mentales qui légitime certaines formes de contraintes, à condition qu'elles restent respectueuses du malade et circonscrites dans le temps. A condition enfin que l'évolution dans la prise en charge permette peu à peu au malade de prendre conscience de la gravité de ses troubles pour qu'il puisse anticiper ceux-ci avant qu'il faille lui imposer des soins sous contrainte.

Une seconde caractéristique de la maladie mentale qu'il convient de rappeler en début de ce rapport est l'intense souffrance qu'elle représente pour les malades et leurs proches et aussi pour les soignants qui y sont confrontés jour après jour.

Il faut ici remercier d'entrée les représentants des associations de malades et d'ex-malades et des familles de malades mentaux qui réunion après réunion ont témoigné de cela, dont il est difficile de rendre compte. Avec pudeur et conviction, ils ont exprimé la souffrance que représente une hospitalisation sous contrainte, dans un établissement inconnu, la brutalité de certains soins en urgence, la violence de la contrainte chimiothérapique, la difficulté qui peut tourner au cauchemar quand on ne trouve pas de transport adéquat pour l'hôpital, quand on vous traite comme un enfant ou un incapable parce que vous êtes malade, l'humiliation ressentie devant certaines pratiques un peu musclées de fouilles, de mise en pyjama etc... Aucun de ces faits, tels qu'ils sont rapportés, ne constitue en soi un comportement répréhensible des soignants, les neuroleptiques ont apporté un soulagement considérable à nombre d'états de troubles mentaux, la sectorisation psychiatrique constitue une avancée considérable dans une offre de soins de qualité au plus près de la communauté de vie de chacun, la fouille est nécessaire dans certains cas, pour protéger les autres malades contre l'introduction d'armes, de drogues etc... à l'hôpital et même pour ce qui est du pyjama, certains estiment qu'il est le symbole de l'hospitalisation, c'est à dire qu'il marque pour le malade la situation particulière dans laquelle il se trouve. Car, parce qu'on est dans un domaine dans lequel les connaissances à la fois sont balbutiantes quant aux causes de ces maladies (organiques, génétiques, héréditaires, sociales, familiales etc...) et quant aux traitements, il est impossible de dire ce qui est bien et ce qui est mal en matière de traitement et de prise en charge. Un neuroleptique administré dans le respect du malade, en écoutant et en prenant en compte ses réactions et ce qu'il ressent comme effets secondaires peut être une médication très respectueuse du malade alors que certaines psychothérapies peuvent être intrusives et violentes.

L'hospitalisation est aussi pour le malade une contention souhaitée à certains moments et même dans certains cas et sous certaines conditions, elle peut se faire au sein de l'unité fermée ou de la chambre d'isolement. **Si l'on devait faire une proposition, ce serait d'individualiser toute prise en charge tout au long de la maladie:** ce qui suppose que soit établi pour chaque malade un projet de soins, puis un projet d'insertion adaptés à ses troubles, mais aussi à son environnement familial, social, économique.

Il faut alors disposer pour chaque malade d'une palette de traitements très riche : chimiothérapie, ergothérapie, psychothérapies d'obédiences diverses, psychothérapie institutionnelle et intervention ambulatoire, voire sociale etc... Cette préconisation fait partie des bonnes pratiques et n'appartient pas au registre de la loi. Mais on peut espérer de la participation des usagers à diverses instances (tels le conseil d'administration de l'hôpital et la commission départementale d'hospitalisation psychiatrique), qu'ils rappelleront par leur présence même, que la psychiatrie est avant tout faite par

et pour des histoires de personnes en souffrance.

2.- Faut-il une législation spécifique à la psychiatrie ?

C'est un vieux débat qui reprend une certaine vigueur à une époque où la revendication citoyenne se développe.

Certains estiment qu'il ne faudrait pas avoir de législation spécifique, car cette spécification constitue en soi une stigmatisation des malades mentaux, qu'il conviendrait d'ailleurs de ne plus nommer ainsi.

Deux solutions s'offrent alors : soit on supprime toute contrainte et les citoyens souffrant de troubles mentaux sont abandonnés à eux-mêmes ou confiés à des praticiens si habiles qu'ils aboutissent toujours à obtenir le consentement et à ne jamais employer de moyens de contention ou de contrainte. C'est peut-être possible et ceci constitue sans aucun doute l'utopie dynamique nécessaire à la psychiatrie, ce vers quoi elle doit tendre sans cesse.

Soit, parce que les humains sont ce qu'ils sont et la pathologie mentale aussi, il y a des situations dans lesquelles les malades sont en danger si on n'intervient pas ou mettent autrui en danger.

Si on ne prévoit pas comment encadrer cette intervention, le risque est qu'elle se développe selon les seuls critères de la répression et du maintien de l'ordre public, ce dont le bénéfice premier n'irait pas aux malades.

C'est pourquoi, ce rapport est établi à partir du présupposé selon lequel la spécificité de la maladie mentale appelle une législation spécifique. Non pas une législation qui tracerait l'identité des malades mentaux et en ferait des individus aux droits restreints, mais une législation qui encadre les restrictions faites à leurs droits de citoyens et de personnes, du fait de l'intervention sur leurs troubles mentaux.

Et là, le choix a été d'établir chaque restriction à la liberté suivant des conditions spécifiques plutôt que d'établir une législation générale sur les restrictions de libertés en général. Ainsi, l'on traitera d'une alternative de soins obligatoires en ambulatoire à l'hospitalisation sans consentement et non pas d'une obligation de soins générale : la première ne s'applique qu'aux personnes qu'il faudrait hospitaliser sans leur consentement si on ne les soignait pas parce que leurs troubles les mettent en danger elles ou autrui, alors que ces mêmes troubles les empêchent de consentir à ces soins. Ce n'est pas le dialysé qui refuse la dialyse, le cancéreux qui refuse les traitements compassionnels, mais un malade mental dont le trouble est tel qu'il ne peut se rendre compte qu'il est malade et qu'il doit être soigné. Et c'est cela et cela seulement qui justifie une telle contrainte sociale.

La limite de la contrainte est clairement établie : une restriction de liberté n'est justifiée que par l'existence de troubles mentaux dont les symptômes sont le déni de la maladie, le refus des soins et une grande souffrance. Elle cesse d'être justifiée dès lors que ces symptômes ont perdu de leur acuité. L'encadrement de la restriction de liberté vient aussi de ce que celle-ci ne s'applique qu'au domaine, à l'état, à la situation spécifique qu'elle vise à soigner. Un malade à qui on administre un traitement contre son gré reste un citoyen ordinaire, par exemple libre d'aller et venir, d'écrire, de sortir. Ce n'est que dans les situations spécifiques qu'il y a lieu d'appliquer des mesures de contrainte spécifique.

Le choix de proposer une législation spécifique est donc un choix de liberté, qui prend en compte non pas la spécificité des malades mentaux, qui sont des personnes ordinaires, mais de la maladie

mentale et de ces épisodes pendant lesquels elle prive une personne de sa capacité de discernement ou de la conscience de son état de santé. Non pas refus délibéré des soins, c'est la liberté de chacun, mais inconscience de la nécessité de soins. **La loi "spécifique" qui encadre, contient, restreint, énonce les conditions de possibilité selon lesquelles la contrainte peut et doit s'exercer sur des personnes, en cas de troubles mentaux, quand ceux-ci prennent une forme particulière, n'est pas alors une loi de "stigmatisation", mais une loi qui garantit la liberté en surveillant les restrictions très spécifiques.**

3.- L'état du droit

Les textes les plus récents qui s'imposent sont :

- les principes pour la protection des personnes atteintes de maladie mentale et pour l'amélioration des soins de santé mentale adoptés par l'Assemblée générale de l'Organisation des Nations Unies lors de la 75ème séance plénière, le 17 décembre 1991 - 46/119 (cf annexe).

Ce texte, qui ne s'applique pas sans transcription dans le droit national, définit très précisément le consentement, son mode, les dérogations au principe du libre consentement aux soins, et les garanties. En tant que tel, il inspire certaines des propositions de ce rapport, notamment celles relatives à l'information des malades, au recueil de leur consentement, à l'utilisation de mesures de contention.

- la convention européenne des Droits de l'Homme qui assimile l'hospitalisation sous contrainte à une détention (article 5.1-e) (cf annexe).

- La recommandation N R (83) 2 du Conseil de l'Europe sur la protection juridique des personnes atteintes de troubles mentaux et placées comme patients involontaires. La France n'a pas émis de réserve lors de l'adoption de ce texte (cf annexe).

Ce texte préconise un système de placement involontaire par le juge ou par "*toute autre autorité appropriée désignée par la loi*", un organe pour la décision différent de ceux ayant demandé le placement, une possibilité de recours devant l'autorité judiciaire, simple et rapide, une assistance à ce recours.

Certains droits des malades placés involontairement ne souffrent pas de dérogations tel celui de pouvoir communiquer avec l'autorité appropriée pour le recours ou celui d'envoyer toute lettre sans que celle-ci ait été ouverte.

Enfin, cette résolution si elle se limite au placement involontaire, semble exclure de fait toute autre forme de soins involontaire, quand dans son article 8-3, elle stipule : "*La fin du placement n'implique pas nécessairement la fin du traitement qui pourra continuer sur une base volontaire*".

- La recommandation 1235 (1994) de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe relative à la psychiatrie et aux droits de l'homme. Elle vise à modifier la recommandation R (83) 2 et n'envisage une hospitalisation sous contrainte qu'ordonnée par le juge. Or la législation française contrevient à cette recommandation puisque la mesure de placement involontaire est prise par le préfet. La France a donc demandé que soit prise en compte la spécificité française et que soient maintenus les termes de la recommandation de 1983 qui prévoyait une mesure de placement prise par le juge ou toute autre autorité appropriée désignée par la loi.

Elle comporte quelques éléments relatifs aux droits des patients hospitalisés sous contrainte et notamment aux conditions matérielles de leur séjour.

S'il est clair que la législation française ne contrevient pas en l'état aux normes internationales, certaines interprétations, notamment celles relatives aux restrictions apportées à l'exercice effectif des droits, d'aller et venir, de communiquer, de recours, d'information et de choix des traitements doivent être considérées à la lumière de ces textes, qui traduisent souvent des conceptions moins minorisantes des malades mentaux, adoptées dans nombre de pays développés, mais aussi les acquis de l'habeas corpus à l'anglo-saxonne. Les propositions faites dans ce rapport s'inspirent, en tant que de besoin de ces textes.

- La charte des malades hospitalisés, circulaire DGS/DH n 95-22 du 6 mai 1995 relative aux droits des patients hospitalisés et comportant une Charte du patient hospitalisé, ne peut être considérée comme une norme qui s'impose. Néanmoins ce texte traduit une avancée considérable dans la prise en compte des droits des malades et il est susceptible de recevoir à terme une base législative⁽⁴⁾, c'est pourquoi ce rapport y fait référence.

4.- Les spécificités du régime français, au regard des législations européennes doivent-elles être conservées ?

4.1.- Les spécificités du régime français d'hospitalisation sous contrainte

La législation française prévoit deux régimes d'hospitalisation sous contrainte, correspondant à deux symptomatologies de la maladie mentale, l'hospitalisation d'office et l'hospitalisation à la demande d'un tiers au lieu de l'hospitalisation involontaire évoquée par les normes européennes ; la loi de 1990 a adopté une formulation des indications d'hospitalisation sous contrainte sensiblement différente en tous cas de celle que l'on trouve dans la recommandation européenne ; en France, c'est l'autorité administrative, c'est-à-dire le préfet ou en cas d'urgence le maire qui est compétent dès lors qu'il s'agit d'une hospitalisation d'office ; par contre en cas d'hospitalisation à la demande d'un tiers, la décision quoique faisant grief n'est pas prise par une autorité ayant compétence en matière de pouvoir réglementaire, c'est la décision d'admission du directeur d'hôpital qui vaut décision d'hospitalisation sous contrainte.

Le recours contre les décisions d'hospitalisation involontaire se font, pour vice de forme devant le juge administratif, pour irrégularité sur le fond devant le juge judiciaire. Enfin, une instance de contrôle, la commission départementale d'hospitalisation psychiatrique assure l'examen de la régularité des décisions et transmet les demandes de recours à la juridiction compétente.

4.2. - Discussion

On examinera successivement :

- A - la formulation des indications,
- B - l'intérêt ou non de l'existence de 2 régimes,
- C- les inconvénients de la réforme proposée
- D- l'autorité compétente pour la décision d'hospitalisation sans consentement et sa levée
- E - les compétences juridictionnelles en matière de recours.

A - Les indications d'hospitalisation sans consentement

L'hospitalisation sans consentement à la demande d'un tiers d'une personne ne peut avoir lieu, selon la loi de 90 que si :

- 1°) ses troubles rendent impossible son consentement
- 2°) son état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier.

L'hospitalisation sans consentement dite d'office ne peut avoir lieu que si les troubles mentaux de la personne compromettent l'ordre public ou la sûreté des personnes.

Ces deux indications recouvrent les notions de risque de détérioration de l'état de santé sans traitement approprié et de dangerosité.

Ces formulations ne sont pas claires : lors des débats préparatoires à la loi, il avait été précisé que : *"le danger pour soi-même n'était pas considéré comme constituant un trouble à l'ordre public"* (réunion du secrétariat général du gouvernement du 30 août 1989). Etaient visées notamment dans cette formulation notamment le risque de suicide.

Pour plus de clarté, il a semblé au groupe qu'il vaudrait mieux introduire dans la loi française la rédaction adoptée par la recommandation européenne quant aux indications d'hospitalisation sans consentement :

- une incapacité du fait des troubles mentaux de consentir aux soins **et** :
- **soit** : un état de santé qui en l'absence de placement permettant le traitement approprié se détériorerait gravement,
- **soit** : des troubles mentaux qui constituent un danger pour autrui.

On peut résumer cette indication ainsi : l'hospitalisation sans le consentement d'une personne ne peut avoir lieu que si d'une part les troubles mentaux dont souffre cette personne ne lui permettent pas de consentir aux soins nécessaires ; d'autre part en l'absence de traitement approprié son état de santé se détériorerait gravement ou ses troubles constituent un risque d'atteinte à la sûreté des personnes. **Pour résumer encore plus : troubles mentaux entraînant une incapacité à consentir aux soins et un danger grave pour soi ou pour autrui.**

B - Faut-il un seul régime d'hospitalisation sans consentement

Cette révision rédactionnelle a des conséquences de fond. En effet, on range les deux régimes sous deux conditions dont l'une est commune, l'incapacité du fait des troubles mentaux de consentir aux soins et la seconde alternative.

La dangerosité seule ne suffit plus à désigner la folie. Seul l'amoindrissement de la capacité de discernement fait du délinquant potentiel un malade mental à hospitaliser parce qu'il est dangereux.

De plus c'est la dangerosité seule, c'est à dire le risque d'atteinte à la sûreté des personnes et non pas le trouble à l'ordre public, qui associée à l'absence de discernement quant aux troubles et aux soins, justifie l'hospitalisation sous contrainte. On discutera ci-dessous cette proposition qui vise à faire une loi sanitaire et non plus sécuritaire.

Du point de vue des représentations, qui n'est pas sans importance dans le domaine de la maladie mentale, il faut bien reconnaître que les hospitalisés d'office correspondent plus souvent aux classes dangereuses mais non laborieuses (les SDF et autres personnes en situation irrégulière qui troublent l'ordre public ou que l'opinion estime dangereuses), les hospitalisés à la demande d'un tiers

correspondent plus souvent à des personnes qui ont une famille ou des proches, ou qui ont rencontré des médecins qui voulaient leur éviter l'H.O.

En tous cas, ni du point de vue des pathologies génératrices des troubles mentaux, ni du point de vue des soins requis, ni du point de vue du pronostic à la sortie, les populations hospitalisées en H.O. et celles en HDT, voire même en H.L. ne diffèrent.

Dans la pratique, les 2 mesures, bien que juridiquement différentes, sont utilisées en gradation : HO, lors de la crise, HDT quand l'état de santé se stabilise.

Citons un praticien hospitalier du groupe :

"Pour moi, un malade est un malade ; qu'il soit H.O. ou même H.O. L. 348, L. 122-1 du code pénal ou HDT ou HL, c'est un malade sur lequel je porte un diagnostic et que je soigne, sans me préoccuper de son statut d'hospitalisation..."

Pourtant ce statut rattrape le médecin et le malade ; on peut même dire qu'il les contraint ; la levée d'H.O. est plus difficile que celle d'HDT ; elle l'est encore plus quand il s'agit d'un malade hospitalisé d'office à l'issue de l'application de l'article L. 348 de la loi, c'est à dire les personnes hospitalisées d'office suite à l'application de l'article L. 122-1 du code pénal dont la mesure d'HO ne peut être levée que sur décision conforme de deux experts extérieurs à l'établissement⁽²⁾.

Plusieurs raisons poussent donc le groupe national à proposer un seul régime d'hospitalisation sous contrainte :

- Ni la forme que prennent les troubles, mentaux, ni encore moins leur étiologie ne justifient qu'existent deux statuts différents d'hospitalisation sans consentement.

- Il n'existe pas toujours un proche pouvant faire la demande du tiers. Si l'HDT, anciennement le placement volontaire, devait être plus adaptée à des malades amenés par leur famille, des proches, des tiers, alors que l'H.O., anciennement placement d'office (P.O.) correspondait à des malades isolés, de fait ou de par leurs symptômes, cette distinction n'est plus probante.

Trop souvent ou bien un malade, qui n'est pas dangereux est malgré tout isolé, ou bien le tiers sera ce qu'on appelle en jargon professionnel "un faux tiers", l'assistant social de l'hôpital, le gérant de tutelle, etc..

Un récent jugement du tribunal administratif de Caen vient d'ailleurs d'annuler une mesure d'HDT pour le motif que la demande du tiers avait été établie par une secrétaire de l'établissement dont les liens avec le patient n'étaient pas démontrés (jugement du 25 juin 1997). Les fiches ministérielles du 13 mai 1991, relatives à l'application de la loi du 27 juin 1990, préconisent la possibilité de faire faire une demande d'hospitalisation par l'assistante sociale de l'établissement qui n'était pas considérée comme personnel soignant au sens juridique du terme. Cette préconisation n'est pas satisfaisante sur le plan des garanties de la personne et difficile d'un point de vue éthique pour le professionnel qui fait une demande à titre personnel pour une personne qu'il ne connaît pas en général.

- **La forme que prennent les troubles mentaux au moment de l'entrée (crise) à l'hôpital ne préjuge pas de l'évolution de la pathologie.** Il n'y a donc pas de raison d'entourer la sortie d'un malade H.O. de plus de précautions que celle d'un malade HDT.

C'est l'avis du médecin traitant hospitalier qui doit être déterminant, c'est lui qui peut estimer au vu de l'observation du malade, de ses antécédents, de sa situation en matière sociale, familiale, de ses préconisations en matière de suivi alternatif ou ambulatoire si le malade doit sortir. Il peut quand le cas est difficile⁽³⁾ demander un avis d'expert, de confrère. Mais il n'est pas justifié de retarder la sortie de malades dont les troubles mentaux ne risquent plus de porter atteinte à la sûreté des personnes.

Bien sûr, il suffira, au moment où ces débats auront lieu, qu'un ancien malade commette un acte criminel, pour que surgisse le spectre du fou dangereux.

Mais il faut le répéter :

- on ne peut pas enfermer a priori toutes les personnes qui risquent un jour d'agresser quelqu'un,

- le risque de décompenser brusquement et de commettre un acte criminel en état de démence n'est pas plus élevé chez un malade soigné (donc répertorié) que chez un malade qui s'ignore. La psychose latente qui décompense brutalement, sans signe avant coureur est plus dangereuse que la psychose stabilisée, quels qu'aient été les troubles antérieurs,

- une sortie d'hôpital "négociée" avec le médecin, effectuée au bon moment laisse mieux présager d'un suivi ambulatoire qu'une sortie refusée ou retardée par les autorités⁽⁴⁾,

- l'hospitalisation sous contrainte est une mesure de soin, pas une sanction.

Bien sûr, il ne faut pas se voiler la face : l'hospitalisation sous contrainte d'un malade dangereux a aussi pour objectif de l'empêcher de nuire. Mais on l'enferme dans un lieu de soins. Et dès lors qu'il n'y a plus lieu ni de l'enfermer, ni de le garder à l'hôpital pour le soigner, il faut le faire sortir. Encore une fois quelles qu'aient été les raisons de son hospitalisation.

Il n'y a donc pas lieu de ce point de vue non plus de discriminer les statuts d'hospitalisations, c'est à dire les procédures d'entrée et de sortie selon que l'indication serait le danger pour soi ou pour autrui.

- Avoir un seul statut d'hospitalisation sous contrainte permettrait d'en finir avec l'image du "*fou dangereux*". On ne discrimine plus les malades mentaux en bons et mauvais malades, en agités et dangereux d'une part, en souffrant d'autre part. Quels que soient les symptômes, agitation ou prostration, que le malade délire ou soit hébété, qu'il menace son entourage ou qu'il se laisse mourir de faim, c'est un malade en état de souffrance. Comme on le verra plus tard, il y a lieu de distinguer

une forme d'hospitalisation sous contrainte adaptée à la crise, à l'urgence (période d'observation et d'orientation) de la suite de l'hospitalisation.

Mais cette hospitalisation sous contrainte peut se faire sous un seul statut rénové, empruntant aux deux anciennes procédures : entrée comme l'H.O., sortie comme l'H.D.T.

- L'entrée en hospitalisation sans consentement est une privation de liberté ; c'est une décision qui fait grief. Elle doit être prise avec le maximum de formes, donc un arrêté du préfet, sur proposition du médecin traitant hospitalier, arrêté motivé et notifié au malade.

- La sortie d'hospitalisation sans consentement doit se faire au moment où le médecin l'estime nécessaire. Ce n'est plus une décision qui fait grief, ce n'est qu'une décision sanitaire (il n'y a plus de danger) et dès lors il faut une procédure simple et rapide : décision du directeur d'établissement sur proposition du médecin traitant hospitalier.

C - Les inconvénients de la réforme proposée, un seul régime ou deux régimes rénovés.

Il n'y a pas de risque à faire un statut unique tel qu'on vient de l'exposer. Mais il y en aurait un, si à l'occasion de cette fusion entre HO et HDT, le régime le plus sécuritaire déteignait sur le plus libéral. C'est la crainte forte de l'UNAFAM notamment, car on le sait, en matière de dangerosité et en ce qui concerne la maladie mentale, même chez les personnes saines d'esprit, le fantasme l'emporte souvent sur l'opinion éclairée.

Un parlement voire un gouvernement, soumis à la pression de l'opinion pourrait élaborer un régime d'hospitalisation sans consentement dont la levée s'apparenterait à celle de l'actuelle H.O., voire la durcirait.

Il faut que le malade puisse sortir de l'hôpital, quelqu'ait été le motif d'entrée, dès lors que son absence de discernement et la dangerosité pour lui ou autrui ne peuvent plus être invoquées.

Même si la malade dans un délire de jalousie a tué son mari, même si à l'occasion d'une bouffée délirante le malade a agressé une personnalité, même si deux mois plus tôt, il s'est laissé mourir de faim, enfermé chez lui.

Aucun de ces épisodes, sorti du contexte de la maladie, ne peut permettre de dire que le risque de récurrence serait avéré. De même que ce n'est pas tant la gravité de la crise qui présage la suite que les conditions de sa survenue, brutale ou progressive, répondant bien aux médicaments ou non et l'environnement du patient.

Si lors de l'élaboration d'une réforme de la loi de 90, il apparaissait que la position du ministère de l'Intérieur telle qu'elle a été exposée, devrait prévaloir, selon laquelle il doit y avoir parallélisme des formes pour l'entrée comme pour la sortie, c'est à dire nécessité d'un arrêté préfectoral, le groupe d'évaluation proposerait la conservation de 2 régimes d'hospitalisation sans consentement :

- L'HO actuelle fonctionnerait de même, sans le motif de trouble à l'ordre public (cf. ci-dessous).
- L'HDT actuelle serait changée quant à la formulation des indications (rédaction européenne) et il n'y aurait plus de demande administrative du tiers.

La suppression de la demande du tiers est-elle une exclusion de la famille ou des proches ?

La loi de 1838 avec le placement volontaire (de la famille) et la loi du 27 juin 1990 ont voulu responsabiliser les proches du malade incapable de consentir à son hospitalisation.

Il faut donc se demander si en supprimant cette demande, on écarte les proches. Il ne semble pas. En effet, le dépôt de la demande par la famille ne préjugait pas de son investissement auprès du malade ; il y a des familles qui veulent se débarrasser d'un de leurs membres ; même quand les proches étaient très sensibilisés au problème de la maladie mentale, les obliger à faire eux la demande d'hospitalisation sans consentement ne leur facilitait pas la tâche. Car pas une personne, même si elle sait ce qu'est la maladie mentale, la souffrance que représente la crise, la nécessité de soigner le malade qui refuse le soin, qui dénie sa maladie, ne peut signer une telle demande sans être ambivalente.

Hospitaliser quelqu'un contre son gré est une violence qu'on lui fait, pour de bonnes et légitimes raisons. Il n'en reste pas moins que c'est une violence et que les proches peuvent hésiter à le faire, être culpabilisés, à tout le moins ambivalents à l'égard d'une telle position.

Par ailleurs, d'un point de vue plus pratique, si l'on a un seul régime, le transfert de charge sur les préfets sera important. Ils signent actuellement 7500 arrêtés d'HO, ils signeraient 50.000 arrêtés d'hospitalisation sans consentement.

On peut opposer à ces critiques deux arguments : d'une part le nombre d'hospitalisations sans consentement devrait diminuer du fait de l'instauration d'une période d'observation et d'orientation préalable (même si 72 heures paraissent une durée faible pour "*travailler le consentement*").

D'autre part et paradoxalement, le renforcement de la procédure d'entrée en hospitalisation sans consentement pour les indications équivalentes à l'actuelle HDT devrait faire diminuer leur nombre. Devraient disparaître ainsi les HDT détournées de leur objet : parce que l'on est sûr que le malade envoyé en HDT dans un centre hospitalier spécialisé qui n'a pas assez de lits sera "gardé", même s'il n'y a plus de place, parce qu'on n'a pas pris la peine de demander le consentement.

C'est pourquoi autant le groupe national estime qu'il est nécessaire que le malade puisse disposer de l'assistance de ses proches quand il est hospitalisé, singulièrement sans son consentement, autant il estime nécessaire de libérer les proches de cette injonction paradoxale de devoir faire violence à celui qu'ils veulent protéger.

