

Revue du Conseil de l'Ordre des Médecins de l'Isère

NUMÉRO SPÉCIAL : ACTES DU COLLOQUE DU 29 MARS 2012 À GRENOBLE

Droits et protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et modalités de leur prise en charge



© Kmiragaya - Fotolia.com



Partenaires : Association Santé Ethique et Liberté • Collectif Interassociatif sur la Santé Rhône-Alpes • Association des Maires de l'Isère • Tribunal de Grande Instance de Grenoble • Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble

Le colloque a été organisé par :

- Ordre des Avocats de Grenoble,
- Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de l'Isère,
- Centre Hospitalier Alpes-Isère.

Partenaires :

- Association Santé Ethique et Liberté,
- Collectif Interassociatif sur la Santé Rhône-Alpes,
- Association des Maires de l'Isère,
- Tribunal de Grande Instance de Grenoble,
- Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble.

Directeur de la publication : Olivier Roux. Dépôt légal : 1^{er} trimestre 2013.

Réalisation : SGP, 38000 Grenoble. Imprimé en France.

Editeur : Conseil départemental de l'Ordre des médecins de l'Isère, 1A bld de la Chantourne, 38700 La Tronche,
tél. : 04 76 51 56 00, courriel : isere@38.medecin.fr

Actes du colloque

Droit et protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et modalités de leur prise en charge

Maison de l'Avocat de Grenoble, 29 mars 2012

Sommaire

Présentation des objectifs du colloque, Dr Olivier Roux	5
La loi du 5 juillet 2011	
<i>Modérateur : Dr O. Roux</i>	
Historique et genèse de la loi du 5 juillet 2011, Dr C. Heyward Blandin	6
Rôle du médecin et place de l'institution hospitalière dans la loi du 5 juillet 2011, Dr. Bourdery	9
Le rôle du juge, B. Azema	12
Les aspects déontologiques de la loi du 5 juillet 2011, Dr O. Roux	16
Les aspects éthiques, Dr P. Baro	18
Un regard philosophique sur la dangerosité, E. Fourneret	20
Les aspects pratiques de la loi	
<i>Modérateur : Pr F. Carpentier</i>	
Le rôle des acteurs dans la procédure de soins sans consentement, P. Mariotti	22
Qui faut quoi en pré-hospitalier ? Pr V. Danel	26
La rédaction du premier certificat, Dr B. Paliard	27
L'organisation des urgences psychiatriques, Dr M. Bensaadi	28
Le déroulé de la prise en charge hospitalière, Dr C. Buis	32
Le point de vue des patients et de leurs familles : contribution de l'UNAFAM 38, G. Leviel, C. Brun-Villien	38

Présentation des objectifs du colloque

Dr Olivier Roux,
Président du Conseil
Départemental de
l'Ordre des Médecins
de l'Isère

Je suis heureux de vous accueillir aussi nombreux dans les locaux de la Maison de l'Avocat pour ce colloque consacré à la loi du 5 juillet 2011 dite « Droits et protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et modalités de leur prise en charge ».

Je tiens en préambule à remercier le bâtonnier Balestas qui nous accueille dans ses locaux pour ce troisième colloque organisé conjointement avec le barreau après celui sur la Loi Léonetti en 2006 et celui sur la responsabilité médicale en 2007.

L'organisation de ce colloque est née d'une rencontre avec la Présidente de la CME du Centre hospitalier Alpes-Isère (CHAI), le Dr Heyward Blandin, sur la meilleure façon de faire connaître cette loi et ses implications pratiques à nos confrères médecins en particulier généralistes dans leur exercice quotidien, et la réflexion progressant nous avons élargi notre champ de réflexion et avons convenu d'une présentation à tous les acteurs concernés par la loi, médecins spécialistes psychiatres du CHAI, justice, le barreau, spécialistes de l'éthique de façon à préciser le cadre de la loi et ses implications. Ce volet nous occupera ce matin. Les travaux de cet après-midi seront consacrés aux aspects pratiques de la loi faisant intervenir les acteurs de terrain au fur et à mesure du déroulé de la prise en charge. Le vécu de cette loi sera présenté lors d'une table ronde des principaux acteurs de terrain qui pourront échanger avec la salle.