D - La décision d'hospitalisation

Actuellement, en cas d'hospitalisation d'office, c'est le préfet ou en cas d'urgence le maire qui a compétence pour la décision ; en cas d'hospitalisation à la demande d'un tiers, il n'y a qu'une décision d'admission du directeur d'hôpital. On peut l'assimiler à une décision administrative, quoique la loi ne l'ait pas prévu expressément.

Les inconvénients du régime de la décision administrative :

C'est le juge judiciaire qui même en droit français est garant des libertés individuelles, la loi de 1990 contreviendrait donc à ce principe. Alors que dans d'autres domaines où l'on prend des mesures privatives de liberté ou qui attentent aux droits des personnes, c'est bien le juge qui a compétence : le juge des enfants pour décider d'une mesure d'assistance éducative voire de retrait d'un enfant à sa famille, le juge des affaires familiales pour tout ce qui touche la résidence et le droit de visite et d'hébergement des enfants, le juge d'instance pour tout ce qui touche l'état civil, l'adoption simple ou plénière, la déchéance de l'autorité parentale etc.

Dans tous ces cas, le juge prend des décisions qui font grief. Il est donc étonnant qu'en matière de droit des personnes souffrant de troubles mentaux, ce soit l'autorité administrative qui soit compétente.

Cet état de fait est d'autant plus contestable, dans son principe, qu'un des motifs d'hospitalisation sans le consentement du malade est dans la loi de 1990 le danger pour autrui et l'atteinte à l'ordre public⁽⁵⁾. En effet, l'autorité qui prend la décision d'hospitalisation est aussi celle qui est garante au premier chef de l'ordre public ; grand est alors le risque qu'elle privilégie ce qu'elle estime un intérêt général, l'absence de trouble à l'ordre public par rapport à la liberté individuelle d'une personne. Quand le motif d'hospitalisation est la nécessité de soins en milieu hospitalier, il est tout aussi paradoxal que ce soit le tuteur de l'établissement d'hospitalisation, garant entre autres de sa bonne gestion financière, de sa rentabilité, qui soit compétent pour y hospitaliser une personne. A-t-il suffisamment d'indépendance par rapport à l'établissement dont il est tuteur pour estimer que cet établissement là ne peut pas dispenser à ce malade là le traitement approprié, par exemple ?

D'autre part, le préfet comme le maire dans une procédure d'urgence, ne sont-ils pas tributaires de l'opinion publique et ainsi influencés dans leur décision : par l'opinion qui accroîtra la dangerosité de telle ou telle personne, notamment quand il s'agit d'une personne ayant commis un crime ou un délit sous l'emprise de troubles mentaux, qui ont disparu et avec eux le danger, au dire des spécialistes ; au contraire, le maire, en particulier dans les petites communes, osera-t-il imposer à l'un de ses administrés, "contre sa volonté" et peut-être celle de sa famille, une hospitalisation nécessitée par le danger que cette personne fait courir à autrui (et même à sa famille) ou si l'on réforme l'HDT une hospitalisation nécessitée par son état de santé ?

Bref, en principe il est vrai qu'un juge, du siège, serait mieux désigné pour prendre une décision privative de liberté pour un malade, en toute indépendance, par rapport à l'opinion, aux administrés, à la famille et au système de soins.

Inconvénients de la judiciarisation

Les inconvénients d'une telle "judiciarisation" du système sont d'une part d'ordre pratique et liés au fonctionnement actuel de l'appareil judiciaire français, d'autre part de principe : quel est le meilleur moyen d'assurer un droit de recours ?

Il va de soi que le seul juge qui pourrait être compétent serait un juge du siège et non pas du Parquet.

Une telle décision doit être prise très rapidement : à l'issue de 48 heures et dans un délai qui n'exède pas 24 heures, si l'on veut éviter les "internements arbitraires". De plus, il faut qu'il y ait examen effectif par le juge du dossier et donc que le juge ait compétence dans ce domaine, comme le juge des enfants, ou le juge des affaires familiales par exemple. C'est le juge compétent en matière de tutelle et de curatelle qui serait le mieux désigné, mais pourrait-il respecter de tels délais ?

Il faut noter, sans que cela constitue en rien une critique des magistrats et de leur indépendance, qu'en matière de garde à vue judiciaire, c'est le procureur qui seul a compétence pour décider de la garde à vue. Qu'est ce à dire en pratique, sinon qu'il est informé, dès le début de la garde à vue par la police, de celle-ci, par téléphone ou fax, sans qu'il instruisse l'affaire, en ordonnant rétroactivement le début de la garde à vue à dater du début de l'interpellation (et qui vérifie que la rétroactivité ne dépasse pas le délai dans lequel le procureur doit être prévenu ?) ; le procureur doit aller sur place quand il y a prolongation de la garde à vue, sauf contrainte majeure d'emploi du temps ; à Paris, il ne se déplace que très exceptionnellement.

Le danger est donc très grand, que si des moyens spécifiques et supplémentaires n'étaient pas alloués à la Justice, la prise de décision d'une hospitalisation sans le consentement du malade, par un juge dérive soit vers un rallongement du délai d'hospitalisation "sans décision formelle", soit vers une prise de décision automatiquement conforme à la demande du médecin ou du directeur du service de premier accueil.

Le préfet dispose au contraire avec la direction départementale des affaires sanitaires et sociales des moyens d'instruire chaque dossier : c'est en pratique très souvent le médecin inspecteur qui instruit le dossier et prépare la décision. On ne peut pas dire qu'il en soit de même pour le procureur, qui en est donc réduit à se fier à l'avis du médecin traitant hospitalier ou à nommer un expert.

Seconde objection et non des moindres : **il n'est pas bon que la même autorité prenne la décision et assure le recours contre celle-ci.** Si le juge judiciaire avait compétence pour décider d'une hospitalisation sans le consentement d'un malade, ce serait un autre juge judiciaire, éventuellement d'un autre tribunal qui aurait compétence pour examiner le recours éventuel du malade contre la décision.

Sur le principe, ce n'est pas bon, car il y a forcément une plus grande difficulté pour un juge à déclarer abusif un internement décidé 48 heures plus tôt par un autre juge. Et même si le magistrat jugeant du recours peut être totalement indépendant à l'égard du magistrat qui aurait pris la décision, il ne sera pas forcément considéré comme tel par le plaignant. Le risque est grand d'attenter à l'image d'indépendance des juges en les chargeant de compétences décisionnelles. On le voit bien en matière de protection de l'enfance : le juge d'enfant, compétent à la fois pour décider du placement d'un enfant et du recours contre le placement par l'Aide sociale à l'enfance, est aussi compétent pour placer un adolescent en hôpital psychiatrique sans avis médical et jouit enfin d'une toute puissance qui ne va pas forcément de pair avec son efficacité en matière de protection de l'enfance.

Pour le dire autrement, il nous semble qu'aucune autorité, fût-elle judiciaire et "par nature indépendante" n'est à l'abri d'une prise de décision abusive ou tout simplement d'une erreur. Les débats sur la réforme de la procédure d'instruction en témoignent. Il est alors sans doute plus efficace pour la garantie des personnes, que deux autorités, indépendantes complètement l'une de l'autre, aient l'une compétence pour la décision, l'autre pour le recours contre cette décision.

Doit-on alors conserver la compétence préfectorale ou la transmettre au directeur d'agence régionale de l'hospitalisation ? Depuis la réforme hospitalière, issue des ordonnances du 24 avril 1996, le préfet est déchargé de la tutelle hospitalière, alors que le D.A.R.H. est responsable des accréditations et de la répartition des enveloppes hospitalières régionales. Il semble donc préférable que la décision d'hospitalisation sans consentement reste de la compétence du préfet car il est, de par ses attributions, dépositaire de l'autorité de l'Etat dans le département et garant du respect des lois.

E - Le recours contre la décision d'hospitalisation sous contrainte

Actuellement, le recours contre la décision d'hospitalisation sous contrainte se fait devant le juge administratif pour vice de forme, devant le juge judiciaire pour vice de fond.

A quelles exigences doit obéir l'exercice du droit de recours ?

Le droit de recours doit être simple dans son effet. Il doit être examiné très rapidement. Des tiers doivent pouvoir déposer recours. Les personnes doivent pouvoir être assistées dans l'exercice du droit de recours. L'existence d'un droit de recours ne doit pas être l'alibi à un fonctionnement illégal.

En France, le partage juridictionnel entre juge administratif et juge judiciaire complique l'exercice du droit de recours : mais la règle est qu'un recours mal orienté doit être réorienté par le juge saisi par erreur. Dans la pratique, c'est le tribunal administratif qui est souvent saisi par les malades sur le bien-fondé de l'hospitalisation, celui-ci s'estime incompétent dans son jugement mais ne réoriente pas pour autant le dossier vers le tribunal judiciaire. Cela devrait être fait systématiquement et rapidement.

L'existence de deux juridictions est-elle la cause de la lenteur d'examen des recours ? Il ne semble pas. En effet, selon les départements, les juridictions, qu'elles soient administratives ou judiciaires ont plus ou moins de retard.

En tout état de cause, il est inadmissible que des délais de trois à plus de huit mois soient signalés. Une telle assertion mérite que soient engagées des études approfondies sur la question de l'exercice du droit de recours et des mesures prises en conséquence, notamment sur le jugement en référé avec sortie immédiate en cas d'hospitalisation abusive pour vice de fond. En cas de vice de forme, il y a problème car le juge administratif ne peut donner d'injonction à l'administration.

- La CDHP offre-t-elle une véritable garantie ?

Elle traite des plaintes, elle les instruit et les transmet au Parquet. Mais selon les départements, son fonctionnement est très différent comme il a pu être constaté lors des contacts établis pendant l'évaluation. On peut déplorer qu'à certains endroits, un membre de la CDHP saisisse d'abord le médecin traitant hospitalier "*pour s'informer*" et néglige de répondre au plaignant. Il faudrait que la

CDHP soit tenue d'instruire la plainte, sur place et sur pièce et de transmettre un avis au juge. Une réflexion nationale sur le fonctionnement des CDHP et leurs pratiques devrait s'élaborer sous l'égide des ministères de tutelle (santé et justice).

- L'assistance au recours

Quant à la possibilité d'exercer un recours pour un tiers, il serait bon d'aider au développement des associations d'usagers reconnues représentatives soit au niveau national (par le ministre de la Santé et le ministre de la Justice), soit au niveau local (par le Préfet) afin qu'elles puissent agir contre toute mesure soit illégale, soit témoignant d'une discrimination à l'égard de malades mentaux ou d'anciens malades mentaux. En effet, il peut arriver que d'anciens malades mentaux, hospitalisés abusivement, ne souhaitent pas se replonger dans ce passé, tout en voulant que le préjudice subi soit reconnu et sanctionné. La jurisprudence du Conseil d'Etat reconnaît d'ailleurs un intérêt à agir à des associations d'usagers de la santé, notamment le GIA, dans des affaires de contentieux judiciaires ou administratifs qui opposent des malades ou anciens malades ou familles de malades à des institutions de soins, des professionnels ou des autorités administratives ayant pris une part au soin. Ne pourrait-on pas envisager dans la loi la possibilité pour ces associations de se substituer aux personnes elles-mêmes ?

L'assistance du malade hospitalisé sans son consentement et souhaitant exercer un droit de recours n'est actuellement pas organisée : certes chacun peut consulter un avocat, mais il y a une barrière culturelle et surtout financière que l'aide judiciaire ne résout pas à elle seule. La dispense de ministère d'avocat ne résout pas la question, même si elle permet que certains contentieux soient portés par les associations d'usagers.

Il serait intéressant aussi de développer dans ce domaine des formations en direction de la profession d'avocat pour les sensibiliser et favoriser ainsi la possibilité pour les usagers de recourir à leurs services.

- L'exercice simple et rapide du droit de recours ne doit pas être l'alibi du non contrôle des hospitalisations sans le consentement du malade.

En effet, l'hospitalisation abusive doit aussi être dénoncée et empêchée quand il s'agit d'un malade à faible représentation sociale, qui ne saisira pas le juge, qui ne comprendra pas ce qu'est un recours, pour qui toutes les autorités s'amalgament en une sorte d'Autorité suprême, confondant dans la même figure, le juge, le préfet, le médecin, le directeur d'hôpital voire l'infirmier ou l'aide soignant, et aussi le représentant de l'association⁽⁶⁾. C'est pourquoi des contrôles systématiques de la régularité des procédures doivent être effectués, ainsi que des contrôles plus approfondis effectués sur place. Il faut que l'hôpital psychiatrique reste ouvert et en particulier au juge, à la commission départementale d'hospitalisation psychiatrique, aux représentants du préfet et du ministre⁽⁷⁾ qui contrôlent, à jour donné et sans préavis, le bien fondé des hospitalisations sans le consentement du malade. Il faut que les visites prévues à l'article L. 332-2 aient lieu effectivement. Pour cela, il faut prévoir que la CDHP ait connaissance des conclusions de ces visites.

En cas de carence des autorités, la CDHP devrait pouvoir saisir le conseil départemental de santé mentale, prévu au 2^{ème} alinéa de l'article L.326 du CSP.

En résumé, une étude des délais dans lesquels les recours sont jugés doit être effectuée. S'agissant de libertés individuelles, la procédure du référé doit être privilégiée. Le malade doit être assisté pour exercer son droit de recours.

Les associations d'usagers doivent être aidées pour assister les personnes qui font des recours.

En plus de l'amélioration de l'exercice du droit de recours, il faut renforcer le contrôle de la légalité des hospitalisations sans consentement par la CDHP. Celle-ci pourrait d'ailleurs éventuellement "missionner" des représentants chargés d'examiner sur place que les procédures ont été respectées.

5.- Contenu et expression du consentement

5.1.- Etat des textes

La loi du 27 juin 1990 :

Dans la loi du 27 juin 1990, la notion de consentement est peu définie, tant dans son contenu que dans son mode d'expression et dans ses conséquences.

L'article L. 326-1 du code de la Santé publique, loi du 27 juin 1990, prévoit :

"Nul ne peut être sans son consentement ou le cas échéant sans celui de son représentant légal, hospitalisé ou maintenu en hospitalisation dans un établissement accueillant des malades atteints de troubles mentaux hormis les cas prévus par la loi et notamment par le chapitre III du présent titre".

Le titre III évoque l'absence de consentement pour l'H.D.T. dans les termes suivants :

Art. L. 333 : *" Une personne atteinte de troubles mentaux ne peut être hospitalisée sans son consentement, à la demande d'un tiers que si :*

1 Ses troubles rendent impossible son consentement.

2 Son état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier".

Quant à l'H.O., il n'est pas fait référence à l'absence de consentement, l'article L. 342 disant :

"A Paris, le préfet de police et dans les départements les préfets prononcent par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié, l'hospitalisation d'office dans un établissement mentionné à l'article L. 331 des personnes dont les troubles mentaux compromettent l'ordre public ou la sûreté des personnes".

Toutefois l'HO constitue la section II du chapitre III du code de la santé publique intitulé *"Modes d'hospitalisation sans consentement dans les établissements"*, ce qui sous-entend l'absence de consentement.

On peut se demander si l'article L. 326-3 qui assimile état de santé et nécessité du traitement vise la question du consentement au traitement :

"Lorsqu'une personne atteinte de troubles mentaux est hospitalisée sans son consentement en application des dispositions du chapitre III du présent titre, les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être limitées à celles nécessitées par son état de santé et la mise en oeuvre de son traitement".

Il semble au groupe de travail qu'il s'agirait d'une interprétation extensive de cet article qui vise en fait l'exercice des libertés énoncées ensuite et de leur compatibilité avec le traitement et non la possibilité d'imposer un traitement ; et qu'il est erroné d'affirmer que dans l'état actuel des textes, les malades hospitalisés sans leur consentement, en H.D.T. ou en H.O. peuvent se voir imposer un traitement sans leur consentement.

Enfin dernière mention dans la loi du 27 juin 1990 à la notion de traitement et de consentement du malade :

Art. L. 326-4 : *"Tout protocole thérapeutique pratiqué en psychiatrie ne peut être mis en oeuvre que dans le strict respect des règles déontologiques et éthiques en vigueur"*.

Ceci renvoie donc la notion de consentement au traitement à la jurisprudence générale en vigueur, notamment en cas de refus de traitement.

La recommandation européenne.

Dans sa définition même de l'hospitalisation involontaire pour soins, elle parle de placement nécessaire pour dispenser un traitement approprié, ce qui permet difficilement de dissocier hospitalisation et traitement sans consentement.

En ce qui concerne les détenus, lorsqu'ils souffrent de troubles mentaux, ils sont pris en charge soit par l'équipe du SMPR si l'établissement pénitentiaire en est doté, soit par l'équipe de secteur. Si une hospitalisation est nécessaire, elle a lieu en SMPR. Si les malades refusent les traitements, ils sont alors hospitalisés d'office dans un établissement psychiatrique agréé, non pénitentiaire. La notion de consentement s'applique là uniquement au traitement, paradoxalement même, on peut penser que ces malades là sont consentants à l'hospitalisation en établissement hospitalier, mais rétifs aux traitements, en tous cas à ceux administrés hors ce lieu⁽⁸⁾.

La loi Huriet aussi mentionne les malades mentaux.

Il n'est plus possible de se servir d'eux pour expérimenter des protocoles de soins autres que ceux liés à leur maladie.

S'ils ne peuvent consentir, ils ne peuvent faire l'objet d'expérimentations. Ce qui peut poser problème dans le cadre de la recherche pour les traitements psychiatriques.

La Charte du patient hospitalisé

La Charte est un texte dépourvu de valeur législative ou réglementaire, certes, mais devrait être reprise dans un cadre réglementaire en application des ordonnances relatives à la réforme hospitalière; elle dispose en ses articles résumés, 3 à 5 :

"3.- L'information donnée au patient doit être accessible et loyale. Le patient participe aux choix thérapeutiques qui le concernent.

4.- Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le consentement libre et éclairé du patient.

5.- Un consentement spécifique est prévu notamment pour les patients participant à une recherche biomédicale, pour le don et l'utilisation des éléments et produits du corps humain et pour les actes de dépistage".

5.2.- Etat des questions

Les questions qui se posent sont les suivantes :

A.- Peut-on administrer un traitement sans le consentement de la personne, et dans quelles circonstances ?

B.- Les malades mentaux doivent-ils dans certains cas et notamment pour ce qui est du consentement au traitement, être considérés différemment des autres malades ?

C.- Un tiers peut-il consentir à la place d'un malade ?

D.- La contrainte de l'hospitalisation comprend-elle celle du traitement ?

A.- la jurisprudence générale en matière de consentement

Pour ce qui est de la question du droit à imposer un traitement, il y a lieu de considérer la jurisprudence générale en la matière.

Selon de nombreux arrêts du Conseil d'État, en appel d'ailleurs de jugements du Conseil de l'Ordre des médecins, il y a toujours lieu d'arbitrer de manière nuancée, en cas de refus par le malade d'un traitement, entre l'obligation faite au médecin, par le serment d'Hippocrate de prodiguer le meilleur traitement en l'état des connaissances et la liberté individuelle du malade.

Deux cas de figure se dessinent :

- soit il s'agit de recours contre des médecins pratiquant des médecines parallèles à des malades qui ont refusé les traitements de la médecine officielle et souvent il leur est reproché d'avoir entretenu des "illusions", mais en tout état de cause pas de ne pas avoir "imposé un traitement" ;

- soit il s'agit purement et simplement de médecins qui ont accepté que leur malade ne suive pas un traitement préconisé et la Haute juridiction estime que le refus du malade est fondé s'il a été bien informé et qu'il n'a pas à prendre une forme écrite. Il semble bien que la liberté du malade de refuser un traitement soit un principe qui délie le médecin des obligations de son serment, il n'y a toutefois pas de jurisprudence sur des contentieux dans lesquels un malade aurait attaqué un médecin ou un établissement de soins, en faisant état d'un traitement qui lui aurait été dispensé alors qu'il n'y aurait pas consenti.

La question se pose-t-elle différemment si l'état de santé du malade lui ôte sa capacité de discernement ? En médecine somatique l'amoindrissement de la capacité de discernement est générale (coma traumatique, coma diabétique, altération des capacités cérébrales). Il y a donc lieu alors de substituer à la volonté du malade "empêché" celle du médecin, éventuellement de sa famille. (Code de déontologie).

Mais la question se pose différemment en ce qui concerne les malades mentaux.

B.- Une spécificité précise et limitée de la question du consentement en psychiatrie

En principe, il n'y a pas lieu d'appliquer aux malades mentaux un régime spécifique. Néanmoins, que faire quand en raison de leurs troubles mentaux, leur capacité de discernement ou pour reprendre les termes de la Charte des patients hospitalisés leur capacité de donner un consentement libre et éclairé est amoindrie ?

Il est difficile de se prononcer sur cette question quand il s'agit de malades souffrant de troubles mentaux. En effet ceux-ci n'amoindrissent pas leur capacité de compréhension, leur intelligence, l'exercice de la raison au sens des Lumières ; ils peuvent être occasionnels, circonscrits dans des périodes précises ; le malade revenu à meilleure santé peut retrouver sa capacité de discernement. Enfin, s'il s'agit la plupart du temps de traitements visant à atténuer la souffrance du malade (agitation, délires, hallucinations), il appartient à la liberté individuelle du malade de préférer certaines formes de souffrance à d'autres et notamment à certaines formes de contention chimiothérapeutique.

Mais il faut admettre aussi, et beaucoup de malades et d'anciens malades l'admettent, qu'il y a des périodes dans la vie d'un malade ou dans le cours de sa pathologie, pendant lesquelles il est incapable d'exercer son discernement et pendant lesquelles un refus de consentement à un traitement ou à une hospitalisation peut être une pure expression de ses troubles mentaux.

Ce n'est que parce que la maladie mentale est spécifique dans les troubles qu'elle génère et particulièrement dans la diminution voire la perte de la capacité de discernement qu'elle occasionne, surtout en ce qui concerne l'évaluation par le malade de sa pathologie, qu'il y a lieu de soigner, dans certains cas, sans le consentement du malade. Que les soins que l'on va dispenser au malade lui soient nécessaires, qu'ils soient dispensés avec éthique, que le malade soit en danger de mort, ne sont pas des motifs suffisants à l'usage de la contrainte.

Ce qui fonde l'usage de la contrainte en soins psychiatriques c'est la forme que prennent les troubles mentaux, de déni des troubles et de refus des soins.

C'est pourquoi d'ailleurs il y a une logique **sanitaire**, purement sanitaire à l'hospitalisation sans consentement en psychiatrie, au-delà des raisons sécuritaires.

L'hospitalisation est une forme de contention, elle offre au malade un espace/temps et des rites contenant, nécessaires pour juguler sa souffrance. Ce n'est qu'une des formes de ce soin. Il y a l'isolement, dans certains cas très restreints⁽⁹⁾, l'unité fermée, la contention physique ou chimiothérapeutique.

La spécificité de la question du consentement aux soins en psychiatrie amène les positions suivantes :

- Différentes formes de traitement, de l'hospitalisation sans consentement à la contention en unité fermée, en chambre d'isolement, à l'administration de traitements chimiothérapeutiques peuvent être administrés à un moment donné à condition que chaque acte effectué sans le consentement du malade le soit selon un protocole précis : information / motivation médicale écrite versée au dossier du malade / procédures définies suivant des bonnes pratiques médicales / périodicité restreinte.

C.- Un tiers peut-il consentir à la place d'un malade ?

Le consentement du malade ne peut être réputé obtenu si une personne de sa famille a consenti à sa place. En effet, l'amointrissement de la capacité de discernement du malade quant à sa pathologie et aux traitements à lui administrer ne peut pas justifier qu'un autre puisse décider à sa place.

D'abord cette pratique serait souvent génératrice de situations ingérables pour les proches : les traitements que certains malades refusent à certains moments - en psychiatrie peuvent être durs : isolement, neuroleptiques aux forts effets secondaires, sismothérapie, hospitalisation en unité fermée.

Ensuite, certaines situations pathologiques sont liées à des relations familiales et amicales complexes et ambivalentes. Certains états paranoïaques poussent des malades à amalgamer proche et persécuteur.

Enfin le projet thérapeutique pour les pathologies lourdes, à crises récidivantes est d'amener le malade, quand c'est possible à prendre conscience, une fois revenu à meilleur état, de ses troubles et éventuellement accepter "par avance", en cas de crise telle ou telle forme de traitement. Là encore, c'est le malade et non ses proches qui doivent entrer dans cette démarche. Décider à la place de quelqu'un est sans doute plus perturbant à terme que décider contre son gré.

Il a semblé au groupe qu'en psychiatrie, il faut se garder des solutions dans lesquelles les mots ne correspondent pas aux faits, dans lesquelles la liberté reste abstraite, bref se garder du nominalisme.

C'est pourquoi chaque restriction à la liberté, chaque contrainte doit être nommée en tant que telle, définie, circonscrite et encadrée.

D.- Hospitalisés libres et hospitalisés sans consentement par rapport aux traitements sous contrainte

Dans la logique de ce qui a été exposé à propos du consentement en psychiatrie, le groupe national a considéré l'hospitalisation sans consentement comme un traitement. Il peut être appliqué dans des cas précis, définis.

Mais le statut d'hospitalisé sans consentement ne devrait pas entraîner de facto une présomption de consentement aux autres actes effectués pendant cette période.

Certes la loi de 1990 est peu explicite quant à la liaison entre traitements et hospitalisation sans consentement, elle les amalgame quand elle définit l'HDT, comme répondant à un besoin de soins immédiats et d'une surveillance constante. On imagine effectivement que tout est compris dans ces termes : neuroleptiques, électrochocs, enfermement en unité fermée voire en chambre d'isolement.

Or il y a des établissements où cela se passe ainsi : une fois arrivée en H.O. ou H.D.T. le malade est mis en pyjama et enfermé en chambre d'isolement pendant cinq jours, voire plus.

Il n'était pas question dans le cadre de ce rapport de définir de bonnes pratiques. Ce qui est critiqué c'est le systématisme de telles pratiques qui d'une part contreviennent à l'individualisation sans consentement comme un menu à prix fixe et plats imposés, dans lequel le choix fromage ou dessert se réduirait au choix entre 5 jours ou bien 6 jours en isolement.

L'hospitalisation sans consentement n'implique pas qu'on ait à se passer du consentement du malade pour tous les actes qu'on va lui faire subir.

Il n'est possible de se passer de son consentement pour prendre toute mesure de soins que selon une procédure qui encadre la décision prise contre le gré du malade.

A contrario le groupe a discuté la question de savoir s'il était possible, dès lors que le malade est hospitalisé avec son accord, en hospitalisation libre, de lui administrer un traitement contre son gré.

Un exemple est celui d'un malade entré à l'hôpital de son plein gré et qu'il faut à l'occasion d'une crise d'agitation, isoler pour une période restreinte, en lui administrant éventuellement des neuroleptiques.

Faut-il d'abord le mettre en hospitalisation sans son consentement ?

Une partie du groupe d'évaluation, les usagers, certains membres du ministère de la santé estiment que oui, car la pratique du traitement contraint contrevient à l'esprit de l'hospitalisation libre, au code de déontologie et à la charte des malades. La jurisprudence du conseil d'Etat estime d'ailleurs qu'une personne présentant des signes de maladie mentale ne peut être retenue contre son gré que pendant le temps strictement nécessaire à la mise en place des mesures d'hospitalisation sans consentement prévues par la loi (CE. 18 octobre 1989-Madame Brousse).

Une autre partie, majoritaire, comprenant les professionnels du soin, d'autres administratifs, l'Unafam, la présidente du groupe estiment que la logique qui veut qu'on considère chaque type de contrainte à la lumière de la situation particulière qui la motive doit s'appliquer aussi en ce cas.

S'il est nécessaire du point de vue de sa santé de prendre une décision médicale sans l'accord du malade, celle-ci doit être motivée, exposée au malade, écrite et portée à son dossier. Elle doit être revue à périodicité très brève.

Une fois revenu à meilleur discernement, le malade informé pourra d'ailleurs demander à quitter l'hôpital. Selon les cas, soit il sera demandé une hospitalisation sans consentement, soit il sortira. Cette solution à l'avantage de circonscrire la contrainte et donc d'amoindrir ses effets violents. Il ne faut cependant pas se cacher qu'il y a de la violence en psychiatrie, la maladie mentale est une souffrance violente, les moyens utilisés pour lutter contre cette souffrance n'ont pas toujours l'aspect serein d'une parole lénifiante.

Traitement sans consentement et détenus souffrant de troubles mentaux.

Le raisonnement tenu à propos des hospitalisés sans leur consentement et des hospitalisés libres peut être tenu aussi à propos des détenus.

La loi de 1990, pas plus que la loi de 1838, n'aborde le statut des détenus nécessitant une hospitalisation sans consentement C'est l'article D398 du code de procédure pénale qui précise que : *"Les détenus en état d'aliénation mentale ne peuvent être maintenus dans un établissement pénitentiaire "*.

Dans la pratique, il est fait une distinction entre détenus consentant aux soins, soignés en S.M.P.R - service médico psychologique régional ou sur place par l'équipe psychiatrique et détenus ne consentant pas aux soins, transférés en hospitalisation d'office en service de psychiatrie.

Le détenu est certes un malade comme les autres, mais son statut de détenu ajoute des contraintes au statut de malade hospitalisé. Tout d'abord, il ne peut être hospitalisé libre car il n'est pas libre de quitter l'hôpital du fait de son statut de détenu.

Le groupe de travail a proposé qu'autant que faire se pouvait, l'hospitalisation sans consentement du détenu obéisse aux mêmes indications et aux mêmes conditions que celles des malades non détenus, sauf contraintes liées au statut de détenu. Les droits des malades détenus seront développés au chapitre 4.

Actes et décisions auxquels peut s'appliquer la contrainte

Il n'est pas question de reprendre ici l'ensemble des contraintes, il y en a trois types :

- les mesures de contention

* l'hospitalisation sans consentement : le malade ne doit pas quitter l'établissement (parfois entendu au sens large, jusqu'au village ou au quartier avoisinant) sans autorisation.

* l'hospitalisation en unité fermée : on reprendra la description de celle-ci dans le chapitre concernant les droits.

* l'isolement en chambre d'isolement.

Chacune de ces mesures comporte des indications précises, s'inscrit dans un projet thérapeutique individuel, doit être motivée et si le malade n'y consent pas, le médecin doit expliquer pourquoi il ne peut y consentir et pourquoi il faut passer outre son consentement.

- les traitements

Il s'agit de traitements à visées thérapeutiques uniquement. Ils peuvent être chimiothérapeutiques mais aussi d'autres types.

La chimiothérapie s'inscrit dans ce cadre. Le consentement du malade doit être recherché systématiquement. Ce n'est que l'absence de consentement de type pathologique à laquelle on peut passer outre.

Car un malade peut "*préférer*" une souffrance à certains effets secondaires (par exemple des doses plus faibles de certains médicaments au prix de signes supportables de dépression), certaines formes de contention à d'autres. Par contre il est des états de troubles profonds qui rendent le malade incapable de vouloir se soigner. Il en est ainsi dans certains cas de mélancolie, où le médecin "*choisit*" entre la chimiothérapie et la persistance d'un risque suicidaire très important.

Ces traitements sans consentement doivent être administrés selon des procédures rigoureuses et vérifiables.

- les restrictions aux libertés

Il s'agit là des restrictions aux libertés de droit commun : aller et venir, correspondre, téléphoner, toutes restrictions qui peuvent être apportées uniquement quand le malade, du fait de ses troubles, en fait un usage qui risque de lui nuire.

On exposera au chapitre IV les propositions visant à appliquer ce type de contrainte dans le respect des malades.

Le risque suicidaire

Ce problème doit être évoqué. En effet, le suicide représente, de manière paroxystique, le problème du consentement au soin tel qu'il se pose au malade, au médecin, à l'établissement de soins et à la famille du malade.

Tout acte de suicide n'est pas une conséquence de troubles mentaux et n'est pas effectué en état de troubles mentaux. Le suicide n'est plus un délit, il s'apparente donc à une liberté individuelle.

Mais il est des troubles mentaux qui entraînent un risque suicidaire. Est-ce à dire que c'est ce risque qui était visé dans la définition de l'HDT, en parlant de surveillance constante ? Est-ce à dire aussi que tout risque suicidaire nécessite une hospitalisation sans l'accord du patient et une surveillance constante ? Et que donc l'établissement hospitalier, le médecin, le personnel soignant pourraient être considérés comme responsables du suicide réussi par un malade sorti de l'hôpital, légalement ou en fugue ?

Il a semblé au groupe de travail qu'il est nécessaire de diminuer la pression sur ce point, c'est à dire de ne pas viser une société sans risque, et notamment de ne plus faire référence à la notion de surveillance constante dans la loi, encore moins d'y introduire la notion de suicide.

Et ceci, pour les raisons éthiques visées ci-dessus, (comment distinguer le risque suicidaire pour trouble mental de celui longuement réfléchi), pour des raisons thérapeutiques (le soin à la personne suicidaire nécessite à un moment donné le pari du risque, la sortie de l'établissement, le retour à une liberté) et pour que le risque suicidaire ne devienne pas l'alibi d'une société sécuritaire portée à faire enfermer les inadaptés, les marginaux et tous ceux qui gênent.

En ce sens il faut réaffirmer que le consentement au traitement doit être la règle, et l'hospitalisation comme le traitement sans l'accord du malade une exception dûment encadrée par des raisons médicales devant permettre aux médecins et aux malades de mieux gérer ensemble la pathologie mentale.

6. - Liberté individuelle et ordre public

6.1.- Définitions

Aux termes de la loi du 27 juin 1990, il ne peut y avoir hospitalisation d'office que si en raison des troubles mentaux, il y a atteinte à la sûreté des personnes ou à l'ordre public. Néanmoins cette interaction est d'appréciation complexe, le plus souvent, il est constaté d'une part que la personne présente un danger ou qu'elle trouble l'ordre public, d'autre part qu'elle est "malade mentale".

Certains font cependant remarquer que l'on peut à la fois avoir des comportements délictueux, dangereux ou troublant l'ordre public et être malade, sans que les deux faits soient liés, et notamment qu'il y a conscience de la nature délictueuse du comportement. Un malade mental n'est pas forcément irresponsable et il n'est pas thérapeutique de le considérer comme tel.

Le risque d'atteinte à la sûreté des personnes recoupe ce qu'en d'autres pays on nomme la dangerosité. Ce n'est pas la déviance ou le comportement délictueux, c'est la seule menace contre les personnes.

6.2.- La dangerosité du fait de certains troubles mentaux doit être reconnue, mais son utilisation contenue

Toutes les législations européennes, même les plus libérales ont prévu des mesures spéciales d'enfermement, en cas de dangerosité du fait de troubles mentaux.

Mais il y a eu très souvent amalgame entre malade mental et fou dangereux. À cet égard plusieurs choses méritent d'être dites :

- le nombre de malades dangereux, qui doivent sur une très longue durée faire l'objet de mesures de contention particulières est très faible : une centaine environ.
- la plupart des actes criminels, qui ont porté atteinte à l'intégrité physique d'autrui, ont été commis par des malades mentaux dans une période de crise, et ces malades ne sont plus dangereux hors ces périodes. Et bien sûr, c'est souvent la première crise, qui a lieu sans qu'on s'y attende qui est la plus meurtrière. Il ne faut donc pas enfermer de tels malades à vie, mais plutôt veiller à trouver des traitements qui préviennent la survenue de telles crises et éventuellement des moyens de les mettre hors d'état de nuire à certains moments.
- la dangerosité liée aux troubles mentaux est un symptôme d'une maladie, qui se soigne, mais le soignant ne peut pas en même temps punir au risque sinon de rater le soin et la sanction. La dilution de la responsabilité dilue aussi l'interdit. En ce sens, amalgamer malades mentaux et délinquants potentiels enlève de son efficacité à la pratique psychiatrique, mais aussi à la justice.

L'hospitalisation d'un malade, pour comportement dangereux pour autrui est un soin de ce malade, généralement à prodiguer en urgence, et non pas une répression de son comportement.

C'est dans la combinaison nuancée des fonctions judiciaires de la sanction de comportements incivils ou délinquants, et sanitaires de l'appréciation des troubles mentaux, qu'on trouvera la prise en charge la plus efficace pour le malade et pour la société de ce type de problèmes. Il n'est pas question non plus de dire que le délit n'a rien à voir avec l'état pathologique, alors même qu'il en est une expression ou que la conduite de la personne est largement déterminée par son état de santé mentale. Les troubles mentaux doivent être un élément important d'appréciation de la gravité de l'acte et de la sanction : apostropher et menacer des quidams dans une cité n'est pas de la même gravité si c'est le fait d'un débile léger, d'un malade mental légèrement délirant que si c'est une agression sciemment développée. Le vol peut être le fait d'un kleptomane ou d'une personne saine d'esprit. Un crime commis en état de bouffée délirante sera toujours aussi grave, mais la responsabilité de la personne ne peut pas être engagée de la même façon si elle n'a pas eu conscience de l'acte qu'elle commettait et qu'elle ne s'en souvient même pas.

L'hospitalisation sans consentement d'une personne dangereuse pour autrui, en raison de ses troubles mentaux a donc deux objectifs : empêcher la personne de nuire, objectif sécuritaire / soigner la personne, objectif sanitaire.

Si on affirme que l'hospitalisation sans consentement est toujours une mesure de soin, c'est parce que cette condition là, être un moyen de soin, doit être remplie, que la sécurité publique ne peut justifier à elle seule l'enfermement dans cet endroit là. C'est le juge qui est chargé de protéger la société en ordonnant la détention pour sécurité publique. L'hôpital lui ne peut servir qu'à soigner selon de bonnes pratiques professionnelles les personnes qui nécessitent ces soins.

C'est en ce sens que l'hospitalisation sans consentement, telle que la conçoit le groupe national d'évaluation, est totalement différente de l'internement et du placement. C'est toujours d'abord une mesure sanitaire, ordonnée par un médecin. L'hospitalisation sans consentement est une mesure de contention justifiée par les troubles mentaux et les comportements qu'ils induisent, pas une mesure d'enfermement et de sanction.

C'est pourquoi d'ailleurs, pour la même pathologie, selon son évolution, pourront être proposées aux malades d'autres types de contention et d'obligation de soins et notamment une alternative à l'hospitalisation sous forme de soin ambulatoire sans consentement.

6.3.- Propositions pour en finir avec une psychiatrie sécuritaire

Ce constat a conduit le groupe national d'évaluation à formuler diverses propositions : trois propositions de principe et diverses propositions d'organisation en découlent.

- les propositions de principe touchent a) à la prise en compte de la responsabilité pénale des malades mentaux, b) à la suppression de l'ordre public comme motif d'hospitalisation sans consentement, c) à la suppression de la possibilité pour le juge des enfants d'utiliser l'hôpital psychiatrique comme un lieu de placement, dans le cadre de ses compétences à l'égard des mineurs.

a) Responsabilité pénale et psychiatrie

L'article 64 du code pénal stipulait "*qu'un crime ou un délit commis en état de démence est réputé ne pas avoir eu lieu*". Un non lieu était donc déclaré quand l'expert psychiatrique commis par le juge déclarait que la personne était en état de démence au moment des faits. Cette formulation était critiquée de longue date par les psychiatres, et notamment parce qu'elle avait pour effet, même pour le malade revenu à meilleur discernement, de confondre imaginaire et réel, d'escamoter la réalité des faits.

Le nouveau code pénal est rédigé ainsi qu'il suit : l'article L.122 du N. C.P :

1- "N'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes.

2- La personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable ; toutefois, la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime".

Cet article reste critiqué par les psychiatres. En effet d'une part, dans la pratique, cela revient au même pour le malade, la victime et la société : il n'y a pas de procès, pas de poursuites, pas de sanction.

D'autre part, cette procédure n'est pas toujours la plus protectrice pour le malade. En effet, si le juge estime au vu du rapport d'expertise ou d'un autre rapport, que le malade continue à être dangereux, il peut demander qu'il soit hospitalisé en HO selon l'article L. 348 de la loi de 1990.

"Lorsque les autorités judiciaires estiment que l'état mental d'une personne qui a bénéficié d'un non lieu, d'une décision de relaxe ou d'un acquittement en application des dispositions de l'article L.122-1 du code pénal pourrait compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes, elles avisent immédiatement le préfet, qui prend sans délai toute mesure utile ainsi que la commission départementale d'hospitalisation psychiatrique. L'avis médical pour l'HO doit porter sur l'état actuel du malade."

L. 348-1 : *"Il ne peut être mis fin aux hospitalisations d'office intervenues en application de l'article L. 348 que sur les décisions conformes de deux psychiatres n'appartenant pas à l'établissement et choisis par le préfet sur une liste établie par le procureur de la République après avis de la direction de l'action sanitaire et sociale du département dans lequel est situé l'établissement"*⁽¹⁰⁾

Ces deux décisions résultant de deux examens séparés et concordant doivent établir que l'intéressé n'est plus dangereux pour lui - même ni pour autrui."

L'application de ces deux articles, après que le malade a "bénéficié" de l'application de l'article L.122-1 du nouveau code pénal a pour effet d'enfermer le malade pour une durée indéterminée, laissée à la seule appréciation de deux experts. Ceci n'est pas satisfaisant du point de vue des droits de l'homme.

Est ce à dire qu'il ne faudrait plus tenir compte des troubles mentaux et juger un malade mental responsable des actions délictueuses qu'il commet au même titre que n'importe qui ?

Il faut visiter les prisons françaises, prendre connaissance du peu de moyens qui sont affectés aux soignants, apprécier sur place les conditions de détention, cellules de 9 mètres carrés pour quatre personnes ou plus, la distribution de médicaments directement par les personnels non médicaux, les effets de la surpopulation sur les symptômes de pathologie mentale pour affirmer qu'il faudra y enfermer pour vingt ans, une personne qui a commis un crime en état de bouffée délirante.

C'est pourquoi le groupe, relayant d'ailleurs l'ensemble des professions psychiatriques, propose une solution nuancée :

Il serait appliqué la même procédure que les troubles mentaux aient aboli ou altéré le discernement d'une personne : le procès a lieu, la personne est punissable.

Mais le procès peut conclure à la dispense de peine en cas d'abolition de la capacité de discernement.

En tout état de cause, certains experts (par exemple : le docteur Kottler, chef de service d'Henri Colin, unité pour malades difficiles de Villejuif) affirment qu'il y a un pourcentage non négligeable d'erreurs d'expertise sur ce sujet, aboutissant à condamner sévèrement certains malades et à déclarer un non-lieu pour des personnes non malades mentales. Il n'y a donc pas intérêt à adopter une solution trop tranchée en termes de conséquences sur la base d'une seule expertise.

Cette solution a trois avantages : d'une part de ne pas préconiser une solution en termes d'alternative tranchée, ou une personne est responsable, ou elle ne l'est pas. Il y a des degrés très divers d'atténuation de la responsabilité. D'autre part, il faut considérer les troubles mentaux, même quand

il s'agit d'états de démence, pendant lesquels la personne a commis un crime, comme des troubles réversibles. La personne reste une, même si elle a connu des états de dissociation. Il faut donc, pour elle, qu'elle puisse assumer jusqu'à la responsabilité a posteriori des actes qu'elle a commis, même en état de démence. Payer a aussi un sens thérapeutique.

Enfin, la personne qui a été jugée parce qu'elle a commis un crime ou un délit en état de démence fera l'objet d'une peine, à purger en prison ou si le traitement adéquat de ses troubles ne peut être apporté en régime pénitentiaire, en hôpital, à durée limitée. Passé ce temps, si les médecins traitants estiment que ses troubles mentaux la rendent encore dangereuse, elle peut être hospitalisée sans son consentement, mais dans un régime de droit commun. La durée d'hospitalisation, suite à l'acte criminel ou délictueux doit donc dépendre du juge, elle doit comme toute peine de détention / sanction être fixée avec une limite supérieure.

Cette proposition de réforme des articles L. 348 et L. 348-1 de la loi de 1990 s'appuie sur une réforme de l'article L. 122 du nouveau code pénal. Sans cette réforme, le groupe propose de réformer seulement ainsi ces deux articles :

- les personnes à l'égard desquelles le juge a déclaré éteintes les poursuites au pénal, parce qu'elles ont commis un crime ou un délit en état de démence, peuvent être hospitalisées sans leur consentement dès lors que leur état correspond aux indications définies dans les présentes propositions et notamment si en raison de leurs troubles mentaux elles présentent un risque d'atteinte à la sûreté des personnes. Le juge informe le préfet qui demande un examen médical sur "*l'état actuel du malade*" justifiant ou non la mesure.

La décision d'hospitalisation sans consentement sera prise par arrêté du préfet, la levée de l'hospitalisation sans consentement par le directeur de l'hôpital conformément à la procédure prévue par les propositions du présent rapport.

Dernier argument pour aligner la levée d'hospitalisation d'office des personnes ayant bénéficié d'un abandon de poursuites après expertise psychiatrique sur celle des personnes hospitalisées d'office : il est clair que le durcissement des conditions de levée des hospitalisations d'office des personnes qui ont commis des crimes ou des délits en état de démence a ralenti les flux de sortie, ce qui était le but recherché.

En effet, il faut deux experts là où un seul a suffi à constater l'état de démence, comme s'il était plus facile de se prononcer sur le trouble mental que sur la dangerosité. Or, deux experts, qui peuvent être extérieurs à la clinique des malades difficiles (en région parisienne, où il y a pléthore d'experts, ce sont les plus présents au tribunal et dans l'administration, donc souvent des libéraux ou des médecins moins présents dans leurs services qui sont retenus) auront tendance à ne pas risquer de laisser sortir un malade, quand ils ne sont pas complètement sûrs, d'autant que ce n'est pas à eux de l'assumer au jour le jour et qu'ils ne voient pas l'éventuelle dégradation de son état mental du seul fait de l'enfermement. (il est parfois difficile de savoir si l'assertion d'un malade selon laquelle on le garde enfermé abusivement est une protestation contre une injustice ou un symptôme paranoïaque).

On peut, comme le disait le ministère de l'Intérieur, en 1996, lors de la séance consacrée à ce sujet, considérer que tout ce qui a tendance à laisser enfermés des malades qui ont été dangereux est bon, mais une telle assertion n'est pas sérieuse. D'autant que ni le ministère de l'intérieur, ni le ministère de la justice ne sont en mesure de fournir des études documentées, sur le nombre d'actes criminels ou délictueux commis par des personnes en état de démence, sur la récidive, sur la proportion de malades mentaux parmi les criminels, particulièrement les récidivistes. On peut donc craindre que le fantasme du fou dangereux et la méconnaissance complète de la pathologie mentale et des possibilités et modes de soins ne tiennent lieu d'argumentaire.

b) Psychiatrie et ordre public

On l'a vu la psychiatrie et le trouble à l'ordre public sont trop souvent assimilés. Mais, il apparaît que pour des raisons à la fois thérapeutiques, politiques et civiques et stratégiques, il faille casser ce tandem séculaire.

Pour le dire vite et sans détour, le motif de trouble à l'ordre public en raison des troubles mentaux a essentiellement deux objectifs.

1) Il permet aux autorités de l'État, de mettre à l'écart une personne qui en raison de son comportement, du fait de ses troubles mentaux, contrevient aux normes sociales et pour laquelle ni la famille, ni les dispositifs sociaux n'ont trouvé de solution d'assistance.

Un clochard qui se dénude, s'exhibe, empeste, salit la voie publique peut être hospitalisé, dès lors qu'il est également légèrement délirant, et cet état est fréquent compte tenu de la consommation d'alcool de ces personnes.

Une vieille femme, malade mentale, seule dans sa maison, invective ses voisins, voire dépose ses ordures devant leur porte. Est ce à dire qu'elle relève de l'hospitalisation d'office ? Est-elle vraiment dangereuse ? Le sont-elles, ces personnes "*dérangées*" qui mangent et font du bruit, à grand renfort d'odeurs et de musique, la nuit, qui parlent fort quand les autres regardent la télévision etc. Le scandale est il dangereux ?

Un malade mental suivi par une équipe en ambulatoire, élève de manière obsessionnelle et peut-être délirante des souris. Celles-ci s'échappent à intervalles réguliers de son appartement et envahissent les logements voisins. Est ce une raison de l'hospitaliser ? Ne faudrait-il pas l'aider à trouver une solution de logement, lui permettant de se livrer en toute quiétude à des activités sommes toutes peu appréhensibles. (il n'élève ni fauve, ni reptile comme d'autres "normaux") .

L'hôpital psychiatrique sert ainsi d'institution de "décharge" pour y interner des personnes qu'on ne supporte plus au dehors. L'ordre public est une manière de gérer l'intolérance sociale grandissante, la perte des solidarités de voisinage, l'incivilité sociale collective. Parfois d'ailleurs, la possibilité d'hospitaliser pour trouble à l'ordre public, c'est-à-dire sans qu'il y ait danger pour le malade, ni pour les tiers d'un malade, empêche qu'on soit inventif, qu'on cherche d'autres solutions :

- un lieu de vie pour le clochard, ou au moins la mise à disposition de lieux type boutiques de solidarité où les gens de la rue peuvent se laver, laver leur linge, où leur sont dispensés des soins infirmiers, où ils peuvent se tenir au chaud.

- une maison de retraite ou un foyer logement pour la vieille dame, avec un suivi ambulatoire qui prévienne la virulence de ses troubles.

- un institut médico-éducatif ou une structure de formation adaptée aux troubles du comportement pour le jeune psychotique.

- une maison ou un logement bien isolé pour celui qui élève ses petites bêtes, la disposition éventuelle d'un hangar pour le faire .

Curieusement, l'hôpital psychiatrique qui est une de nos institutions collectives au fonctionnement très coûteux (les soins y sont essentiellement relationnels, donc les budgets sont à 80 % des frais de personnels) est envisagé le plus souvent en première intention, pour régler des problèmes sociaux

ou médico-sociaux. La tradition de l'asile, où on pouvait se débarrasser pour un prix modique des gêneurs est encore forte.

2) Mais l'hospitalisation pour motif de troubles à l'ordre public a une autre raison encore, politique et civique.

Une personne qui a des troubles mentaux et qui commet des actes d'incivilité, voire de petits délits, est adressée par les forces de l'ordre plutôt à l'hôpital psychiatrique qu'au procureur.

Car, pour ces petits délits, le procureur d'une part n'ordonne pas de détention, d'autre part classe la plainte. Il en est ainsi des états d'ébriété sur la voie publique, le week-end, des menaces en état d'ivresse qui aboutissent toujours en hospitalisation d'office et pour lesquelles il n'y a pas poursuite, quand bien même le délit est constitué. Est-il bon pour les alcooliques, quand leur état ne requiert pas de soins, qu'ils soient hospitalisés en psychiatrie, et pas punis pour les conséquences de leur ivresse ? En confondant hôpital et prison, et en assimilant leur état d'ivresse et ses conséquences à un acte irresponsable du fait de leur maladie, les pousse-t-on vraiment à se soigner ?

Ce n'est pas parce que notre société a du mal à élaborer les règles de droit qui régissent le vivre ensemble et à les faire appliquer que la psychiatrie doit être chargée de ces problèmes.

C'est pourquoi, il n'est pas possible qu'un motif d'appréciation conjoncturelle, voire dans certains régimes arbitraire, puisse avoir pour conséquence une hospitalisation sans consentement.

c) Le juge des enfants et le placement en hôpital psychiatrique

On abordera ce point un peu plus loin, quand il sera question des mineurs et de leurs droits. En effet, le groupe de travail considère que les mineurs, à partir d'un certain âge, pourraient être consultés pour être hospitalisés et qu'il faudrait formaliser le fait de les hospitaliser sans leur consentement.

Certains mineurs sont encore plus démunis à l'égard d'une hospitalisation en psychiatrie sans leur consentement. En effet, les mineurs placés par le juge des enfants, en famille d'accueil, dans des foyers, lieux de vie de l'aide sociale à l'enfance ou de la protection judiciaire de la jeunesse, ou suivis dans leurs familles par des mesures d'assistance éducative en milieu ouvert, peuvent être placés, selon les mêmes procédures judiciaires et non médicales, par le juge des enfants, en hôpital psychiatrique, soit en service de psychiatrie infanto-juvénile, soit en service d'adulte. Ces dispositions résultent de l'application par le juge des enfants des dispositions de l'ordonnance du 23 décembre 1958 sur l'Assistance éducative, codifiée à l'article 375 du code civil, si le mineur est délinquant, le juge des enfants peut intervenir dans le cadre de l'ordonnance 45-174 du 2 février 1945 sur les mineurs délinquants.

C'est parce que là encore, l'hospitalisation en psychiatrie est assimilée à un placement, à un enfermement pur et simple qu'il est loisible au juge des enfants d'utiliser cette institution sans aucune motivation de soins.

Cette possibilité doit être supprimée, parce qu'elle nuit au bon fonctionnement de la justice des mineurs et parce qu'elle nie le rôle thérapeutique de l'hôpital. Sa suppression est réclamée unanimement par tous les pédo- psychiatres et psychiatres. Là encore l'hôpital psychiatrique est utilisé pour pallier aux manques des institutions judiciaires et sociales et notamment à l'existence de lieux de crise, de moyens destinés à prendre en charge les cas lourds.