Nous tenons à remercier tous nos partenaires : CHAI, Ordre des Avocats, Association Santé Ethique Liberté, CISS Rhône-Alpes, Association des Maires de l'Isère, Tribunal de Grande Instance de Grenoble, CHU. Devaient nous accompagner l'ARS, la Direction de la Sûreté de l'Isère et le Groupement de Gendarmerie qui en ont été empêchés, période de réserve électorale oblige.

Cette loi comme toute loi qui touche aux libertés individuelles, tout en concernant la prise en charge de la santé des individus n'a pas manqué de soulever des interrogations, des inquiétudes lors de sa promulgation. Suite à une décision du Conseil constitutionnel, elle a fait entrer la justice à l'hôpital, vraie révolution dans les droits des patients, pour s'assurer que les hospitalisations sous contraintes sont justifiées donc du bien fondé de décisions médicales, si elles doivent être prolongées. Les droits des patients sont affirmés explicitement dans la loi notamment ceux de leur défense avec l'arrivée dans ce champ particulier de la santé de l'avocat qui va l'assister dans ses droits et représenter si nécessaire le malade. Qui dit droit des patients dit associations de patients qu'il nous est apparu indispensable d'associer à ce colloque. Cette loi pose des questions déontologiques et éthiques notamment dans les relations médico-administratives. Elle intéresse le médecin généraliste comme toujours en première ligne et appelé à rédiger un certificat en amont de l'hospitalisation dans des tranches horaires qui peuvent être une véritable contrainte.

Outre celui de formation continue, un des objectifs de cette réunion, est de mener une réflexion la plus objective, la plus sereine possible sur tous ces aspects de la loi, et bien d'autres j'espère, huit mois après sa promulgation en essayant d'être exhaustif tout en restant objectif et sans esprit polémique.

Historique et genèse de la loi du 5 juillet 2011

Dr Christine Heyward-
Blandin, Présidente de
la CME du Centre
hospitalier Alpes Isère

Le 5 juillet 2011 était publiée au Journal officiel la « Loi relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge », votée après quelques amendements, malgré l'hostilité ou au moins la méfiance d'une bonne partie des professionnels de la Psychiatrie, et les réserves de ceux de la Justice.

Cette loi est le fruit de deux logiques contradictoires : d'une part une commande présidentielle clairement sécuritaire, à la suite du meurtre à Grenoble en novembre 2008 d'un étudiant par un patient en fugue du Centre hospitalier de Saint-Egrève ; d'autre part une décision du Conseil constitutionnel à la suite d'une question prioritaire de constitutionnalité (QPC) de soumettre au juge judiciaire toutes les mesures d'hospitalisation sous contrainte.

Elle s'inscrit aussi dans la suite de l'évolution historique de la réglementation française concernant la psychiatrie.

Avant la loi de 1838

Jusqu'à la Révolution française les « fous » ou autres « aliénés d'esprit » sont placés dans des maisons de santé par autorité administrative ou judiciaire, soit privées ou religieuses pour les malades fortunés, soit dans les hospices ou hôtel-Dieu pour les « pauvres mendiants, valides et invalides ». Il n'existe ni spécialité médicale traitant de la maladie mentale, ni établissements réservés aux fous, ni législation particulière. Les malades sont généralement cantonnés dans des quartiers spéciaux des maisons de santé, le plus souvent dans des conditions épouvantables

Loi du 30 juin 1838: loi sur les aliénés

Cette loi princeps régit le sort des malades mentaux pour la première fois. Ses principales dispositions sont l'obligation de créer dans chaque département un « asile d'aliénés » habilité à recevoir les malades mentaux ; une réglementation précise des modalités d'enfermement des malades (placement dit « volontaire » ou placement d'office) ; des mesures de protection de la société vis-à-vis des aliénés « dangereux ».

Inspirée des travaux de Ferrus et Esquirol, deux élèves de Philippe Pinel, aliéniste du XVIII^e siècle, philanthrope et humaniste, inventeur du « traitement moral » et de « l'isolement » des malades de leur milieu habituel, elle fut discutée pendant environ une année par les députés des deux chambres, soulevant déjà de vives polémiques autour de la notion de « liberté individuelle ».

La loi de 1838 améliore incontestablement le sort des malades mentaux, soumis jusque-là à des traitements totalement inhumains, en créant des établissements adaptés, en tout cas conformes aux connaissances médicales de l'époque, mais elle va aussi associer durablement la notion de traitement de la maladie mentale à celle de l'enfermement.