Enfermer à l'hôpital psychiatrique sans motifs médicaux s'apparente à une mise en détention. Or on sait que celle-ci a diminué beaucoup et se fait avec beaucoup de précautions, quand il s'agit de mineurs. Il ne faut pas que l'hôpital prenne le relais.

d) Propositions d'organisation découlant de ces propositions de principe

Une compétence du préfet, chef des services déconcentrés de l'État et garant de l'application des lois.

Si l'entrée en hospitalisation sans consentement doit se faire comme cela est proposé dans le présent rapport, par arrêté du préfet, c'est une compétence qu'il tient du fait qu'il est représentant de l'Etat dans le département et chef des services déconcentrés et non pas de sa compétence en matière d'ordre public.

C'est pourquoi d'ailleurs cette compétence pourrait être déléguée au DDASS et au MIS.

Supprimer le particularisme parisien, sans justification autre qu'historique.

A Paris, pour des raisons tenant à l'histoire, c'est le préfet de police qui a compétence en matière d'hospitalisation d'office.

Un alignement des conditions d'accueil et de prise en charge des urgences psychiatriques et des hospitalisations sans consentement à Paris sur celles pratiquées dans le reste de la France paraît nécessaire. Il en découle ainsi que cela sera exposé au chapitre 3, une suppression de la compétence de l'IPPP pour l'accueil des malades dont les troubles constituent un danger pour autrui et un transfert de la compétence de la décision d'hospitalisation sans consentement du préfet de police au préfet de Paris.

- L'hospitalisation sans consentement, une modalité de soins.

Une hospitalisation sans consentement purement sanitaire, dans ses objectifs, peut évoluer pour devenir une alternative de soins ambulatoires à l'hospitalisation sans consentement, sur proposition du médecin traitant et avec l'accord de la personne sur cette transformation. Il s'agit là de prendre en compte la régulation au long cours des troubles de malades chroniques, qui s'ils abandonnent leur traitement et ne sont pas "repris" à temps risquent une nouvelle flambée de troubles, dangereux pour autrui et une ré-hospitalisation d'urgence. On le sait l'accumulation de crises rend l'insertion dans le voisinage et dans la famille de plus en plus problématique, marginalisant ainsi progressivement ces personnes.

La procédure sera exposée plus loin, mais il s'agit bien d'une proposition qui s'inscrit dans la logique sanitaire qui doit prévaloir.

- Levée de l'hospitalisation sans consentement par le directeur d'hôpital.

Enfin, dès lors que l'hospitalisation sans consentement est une mesure de soins, la levée, c'est à dire la sortie de l'hôpital peut être décidée par le directeur sur proposition du médecin traitant hospitalier.

Et ce même pour les personnes qui ont commis un crime ou un délit en état de démence.

Il est bien sûr toujours possible au malade, si son médecin s'oppose à sa demande de sortie ou à celle de sa famille, ou au médecin s'il veut un avis extérieur, de demander l'avis d'un psychiatre extérieur, voire du médecin libéral traitant du malade.

- Une responsabilité sans faute des établissements psychiatriques et une protection des directeurs et des médecins n'ayant pas commis de faute intentionnelle.

Découpler psychiatrie et ordre public pousse ainsi à une psychiatrie d'apparence plus libérale. Est ce à dire une psychiatrie laxiste ?

Ce n'est pas la fonction de la psychiatrie de garantir la sécurité publique. Il y aura donc toujours des "bavures", des malades qui commettront des agressions après être sortis de l'hôpital. Est ce à dire qu'il aurait fallu les y garder, et combien de temps, à vie ? Quand peut-on dire qu'il n'y a plus de danger de récidive ? Pourquoi d'ailleurs demanderait-on à la seule psychiatrie un zéro faute et un zéro risque, alors qu'on n'impute pas aux marchands d'armes les crimes commis par leurs acheteurs, ni même aux autorités qui accordent, parfois très largement, les autorisations de ports d'armes. Alors qu'on ne demande pas aux cafetiers de s'assurer que ceux qui ont consommé chez eux ne vont pas prendre le volant en état d'ébriété et encore moins d'ailleurs aux marchands d'alcool.

La psychiatrie est un métier difficile où il faut prendre des responsabilités et donc des risques. Pour autant, les personnels ne doivent pas faire les frais, en termes de mise en cause de leur responsabilité pénale et civile de cette prise de risque. Ni parce qu'un malade qu'ils n'auront pas jugé opportun d'hospitaliser se sera suicidé, ni parce qu'il aura agressé quelqu'un, ni parce qu'il aura commis des dégâts matériels. Il faut que la jurisprudence de la responsabilité sans faute soit appliquée, c'est à dire qu'il faut qu'il y ait eu intentionnalité pour que la faute soit reconnue⁽¹¹⁾.

Et ce d'ailleurs en ce qui concerne la mise en cause du fait des agissements des malades dans et hors l'hôpital, comme en ce qui concerne le respect des procédures d'hospitalisation.

7.- Psychiatrie et exclusion sociale

Cette question touche à la loi de 1990 sur plusieurs points. D'abord quand l'internement en psychiatrie tient lieu de mauvais règlement de l'exclusion sociale. Ensuite quand les dispositifs médico-sociaux et de réinsertion sociale s'opposent à un bonne sortie d'hôpital. Certains parlent alors d'externements abusifs. Enfin quand les antécédents psychiatriques ou l'existence d'une pathologie mentale pourtant stabilisée constituent des facteurs d'exclusion sociale, professionnelle et économique.

7.1. - Figures contemporaines de l'internement abusif

Il faut le reconnaître, si l'internement abusif, tel qu'on l'a connu il y a encore une vingtaine d'années, tel qu'il est décrit dans les livres de droit, de psychiatrie et les romans n'a pas entièrement disparu, il ne représente qu'un danger mineur. Il est rare que le médecin de l'établissement, son directeur, un médecin de famille et une famille arrivent à se mettre d'accord pour enfermer à l'hôpital quelqu'un qui ne serait pas malade.

C'est d'ailleurs plus souvent les personnes extérieures à l'hôpital qui veulent hospitaliser, les équipes psychiatriques ayant tendance à "faire sortir leurs malades" pour ne pas les "chroniciser", parce qu'elles ont développé des alternatives ambulatoires, pour des raisons économiques disent certains. Il est clair en tous cas que la dangerosité qui résulte des troubles mentaux est majorée par des personnes qui n'ont pas l'habitude des troubles mentaux et qui assimilent l'agitation à une attitude menaçante, le délire à la démence et la dépression à la mélancolie.

Par contre, il se développe des formes d'hospitalisation pour raisons sociales.

Le rapport Lazarus⁽¹²⁾ et le rapport Piel ont abordé la question de la psychiatrisation de la société. La tendance dénoncée en 1995 qui consiste à assimiler désinsertion sociale, désespoir social et toutes formes de troubles du fait des conditions de vie, dévalorisation de soi du fait de l'exclusion professionnelle, dépression du fait du stress lié à la peur du chômage, dépression et découragement devant les difficultés d'insertion n'a fait que se développer. Il est cliniquement difficile de distinguer

entre les troubles d'origine sociale et économique et les troubles dont l'origine tient à la structure de la personnalité et à une pathologie mentale. Néanmoins, une chose est sûre, les moyens thérapeutiques appliqués aux troubles résultant des conditions de vie échouent à les soigner de même qu'il ne sert à rien de "résoudre les problèmes " d'une personne pathologiquement déprimée.

La question touche directement la loi de 1990 quand cette tendance à psychiatriser les questions de société aboutit à des hospitalisations et à des injonctions de soins abusives.

Il en est ainsi quand aboutissent à l'hôpital, contre leur gré ou avec leur assentiment tacite, des personnes en situation de grande marginalité, qui cherchent là non pas des soins, mais un accueil. De même que certains toxicomanes "se font mettre en prison l'hiver", parce qu'ils ne veulent pas mourir de froid. Il en est ainsi aussi, quand on ne peut pas faire sortir de l'hôpital une personne isolée, parce qu'elle n'a pas de logement, pas de ressources. Il en est ainsi enfin quand la vie dans la rue renforce des troubles mentaux légers au départ, notamment parce qu'elle implique presque toujours des conduites addictives, alcooliques notamment.

Mais ce n'est pas que de la question de la grande marginalité que se décharge la société sur la psychiatrie.

La question de la délinquance sexuelle et du risque de récidive des délinquants sexuels à leur sortie de prison est une question grave et d'actualité. Contre laquelle, on n'a, en dehors des solutions répressives, que peu d'armes. Or, on ne peut pas assimiler délinquance sexuelle et troubles mentaux, car il y a bien sûr une palette de situations : un pédophile, c'est à dire un pervers sexuel du fait même de son trouble mental ne distingue pas entre bien et mal, permis et interdit, il est anti thérapeutique de le déclarer irresponsable ou de confondre soin et sanction.

Un violeur est un criminel qui doit être condamné en tant que tel, sauf s'il a commis ce viol en état de démence et qu'il relève de l'article L.122-1.

- A qui veut-on faire croire que la psychiatrie offrirait des solutions miracles en termes de prévention de la récidive, là où personne n'y peut mais.

- On ne peut que discréditer le soin psychiatrique auprès des délinquants sexuels en l'assimilant à une sanction, de même qu'on affaiblit la force de la loi en acceptant de diluer leur responsabilité et les sanctions pour ces crimes et ces délits-là.

La psychiatrie dans une acception scientifique prend alors la place d'une éthique collective et d'une régulation sociale défaillantes. Au risque d'affaiblir la psychiatrie et la justice.

Par contre cette prise de position du groupe contre toute assimilation des troubles sociaux aux troubles mentaux et des actes délinquants aux troubles mentaux ne signifie pas que qu'il ne faille pas que se développent des collaborations pour une meilleure prévention et une meilleure prise en charge des personnes en situation d'exclusion entre les professionnels de la psychiatrie et les dispositifs sociaux.

Le rapport Lazarus et le rapport Piel l'ont exposé et pour ce qui est de la loi de 1990, cela signifie que la prise en charge en hospitalisation sans leur consentement des SDF, quand leur état de santé l'exige, doit se faire de façon adaptée à leur mode de vie. C'est le premier service dans lequel ils ont été hospitalisés qui doit les "reprandre" et non pas les faire errer de service en service, selon le tour ; le suivi ambulatoire doit s'adapter à leur prise en charge, notamment en assouplissant les règles de la sectorisation et en développant les collaborations intersecteurs.

Enfin, il est nécessaire de développer des prises en charge préventives et curatives adaptées aux situations d'exclusion en développant l'accessibilité aux soins psychiatriques préventifs dans des lieux de grande détresse sociale. Car s'il ne faut pas psychiatriser la question sociale, on ne peut nier le fait que l'exclusion agit comme catalyseur de troubles mentaux latents et révélateur de fragilités.

7.2.- Bien soigner, c'est éviter internements et externements abusifs

Ces deux objectifs ne sont pas contradictoires, ils n'ont rien à voir.

Les internements abusifs tels qu'on les a décrits, passés ou actuels, sont les hospitalisations ou les soins contraints en psychiatrie faits pour d'autres raisons que le traitement de troubles mentaux. Ils touchent des grands marginaux, des exclus, certains délinquants, certains asociaux à l'égard desquels il faut développer d'autres moyens d'action.

Les externements abusifs tels que ce concept a été développé d'abord par l'UNAFAM ne touchent pas les mêmes personnes. Il s'agit avant tout de pointer sous ce terme la tendance, à raccourcir toujours plus les durées d'hospitalisation. Si ce mouvement a d'abord été le signe d'une lutte réussie contre la chronicisation et l'asile, il semblerait qu'on ait atteint des limites dans l'abaissement des durées d'hospitalisation. D'autant qu'on ne sait pas s'il traduit une meilleure insertion grâce aux soins ambulatoires ou si les réhospitalisations récurrentes ne traduisent pas une nouvelle forme de chronicité.

Pourtant le combat contre les internements abusifs rejoint celui contre les externements abusifs : en effet il s'agit de développer les structures extra hospitalières, sociales dans un cas, et médico-sociales dans l'autre qui permettront à l'hôpital de jouer son rôle de soin, uniquement et pleinement.

7.3.- Ne pas faire des malades ou ex malades mentaux des exclus

Pour diverses raisons, le passage en psychiatrie et particulièrement en hospitalisation sous contrainte comporte des risques d'exclusion sociale.

L'hospitalisation longue, supérieure à deux mois, provoque un abattement de l'Allocation pour adultes handicapés et donc une désinsertion sociale et économique (cf. chapitre 4 les droits économiques et sociaux des malades mentaux).

La réinsertion économique, professionnelle des malades mentaux est difficile, surtout quand ils sont connus comme des malades "dangereux".

Du point de vue de la loi du 27 juin 1990, il semble que les principales causes d'exclusion tiennent à la mauvaise application de l'article L. 326-5 du CSP, selon lequel aucun antécédent psychiatrique ne peut être opposé à une personne une fois sortie d'hospitalisation. En effet, selon les informations des acteurs du terrain, dans de nombreux départements, les fichiers qui servent en DDASS ou en préfecture à gérer le renouvellement et le contrôle des décisions d'hospitalisation sans consentement souffrent très souvent de deux défauts majeurs : ils ne sont pas épurés selon des règles qui garantissent les libertés et la confidentialité n'est pas respectée. La loi doit affirmer de manière très précise cette obligation.

8.- Libre choix et sectorisation psychiatrique

"Toute personne hospitalisée ou sa famille dispose du droit de s'adresser au praticien ou à l'équipe de santé mentale, publique ou privée, de son choix tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du secteur psychiatrique correspondant à son lieu de résidence" (article.L326-1 2ème alinéa).

Tel qu'il est rédigé, cet article concerne tant les personnes hospitalisées avec leur accord que celles hospitalisées sans leur accord.

Néanmoins, les articles L. 331 et L. 332 qui prévoient notamment que le malade hospitalisé sans son consentement doit l'être dans un établissement agréé ou si le malade est hospitalisé dans un établissement non agréé, que les procédures d'hospitalisation sans contrainte, y compris L. 331 doivent lui être appliquées contreviennent à ce principe de libre choix.

La question qui se pose est donc de savoir si l'absence d'accord pour l'hospitalisation doit entraîner de facto l'absence de choix de l'équipe médicale.

Cette question n'est pas formelle, on ne peut pas dire que dès lors qu'un malade n'a pas le discernement lui permettant de consentir à des soins nécessaires en milieu hospitalier, il ne peut exercer un choix libre et éclairé de ses soignants.

L'exercice du libre choix se présente en psychiatrie de manière tout à fait particulière, du fait de l'existence de la sectorisation. Celle-ci a constitué une avancée considérable dans l'offre de soins, rapprochant l'équipe thérapeutique de la communauté de vie, permettant la sortie de nombreux malades chroniques et le suivi en ambulatoire de psychotiques au long cours.

Mais comme tout système administré, la sectorisation a des effets pervers, elle s'oppose souvent au libre choix, car "ce n'est pas pratique". Elle a créé des phénomènes de "rentes de situation", de clientèles captives. Il y a, il faut le dire, des secteurs endormis, des équipes paresseuses, des malades mal soignés parce qu'ils habitent au mauvais endroit.

Théoriquement la sectorisation est une rationalisation de l'offre de soins. Son principe ne s'oppose pas au libre choix par le malade d'un autre secteur public ou privé, voire d'un traitement en libéral et privé. Mais pour ce qui est du choix par le malade hospitalisé sans son consentement d'une clinique privée (non habilitée, car il n'y en a que deux en France) ou d'un service public non habilité (par exemple l'Assistance publique à Paris), ils sont impossibles.

C'est pourquoi le groupe propose :

- d'introduire la possibilité réelle de choix au sein du secteur public.

Ceci implique que les critères d'attribution des moyens aux secteurs tiennent à terme compte de l'activité et surtout à terme d'une activité mieux quantifiée grâce au développement du PMSI. En effet si une équipe très dynamique devient attractive, au point qu'elle draine vers elle les malades relevant de secteurs voisins, il faudra qu'elle ne soit pas pénalisée par une surcharge disproportionnée de travail.

A contrario une équipe endormie, qui dissuade par son inertie les malades de la choisir, dès lors qu'il y aurait libre choix, aurait une activité en baisse. Elle devrait alors, sauf à se secouer, donner de ses moyens à d'autres.

Bien sûr les professions psychiatriques comme toutes les professions ont tendance à vouloir cacher au public leurs canards boiteux. Mais on sait bien qu'il y a une pesanteur institutionnelle qui

bureaucratise tout système administré et qu'il faut "rebattre les cartes" à intervalles réguliers. C'est le but de cette proposition défendue "en privé" par tous les professionnels !

- La seconde condition de l'exercice par les malades mentaux hospitalisés sans leur consentement d'un libre choix est l'accroissement du nombre d'établissements habilités à les recevoir.

Dans notre pays, dans lequel la maladie mentale est encore négativement perçue, on peut penser que les procédures d'hospitalisation sans consentement prévues par la loi seraient mieux comprises et mieux appliquées si tous les services de psychiatrie y étaient confrontés. C'est pourquoi le groupe propose que tous les services (donc les établissements) publics soient habilités à recevoir des personnes hospitalisées sans leur consentement. Ce serait une condition de la sectorisation. Il n'y aurait plus ainsi de lieux stigmatisés pour l'enfermement des fous.

Quant aux établissements privés à but lucratif, il faut qu'ils puissent être habilités s'ils le souhaitent, à recevoir des hospitalisés sans leur consentement, et dès lors il faut qu'ils acceptent tous ceux qui le demanderaient et participent aux "tours" : SDF, détenus.

Sans cela, il y aurait une réaction défavorable du secteur public. Actuellement, le taux d'occupation dans les cliniques privées s'oppose à ce type d'accueil. Ne faudrait-il pas prévoir ce volant de places dans leur financement ?

Il n'appartenait pas au groupe national d'évaluation de trancher ce problème. Mais il devait être posé.

Sauf motif thérapeutique, un secteur ne pourrait pas refuser un malade hors secteur. Par motif thérapeutique, on entend le refus opposé à un malade dont le choix semble dicté par sa pathologie et non par un choix raisonné : c'est un malade dont la pathologie le pousse à chercher à échapper aux soins et qui pour se faire change d'équipe continuellement ; c'est un malade qui sans cesse et à nouveau mène une équipe au-delà du supportable ; c'est le malade qui à un moment donné ne peut pas être accueilli avec les malades déjà présents, soit parce qu'il y a déjà trop de malades violents ou perturbateurs, soit que sa pathologie est incompatible avec celle d'autres malades présents, une jeune fille en crise maniaque et un pervers sexuel, un mineur au milieu de majeurs, un malade qui vient pour la première fois au milieu de malades chronicisés déficients, etc...

Mais hormis ces cas de refus qui doivent être motivés, le libre accès au secteur de son choix doit être la règle.

- Dernier élément du libre choix : la participation du médecin libéral aux soins, même en hospitalisation sans consentement. Même si le médecin généraliste ou le psychiatre libéral se déclarent plutôt satisfaits des échanges d'information avec l'hôpital et ne réclament pas, pour des raisons thérapeutiques, de visiter leur malade à l'hôpital, ce dernier peut souhaiter que son médecin traitant, libéral, puisse continuer à le suivre, même quand il est hospitalisé, avec ou sans son consentement.

Les modalités pratiques de cette organisation sont :

- d'un point de vue financier, il faudrait prévoir de rémunérer ces visites,
- d'un point de vue thérapeutique, il faut organiser le suivi thérapeutique.

Cette question n'a pas de solution juridique. Elle s'apparente aux pratiques de réseaux, faisant collaborer les secteurs et les praticiens libéraux, qui sont à développer pour des raisons thérapeutiques et économiques évidentes.

L'autre problème qui se pose dès lors que la sectorisation géographique n'est plus la seule règle de répartition des malades est celui de la spécialisation de certaines équipes. La tradition psychiatrique publique française s'est opposée à la spécialisation par pathologie, comportements, origines sociales des malades. Néanmoins, il existe des services spécialisés : la MGEN gère une psychiatrie à cible professionnelle ; il existe 4 unités pour malades difficiles en France ; certains services de psychiatrie publique non sectorisés sont spécialisés de même que certaines cliniques privées : anorexie par exemple.

Enfin de plus en plus d'établissements psychiatriques gèrent des MAS et autres établissements médico-sociaux adaptés à la prise en charge de malades du type autistes.

Le risque avancé par tous les professionnels publics est que les établissements non sectorisés se débarrassent des malades lourds, difficiles sur leur secteur. Cette pratique est reprochée à certains établissements privés, participants, publics non sectorisés.

Quant au débat sur la spécialisation, il n'est pas encore tranché et toute expérience devra être suivie et évaluée, notamment en ce qui concerne la spécialisation de certaines unités fermées. En faut-il, doivent-elles être intersectorielles ?

De même pour ce qui concerne les malades difficiles, voire dangereux. Faut-il des unités pour malades difficiles et sous quelle forme ?

Les pratiques de réseau et la collaboration entre psychiatrie publique et psychiatrie privée, posent entre autres le problème de la gratuité des soins en psychiatrie publique. C'est la seule discipline médicale dans laquelle consultations et autres soins ambulatoires ne sont pas tarifés. Cette pratique constitue une spécificité de la psychiatrie découlant d'une conception hygiéniste de la maladie mentale assimilée à un fléau social. Les nouvelles missions de la discipline étendue au champ de la santé mentale en général devraient conduire les pouvoirs publics à réfléchir sur cette particularité

Toutes ces questions sont à garder en mémoire quand on traite du libre choix, qui doit cependant être promu, pour une amélioration de la psychiatrie en général. Seule l'émulation entre équipes améliorera son image et son fonctionnement

Conclusion

Les débats de principe, tels qu'ils ont été exposés tout au long de ce chapitre ne résultent pas de positions "a priori", mais d'une élaboration collective, à partir d'une analyse empirique des situations auxquelles la loi de 1990, et la loi de 1838 avant elle, ont tenté de répondre.

Schématiquement, on peut dire que la loi de 1838 visait à faire prendre en charge par l'État la maladie mentale dans ses manifestations incompatibles avec une vie en société, de manière autoritaire quand la personne n'avait pas de famille pouvant la surveiller et l'accueillir, c'était le placement d'office, de manière plus civile pour les personnes que la famille confiait aux médecins psychiatres, c'était le placement volontaire. Dans sa pratique la loi de 1838 tendait donc à la fois à réguler l'ordre public et à accueillir les personnes malades, c'était une loi de sécurité et d'assistance, mais pas ou si peu une loi de soins, parce qu'à l'époque la psychiatrie était relativement impuissante face aux manifestations de psychose profonde et qu'elle en était réduite à contenir et à enfermer physiquement, sans autre traitement.

La loi de 1990 ne revient pas sur cette logique, prévoyant toujours deux régimes d'hospitalisation sous contrainte selon que le malade est assisté ou non d'un tiers, tentant de différencier leur objet,

les isolés plutôt dangereux pour autrui, les personnes pourvues de famille plutôt dangereuses pour elles. La principale avancée de cette loi, c'est le statut de l'hospitalisation libre : il devient le statut de droit commun, en psychiatrie et il est aligné sur le statut de tout malade hospitalisé.

Le groupe national d'évaluation propose, à l'issue de cette évaluation, une logique tout à fait nouvelle : une loi sur la contrainte en psychiatrie ne doit plus être une loi de sécurité ou d'assistance, mais une loi sanitaire.

Qu'est ce à dire ?

La seule justification de l'usage de la contrainte en psychiatrie tient à la spécificité de la maladie mentale, qui empêche à certains moments, circonscrits, le malade d'avoir conscience de la nature de ses troubles et de la nécessité de soins.

Mais la maladie mentale, en cette fin de millénaire, a aussi ceci de spécifique, que l'état pathologique, les troubles et l'absence de conscience, ne sont pas irréversibles, ni chroniques ; au contraire une caractéristique de nombres de pathologies mentales est que si on ne peut pas les guérir, on peut par un traitement approprié les stabiliser, c'est à dire diminuer, voire supprimer les crises.

Une loi sanitaire est donc une loi qui décrit un dispositif permettant :

- de prendre en charge avec le maximum d'efficacité et de rapidité la souffrance du malade, souffrance intense il faut le répéter ;
- d'encadrer l'usage de la contrainte nécessaire quand l'état pathologique ne permet pas au malade d'accéder en plein discernement aux soins que son état requiert.
- de mettre en oeuvre des dispositifs de contrainte circonscrits, dans l'objet et le temps, de manière à coller au mieux à l'évolution de l'état pathologique.
- de mettre à la disposition de la collectivité une organisation cohérente capable de répondre de manière circonstanciée à la question de santé publique qui lui est posée.

Car la maladie mentale ne produit pas une absence totale et définitive de discernement ; il appartient au projet thérapeutique, décliné pour chaque malade, d'intégrer toutes les possibilités qu'il a de gérer au mieux les épisodes de sa maladie et à l'intérieur d'un épisode de crise, il faut traiter de la contrainte point par point. ⁽¹³⁾

Une loi sanitaire est donc une loi qui donne à la psychiatrie les conditions nécessaires au développement des thérapeutiques qu'elle met en oeuvre. Jusqu'à la contrainte des malades, quand il le faut, mais seulement quand il le faut.

Affirmer qu'il faut une loi sanitaire, c'est certes reconnaître la spécificité des symptômes de la maladie mentale qui justifie certaines restrictions à l'exercice de ses droits de citoyen par le malade, mais c'est cantonner strictement l'usage de ces restrictions aux libertés à celles qui ont pour objet le soin du malade, incapable du fait de sa maladie à consentir à un traitement. En dehors de ces restrictions, restrictivement énoncées, le malade doit pouvoir exercer ses droits et tous ses droits.

C'est cette appréhension là de la situation, cette compréhension de la maladie mentale, sur laquelle toutes les propositions du groupe sont articulées : les indications de l'hospitalisation sans consentement sont réduites à la stricte description des états pathologiques qui imposent une telle

contrainte, incapacité du fait des troubles mentaux de consentir aux soins et troubles qui en l'absence d'hospitalisation constitueraient un risque d'atteinte à la sûreté des personnes ou un risque grave de détérioration de l'état de santé du malade.

Le groupe national d'évaluation a donc pris position pour qu'on supprime d'une nouvelle loi sur la contrainte en psychiatrie toute trace sécuritaire : quand les troubles comportementaux, sans être dangereux ni pour autrui, ni pour la personne occasionnent une gêne que la population trouve de plus en plus intolérable, quand l'originalité, l'étrangeté de certains malades fait peur, sans que cette peur recouvre un risque avéré⁽¹⁴⁾, il ne faut pas pouvoir hospitaliser sous contrainte, même si les troubles mentaux de la personne constituent un trouble à l'ordre public. De même faut-il dissocier le soin de la régulation sociale : on n'hospitalise pas parce que les dispositifs sociaux ne savent plus quoi faire ; on ne traite pas à l'hôpital un SDF pour des troubles qui relèvent d'un seul traitement ambulatoire ; on n'utilise pas l'hôpital psychiatrique comme lieu de placement pour le juge des enfants qui ne sait plus quoi faire d'un cas lourd ; sur tous les points du territoire, c'est le préfet et lui seul qui peut prendre un arrêté, motivé et notifié, d'hospitalisation sous contrainte; arrêté contre lequel le malade ou ses proches peuvent faire recours devant les juges et la Commission départementale d'hospitalisation psychiatrique, recours jugé dans les délais les plus brefs.

Hospitaliser un malade sans son consentement, c'est certes l'enfermer, mais l'enfermer pour le soigner, pas pour le punir, jamais.

Les formes que prendra l'hospitalisation sans le consentement du malade découlent de cette analyse :

- un seul régime d'hospitalisation sans consentement : suppression de la demande du tiers, instauration d'une période d'hospitalisation sans consentement de 72 heures au maximum, dite d'observation et d'orientation, d'accès facile, en cas de nécessité de prolongation de l'hospitalisation sans consentement au-delà de 72 heures, intervention de l'autorité de l'État (préfet) sur proposition du médecin ; sortie sur proposition du médecin, par décision du directeur d'hôpital.
- possibilité de suivre un traitement ambulatoire contraint en alternative à une hospitalisation sous contrainte, avec les mêmes indications et les mêmes garanties.
- nécessité d'encadrer dans un protocole, avec définition, motivation, procédure tout acte restrictif aux libertés d'un malade hospitalisé sous contrainte ou pas, selon une procédure écrite et conservée au dossier du malade.
- mise en place du libre choix de son équipe thérapeutique par le malade.

Avant que d'aborder plus en détail les dispositions concernant l'organisation des soins et celles touchant les droits des malades, il faut appuyer le constat du groupe quant aux moyens de la psychiatrie. Car la remise en cause de l'affectation sectorielle des malades est une véritable révolution en psychiatrie :

- la psychiatrie publique ne doit plus jouir de la mauvaise réputation d'être une discipline à clientèle captive et de soigner sans leur consentement non seulement les malades que leur état de santé empêche de consentir, mais aussi ceux qui bien qu'ayant établi librement une demande de soins n'ont d'autre choix que d'aller "là où on leur dit d'aller, en fonction de leur adresse". Si l'on veut débarrasser la psychiatrie de l'image à la fois du fou dangereux et de celle de la spécialité pauvre pour les pauvres, il faut introduire de l'émulation entre les équipes.

Mais cette émulation doit se faire avec un suivi des moyens très précautionneux afin de ne pas accentuer les différences régionales, indignes d'une conception républicaine de l'égalité d'accès aux soins.

La loi de 1838, loi de sécurité et d'assistance a été aussi une loi de moyens : chaque département a construit un hôpital psychiatrique pour accueillir les malades mentaux, certains de ces établissements démontrent d'une qualité architecturale exceptionnelle.

Il faut absolument qu'une loi sur la contrainte de soins en psychiatrie donne à cette discipline les moyens d'exercer son oeuvre dans le respect de la dignité des patients et des soignants.

1. L'ordonnance n° 96 346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée prévoit la remise aux patients lors de leur admission d'un livret d'accueil auquel est annexé la charte du patient hospitalisé (article 710.11. 2ème alinéa).
2. C'est sur décision du préfet, après avis conforme et concordant de deux experts désignés etc... que ce paragraphe signifie.
3. Pour ne pas être dans la "toute puissance" face au malade.
4. Enfermer à mauvais escient peut alimenter un délire paranoïaque et l'aggraver.
5. Le groupe de travail propose de supprimer le motif de trouble à l'ordre public.
6. Tous ces gens ne sont pas "de son monde". On renvoie à l'anecdote suivante : une malade interrogée par nos soins a été hospitalisée d'office l'avant veille. Elle refuse de signer la notification de ce qu'elle appelle d'ailleurs "hospitalisation définitive". A notre demande d'éclaircissement, elle répond qu'elle ne va pas signer un papier par lequel le préfet dit qu'il veut qu'elle soit hospitalisée pour être soignée, ce qu'elle estime juste d'ailleurs, alors que si elle souffre tant, c'est en particulier parce que depuis plusieurs mois, ce même préfet refuse de lui renouveler ses papiers de séjours parce qu'elle n'a plus de revenu. Et que si elle a fait du trouble au commissariat, c'est à cause de ses papiers. Cette histoire montre bien que la séparation de compétences juridiques ne recouvre pas les représentations ni la réalité pour les personnes ; elle montre aussi combien il est difficile de trancher entre troubles causés en raison de l'état de santé et pour une autre raison ; en l'occurrence, la personne avait causé du trouble "en toute conscience", même si par ailleurs elle souffrait de troubles mentaux.
7. On peut également citer le représentant de l'Agence qui accrédi tera le service hospitalier, ces critères de respect des droits du malade méritant d'être retenus aussi dans les protocoles d'accréditation, d'autant qu'ils ne sont pas sans incidence sur les moyens.
8. "Tout plutôt que la prison".
9. Cf. protocole expérimental de l'Andem sur les chambres d'isolement en cours d'élaboration.
10. Dont le mode de désignation ne doit pas faire illusion : est expert en psychiatrie auprès des tribunaux celui qui obtient des juges du lieu d'être inscrit sur la liste : ni diplôme, ni expérience, ni reconnaissance par les pairs et ni conférence de consensus, ni travail collégial. Un expert a proposé que soit établie une banque de données sur les cas expertisés, de manière à diffuser l'expérience, mais le "corps" s'y est opposé. Ce ne sont pas en tous cas toujours les médecins psychiatres les plus présents dans leurs services, les plus habitués au traitement des malades lourds qui font le plus

d'expertises. L'expertise psychiatrique en France n'obéit à aucune règle de bonne pratique, de désignation, de déontologie.

11.

⁽¹⁾ La loi de 1990 contrevient aux dispositions du nouveau code de procédure pénale qui assimile bien faute et intentionnalité, en prévoyant une mise en cause de la responsabilité pénale du directeur ou du médecin qui n'aurait pas satisfait à toutes les formes requises pour l'hospitalisation sans consentement. Alors même qu'il peut s'agir d'une faute commise par un subordonné, dans la transmission d'un fax par exemple.

12. "Une souffrance qu'on ne peut plus cacher" Rapport du groupe de travail présidé par Antoine Lazarus. Diffusion IGAS 1995.

13. Il est des malades qui acceptent de se faire hospitaliser et qu'ensuite il faut contraindre à certains traitements, dont ils acceptent au départ pourtant le principe : le cas des toxicomanes, des alcooliques, mais aussi des anorexiques est exemplaire de ce type de démarche. Il est des malades qui n'acceptent pas de se faire hospitaliser, mais qui une fois qu'ils sont dans un service hospitaliser y restent, sans qu'on les enferme, et acceptent les traitements qu'on leur fait. La maladie mentale et les soins sont une réalité complexe qui met à bas les constructions par trop idéologiques ou simplistes : personne dans ce domaine ne peut prétendre à l'explication entière ni à l'efficacité totale : souvent la psychiatrie ne guérit pas, cela ne signifie pas qu'elle soit impuissante, bien au contraire.

14. La maladie mentale, même dans ses symptômes qui ne sont pas dangereux pour autrui, ni pour la personne fait peur, surtout à ceux qui n'y connaissent rien, qui y sont confrontés pour la première fois. Sans doute aussi parce que cette folie renvoie à une folie en chacun de nous. C'est bien la peur que causent les malades aux naïfs qui doit être prise en compte, d'autant que la vie dans les grandes villes prive la plupart des personnes du savoir faire immémorial qui se transmettait dans les villages et permettait de faire face collectivement au fou, au handicapé, à la mort, à la naissance.

Chapitre 3 : Les services de psychiatrie doivent être des lieux de soins actifs

L'évolution de la psychiatrie doit se situer dans une logique sanitaire et sortir définitivement de la logique sécuritaire de la loi du 30 juin 1838 qui, si elle fut un progrès à l'époque, ne correspond plus aux pratiques actuelles. Le législateur a d'ailleurs ratifié l'évolution des pratiques en intégrant la psychiatrie dans les disciplines de court séjour depuis la loi portant réforme hospitalière du 31 juillet 1991.

Par ailleurs, l'esprit des ordonnances du 24 avril 1996 est de redéfinir l'organisation des soins à partir des besoins de la population : la logique du soin au malade, considéré comme un usager, doit remplacer la logique de l'institution.

Ces deux idées force ont été constamment prises en compte lors de la réflexion menée par le groupe de travail.

Pour cela trois axes de réflexions et de propositions sont avancés :

- l'organisation du système d'entrée dans le dispositif doit avoir pour objectif premier les soins et il faut qu'ils soient le moins traumatisants possible pour la personne.
- le recours à l'hospitalisation et a fortiori à l'hospitalisation sans consentement doit correspondre à des indications précises définies ou à définir par les professionnels et dans des structures de soins adaptées.
- la personne malade, même soignée sans son accord, doit pouvoir bénéficier d'un dispositif d'accueil et de soins variés et adaptés à l'évolution de son état de santé.

1.- Simplification de l'entrée dans le dispositif de soins

L'organisation de l'hospitalisation sans consentement, par la loi du 27 juin 1990, doit protéger la personne, mais la procédure prévue est lourde et négativement perçue. Avoir été l'objet d'une telle mesure peut se révéler être un handicap ultérieurement, car la maladie mentale est encore très mal perçue en France. Les procédures prévues pour protéger le malade peuvent aussi le stigmatiser. Pour atténuer ce paradoxe, la loi doit prévoir des modes d'accès aux soins simples : de la façon dont est traitée la première crise dépend en effet l'attitude du malade vis-à-vis des soins dont il a et il aura besoin.

1.1.- Simplification des procédures d'hospitalisation sans le consentement du malade

Le but recherché est d'alléger les procédures d'un point de vue administratif pour donner la priorité aux soins sans pour cela renoncer aux garanties juridiques.

Harmonisation de la périodicité des certificats

La périodicité des certificats sera la même pour les 2 modes d'hospitalisation sans consentement s'ils sont maintenus : le régime actuel de l'HO (renouvellement tous les mois) est retenu de préférence car il est le plus favorable au patient.

Suppression du deuxième certificat en hospitalisation à la demande d'un tiers

La nécessité de produire 2 certificats pour admettre en hospitalisation à la demande d'un tiers avait été une innovation de la loi du 27 juin 1990. Elle ne semble pas être un gage de garantie des droits de la personne comme le soulignent à l'unanimité les professionnels (CDHP et évaluations régionales également). Dans la plupart des cas, le deuxième certificat est la copie du premier. LUNAFAM, qui avait beaucoup œuvré en 1990 en faveur de cette disposition, reconnaît aujourd'hui les effets pervers induits (deuxième certificat copié sur le premier, recours à la procédure d'urgence...) qui n'ont pas amélioré les garanties de la personne.

Le groupe a donc préconisé sa suppression en insistant sur le fait que le certificat médical qui vient à l'appui de la demande devra être en revanche très précis sur :

- les circonstances qui entraînent la demande,
- les symptômes qui sous-entendent l'existence de troubles mentaux justifiant la mesure,
- l'incapacité de consentir,
- et les risques de détérioration de l'état de santé en l'absence de soins ou la dangerosité de la personne. (cf chapitre 4 : droits des malades).

Ces points doivent également être pris en compte lors de la rédaction des certificats confirmant la mesure. Par la suite, les certificats qui maintiendront la mesure devront répondre aux mêmes

conditions. (Cette obligation devrait répondre aux observations des CDHP sur les certificats stéréotypés).

Il faut cependant préciser que certaines associations d'usagers, notamment RESHUS sont opposés à la suppression du second certificat car elles considèrent que lorsqu'il s'agit d'une mesure médicale grave pour la personne, une seconde opinion est une garantie des droits de la personne (cf annexe).

1.2.- Organisation des urgences

En préalable il faut considérer que le recours à une procédure d'hospitalisation sans consentement est toujours une mesure d'urgence, sinon on peut avoir recours à un autre mode d'hospitalisation que celui de l'hospitalisation contrainte qui risque toujours d'être un traumatisme pour la personne. Il ne s'agit pas de prendre parti sur les difficultés que soulève le concept d'urgence en psychiatrie, mais de régler l'urgence ressentie par la famille, l'entourage, le médecin traitant, de même que l'angoisse et la douleur éprouvées par le malade.

Au moins la première fois, il est fréquent que l'indication d'hospitalisation sans consentement se développe dans l'urgence, sous le coup d'une crise.

Il importe que l'urgence ne soit pas l'occasion d'instaurer un régime hors droit, mais que l'accès au système de soins soit rapide et le moins traumatisant possible pour le malade. C'est pourquoi il est proposé :

- de faciliter un accès rapide aux soins par l'instauration d'une période d'orientation et d'observation de 72 heures ;
- de développer l'accueil des malades psychiatriques dans les services d'urgence générale ;
- de prévoir le transport des personnes hospitalisées sans leur consentement ;
- de développer une prévention de l'hospitalisation par l'intervention à domicile ;
- de normaliser le fonctionnement parisien.

La période d'orientation et d'observation

Le groupe de travail a proposé d'instituer une procédure plus légère privilégiant la prise en charge médicale et permettant de ne recourir aux procédures administratives lourdes de conséquences pour le malade et sa famille qu'au terme d'une période d'observation.

Cette période d'observation poursuit plusieurs objectifs :

- Elle est une procédure plus légère dont le dénouement rapide peut être soit l'hospitalisation sans consentement, soit l'hospitalisation libre, soit la sortie. Elle doit permettre du point de vue thérapeutique de dénouer les crises et de répondre en premier lieu à la nécessité de dispenser les soins.
- Elle doit néanmoins introduire des procédures formalisées là où les pratiques témoignent d'un détournement de textes (HDT d'urgence demandée par un tiers inconnu du malade) ou d'une dérive vers la procédure d'urgence non parce qu'il y a urgence, mais parce que les procédures sont plus légères.
- Elle comble un vide juridique car il est constaté dans de nombreux cas, que les personnes sont déjà hospitalisées sans leur consentement alors que les conditions juridiques d'une telle hospitalisation ne sont pas remplies.

La période d'observation serait la première étape de l'hospitalisation sans consentement, nécessaire à l'étape suivante, qui ne prendrait pas toujours (plutôt peu) sa suite.

La période d'observation serait construite suivant la logique suivante : en cas d'urgence, il serait possible d'hospitaliser une personne contre son gré avec un minimum de pièces, par exemple un certificat médical d'un médecin.

La question de savoir si le certificat médical doit être fait par un médecin extérieur à l'établissement d'accueil, c'est à dire un hôpital général ou un centre hospitalier spécialisé gérant un service d'accueil des urgences psychiatriques ou un médecin de cet établissement, se pose.

A première vue, il paraît plus protecteur pour les libertés que le médecin n'appartienne pas à l'établissement où le malade va être hospitalisé. Mais si l'on considère ce qui a été dit ci-dessus de l'internement abusif de nos jours, la question ne se pose plus tout à fait de la même manière : le médecin de l'hôpital n'a aucun intérêt ni financier, ni professionnel à hospitaliser. L'hôpital n'aura pas un sou de plus du fait d'un séjour supplémentaire (dotation globale), le médecin n'en tirera pas plus de crédit, d'autant que l'essentiel de son activité est extra-hospitalière.

Par contre un médecin extérieur, surtout s'il ne s'agit pas d'un psychiatre, peut être tenté de surestimer les risques, de se couvrir, voir de protéger avant tout l'entourage du malade.

C'est pourquoi une partie du groupe d'évaluation estime qu'il n'est pas plus protecteur de demander que le médecin qui fera le certificat soit extérieur à l'établissement d'accueil.

On ne préconise une simplification de la procédure d'entrée en hospitalisation sans consentement que parce que la période d'observation ainsi instaurée est provisoire, durera au maximum 72 heures, et que son prolongement en hospitalisation sans consentement sera soumise à des conditions de forme et de fond plus rigoureuses (arrêté préfectoral motivé et notifié) donc de nature à garantir contre les internements abusifs.

Si l'hospitalisation sans consentement n'est pas confirmée à l'issue de la période d'observation, il ne doit pas y avoir de traces dans les fichiers, elle figurera seulement au dossier médical de l'intéressé, comme n'importe quel séjour à l'hôpital.

Pour répondre aux critiques estimant que cette période restreint la liberté des personnes sans garanties de droit de recours, il est fait observé que cette période se déroulera dans les conditions actuelles de l'HDT. En effet, le prononcé de l'admission en période d'observation par le directeur de l'établissement est une décision administrative qui fait grief et bénéficie de toutes les garanties prévues par la loi (motivation, notification et possibilité de recours).

La période d'observation est une période de soins. Ceci signifie que le malade doit être vu tous les jours par un médecin, qui doit établir un certificat d'admission (24 heures) et de 48 heures. C'est ce dernier certificat qui propose une hospitalisation, expose pourquoi le malade n'y consent pas et demande que soit prise une mesure d'hospitalisation sans consentement.

La période d'observation a plutôt vocation à se dérouler au sein des services d'urgence mais elle pourra se dérouler dans les services de psychiatrie du centre spécialisé suivant les organisations locales. Quel qu'en soit le lieu, elle devra être préalable à toute hospitalisation sans consentement. Une courte hospitalisation même sans consentement devrait permettre de tempérer la crise, d'obtenir le consentement de la personne (la convaincre d'accepter les soins nécessités par son état) et d'organiser une prise en charge extra-hospitalière et donc éviter la stigmatisation inhérente à une hospitalisation sur décision préfectorale.

Organisation des urgences psychiatriques

L'instauration de cette période d'observation ne pourra donc porter ses fruits que si la réorganisation des prises en charge d'urgences psychiatriques, telle quelle a été préconisée dans les rapports du Professeur STEG, devient effective.

En effet, il importe qu'une présence médicale et infirmière psychiatriques permette de mettre immédiatement la personne hospitalisée en contact avec les personnes compétentes pour confirmer ou infirmer l'indication d'hospitalisation sans consentement et réfléchir aux soins.

Les nouveaux textes (décrets n°97-615 à 620 du 30 mai 1997 relatifs aux urgences) prévoient désormais la présence d'un psychiatre dans les services d'accueil et de traitements des urgences 24 heures sur 24 si l'activité le justifie (art. D 712-65-1 du code de la santé publique). La période préconisée par le groupe de travail devra s'articuler dans le nouveau dispositif avec création de lits psychiatriques au sein des services-porte de médecine. Le rapport du conseil économique et social, remis au ministre chargé de la santé début juillet, recommande aussi une organisation des urgences générales intégrant l'urgence psychiatrique.

L'efficacité de la prise en charge des urgences passe par une régulation de celles-ci. Ceci n'implique pas que les urgences psychiatriques ne puissent plus être assurées par les CHS. Dans certains cas, il suffit qu'une présence psychiatrique à la régulation permette la bonne orientation.

La question du consentement aux soins en période d'observation se pose pendant cette période de manière identique à ce qui a été décrit quant au consentement au traitement. Si le malade ne consent pas au traitement que le médecin estime nécessaire, ce traitement pourra lui être administré malgré tout selon la procédure décrite au chapitre suivant.

Hormis les associations d'usagers, hostiles à toute prise en charge thérapeutique effectuée sous la contrainte hors les cas d'urgence, le groupe national d'évaluation n'a pas souhaité que se développe en France ces lieux où les malades sont enfermés sans être soignés (comme c'est le cas dans certains Etats des Etats-Unis).

Les transports des personnes hospitalisées sans leur consentement

Il faut aussi résoudre le transport des personnes qui vont être hospitalisées sans leur consentement. Ce problème, non abordé par la loi de 1838, ni par celle de 1990 a été mis en exergue par les acteurs du terrain, notamment depuis 1990. Les rôles respectifs de chacun, soignant, médecin, forces de l'ordre ou pompiers, ambulanciers ne sont pas précisés dans les textes. En outre, la loi de 1990 est muette quant à la responsabilité du directeur de l'établissement de santé à faire intervenir les moyens de son établissement pour participer au transport d'une personne qui refuse des soins nécessités par son état de santé, avant son admission à l'hôpital.

Enfin pour être efficace, l'organisation de ces transports pourra être régulée par le centre 15 permettant ainsi une intervention rapide, parce que portée à la connaissance des usagers (médecins généralistes et familles).

Dès lors que l'indication de celle-ci est posée par le certificat médical, qui peut être transmis au centre 15 ou au SAMU par fax, le transport médicalisé doit pouvoir aller chercher le malade. Si le concours de la force publique est nécessaire (malade retransché chez lui, forcené etc.), le préfet est appelé pour qu'il accorde ce concours.

Il faut que le transport d'urgence bénéficie de la présence d'infirmiers psychiatriques pour que dès le transport, la prise en charge soit la moins traumatisante possible pour le malade. Un malade psychiatrique est un malade comme un autre : en cas d'urgence et de diagnostic posant un danger vital (pour lui ou pour les autres), le transport médical doit être assuré en tout état de cause par le service public ad hoc. Ce n'est pas parce qu'il n'y a pas de sang qui coule, qu'il n'y a pas gravité de l'état de santé et donc urgence.

Un nouveau texte devra préciser sans ambiguïté que la prise en charge psychiatrique commence au transport de la personne et que des soignants doivent y participer.

L'intervention à domicile

Sous l'impulsion de l'UNAFAM, très préoccupée de ces problèmes, le groupe a pensé que la prévention de la crise pourrait se situer dans un ensemble d'interventions situées en amont de la pathologie déclarée en vue, soit d'enrayer le développement de la maladie soit de freiner son cours et en diminuer les effets. Dans ce cadre, l'intervention à domicile d'équipes psychiatriques au moment de la crise pourrait répondre à cet objectif.

C'est le cas du dispositif "ERIC", rattaché à plusieurs secteurs des Yvelines, qui est un service médico-psychologique mobile fonctionnant 24 heures sur 24, régulé par le SAMU et assurant l'urgence psychiatrique et la post-urgence. Ce dispositif expérimental est centré, selon son responsable, sur l'urgence psychiatrique et l'alternative à l'hospitalisation mettant l'accent sur l'utilisation systématique du patient et son environnement dans le traitement de l'urgence et de la crise qui s'y rattache. Le groupe a estimé que de telles expériences méritaient d'être encouragées ou à tout le moins étudiées, évaluées avant d'être généralisées⁽¹⁾.

Normaliser le fonctionnement parisien

Depuis la loi du 2 mars 1982, la commune et le département de Paris sont soumis au droit commun en ce qui concerne le régime des actes administratifs et budgétaires des communes et des départements.

Toutefois, les pouvoirs de police, dévolus au maire et au préfet du département, restent confiés au préfet de police de Paris : doù le régime particulier d'hospitalisation doffice, rappelé à l'article L.342 et 343 du code de la santé publique, géré par la préfecture de police et le rôle de l'infirmerie près la préfecture de police de Paris (IPPP).

Comme l'assistance publique de Paris n'a pas de lits sectorisés et n'est pas habilitée à recevoir des hospitalisations sans consentement, l'IPPP tient lieu de service d'accueil pour les personnes présentant des troubles mentaux et appréhendées sur la voie publique ou par la police à domicile. Les malades semblent y être recus selon des pratiques centrées sur l'utilisation de la contention physique et chimiothérapeutique à fortes doses : chambres fermées ressemblant à des chambres d'isolement, malades dormant tous en plein après-midi. Une fois passé 24 ou 48 heures dans ce service, les malades qui n'ont pas de proches pouvant effectuer une demande d'hospitalisation, sont transportés dans l'hôpital rattaché administrativement à leur secteur.

Ces établissements sont d'ailleurs situés en dehors de Paris, à l'exception de Sainte-Anne pour 4 arrondissements (6ème, 14ème, 15ème et 16ème), ce sont les établissements publics de santé de Maison Blanche, Soisy, Perray-Vaucluse et Esquirol situés assez loin sauf le dernier, Esquirol, situé à Saint-Maurice.

Il a semblé au groupe de travail que l'accueil d'urgence de l'IPPP ne correspondait à ce que l'on attend dans une période de crise qui nécessite un soin et un maternage intenses.

Par ailleurs, c'est le préfet de police de Paris qui lève les hospitalisations d'office des malades domiciliés à Paris, même quand ils sont hospitalisés d'office dans un autre département du fait de l'organisation des secteurs. Cette compétence n'est pas illogique mais en droit elle ne correspond pas aux compétences "*rationae loci*" du préfet qui devrait être celui du département du lieu d'hospitalisation pour les mesures de maintien et de levées des mesures (cf annexe : avis de la mission juridique du Conseil d'Etat sur les hospitalisations en Ile-de-France). Ce qui est moins normal, c'est que les préoccupations d'ordre public l'emportent sans conteste dans la prise de décision sur les motifs sanitaires. Ainsi, à Paris, en 1996, 16% des levées d'hospitalisation d'office n'étaient accordées que plus d'un mois après la demande.

Le recours fréquent à un expert (qui est un médecin rémunéré comme vacataire par la préfecture de police pouvant être praticien hospitalier), alors que le médecin traitant demande la levée de la mesure, ne paraît pas de nature à assurer une meilleure réinsertion. Par contre, cette pratique a un coût et retarde la décision de sortie.

La suppression de la référence à l'ordre public dans les indications de l'hospitalisation sans consentement, proposée par le groupe de travail, serait de nature à permettre la gestion des hospitalisations sans consentement par le préfet du département de Paris et la direction des affaires sanitaires et sociales comme sur l'ensemble du territoire.

L'intervention de l'infirmerie près la préfecture de police de Paris se limiterait aux personnes relevant du statut médico-légal (détenus, prévenus), domaine dans lequel son expérience est largement reconnue.

Hormis ces derniers cas, la prise en charge en urgence des personnes souffrant de troubles mentaux devrait se faire par un vrai service d'urgence régulé par le SAMU centre 15, ce qui n'est pas le cas actuellement en raison de l'éloignement des établissements d'accueil situés dans la plupart des cas hors Paris intra-muros.

On ne peut que déplorer la situation actuelle qui retarde la prise en charge du patient en crise en raison de son passage dans plusieurs structures avant l'hospitalisation (urgences de l'hôpital général, IPPP, CPOA).

2.- Evolution des structures de soins

2.1.- Nécessité de définir des protocoles pour le recours à l'hospitalisation complète et à l'hospitalisation sans consentement

Le constat de la diversité des pratiques et le manque d'analyse qualitative des circonstances qui entraînent l'hospitalisation sans consentement ont pour conséquence une inégalité de l'accès aux soins : suivant le lieu où on réside, on peut avec la même pathologie bénéficier de régimes d'hospitalisation différents allant des soins ambulatoires à l'hospitalisation d'office puisque les pratiques médicales et administratives sont différentes d'un lieu à l'autre.

Le groupe préconise que les professionnels définissent par les moyens appropriés (conférence de consensus, protocoles, guide de bonnes pratiques) les circonstances pathologiques et environnementales de recours à l'hospitalisation sans consentement. Ce travail pourrait être piloté par l'ANAES.

Les conditions d'hospitalisation tant thérapeutiques que du point de vue des libertés publiques doivent répondre aux principes définis au chapitre suivant : hospitalisé avec ou sans son consentement, le malade doit être considéré comme un citoyen ayant des droits. Il ne peut être apporté de restrictions à l'exercice de ceux-ci que circonstanciées, motivées médicalement et inscrites au dossier du malade.

La commission départementale des hospitalisations psychiatriques serait systématiquement informée de ces mesures de restrictions des libertés.

2.2.- Organisation des services

La conséquence directe de ce respect du malade citoyen est que la personne malade devra être accueillie dans des structures adaptées à son état et de bonne qualité hôtelière.

Les services ouverts ou fermés : la règle de droit, sans qu'il soit besoin d'un texte, est la liberté d'aller et venir, hormis restriction prévue par la loi. Mais la pratique en psychiatrie est souvent différente ainsi que le notait la circulaire du 19 juillet 1993 portant sur le rappel des principes relatifs à l'accueil et aux modalités de séjours des malades hospitalisés pour troubles mentaux, mais ce texte n'a aucune force contraignante (cf annexe).

Cette liberté d'aller et venir s'applique à tous les malades hospitalisés avec ou sans leur consentement.

Néanmoins, il arrive, dans le cours de la maladie, que ses troubles empêchent un malade d'aller et venir, qu'il ait besoin d'être contenu en service fermé ou en chambre d'isolement. Ces restrictions doivent être traitées comme celles qui concernent l'administration de traitements sans consentement. C'est pour que le principe de l'ouverture des services soit applicable à tous, qu'il faut disposer de quelques lits en service fermé nécessaires à certains moments pour certains malades. Ce point sera développé au chapitre suivant.

Les soins plus spécialisés en UMD (malades difficiles) et SMPR (détenus)

Certains malades nécessitent des soins en milieu très spécialisé tels que les UMD - unités pour malades difficiles - (malades perturbateurs ou dangereux pour les autres), ou en SMPR (détenus du fait de leur condition pénitentiaire).

Il faudrait en principe disposer dans chaque secteur d'une palette de modes d'hospitalisation pour faire face aux différentes situations générées par les troubles mentaux et leur évolution : service ouvert, unité fermée sectorielle ou intersectorielle, éventuellement unité intersectorielle pour malades perturbateurs, très agités... et enfin unité intersectorielle pour malades dangereux ou plutôt accueillant des malades au moment où ils sont dangereux du fait de leurs troubles mentaux.

Cette gradation dans les soins, mais aussi les restrictions aux libertés du malade doit être appliquée selon un protocole et des garanties comme exposées pour toutes les restrictions aux libertés du fait des troubles mentaux.

Si le détenu ne peut recevoir, du fait de son état de santé ou du fait du fonctionnement du SMPR, un traitement approprié à son état de santé et que, sans ce traitement, il ferait courir à lui-même ou à autrui un danger, alors il sera hospitalisé, sur décision du préfet, en hôpital. Le détenu hospitalisé sans consentement en psychiatrie a un double statut : hospitalisé sans son consentement (parce qu'il est détenu et malade), il jouit à l'intérieur de l'hôpital des mêmes droits que les autres malades. Mais

parce qu'il est détenu, ses relations avec l'extérieur sont restreintes : unité fermée, censures des communications.

C'est pourquoi, il faudra que le détenu soit hospitalisé en unité fermée avec d'autres malades qui ont eux besoin médicalement d'une telle contention.

Bien sûr, les malades ne seront pas hospitalisés en unités fermées pour les mêmes raisons, pour les mêmes causes : la maladie dans un cas, le statut de détenu dans l'autre. Mais ils le seront pour le même but : empêcher ou contrôler leurs relations avec l'extérieur.

Pour que ces unités fermées ne soient pas un resurgissement des quartiers d'agités, de lieux de relégation où l'on ne traite plus parce que les murs et les neuroleptiques suffisent à calmer, il faut que ces unités soient petites, sectorielles ou intersectorielles, organisées selon un projet thérapeutique de service précis.

3.- Les soins en dehors de l'hôpital

L'hospitalisation est une modalité de soins parmi d'autres et il importe d'offrir aux malades, qui ne peuvent consentir aux soins et dont les troubles constituent un danger pour autrui, l'accès à d'autres modalités de soins, notamment ambulatoires.

3.1.- Revoir les modalités de sortie d'essai (article L 350 du code de la santé publique)

Les sorties d'essai ont été légalisées par la loi du 27 juin 1990 et permettent à la personne hospitalisée sans consentement une réintégration progressive dans son milieu de vie avec un aménagement de son traitement hors de l'établissement hospitalier. Elles ne peuvent excéder 3 mois et sont renouvelables sans qu'ait été prévue une limitation de ce renouvellement. Les CDHP et les évaluations régionales ont dénoncé la pratique des sorties d'essai de longue durée qui peuvent durer plusieurs années. Le président d'une CDHP a signalé l'existence d'une sortie d'essai s'étendant sur 14 ans !

Lors des discussions du groupe sur ce sujet, les médecins et les soignants ont insisté sur le fait que ces dispositions avaient entraîné un changement fondamental dans le suivi des traitements en permettant des possibilités très souples de retour progressif vers la vie de la cité.

Ils ont fait état aussi du fait que ces sorties d'essai constituaient le moyen de pression légal pour obliger un patient sorti de l'hôpital à ne pas abandonner ses soins.

Il y a donc deux objectifs à la sortie d'essai, qui ne sont ni contradictoires, ni complémentaires, qui parfois coexistent, parfois non :

- tester et préparer la réinsertion d'un malade, la capacité d'une personne à s'occuper de ses enfants, la capacité d'une personne à vivre hors d'une institution protectrice et contenante, la réversibilité des troubles liés à l'hospitalisme ...

- Conserver un lien thérapeutique avec un malade qui, sans cette pression, serait conduit par sa pathologie à abandonner les soins et à être réhospitalisé de façon récurrente.

Un consensus s'est dégagé en faveur d'une limitation de la durée des sorties d'essai correspondant à l'indication test de réinsertion qui pourraient être rebaptisées "essais de sorties", ce qui définit mieux leur finalité : le recours à l'essai de sortie doit être motivé par le besoin d'évaluer la capacité d'un malade à réintégrer la communauté sociale.

Il y a lieu de distinguer plusieurs cas.

- Le malade hospitalisé peut sortir pour une courte durée (inférieure à 12 heures), accompagné ou non.

S'il est accompagné, il n'y a pas lieu d'envisager une procédure particulière, dès lors que la durée est inférieure à 12 heures.

Si le malade sort seul, c'est une autorisation d'absence. Elle est délivrée par le psychiatre et le préfet en est informé 48 heures à l'avance.

L'ensemble des dispositions concernant les autorisations d'absence et les sorties accompagnées doivent être incluses dans le cadre du règlement intérieur prévu par l'article L.710-1-2 du CSP.

- Le malade hospitalisé peut sortir pour une durée supérieure à 12 heures et seul, il s'agit alors d'un essai de sortie. Celui-ci peut prendre plusieurs formes et notamment être continu ou discontinu (vacances, week-end, loisirs...). Quoiqu'il en soit, le préfet doit l'autoriser et la durée totale et continue de ces essais de sortie ne peut excéder 3 mois, renouvelables une seule fois. Elles doivent faire bien sûr l'objet d'un suivi médical attentif de la part des équipes soignantes.

3.2.- Les possibilités de soins sans consentement en extra-hospitalier

La limitation de la durée des essais de sorties entraîne la réflexion sur la possibilité de soins obligatoires en dehors de l'hôpital. Certains pays européens, tel l'Italie, ont déconnecté le traitement obligatoire de l'hospitalisation (et même de la psychiatrie).

En France, cette idée se heurte à beaucoup de réserves : médicales tout d'abord, les praticiens avancent l'argument qu'un traitement imposé n'a que très peu de chance de réussir. Les échecs relatifs de l'obligation de soins, prévue comme alternative à l'incarcération dans le code pénal ou l'injonction thérapeutique prévue par la loi de 1970 sur la toxicomanie viennent renforcer cette position qui n'est pas qu'idéologique.

Pour être acceptée par la communauté des professionnels, il faut que l'alternative de soins en ambulatoire ne puisse être confondue avec l'injonction thérapeutique et l'obligation de soins qui supposent l'existence d'un délit. Il faut **éviter qu'il y ait confusion entre soins et punition** puisqu'elle doit se présenter comme se substituant à l'hospitalisation sans consentement : une forme de soins contre une autre et cela seulement.

Les usagers également émettent des réserves, le droit de refuser un traitement devant être une des libertés fondamentales de la personne, ils craignent la multiplication des contraintes de ce type moins lourdes à appliquer qu'une hospitalisation sans consentement. Le risque de dérive vers un contrôle sanitaire obligatoire en direction de populations qui ne font pas de demandes de soins mais qui seraient considérées comme potentiellement nécessitant des soins est réel. Il a été exposé pour les populations errantes à de nombreuses reprises.

C'est pourquoi, le groupe de travail a réfléchi à une obligation de soins qui serait une alternative ambulatoire à l'hospitalisation sans consentement : elle ne serait envisagée qu'exclusivement dans les cas où les indications médicales justifieraient une hospitalisation sans consentement, c'est à dire danger pour autrui ou pour soi-même et impossibilité pour la personne de donner son consentement libre et éclairé en raison de son état de santé.

Si les dangers de dérives évoqués par les uns et les autres, notamment vers un contrôle social ou une décharge sur la psychiatrie de problèmes économiques et sociaux qu'elle ne sait pas résoudre sont très réels, il apparaît néanmoins à la majorité du groupe que refuser cette possibilité de soins ambulatoires aurait des conséquences plus néfastes encore.

D'abord ce serait refuser aux personnes que leur état de santé empêche de consentir aux soins (et partant à l'hospitalisation), le bénéfice d'une psychiatrie moderne, communautaire, au plus près de leurs besoins.

Ce serait risquer de rallonger à l'infini leur durée d'hospitalisation, car on connaît bien les dangers de chronicisation de l'hôpital, en soi.

C'est une position hypocrite, qui plutôt que de prendre en compte cette réalité de la maladie mentale, qui est celle du déni, préfère faire endosser à d'autres, les autorités administratives notamment la décision de contrainte.

Si le consentement doit toujours être recherché, son absence doit-elle forcément entraîner l'enfermement par arrêté du Préfet ?

On peut admettre une position ultra libérale ou de stricte orthodoxie psychanalytique, qui refuserait toute contrainte : hôpital, soins etc. Alors ce sont les prisons qui se rempliront.

Mais si l'on accepte l'idée qu'il faut qu'il y ait, dans certains cas, très limitativement indiqués, une hospitalisation sous contrainte, comment ne pas proposer alors que pour certains de ces cas, on préfère avec l'accord du malade, élaborer une obligation de soins en ambulatoire.

Et la recherche du consentement dans un cadre contraint n'est pas paradoxale. Elle est un signe de la complexité de la maladie mentale et de la modestie des solutions proposées dans une science très balbutiante.

Comment donc envisager une possibilité de soins obligatoires en dehors de l'hôpital en conciliant la sécurité publique, les droits des malades et la déontologie médicale ?

En premier lieu, l'alternative à l'hospitalisation sans consentement devra toujours faire suite à une hospitalisation sans consentement, que ce soit à l'issue de la période d'observation proposée dans le présent rapport, ou à la suite d'une hospitalisation sans consentement classique. Ainsi on se préserve d'une dérive vers un contrôle social et une prévention eugénique, en limitant strictement les cas.

On pourrait envisager cette modalité de soins en ambulatoire comme un engagement, plutôt qu'un contrat (dans ce cas de figure il n'y a pas vraiment égalité entre les contractants) thérapeutique entre le malade et l'équipe soignante, le projet déterminerait :

- le lieu où seront appliquées les modalités thérapeutiques : l'alternative peut se dérouler dans tous les lieux indiqués comme alternatifs à l'hospitalisation : hôpital de jour, à domicile, placement familial comme en ambulatoire,
- la qualité des personnes chargées de les appliquer (leur identité),
- la durée et la fréquence du traitement,
- la thérapeutique centrée sur le malade, chimiothérapie, psychothérapie, soutien social, éducatif, réadaptation professionnelle,
- les modalités associées, accompagnement de la famille, démarches sociales diverses, hébergement.

Il va sans dire que la rupture par le malade de l'engagement signifie retour à l'hospitalisation qui n'a été que suspendue.

Le contrôle sera fait par toutes les instances ayant autorité pour contrôler l'hospitalisation sans consentement. Le médecin adresse toute demande de levée de la mesure ou au contraire de réhospitalisation à l'autorité compétente en matière de levée ou d'entrée en hospitalisation sans consentement.

Il faut enfin envisager puisque c'est un engagement réciproque, la possibilité pour le patient de refuser cette proposition de soins en dehors de l'hôpital ou de l'abandonner après l'avoir essayée : la proposition du groupe n'est pas sous-tendue par une logique économique de fermeture de lits hospitaliers mais par le souci de réinsérer le plus possible la personne dans son milieu de vie.

Si le malade atteint à sa sûreté ou à celle d'autrui dans le cadre de l'alternative ambulatoire proposée, il est bien entendu que dans ce cas comme dans le cas de toute hospitalisation, la responsabilité des soignants et du directeur d'hôpital ne serait engagée que si un tel accident résulte d'une action intentionnelle de leur part (jurisprudence constante de la responsabilité sans faute).

4.- Les moyens de la réorganisation de l'offre de soins

Les propositions contenues dans ce rapport ne peuvent avoir un impact sur la prise en charge des personnes hospitalisées en service de psychiatrie et recevoir un commencement d'exécution que si les tutelles et les agences régionales de l'hospitalisation ont clairement conscience d'une nécessité d'action sur les structures et les systèmes régissant l'hospitalisation en psychiatrie.

Le triptyque soins d'urgence, hospitalisation à temps complet, alternatives à l'hospitalisation, socle d'une réelle concordance entre les propositions et l'organisation sanitaire en psychiatrie, doit recouvrir une réalité et une efficacité permettant seule la mise en œuvre de la réforme du soin en psychiatrie.

Il serait grave que, pour quelques lieux de soins qui n'auraient pas su mettre en place un renouveau de la psychiatrie favorisant son implantation dans la cité, l'ensemble du système et donc surtout les malades, ne bénéficient pas d'une loi renouvelée sur les hospitalisations sous contrainte.

Cependant certains freins existent :

Historiquement, les budgets des établissements hospitaliers spécialisés en psychiatrie et des services de psychiatrie des hôpitaux généraux ont été mécaniquement affectés à chaque exercice budgétaire par la politique dite des taux directeurs et la technique du budget global.

Dans ces établissements et services le pourcentage des dépenses de personnel est élevé, entre 80 et 85 % des dépenses. Le facteur relationnel reste la base du soin : sans relations duelle soignant/soigné, il ne s'agit pas de soins, mais de garderie.

Pour les établissements, cette forte présence de personnel implique qu'à dotation budgétaire constante, l'affectation d'un taux directeur, calculé à partir de 70 % de dépenses de personnel, entraîne une réduction des dépenses autres que de personnel. Si la structure de personnel reste constante, l'affectation d'un taux directeur réduit mécaniquement les autres dépenses. En ce cas, les dépenses de personnel accroissent en part relative du budget, augmentant les effets décrits plus haut.

Pour bien des établissements, la productivité soignante reste peu maîtrisable et si les durées moyennes de séjour baissent, le développement de l'extra-hospitalier ne permet pas une réduction sensible du personnel soignant, d'autant que son taux de rotation est élevé.

L'augmentation d'une productivité globale des hôpitaux, traditionnelle dans les disciplines MCO (médecine, chirurgie, obstétrique), induite par l'importance accrue de la place des différentes techniques apportées par le nombre croissant d'appareillages, n'a aucun sens en psychiatrie du fait d'une relation duelle personnalisée.

Ainsi, sauf à permettre et à inventer des techniques de soins plus légères, sauf à utiliser des techniques de soins moins nobles, comme des chimiothérapies intensives ou l'enfermement systématique des malades en pavillon, les équipes de soins ont nécessairement besoin d'un certain volume deffectifs pour faire face tant à l'internement, qu'à l'externement abusifs.

Il en est de même pour le travail en " extra-hospitalier " où le suivi ambulatoire impose, outre sa technicité, un dispositif de personnel suffisant pour assurer la continuité de la prise en charge. Ce dispositif se regroupe autour de pôles de soins où la notion de "masse critique" s'impose aux différents acteurs de soins.

Cette restriction des marges de manoeuvre internes aux établissements a freiné, voire stoppé de nombreux travaux d'amélioration ou des acquisitions de structures hors les murs. La ponction à budgets constants sur les dépenses de personnel pour compenser les frais de emprunts nécessaires en ce cas ne s'est en général pas faite.

Faute d'amortissements, les sections d'investissements des établissements psychiatriques sont généralement mal dotées et souvent employées à faire de la trésorerie. Seule la réduction des capacités intra-hospitalières a permis un redéploiement vers les alternatives à l'hospitalisation.

Ces éléments de technique budgétaire permettent de mieux comprendre malgré leur complexité, que bien des hôpitaux spécialisés en psychiatrie (voire des services de psychiatrie dans les hôpitaux généraux) ont privilégié le lien relationnel soignant, donc la structure de personnel à l'identique, et qu'ils soient, en de nombreux endroits dans un état hôtelier inacceptable, ce qui a été souligné par de nombreuses commissions départementales des hospitalisations psychiatriques.

Le respect des normes élémentaires de sécurité, de dignité des malades supposent leur prise en compte par les autorités chargées de l'attribution de moyens. Ceci induit, à l'évidence, des opérations au cas par cas, une évaluation régionale et probablement au regard des informations alors disponibles un plan dynamique et volontariste de mise en conformité.

Une estimation du patrimoine immobilier, en rapport avec les perspectives de projets d'établissements et des schémas départementaux et régionaux d'organisation sera nécessaire cas par cas ; des décisions seront à prendre dans ce domaine sensible.

Les moyens ne peuvent évacuer la qualité des hommes et des femmes travaillant sur place. Une réflexion sur la nature de l'équipe multidisciplinaire, sur la formation des soignants, sur des règlements intérieurs adaptés aux conditions particulières vécues ici ou là, bref une clarification du mode de gestion donc de vie des professionnels et des malades s'imposent.

Il faut espérer que l'évaluation de la loi du 27 juin 1990 saura sensibiliser les nouveaux décideurs financiers, les directeurs d'agence régionale de l'hospitalisation, aux problèmes de la santé mentale et que les objectifs de réorganisation des soins (urgences et services) seront pris en compte par les orientations des conférences régionales et nationales de santé, instituées par les nouveaux textes.

1. Ce n'est pas la forme du dispositif ERIC en tant que telle qui doit être généralisée, mais la fonction "traitement préventif de l'urgence". A chaque secteur ou intersecteur d'organiser cette intervention selon ses forces et selon l'environnement. Il est scandaleux qu'en cas de début de crise, l'alternative offerte soit une hospitalisation sous contrainte ou un rendez-vous en CMP ou au dispensaire une semaine plus tard.

Chapitre 4 : Les droits des malades hospitalisés sans leur consentement

La loi du 27 juin 1990 définit en son article L 326-3 les droits des personnes hospitalisées sans leur consentement :

"Lorsqu'une personne atteinte de troubles mentaux est hospitalisée sans son consentement, les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être limitées à celles nécessitées par son état de santé et la mise en oeuvre de son traitement. En toutes circonstances, la dignité de la personne hospitalisée doit être respectée et sa réinsertion recherchée. Elle doit être informée dès l'admission et, par la suite, à sa demande, de sa situation juridique et de ses droits .

En tout état de cause, elle dispose du droit :

- 1° De communiquer avec les autorités mentionnées à l'article L. 332-2 ;
- 2° De saisir la commission prévue à l'article L 332-3 ;
- 3 De prendre conseil d'un médecin ou d'un avocat de son choix ;
- 4° D'émettre ou de recevoir des courriers ;
- 5° De consulter le règlement intérieur de l'établissement tel que défini à l'article L 332 - 1 et de recevoir les explications qui s'y rapportent ;
- 6° D'exercer son droit de vote ;
- 7° De se livrer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix.

Ces droits, à l'exception de ceux mentionnés aux 4, 6 et 7 peuvent être exercés à leur demande par les parents ou les personnes susceptibles d'agir dans l'intérêt du malade."

En son article L 326-5, la loi précise qu'en tout état de cause, aucune restriction de droits ne peut survivre à la période d'hospitalisation sans consentement :

"A sa sortie de l'établissement, toute personne hospitalisée en raison de troubles mentaux, conserve la totalité des droits et devoirs de citoyen, sous réserve des dispositions des articles 492 et 508 du code civil, sans que ses antécédents psychiatriques puissent lui être opposés."

1.- Les droits des malades selon le statut d'hospitalisation

On l'a répété tout au long de ce rapport, l'hospitalisation sous contrainte est parfois nécessaire, elle ne doit pas entraîner pour le malade de traitement particulier et de restriction de ses droits autres que cette contrainte-là. S'il doit y en avoir d'autres, pour les malades hospitalisés sans leur consentement comme pour les hospitalisés libres, toute restriction à leurs droits doit être justifiée médicalement et ne peut être appliquée que selon les procédures que l'on va décrire. Sauf si ces

restrictions découlent du statut de la personne, outre son statut médical : c'est le cas des détenus ; la privation de liberté est là inhérente au statut de détenu et s'impose, avec le contrôle du juge d'application des peines.

La question de savoir, si dès lors que l'on impose à un malade hospitalisé avec son consentement une quelconque contrainte, il faut le mettre sous statut d'hospitalisation sans consentement, a été longuement discutée dans le groupe national d'évaluation. On a déjà évoqué cette question dans le chapitre 2, quand il a été question du consentement et dans la conclusion de ce chapitre.

2.- Les droits du malade hospitalisé sans son consentement : droits de la personne

2.1.- Les droits de contester l'hospitalisation sans consentement

Ces droits sont déjà rappelés par l'article L.326-3 cité : en effet, en tout état de cause, le malade ne peut pas se voir interdire la communication avec le procureur de la République, le président du tribunal d'instance, le préfet, le maire ni la commission départementale d'hospitalisation psychiatrique, toutes instances chargées de veiller au respect des conditions de forme et de fonds.

L'hospitalisation sans consentement d'une personne est une mesure grave de privation d'une liberté individuelle de nature constitutionnelle. Sa pratique doit donc être sévèrement encadrée, c'est ce qui fait la différence entre l'exercice de la psychiatrie dans un Etat de droit et celui qui est fait dans un Etat totalitaire.

Ceci ne signifie pas qu'on suspecte les soignants ou même les autorités de pratiquer les abus. Simplement un Etat démocratique se doit de rendre impossible une hospitalisation abusive sans le consentement du malade.

Comment empêcher l'abus, la possibilité de l'abus ?

On l'a vu nulle autorité, juge judiciaire, juge administratif, représentant du pouvoir exécutif ne peut être considérée par nature comme incapable d'un tel abus. C'est la loi qui doit définir de manière stricte les indications de l'hospitalisation sans consentement.

C'est de l'effectivité de l'exercice du recours par le malade ou ses proches, ou son conseil contre une hospitalisation illégale que dépend la démocratie. Pour que le malade puisse exercer ce recours, il faut d'abord que la décision qui lui fait grief lui soit notifiée et motivée.

Et ceci quelle que soit l'indication de l'hospitalisation sans consentement. Ce n'est pas parce que le malade a été hospitalisé en raison de troubles mentaux, qui l'ont rendu incapable de consentir aux soins et nécessitent un traitement approprié en milieu hospitalier au risque sinon d'une grave détérioration, qu'il n'y a pas de contestation possible de cette appréciation.

A son admission à l'hôpital, le malade doit être informé de son statut administratif et des raisons invoquées. Si son état de santé le rend incapable de recevoir cette notification, un témoin (personnel soignant) doit contresigner la notification pour signifier qu'elle a été faite. Elle doit être présentée à nouveau au malade une fois revenu à meilleur discernement et au plus tard à périodicité équivalente à celle mise en place pour le renouvellement de la mesure, soit un mois.

La décision doit être motivée, c'est à dire que le certificat médical sur lequel s'appuie l'arrêté du préfet ou la décision du directeur (si l'on conserve deux régimes) doit être circonstancié, précisant

les faits attestant de la dangerosité pour soi ou pour autrui, mais aussi le lien entre ces faits et les troubles mentaux et enfin en quoi l'hospitalisation sans consentement est justifiée.

Une formation à la certification permettrait de responsabiliser les médecins généralistes libéraux et les médecins psychiatres libéraux et hospitaliers à un tel exercice. Car ce type d'attestation ne s'adresse pas comme les documents médicaux habituels à des confrères, mais à des autorités non médicales et à l'usager.

Il est d'ailleurs proposé que ce certificat puisse être transmis à l'usager qui le demanderait directement dès lors qu'il ne comporterait pas d'élément diagnostique. Un avis récent de la commission d'accès aux documents administratifs, a d'ailleurs estimé que le registre de la loi, qui contient entre autres la copie des certificats à partir desquels un malade a été hospitalisé sans son consentement, pouvait être communiqué à un malade, sans qu'il ait besoin de passer par l'intermédiaire d'un médecin.

La proposition que ce document soit considéré comme une pièce administrative communicable à la personne concernée, et non comme un document médical, doit être inscrite dans la loi. En effet, cette position pourrait être contredite par la jurisprudence du Conseil d'Etat qui admet qu'une mesure d'hospitalisation sans consentement soit motivée par référence à un certificat médical, qui lui ne peut être communiqué à la personne que par l'intermédiaire d'un médecin.

La notification outre la motivation implique l'information sur les droits et les voies de recours contre la décision.

Il est proposé que ceux-ci soient indiqués précisément dans un langage clair aux personnes concernées : les autorités judiciaires, préfectorales, la CDHP et le tribunal administratif étant nommés, leurs adresses indiquées. Le malade doit également être informé de son statut. Ces renseignements doivent d'ailleurs figurer dans le livret d'accueil des établissements de santé qui doit être remis aux patients lors de leur admission avec la charte du malade hospitalisé (article L. 710-1-1 2ème alinéa du CSP).

Pour cela, il est proposé que soit utilisé la formule "*Voulez-vous, Etes-vous d'accord pour être hospitalisé*". Sinon, il est exposé pourquoi cette mesure a été décidée. Et comment elle se nomme : hospitalisation sans consentement.

En ce sens aussi un seul régime d'hospitalisation serait plus clair pour les usagers.

Cette information sur les droits doit s'accompagner d'une information **écrite** sur la possibilité de demander à voir, un médecin extérieur à l'établissement, qui peut être le médecin traitant, un avocat et éventuellement un proche ou un représentant d'une des associations d'usagers pouvant être représentée à la CDHP ou au conseil d'administration de l'établissement de santé. Cette information écrite, dont une production réglementaire pourrait prévoir la rédaction type, serait explicitée oralement quand le malade est en état de recevoir cette information.

Bien évidemment il est possible que ces règles d'information soient détournées elles aussi, de même qu'il est possible que l'accord des malades soit largement fictif ou en tous cas peu éclairé.

C'est pourquoi il est nécessaire que la CDHP puisse contrôler la réalité du consentement à l'hospitalisation en psychiatrie.

Les compétences de la CDHP seraient étendues à l'ensemble des établissements recevant des malades soignés pour troubles mentaux, à charge pour elle de s'assurer que tous ceux qui sont

hospitalisés sans leur consentement bénéficient bien du statut prévu, que les procédures ont été respectées et que leur état de santé indique ce type de mesures. La CDHP aurait aussi compétence pour contrôler que toute restriction à la liberté pendant l'hospitalisation, sans consentement ou libre, a bien été appliquée selon les indications et les procédures définies. A cet effet elle contrôlera le régime de la chambre d'isolement, l'ouverture des services, les dossiers de malades ayant subi des traitements sans consentement.

2.2.- les conditions d'hospitalisation et de traitement

- le traitement

On a longuement examiné dans la première partie la question du consentement au traitement : le malade doit être informé des motifs et conditions d'exercice de celui-ci, même s'il n'est pas en état de discuter.

Encore une fois, en matière de liberté individuelle, la règle est la plus grande liberté, restreinte uniquement quand l'état de santé du malade ne permet pas d'agir autrement. Ceci signifie concrètement que le médecin, qui administre un traitement, quel qu'il soit, au malade, doit le lui expliciter, doit rechercher son consentement et si l'état de santé du malade ne permet pas cette discussion, il doit noter au dossier du malade le type de traitement administré, les motifs, les réactions du malade et pourquoi le malade n'a pu y consentir. Cette partie du dossier médical doit être communicable au malade par l'intermédiaire du médecin de son choix, sans que le médecin désigné puisse se refuser à informer son malade. Ces recommandations figurent d'ailleurs dans le code de déontologie des médecins (décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995).

Il est bien entendu que par traitement, on entend toute forme de traitement et notamment bien sûr les traitements médicamenteux, mais aussi les formes de contention, d'isolement, les mesures d'éloignement par rapport à un milieu quotidien, les mesures visant à la réinsertion, etc...

La règle selon laquelle le soignant peut dans certains cas, estimer qu'une ou plusieurs formes de traitement peuvent être imposées au malade, si son état de santé ne lui permet pas d'y consentir, à condition que le prescripteur puisse à la fois expliquer pourquoi il use de ce traitement et pourquoi l'état de santé du malade le rend incapable d'y consentir vise à sauvegarder la marge de manoeuvre du soignant, sans laquelle il n'y aurait plus de soins actifs, tout en le responsabilisant. Il aura à rendre des comptes au malade revenu à meilleur état de santé et donc de discernement.

- la liberté d'aller et de venir, en cas d'hospitalisation contrainte

Il faut le redire ici avec force : selon les constatations faites de toutes parts et notamment par la mission d'appui en santé mentale, un grand nombre de services de psychiatrie sont à l'heure actuelle fermés.

Pour de bonnes et de mauvaises raisons et selon différentes modalités : parce que sont regroupés dans un même service et ceci n'est pas critiquable, des personnes âgées démentes et des psychotiques et qu'il importe de protéger les premières contre les dangers du dehors, qu'elles ne peuvent plus maîtriser; parce que les disponibilités en personnel ne permettent plus d'assurer la sécurité des malades dans un environnement ouvert ; parce que c'est plus facile de travailler ainsi, parce qu'on a toujours fait comme ça, parce que la loi met en cause la responsabilité du chef d'établissement si un malade "sous garde de l'établissement" attende à ses jours ou à ceux d'autrui etc...

Cette fermeture peut se matérialiser dans de lourds trousseaux de clefs dont le tintement apparente l'hôpital psychiatrique à la prison, ou bien dans la fermeture de la porte du pavillon, à côté de laquelle le soignant de garde se trouve en permanence, prêt à l'ouvrir sauf à ceux dont l'état de santé ne permet pas de sortir. Dans certains cas, le pavillon est ouvert, mais certaines chambres sont fermées sans qu'il s'agisse de chambres d'isolement. Le pavillon peut être ouvert, mais l'établissement fermé. Enfin, certains établissements disposent d'un pavillon fermé, dans lequel les malades, à qui leur état de santé impose, à ce moment précis, une contention du type pavillon fermé, sont hospitalisés. Dans ce cas, dans tous les autres pavillons et pour toutes leurs chambres, l'ouverture totale est la règle.

Tout en entendant bien certaines motivations des tenants du "fermé", il a semblé au groupe important que soit réaffirmé, explicitement, dans la loi, **le principe selon lequel, en hospitalisation psychiatrique, que celle-ci ait lieu avec ou sans le consentement du malade, la règle est l'ouverture et la fermeture ne peut se faire, que sur indication médicale, expliquée au malade et pour laquelle il est fixé un point de départ et un point de fin.** (une date de révision sinon de fin). Expliciter ceci dans la loi a deux avantages : d'une part obliger les services à travailler différemment, mais aussi prendre en compte certaines contraintes de la pathologie psychiatrique, qui impliquent le recours à la contention et notamment l'enfermement, pour des périodes limitées et maîtrisées, dont chaque service devrait prendre la responsabilité, même si plusieurs services, recouvrant plusieurs secteurs, se rassemblent pour mettre en place des moyens optimaux d'assurer cette forme de traitement hospitalier.

Le groupe national préconise la création d'unités sectorielles ou intersectorielles fermées selon un modèle qui pourrait être défini en détail au niveau régional ou départemental selon la taille des secteurs.

Le cas des malades âgés, chroniques, désorientés doit être abordé dans cet esprit, en ayant en tête néanmoins, qu'il existe toujours le risque que se recréent des lieux de relégation, type asiles, mouiroirs, semi-prisons.

Il est enfin important que l'administration réfléchisse bien aux termes selon lesquels la responsabilité des directeurs d'établissement et des médecins serait engagée, en cas d'accident résultant de cette ouverture. Bien sûr, c'est la faute lourde en cas d'établissement public, mais quid de celle du directeur, en cas de faute lourde d'un membre du personnel. Bien sûr, cette question ne relève pas de la loi, mais de la jurisprudence ; pourtant, afin de lever des hésitations quant à l'ouverture des portes, il importe sans doute d'être très explicite et très rassurant sur cette question : c'est au ministre chargé de la santé, de prendre en charge la protection des personnels qui seraient attaqués sur ce point. Pour ce qui est des établissements privés et notamment ceux participant au service public hospitalier, il importerait d'apporter aux directeurs le même type de garantie qu'aux directeurs du public. Il faut notamment prévoir au budget de ces établissements un crédit suffisant pour les assurances.

Si l'ouverture possible des portes représente un respect de la liberté et de la dignité des malades, ce n'est pas le cas de celles des espaces réservés à la toilette des malades. Le plus souvent, pour des raisons de sécurité, ces portes ne ferment pas. Cette question, peut-être triviale, est d'importance quotidienne ; le malade doit pouvoir, sauf contre-indication médicale, faire respecter une certaine intimité. Il en est de même, si le malade souhaite s'isoler dans sa chambre, par rapport aux autres malades ou aux personnels soignants. Il est tout à fait possible d'avoir des toilettes, des douches, des chambres dont le malade peut fermer la porte de l'intérieur, avec un système qui permet en cas de danger à un soignant de l'ouvrir de l'extérieur, avec un passe.

- Liberté de communiquer.

La recommandation européenne déjà visée prohibe toute restriction de la communication écrite du malade avec l'extérieur. La pratique est cependant différente, et toutes les restrictions ne relèvent pas d'une brimade : certains praticiens ont fait état de malades qui, au moment d'une hospitalisation en état de crise inondent ou poursuivent des personnes extérieures de courriers dont le contenu pourra leur nuire ultérieurement : employeur, voisins, amis, familles etc. Pourtant, n'est ce pas une intrusion inacceptable dans la vie privée des malades que de "*trier et donc d'ouvrir*" leur courrier ?

Entre deux objectifs contradictoires, celui de respecter au maximum la liberté du malade et celui de le "*protéger, à un moment donné de sa maladie, en présence de symptômes bien connus, d'un comportement dont on estime qu'il ne le cautionnera plus, une fois revenu à discernement*", la voie de choix entre l'abandon dû à un respect abstrait des principes et le paternalisme médical, est étroite : là encore, le groupe national propose une voie de compromis, un bricolage pratique : **aucune restriction à la liberté de communiquer par tout moyen postal ou télématique ne peut être apportée sauf si l'état de santé du malade fait estimer au médecin qu'une telle liberté pourrait porter atteinte à la sûreté des personnes avec qui le malade communique ou qu'elle serait susceptible de mettre en péril sa réinsertion sociale, familiale et professionnelle. Dans ce cas, la correspondance du malade est retenue, sans être ouverte, les lettres sont inscrites sur un registre daté, et communiquées au malade, une fois revenu à meilleure santé.** Il en est de même pour les demandes d'accès au téléphone ou tout autre moyen de communication.

Il faut préciser qu'un droit n'existe que s'il peut être matériellement exercé : dans tous les hôpitaux, les malades peuvent disposer du téléphone dans leur chambre, sauf en psychiatrie. Il importe de casser cette situation due à une perception archaïque des malades mentaux qui comme tout le monde peuvent vouloir s'isoler pour téléphoner, regarder la télévision, écouter la radio, écrire, lire etc. En revanche, un malade en phase maniaque aiguë peut se voir restreindre l'accès à son téléphone pour les raisons indiquées ci-dessus. L'état exceptionnel de quelques malades ne peut justifier une restriction générale à l'exercice d'un droit, celui de communiquer, qui n'est effectif que si le malade a les moyens de l'exercer.

Bien évidemment, aucune restriction n'est exercée à la communication avec les autorités chargées d'examiner les recours des malades et de surveiller l'établissement, ni avec un avocat ou une personne référente que le malade aurait désigné lors de son admission.

Les associations d'usagers sont hostiles à ce compromis et revendiquent la liberté totale de communiquer.

2.3.- Les droits civiques et civils

La loi de 1990 ne prévoit pas que le malade hospitalisé sans son consentement soit privé de ses droits civiques et singulièrement le droit de vote. Mais de tradition ancienne, la mise sous tutelle, c'est à dire le statut d'incapable majeur, catégorie qui se recoupe avec nombre de malades hospitalisés sans leur consentement ou en hospitalisation libre, prive les personnes de l'exercice du droit de vote. Cette mesure est ressentie comme vexatoire, privative de liberté et indigne, par les personnes qu'elle touche et leurs familles. Elle n'a pas de lien avec la mise sous tutelle, celle-ci étant une tutelle aux biens et pas à la personne ; c'est pourquoi le groupe national demande avec force et en relayant l'ensemble des usagers et des professionnels de la psychiatrie et de la gestion des tutelles que cette disposition soit supprimée. N'oublions pas que la privation des droits civiques est une sanction, infamante, qui touche les auteurs de crimes et de délits graves.

Il n'appartenait pas au groupe national d'évaluation de la loi du 27 juin 1990 d'évaluer également la loi de 1968 sur les tutelles et curatelles. Néanmoins certaines des dispositions du régime des incapables majeurs se recourent avec la loi de 1990.

Il faut d'abord constater que la mise sous tutelle ou curatelle ne concerne pas la décision d'hospitalisation sans consentement ; en effet c'est la loi de 1968 qui précise que les actes pour lesquels le majeur doit se faire représenter ou assister par son tuteur ne sont ni l'hospitalisation, ni le consentement au traitement. Il est à noter cependant que la loi du 27 juin 1990 codifiée précise en son article L. 326-1 que : "*Nul ne peut être sans son consentement ou le cas échéant, sans celui de son représentant légal, hospitalisé ou maintenu en hospitalisation.*" De même à l'article L. 328, il est indiqué que : "*si une tutelle a été constituée, les significations seront faites au tuteur; s'il y a curatelle, elles devront être faites à la fois à la personne protégée et à son curateur*".

La loi de 1968 réformant tutelles et curatelles a entendu dissocier l'assistance aux biens et l'assistance à la personne, notamment en ce qui concerne les malades mentaux. Elle ne précise pas cependant qui donne le consentement au traitement ou à l'hospitalisation d'une personne protégée, l'article 490-1 du code civil précise simplement que les modalités de traitement et d'hospitalisation sont indépendantes du régime de protection appliqué aux intérêts civils et réciproquement.

La jurisprudence de la cour de cassation va pourtant dans le sens d'une tutelle à la personne tendant à en faire des assistés pour tous les actes de leur vie et l'article L.326-1 du CSP, issu de la loi de 1990, parle du consentement du représentant légal ce qui implique qu'il est le décideur de la mesure.

Or, il doit être tenu compte du fait qu'une personne placée sous tutelle et a fortiori sous curatelle, n'est pas nécessairement inapte à consentir à son hospitalisation ou à un traitement. Les législations plus récentes vont d'ailleurs dans ce sens : l'article 42 du code de déontologie (décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995) ne se réfère pas expressément au consentement, il stipule que le médecin appelé à donner des soins à un mineur ou à un majeur protégé doit tenir compte de l'avis de l'intéressé dans la mesure du possible.

C'est pourquoi le GNE a pris parti de déconnecter complètement les conséquences d'une mesure de protection aux biens et l'incapacité qu'elle entraîne et le consentement aux traitements hospitalisations, médicaments...

Le groupe, qui n'a été mis au courant de certains projets de réforme de la loi sur les incapables majeurs que par rumeur, ne peut pas proposer de réforme en ce sens, mais en tous cas un renforcement de la spécialisation des mesures de tutelle à la protection des biens.

De plus, nombre de membres du groupe ont dénoncé une dérive dans l'usage des mises sous tutelle : plus que la protection des biens des personnes, il s'agit bien souvent d'organiser leur solvabilité à l'égard d'institutions médico-sociales dans lesquelles elles sont placées. Il vaudrait mieux, là encore, organiser cette solvabilité (par le versement direct d'une part de l'allocation à l'institution par exemple) que d'imposer à la personne un régime de protection total, privatif d'initiative et de liberté. De même faudrait-il prévoir pour les personnes un régime de curatelle, c'est à dire d'assistance à la gestion de leurs ressources, suffisamment rémunéré pour que la dérive ne se fasse pas toujours vers la tutelle, sous la pression des organismes de gestion des tutelles.

Enfin, il faut dénoncer certaines pratiques, comme l'usage du tuteur pour imposer un traitement, une hospitalisation etc. Il y a des endroits où les soignants s'assurent du suivi du traitement en organisant un circuit de "visite" du malade, d'abord piqûre, ensuite argent !

De manière générale, la philosophie adoptée par le groupe national d'évaluation, selon laquelle il faut spécifier les contraintes, trouve ici sa pleine justification : en effet, les pratiques selon lesquelles certains professionnels ne veulent pas utiliser les procédures d'hospitalisation sans consentement, mais ne répugnent pas à considérer que l'accord du tuteur vaut l'accord de la

personne, sont du point de vue du groupe national d'évaluation plus liberticides que la loi de 1990. Et à cet égard, il est nécessaire d'être tout à fait clair sur les "*libertés qui doivent demeurer attachées à la personne, en tout état de cause*" : celle de se faire hospitaliser ou pas, de ne pas recevoir un traitement sans son consentement, d'aller et venir dans l'hôpital, de communiquer etc. Pour les protéger, il faut les spécifier et ne les restreindre que quand l'état de santé du malade y contraint, c'est à dire que sans cette restriction-là, l'état de santé du malade se détériorerait gravement ou son comportement risquerait de porter atteinte à la sûreté d'autrui.

Enfin, un certain nombre de dispositions ne relèvent pas de la loi mais du règlement intérieur de l'établissement public de santé. A cet égard, l'article L. 710-1-2 du CSP, issu de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996, portant réforme de l'hospitalisation publique et privée prévoit que : "*les règles de fonctionnement des établissements de santé propres à faire assurer le respect des droits et obligations des patients sont définies par voie réglementaire*".

Le groupe a estimé que cette disposition entraînait l'abrogation de l'article L332-1 du CSP, issu de la loi du 27 juin 1990, qui prévoyait un règlement intérieur propre aux "*établissements ou unités d'hospitalisation accueillant des malades atteints de troubles mentaux*". Par contre devront être intégrées dans le règlement intérieur prévu à l'article L. 710-102 du CSP des dispositions spécifiques à l'hospitalisation sans consentement. Si l'on veut sortir définitivement de la logique spécifique de la loi de 1838, il faut chaque fois que cela est possible intégrer les dispositions relatives aux malades mentaux dans une réglementation générale

2.4.- Le recouvrement de tous les droits à la sortie de l'hôpital

L'article L. 326-5 cité prévoit déjà que le recouvrement de ses droits par le malade à sa sortie d'hôpital est complet, mais il a semblé nécessaire de préciser l'étendue de ce principe.

Des législations ou réglementations anciennes ont parfois prévu des restrictions aux libertés des personnes hospitalisées d'office : il est nécessaire de rappeler dans la loi qu'elles ne s'appliquent plus. Il en est ainsi par exemple de la confiscation du permis de conduire. Pendant la durée de l'hospitalisation, elle pourrait être justifiée par l'état de santé du malade ou les traitements qu'il subit, auquel cas il faut justifier cette restriction dans le dossier du malade ; à la sortie de l'hôpital, si son état de santé ou les traitements qu'il prend empêchent le malade de conduire, ce problème n'est guère différent de celui de tout un chacun des français, consommateurs de neuroleptiques et autres drogues légales ; il appartiendra au législateur de prendre les mesures justifiant une interdiction de conduire aux consommateurs de tel ou tel produit, mais il n'est pas admissible de doter les malades mentaux, à la sortie d'une hospitalisation contrainte, d'un régime spécifique. Il en est de même en ce qui concerne les permis de ports d'armes : on peut estimer que toute personne à qui on accorderait un tel permis devrait se soumettre à une visite médicale spécialisée, périodique, mais là encore, pourquoi réserver un traitement spécifique aux ex hospitalisés d'office ?

De manière générale, comme aucun antécédent psychiatrique ne doit être opposé à un ex malade mental hospitalisé, il faut se donner les moyens de garantir la confidentialité du dossier administratif et médical du malade et procéder à la destruction périodique des fichiers destinés à gérer les mesures d'hospitalisation, de renouvellement et de levée d'hospitalisation sous contrainte :

- pour ce qui est de l'hôpital, les règles ont été définies par la CNIL, il importe de les appliquer et notamment, dans toute correspondance, établissement de certificat etc. veiller au respect de la confidentialité : pas d'en tête indiquant le service ou l'hôpital sur l'enveloppe ou l'arrêt de maladie ; pas d'indication sur le certificat, d'hospitalisation, de sortie etc. L'outil informatique, trop souvent incriminé, de ne pouvoir occulter des renseignements, du type, "sortie pour fugue", par exemple, doit être utilisé au maximum des possibilités techniques pour l'impression des certificats avec un

masque d'édition. De même, s'il est souhaitable, pour hâter le règlement des dossiers des malades d'utiliser le fax, demain Internet, il faut aussi prévoir d'utiliser les moyens de respecter la confidentialité des informations ainsi communiquées : en installant les appareils dans des endroits protégés ou en les protégeant par des codes d'accès.

- pour ce qui est des fichiers des DDASS et préfectures, il est souhaitable que soient rappelées toutes les règles de confidentialité qui s'appliquent aussi aux personnels de l'administration qui n'ont pas à traiter directement de ces dossiers, et que les informations qu'ils contiennent soient impérativement détruites (versées aux archives, où elles deviennent inconsultables) passé un délai de deux ans, après la sortie des malades.

Il faut noter à cet égard que le groupe national d'évaluation a été informé de la pratique toujours en vigueur dans certains départements de l'interrogation par la préfecture "du fichier dit des aliénés", c'est à dire de l'ensemble des dossiers qui servent aux DDASS à gérer les décisions et les renouvellements des décisions d'hospitalisation sans consentement.

Ainsi du département de l'Eure, dans lequel un malheureux ancien malade, hospitalisé nombre d'années auparavant, en placement volontaire, suite à une grave dépression, s'était vu opposer un refus, de ce fait, d'attribution d'un poste de garde pêche dans sa commune. On trouvera en annexe, la lettre envoyée par le directeur départemental au directeur général de la santé et la réponse de l'administration. Cette pratique, qui n'est pas exceptionnelle, montre l'importance de ce problème.

Rien ne peut justifier cet état de fait, car il n'y a aucune raison de se méfier d'une personne qui a été hospitalisée sans son consentement plus que d'une personne dont l'état de santé psychique est inconnu. Que l'on estime qu'il faille pour obtenir un permis de port d'arme, se plier à une expertise psychiatrique régulière, qu'il faudra prouver que l'on ne consomme pas de tranquillisants ou autres neuroleptiques quand on prend le volant, qu'il faille bénéficier d'un suivi psychologique quand on exerce un métier qui peut impliquer l'usage de violence est possible. En revanche, il est aussi inefficace que contraire aux droits de l'homme et aux respects du malade de cristalliser les fantasmes de peur collectifs sur les ex-hospitalisés sans leur consentement.

3.- Droits des malades mentaux appartenant à des populations spécifiques

Il n'y a pas de malades mentaux particuliers, mais il s'avère que certains malades, du fait de leur statut au regard de la justice (détenus ou malades ayant fait l'objet de l'application de l'article L. 122-1 du code pénal), du fait de leur pathologie (toxicomanes ou alcooliques dangereux) ou enfin de leur âge (mineurs), relèvent de lois particulières, qu'il faut articuler avec la loi du 27 juin 1990, soit de dispositions les visant spécifiquement dans cette loi.

3.1.- Les malades mentaux hospitalisés d'office en application de l'article L348 du CSP

Il s'agit de malades, pour lesquels le juge judiciaire a déclaré éteintes les poursuites au pénal, parce qu'ils ont commis un crime ou un délit dans un état de troubles mentaux abolissant ou altérant leur discernement. Mais "*si leur état de santé présente un risque d'atteinte à la sûreté des personnes*", le juge en avertit le préfet qui prononce alors un arrêté d'hospitalisation d'office, dans les formes d'une H.O "normale", en application de l'article L. 348. Comme cela a déjà été exposé, le groupe national, exceptés les représentants des ministères de l'intérieur et de la justice, a estimé qu'il n'y avait aucune raison de conserver pour la levée de ces H.O. une procédure spécifique, très lourde et qui n'a nullement fait la preuve de son bien fondé, puisqu'aucune de ces administrations ne peut fournir des éléments sur le risque de récidive, selon les procédures de sortie, ni même d'élément statistique sur la durée d'hospitalisation d'office selon ces procédures, ni même sur le nombre de personnes ayant

bénéficié de l'application de l'article L. 122-1. Il est donc peu satisfaisant d'alourdir les procédures privatives de libertés sur de simples opinions.

Surtout, quand les professionnels de cette clinique, c'est-à-dire ceux qui sont au quotidien au contact de ces malades-là, assurent que cette procédure n'est ni juste, ni efficace, ni protectrice de la sûreté des personnes.

Deux voies de réforme sont possibles :

- celle proposée par le ministère de la Justice qui vise à conserver une spécificité au régime d'hospitalisation sans leur consentement de ce type de malade : ce serait un juge, différent de celui qui a déclaré éteintes les poursuites qui déclarerait l'HO. Ce serait le même juge qui aurait compétence pour la levée et le renouvellement sur proposition du médecin traitant hospitalier, au risque de renforcer la complexité, en créant un régime de compétence judiciaire.

Judiciarisation partielle, dont certains estiment qu'elle n'est qu'une demi-mesure. Soutenue par le ministère de la justice en alternative au maintien du régime actuel et par le GIA, qui y voit un début de la judiciarisation qu'il appelle de ses vœux. Cette proposition est combattue en tant que telle par le ministère de l'Intérieur.

La deuxième solution a recueilli le soutien des membres restant du groupe : elle alignerait le régime de ces hospitalisations sans consentement sur celui de droit commun, en permettant au médecin traitant hospitalier de recourir pour la sortie à un expert qui serait éventuellement celui qui a fait le rapport pour l'application de l'article L.122.1.

Cette solution, ainsi que cela a été exposé en chapitre 2, serait d'application plus facile et plus satisfaisante, si une réforme, telle que préconisée, de l'article L.122-1 était faite.

L'existence de troubles mentaux abolissant le discernement ou le contrôle, au moment où est commis un crime ou un délit serait de nature non pas à éteindre l'action publique, mais à atténuer très sérieusement, voire à dispenser de la peine.

En tout état de cause, il devient urgent là aussi de mettre en place les études épidémiologiques au long cours permettant de connaître le devenir de tels malades.

3.2.- Les détenus, malades mentaux

Les détenus, souffrant de troubles mentaux, peuvent être soignés même si leur état nécessite une hospitalisation, à l'intérieur de la prison grâce aux SMPR. Actuellement, une interprétation de la loi, fait demander une hospitalisation d'office dans un établissement psychiatrique, non maison de détention, pour la seule raison que le malade refuse le traitement. Cette interprétation a deux inconvénients : d'une part, pour fuir le SMPR, qui reste peu ou prou un lieu de détention, le malade peut avoir tendance à refuser toute forme de traitement ; mais d'autre part, comme rien n'est prévu, son hospitalisation en établissement non pénitentiaire pose problème : qui est chargé de le surveiller et de l'empêcher de fuir ?

Le rapprochement avec les soins somatiques, souvent utilisé, pose problème : en effet, alors que le détenu est transféré dans un établissement hospitalier somatique pour y bénéficier du plateau technique et de l'équipe médicale et y recevoir ces soins, il est gardé dans sa chambre par du personnel judiciaire.

Il n'en est pas de même en service de psychiatrie car là, c'est la communauté de vie avec les autres malades et avec l'équipe qui est soignante et il est antithérapeutique d'isoler le malade dans sa chambre, sauf épisode de crise qui le justifierait. Mais on ne peut pas le faire garder par la police ou des surveillants spécialisés car l'hôpital psychiatrique n'est plus un lieu de gardiennage.

Pour sortir de ce dilemme, Il est proposé plusieurs aménagements d'ordre législatifs, mais surtout pratiques.

Il devrait tout d'abord être possible d'appliquer toutes les règles déjà énoncées quant aux droits des malades, dans les SMPR, hormis bien sûr la restriction de liberté, conséquence de la condition pénitentiaire : pas de traitement contre le gré du malade, sauf dans les conditions décrites en début de chapitre, ni de restrictions aux autres libertés etc.

D'autre part, il ne devrait pas être possible d'hospitaliser sans son consentement un détenu malade mental, hors le SMPR, seulement pour le motif que son état de santé constitue un danger pour lui même ou pour autrui (indications actuelles de l'HO et l'HDT réunies). Le détenu, malade mental peut alors être hospitalisé dans un établissement doublement spécialisé : un établissement hospitalier habilité à accueillir des malades hospitalisés sans leur consentement, un établissement spécialisé dans lequel il est possible de satisfaire à la restriction de liberté par rapport à l'extérieur, conséquence de sa condition de détenu.

Il est proposé qu'une partie des unités fermées sectorielles ou intersectorielles, dont on a proposé la création pour "enfermer" pour un temps déterminé des malades qui ont besoin de cette contention, soient consacrées à l'accueil des détenus malades en hospitalisation sans leur consentement.

En faisant cette proposition, le groupe est bien conscient des possibilités d'effets pervers qu'elle a, notamment des risques de relégation. **C'est pour cela, qu'il est proposé qu'un groupe de suivi soit chargé de veiller à la mise en place de ces dispositions et effectue un compte rendu périodique au Parlement, sur les conditions d'hospitalisation des malades mentaux en unités fermées.**

Comme dans le cas des malades non détenus, hospitalisés en unités fermées, l'équipe qui en a demandé le transfert assurerait le suivi thérapeutique et reprendrait le malade à sa sortie de l'unité fermée.

Une autre solution préconisée par certaines équipes pour des malades ayant commis des crimes ou délits et / ou très dangereux a été proposée : il s'agit de créer des pavillons dits judiciaires, dans lesquels ces malades sont enfermés pour un temps long et traités.

La question des dispositifs les mieux adaptés au traitement et à la prise en charge de malades "dangereux", doit être travaillée, au-delà de cette évaluation et de la loi sur l'hospitalisation sans consentement.

3.3.- Les toxicomanes et les alcooliques

Ces populations relèvent de la loi de 1990, de fait, quand en raison des troubles mentaux occasionnés par la prise de produits, soit ils mettent en danger leur vie, soit la sûreté des personnes. D'ailleurs ajoutons que la loi de 1954 est tombée en désuétude pour sa partie hospitalisation sans consentement, du fait que les moyens financiers nécessaires à son application n'ont jamais été attribués. Il serait souhaitable d'abroger ce texte.

Le groupe national a tenu à rappeler que ces populations ne sont pas identiques et surtout que les troubles pour lesquels elles sont suivies ne sont pas les mêmes : néanmoins, plutôt que de faire des législations spécifiques, il apparaît plus protecteur des droits des personnes de n'avoir qu'une législation en matière d'hospitalisation sans consentement pour troubles mentaux.

3.4.- Les mineurs

Le groupe a estimé que les garanties de la loi devaient s'appliquer de la même façon aux personnes mineures comme aux personnes majeures.

Deux faits ont été relevés : d'une part, la loi de 1990 assimile le consentement de la personne ayant l'autorité parentale à celui du mineur; d'autre part, quand il s'agit d'un enfant placé sous l'autorité du juge des enfants, ce dernier peut l'hospitaliser, sans autre procédure, en service psychiatrique, adulte.

Du point de vue de la technique thérapeutique, comme du point de vue du respect des droits des enfants, il est apparu au groupe intéressant de créer un statut d'hospitalisation sans leur consentement, pour les mineurs, qui n'y consentent pas, même si leurs parents ou le juge y consentent et a contrario de permettre aux mineurs de demander à être hospitalisés, en service psychiatrique, alors que leurs parents n'y consentiraient pas.

Le groupe avait estimé qu'il fallait fixer un âge minimum, car si on laisse l'appréciation de l'âge de raison aux autorités médicales, il risque fort d'y avoir des pratiques inégalitaires sur le territoire.

Le ministère de la Justice dans la contribution annexée a fait part de son interprétation de la convention des droits de l'enfant et de la jurisprudence de la Cour de Cassation, selon laquelle il ne saurait y avoir un âge, mais une appréciation de la capacité de discernement de l'enfant. Néanmoins, le groupe national dans sa majorité n'est pas convaincu de cette argumentation et préférerait que l'on en reste à l'âge de 13 ans.

Cette mesure sera à élaborer plus précisément par consensus entre les psychiatres d'enfants, la loi se contentant d'en fixer le principe.

Pour ce qui est du pouvoir du juge des enfants d'hospitaliser un enfant, en service de psychiatrie infanto-juvénile ou même de psychiatrie adulte, sans recourir à un médecin, par simple ordonnance de placement, le groupe national redit son opposition complète et unanime, hormis les représentants des ministères de la justice et de l'intérieur, à cette procédure.

Si la famille s'oppose ou empêche l'hospitalisation ou le traitement ambulatoire d'un enfant qui a besoin de soins psychiatriques, il appartient au médecin de saisir le juge des enfants pour que celui-ci fasse une ordonnance de placement psychiatrique, en déclarant la défaillance des parents.

Le statut de l'enfant est alors celui de l'hospitalisation sans consentement et sa sortie est décidée par le médecin, qui en avertit le juge.

Cette procédure est parfois utilisée en détournement : quand un secteur de psychiatrie infanto-juvénile qui n'a pas de lits⁽¹⁾ n'arrive pas à obtenir de place pour un enfant, l'OPP est utilisée pour obliger le service hospitalier à prendre l'enfant. En urgence.

Ceci est inadmissible.

Le juge des enfants ne devrait pouvoir placer en service de psychiatrie infanto-juvénile ou adulte, que saisi par un psychiatre qui estime la mesure indispensable pour un mineur et que ses parents refusent de faire soigner.

La contribution annexée des organisations professionnelles de psychiatrie infanto-juvénile donne des arguments très précis contre cette pratique, qui conserve le côté répressif et sécuritaire de l'hôpital psychiatrique. Elle est néfaste pour les enfants, voire dangereuse : elle renforce la tendance déjà trop développée de charger la psychiatrie de tous les problèmes insolubles du social.

4.- Droits économiques et sociaux

La personne hospitalisée sans son consentement pour troubles mentaux doit conserver l'ensemble de ses droits sociaux et singulièrement celui à se faire délivrer les soins somatiques que son état nécessiterait ; ses chances de retrouver à la sortie de l'hôpital une réinsertion économique et sociale doivent être préservées, notamment par la prise en charge des frais entraînés par l'hospitalisation et la conservation d'un revenu lui permettant de conserver son logement et son mode de vie à l'extérieur.

4.1.- L'accès aux soins somatiques

Celui-ci n'est en principe nullement entamé par l'hospitalisation, fût-elle sans l'accord du malade.

Mais le mode de paiement adopté constitue un véritable frein à l'accès aux soins ; en effet, les séjours dans un autre établissement des malades hospitalisés sans leur consentement pour un problème somatique sont à la charge de l'hôpital psychiatrique. Ce principe résulte de circulaires anciennes qui estimaient qu' : *"il n'y avait pas dans ce cas transfert au sens juridique et administratif entre l' établissement psychiatrique et l'établissement d'hospitalisation général. Le malade en service fermé est toujours considéré comme un malade d'hôpital psychiatrique bien que physiquement il soit hébergé et traité dans le cadre de l'hôpital général. De ce fait, les frais d'hospitalisation en hôpital général sont à la charge de l'hôpital psychiatrique."*⁽²⁾

Outre le fait que ce texte n'a qu' une valeur juridique relative puisque résultant de circulaires rappelées dans un courrier ministériel, il reflète une conception dépassée de l'hôpital psychiatrique où rappelons-le, il n'existe pas réglementairement de *"service fermé"*.

Le groupe national d'évaluation propose donc que cette répartition de la prise en charge financière soit revue et qu'on permette au malade mental, sous le régime juridique de l'hospitalisation sans consentement d'accéder aux soins somatiques avec une prise en charge de droit commun, c'est à dire par son régime de sécurité sociale. Il importera donc que les malades mentaux soient dotés d'une mutuelle, ou d'une prise en charge du ticket modérateur par l'aide sociale. En effet, les malades pour les soins pour maladies intercurrentes ne bénéficient pas de l'exonération du ticket modérateur dont ils sont souvent bénéficiaires pour leur pathologie psychiatrique. Ce problème ne relève pas du domaine de la loi mais devrait trouver une solution dans une mise à plat des textes par les administrations concernées (DGS, DH, DSS).

4.2.- Hospitalisation sans consentement et forfait journalier

Nombre de malades mentaux hospitalisés sans leur consentement renâclent à acquitter le forfait journalier, dès lors qu'ils n'ont pas voulu donner leur accord à cette hospitalisation.

Néanmoins, une réforme risquerait d'avoir des effets pervers. Exonérer de forfait journalier les seuls malades mentaux hospitalisés sans leur accord risquerait de peser sur le consentement du malade ou

sur l'attitude de la famille. Le temps n'est pas lointain où l'hôpital psychiatrique servait de lieu d'accueil à des personnes âgées pour qui leur famille ne voulait pas acquitter le forfait hébergement en maison de retraite ou en long séjour. Exonérer tous les malades mentaux de ce paiement n'est pas logique non plus, car pourquoi faire un régime particulier aux malades mentaux sur ce point ?

Par contre plusieurs solutions sont possibles :

- il devrait être possible qu'un certain nombre de malades mentaux accèdent à des mutuelles prenant en charge ce type de dépenses,
- les assistantes sociales de l'hôpital psychiatrique devraient aider les malades à établir un dossier d'aide sociale, de demande de prise en charge par celle-ci du forfait hospitalier, dès lors qu'une fois celui-ci payé, les revenus du malade seraient inférieurs à un minimum. (RMI plus allocation logement au moins),
- l'Etat devrait montrer l'exemple en enjoignant aux caisses primaires d'assurance maladie qui gèrent maintenant pour son compte l'accès à l'aide sociale d'adopter une telle position pour les personnes qui relèvent de l'aide sociale d'Etat, c'est-à-dire les personnes sans résidence stable. Il serait même souhaitable qu'enfin le sans domicile fixe soit considéré a priori et sans autre condition comme relevant de l'Etat. Soit la personne a une adresse identifiée et elle relève de la collectivité locale, département et commune, soit elle n'en a pas et elle relève de l'Etat. Il faut arrêter le discours schizophrène, dans lequel l'Etat à la fois dit combien l'insertion des exclus lui tient à coeur et à la fois refuse toute réforme qui faciliterait notablement l'accès aux soins de ceux-ci.
- Certaines associations d'usagers, le G.I.A. notamment estiment que l'ensemble des malades mentaux, HO, HDT et HL devraient être exonérés du paiement du forfait journalier, dès lors que la maladie mentale est considérée comme fléau social.

4.3.- Hospitalisation et abattement de l'AAH

Les usagers protestent contre l'abattement de l'allocation pour adultes handicapés lorsque l'hospitalisation, fût-elle sans leur consentement, dépasse deux mois.

Pourtant dans ce cas, c'est une solution large que préconise le groupe de travail. Supprimer l'abattement pour les seuls hospitalisés sans leur consentement aurait un effet pervers déjà exposé ci-dessus.

Il n'y a pas plus de raison de le supprimer pour les seuls malades mentaux.

Mais, il est clair que cet abattement est à la fois injuste et inefficace.

Injuste, car on assimile institution sanitaire et institution médico-sociale. Si la seconde constitue un lieu de vie pour le malade, il n'en est pas de même de la première et le malade a vocation à sortir de l'hôpital, même après un long séjour.

Inefficace, car en diminuant ainsi les revenus du malade, on lui interdit la plupart du temps de conserver son logement, de continuer à régler son électricité, son téléphone, son assurance, sa mutuelle, bref on le transforme en assisté, hospitalisé à vie. C'est alors une solution très coûteuse pour l'assurance maladie, car la petite économie qu'elle réalise en effectuant cet abattement, (abattement coûteux en gestion), est sans aucun doute gaspillée par les difficultés de réinsertion des malades qu'elle entraîne.

Il faut aider le malade à retrouver un logement, un statut économique et social et c'est une dépense pour le personnel social de l'hôpital ; la sortie de nombreux malades est retardée par cette difficulté et l'on sait bien que si l'on compare le coût sanitaire d'une journée d'hospitalisation à celui de l'économie réalisée par l'abattement effectué sur l'AAH, on équilibre ces deux types de dépense.

Le groupe propose donc que l'abattement de l'AAH ne concerne pas l'hospitalisation en établissement sanitaire.

Comme pour la facturation des soins somatiques, une solution pourrait être trouvée par les administrations concernées.

5.- Du contrôle et de la médiation

Pour le malade mental hospitalisé et singulièrement pour celui qui est de façon officielle ou illégale hospitalisé sans son consentement, le contrôle de l'établissement et du respect qu'il a des procédures et des dispositions légales est une protection.

5.1.- Les contrôles prévus par la loi sur les droits des malades mentaux hospitalisés

Ce sont ceux des autorités judiciaires, procureur, président du tribunal de grande instance, juge d'instance. Il n'y a rien à dire d'autre, sinon que l'on souhaite que les visites prévues soient effectuées et surtout que les plaintes et saisines par les malades de l'autorité judiciaire soient instruites dans des délais très brefs, selon la procédure de référé.

Il est également souhaité que le procureur fasse la différence entre son rôle civil de protecteur des libertés individuelles et son rôle au pénal afin qu'il ne puisse jamais faire état d'informations qu'il aurait reçues par le biais de la procédure d'hospitalisation sans consentement dans une procédure pénale, qu'il s'agisse d'un certificat médical ou d'une décision administrative, non cités dans l'instruction.

- Le contrôle du juge administratif.

C'est le contrôle du vice de forme qui peut être parfois substantiel. Il importe surtout de raccourcir les délais.

- Les contrôles des autorités administratives, préfet et maire :

Il importe que l'autorité administrative s'assure que l'hospitalisation respecte au maximum la liberté et complètement la dignité des personnes, notamment en effectuant des contrôles inopinés afférant aux questions de communication et de liberté d'aller et venir. Là encore, il faut redire que l'autorité administrative, même si elle a compétence pour décider d'une hospitalisation sans le consentement du malade, n'a aucun droit à utiliser l'information ainsi obtenue dans le cadre d'une autre compétence : délivrance de permis de conduire, de ports d'armes etc...

Il faut enfin que les moyens d'effectuer ces contrôles et de gérer au mieux les procédures d'hospitalisation sans consentement soient données aux DDASS. Une contribution de l'association des DDASS en ce sens figure en annexe.

- Le contrôle de la CDHP.

Se posent les problèmes du champ de compétence de la CDHP, de ses pouvoirs d'intervention, des moyens qu'il faut lui donner pour agir :

* Le champ de compétence

Même si la CDHP ne devait contrôler que le fait qu'une personne n'est pas hospitalisée contre son gré, on pourrait imaginer d'étendre sa compétence : aux maisons de retraite, aux services de neurologie etc...Un certain nombre de professionnels ont fait des remarques en ce sens. Néanmoins, le groupe national d'évaluation a considéré, dans sa majorité, qu'il valait mieux restreindre le champ de compétence de la CDHP aux seuls établissements recevant des malades soignés pour troubles mentaux au risque sinon de disperser les forces de la commission. L'association RESHUS est pour une extension totale de la compétence de la CDHP.

La CDHP doit-elle contrôler les conditions d'hospitalisation de tous les hospitalisés ou uniquement celles des hospitalisés sans consentement. Là encore, pour les mêmes raisons, il a paru préférable que la commission contrôle les hospitalisations sans consentement. Mais sans limiter pour autant son intervention au seul contrôle des dossiers des hospitalisations sans consentement. La CDHP doit pouvoir contrôler le fait qu' aucune personne n'est hospitalisée sans son consentement sans que les prescriptions légales n'aient été respectées dans le fonds et la forme. Dans ce cadre, elle peut être saisie par toute personne hospitalisée librement.

C'est pourquoi elle doit aussi s'assurer par des visites sur place, dans **tous** les établissements habilités à recevoir des malades soignés pour troubles mentaux qu'aucune personne n'est retenue contre son gré hors le respect de cette procédure.

Il faut que la loi précise explicitement que chaque établissement doit transférer immédiatement en hospitalisation sans son consentement un malade qui voudrait quitter l'établissement alors que son état de santé répond aux critères définis pour une hospitalisation sans consentement. Ceci n'empêche pas que les conditions d'hospitalisation des malades et notamment le respect des droits évoqués dans cette partie puissent être contrôlés par la commission.

La CDHP doit aussi contrôler l'usage de tous les moyens de contrainte pendant l'hospitalisation, aussi doit-elle être informée systématiquement des mesures mises en place.

* Pouvoirs d'intervention de la CDHP

La CDHP doit avoir communication comme c'est le cas actuellement de tous les dossiers d'hospitalisation sans consentement, dans les 24 heures. Cette condition doit être un élément de légalité substantiel. Pour ce faire, la CDHP doit tenir preuve de la date de réception de ces documents.

Elle doit s'assurer de manière systématique du respect des conditions de fonds et de forme.

Devrait-elle pouvoir déclarer illégale l'hospitalisation d'une personne sans son consentement ? Ce serait une proposition, qui remettrait en cause le fonctionnement institutionnel, mais mériterait d'être faite.

Sinon, dans tous les cas, la CDHP doit saisir le procureur ou le président du tribunal administratif, en référé et diligenter un contrôle sur place.

La CDHP doit instruire toute plainte en **entendant** le malade et en ne se contentant pas de téléphoner au médecin traitant hospitalier.

Elle doit enfin effectuer dans le cadre des compétences ainsi définies des contrôles sur place annoncés et inopinés de la situation au regard des libertés de tous les hospitalisés.

* Moyens de la CDHP

Il est clair que les moyens de la CDHP doivent être renforcés et son indépendance assurée.

Pour cela elle doit disposer de crédits et de moyens autonomes par rapport aux DDASS (cf. 1) et on doit augmenter le nombre de ses membres en y adjoignant un médecin généraliste, un représentant d'une association d'usagers et un magistrat du tribunal administratif.

Chaque année elle doit effectuer un bilan de ses activités. Ceux-ci doivent être synthétisés et tous les deux ans une coordination des CDHP doit faire un rapport au Parlement sur l'application de la loi.

Certains proposent que la CDHP puisse "missionner" des personnes, chargées de vérifier sur place que les conditions légales de procédures ont été respectées. Il est proposé que la coordination des CDHP fasse des propositions en ce sens.

5.2.- De la médiation

La loi du 27 juin 1990 prévoyait à l'article L.330 la possibilité de nommer un curateur à la personne pour veiller :

"1° A ce que les revenus disponibles du malade soient employés à adoucir son sort, à accélérer sa guérison et à favoriser sa réinsertion ;

2° A ce que ce malade soit rendu au libre exercice de la totalité de ses droits aussitôt que son état le permettra."

Cette disposition qui donne à la personne hospitalisée la possibilité d'avoir un représentant chargé de ses intérêts semble peu connue et pas appliquée. Les CDHP et l'association des gérants de tutelle la dénoncent comme une survivance de la loi de 1838 qui liait maladie mentale et incapacité juridique.

Doit-on maintenir ou non cette disposition ? le groupe s'est prononcé pour son abrogation estimant que la personne malade a la possibilité, prévue par la loi, de recourir à la personne de son choix : médecin, avocat et membres des associations d'usagers pour la préservation de ses intérêts.

Les associations d'usagers et le médecin généraliste du groupe souhaitaient que des formes de médiation soient mises en place pour améliorer les rapports souvent difficiles et complexes patients, usagers/soignants, médecins/administration (cf : annexe).

Les autres membres du groupe n'ont pas souhaité faire des recommandations dans ce sens car suite aux ordonnances d'avril 1996, portant réforme hospitalière, des lieux de concertation devraient être mis en place pour permettre un dialogue, notamment au sein des conseils d'administration où les associations d'usagers seront désormais représentées, de la commission de conciliation qui doit être mise en place dans les établissements publics de santé (décret à paraître).

Le fait de ne pas préciser dans la loi les possibilités réglementaires de médiation ne fait pas obstacle pour autant aux initiatives qui pourraient être envisagées localement ou qui existent déjà, telles que médiateur, permanence d'associations, advocacy ou autres.

• CONCLUSION

Ce rapport d'évaluation a un ton particulier : en effet, il est plus un rapport de proposition qu'un rapport de constat, car au fond, ce qui importe, c'est la psychiatrie de demain, qui sera construite à partir de la critique de celle d'aujourd'hui.

Ce rapport est critiquable par bien des points : les sécuritaires lui trouveront un ton presque anarchiste, les libéraux le classeront au rang des oeuvres conventionnelles, par lesquelles le pouvoir médical se conforte. C'est le genre délibéré de ce rapport que de n'appartenir à aucune école, de ne refléter aucun courant de pensée, de ne pouvoir être suspecté d'être le porte parole d'aucune organisation politique ou syndicale.

Ce n'est peut-être pas un rapport scientifique, en tous cas pas technocratique ou rationaliste. En effet, ce dont on parle ici, avant tout, c'est de la souffrance et celle-ci ne se laisse pas décrire en équations, ne peut pas se plier à une logique positiviste qui pose les réponses avant les questions.

Nous posions en introduction les appuis méthodologiques qui avaient été les nôtres dans ce travail. Il est peut-être essentiel de dire que ce travail d'évaluation a aussi été une histoire commune pour le groupe national. Aucun membre n'en est sorti indemne dans ses convictions, chacun a évolué et c'est ainsi que nous avons forgé une nouvelle approche.

Ni consensuelle, ni négociée, une approche qui autant que faire se peut prene appui sur la vie, sur la réalité difficile, mais passionnante de la lutte contre la maladie mentale.

C'est au travers de ce philtre là que le groupe national d'évaluation souhaite que soient jaugées les propositions qu'il a faites.

Plus que dans d'autres domaines, il importe ici d'être attentif à l'applicabilité de la loi pour que la défense des libertés des malades, la lutte contre la stigmatisation des malades, la révolution qui verra une nouvelle solidarité collective face aux effets de la maladie mentale se concrétisent au jour le jour. Dans un texte de loi certes, qui dira ce qui est permis et ce qui est interdit, qui servira de base de recours aux malades, à leurs associations, à leurs proches contre un toujours possible arbitraire de l'administration, des médecins et de l'intolérance sociale.

Dans les pratiques surtout, de professionnels responsables, d'une administration fiable dans ses promesses, d'une société plus tolérante à l'étrangeté et à l'incompréhensible, dans la collaboration de tous, chacun à sa juste place.

1. Parce que la pédopsychiatrie a laissé supprimer presque tous ses lits pour développer l'extra-hospitalier.

2. Lettre ministérielle DH/9B2/VL/n°82 du 11 février 1986. Code des règles de gestion applicables aux prestations dispensées dans les établissements publics de santé et les établissements privés participant au service public hospitalier. DH. Juin 1995.

• TABLE DES SIGLES

- AAH : allocation aux adultes handicapés
- ADESM : association des directeurs d'établissements gérant des secteurs de santé mentale
- AMF : association des maires de France
- ANAES : agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (nouvelle dénomination de l'ANDEM [agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale])
- ANFIP : association nationale fédérale des infirmiers/ères en psychiatrie
- API : association des psychiatres de secteur infanto-juvénile
- ASCISM : association des cadres infirmiers en santé mentale
- ASMPR : association des services médico-psychologiques régionaux
- CADA : commission d'accès aux documents administratifs
- CDHP : commission départementale des hospitalisations psychiatriques
- CEDEP : comité européen droit éthique et psychiatrie
- CPOA : centre psychiatrique d'orientation et d'accueil
- CPP : code de procédure pénale
- CSP : code de la santé publique
- CHS : centre hospitalier spécialisé (en psychiatrie)
- DDASS : direction départementale des affaires sanitaires et sociales
- DGS : direction générale de la santé
- DH : direction des hôpitaux
- DSM IV : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4ème édition, établi par l'association américaine de psychiatrie
- DOM : département d'outre mer
- DRASSIF : direction régionale des affaires sanitaires et sociales d'Ile-de-France
- ERIC : équipe rapide "intervention crise" (service mobile d'urgence psychiatrique intersectoriel régulé par le SAMU centre 15 des Yvelines)
- FEHAP : fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratif
- FFP : fédération française de psychiatrie
- FFSM : fédération française de santé mentale
- FHF : fédération hospitalière de France
- FNAP PSY : fédération nationale des associations d'(ex) patients psy
- GIA : groupe intervention asiles
- GNE : groupe national d'évaluation (de la loi n° 90-527 du 27 juin 1990)
- HDT : hospitalisation sur demande d'un tiers

- HL : hospitalisation libre
- HO : hospitalisation d'office
- HPP : hôpital privé faisant fonction de public
- HSC : hospitalisation sans consentement
- IGAS : inspection générale des affaires sociales
- IPPP : infirmerie psychiatrique près la préfecture de police de Paris
- MIS : médecin inspecteur de santé publique
- NCP : nouveau code pénal
- OMS : organisation mondiale de la santé
- RMI : revenu minimal d'insertion
- SAMU : service d'aide médicale urgente
- SATU : service d'accueil et de traitement des urgences (nouvelles dénomination des SAU [service d'accueil des urgences])
- SDF : sans domicile fixe
- SMPR : service médico-psychologique régional
- SNCNP : syndicat national des cliniques de neuropsychiatrie privées
- SNP : syndicat national des psychologues
- SNPH : syndicat national des psychiatres des hôpitaux
- SNPP : syndicat national des psychiatres privés
- SPEP : syndicat des psychiatres d'exercice public
- SPF : syndicat des psychiatres français
- SPS : syndicat des psychiatres de secteur
- SUP : syndicat universitaire de psychiatrie
- SP3 : troisième bureau de la sous-direction de la santé des population à la DGS, chargé de la santé mentale, des toxicomanies et des dépendances
- UMD : unité pour malades difficiles
- UNAFAM : union nationale des amis et familles de malades mentaux
- UNEP : union nationale des établissements psychiatriques d'hospitalisation privée
- USP : union syndicale de la psychiatrie
- VIH : virus de l'immunodéficience humaine