Circulaire du 15 mars 1960 et loi du 25 juillet 1985: la sectorisation psychiatrique

L'influence de la psychanalyse, la découverte des premiers neuroleptiques dans les années 50 (Delay et Deniker), la difficulté à faire sortir les patients « guéris » de l'asile, vont ouvrir la voie à un mode de traitement « hors les murs » qui va se concrétiser à travers la sectorisation psychiatrique reposant sur le triptyque: prévention, soins ambulatoires, postcures

Au contraire de la théorie de « l'isolement » des aliénistes, l'idée des psychiatres « désaliénistes » (Le Guillan, Bonnafé, Daumezon, entre autres) est de soigner le patient dans son environnement, au plus près de son lieu de vie habituel

Chaque département est divisé en un certain nombre de secteurs géographiques dans lesquels la même équipe médico-sociale devra « assurer pour tous les malades la continuité indispensable entre dépistage, soins sans hospitalisation, soins avec hospitalisation et postcure ». L'hospitalisation n'est plus qu'une étape dans le traitement de la maladie mentale

Elle s'accompagne de la création de lieux de soins dans la cité: centres médicopsychologiques, hôpitaux de jours, appartements thérapeutiques, ateliers de jour, visites à domicile

Le nombre de lits va passer de 130 000 en 1970 à 70 000 en 2000

Loi du 3 janvier 1968 et loi du 5 mars 2007: régimes de protection des incapables majeurs

La loi prévoit un régime de protection des « incapables majeurs » en raison d'une altération des facultés mentales ou physiques avec 3 niveaux de protection: sauvegarde de justice, tutelle, curatelle; elle dissocie la mesure de protection de l'hospitalisation

Loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées pour des troubles mentaux

Toilettage de la loi de 1838, sans modifications fondamentales, cette loi maintient les deux modalités d'internements: hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) qui remplace l'hospitalisation « volontaire »,

et hospitalisation d'office (HO) à la demande de l'autorité administrative.

Instauration des « sorties d'essai », assorties généralement d'un contrôle médical, pour des durées renouvelables, création d'une commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP), composée de psychiatres, magistrat et représentant des familles, et chargée de visiter régulièrement les hôpitaux psychiatriques, possibilité de saisine du juge des libertés et de la détention par le patient ou sa famille, sont les principales nouveautés de cette loi.

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, dite Loi Kouchner

Elle n'est pas propre à la psychiatrie mais s'y applique comme à toute discipline médicale.

Elle renforce les droits des malades à travers la notion de « démocratie sanitaire », avec en particulier: l'accès direct au dossier médical par le patient, le consentement éclairé aux soins, l'obligation d'organiser la lutte contre la douleur, la notion de personne de confiance.

Elle organise des commissions de relation avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPEC) à l'intérieur des établissements de soins et fait de la mesure de la qualité des systèmes de santé un objectif prioritaire.

L'article 122-1 du code pénal: irresponsabilité pénale

Il remplace en 2008 l'article 64 du code pénal (non-lieu en cas de trouble mental) et stipule que:

« Est déclarée pénalement irresponsable la personne qui, en raison d'un trouble psychique ou neuropsychique, était, au moment des faits, privée de discernement ou avait perdu le contrôle de ses actes (abolition de toute capacité de discernement). En revanche, si au moment des faits la personne présente un trouble de ses capacités de discernement mais conserve même partiellement sa capacité de discernement, elle répond pleinement de ses actes devant les juridictions de jugement (tribunal correctionnel pour les délits ou la cour d'assises pour les crimes.) »

Loi du 5 juillet 2011

Lors de la promulgation de la loi du 27 juin 1990 il était prévu une révision au bout de 10 ans, qui n'a en fait jamais eu lieu. Dans le contexte du fait divers tragique de novembre 2008 une révision de la loi de 1990 est engagée, mais pendant ces travaux une décision du Conseil constitutionnel suite à une QPC vient modifier la finalité de la loi en soumettant toute mesure d'hospitalisation sous contrainte au contrôle du juge des libertés et de la détention.

Les principaux changements introduits par la loi sont :

- Notion de soins sans consentement soit en hospitalisation, soit en ambulatoire après une période initiale d'hospitalisation de 72 heures.
- Intervention obligatoire du juge des libertés et de la détention pour contrôler les hospitalisations sans consentement dans un délai de 15 jours, puis de 6 mois.
- Augmentation du nombre de certificats médicaux dans les débuts de l'hospitalisation : certificat initial, de 24 heures, de 72 heures, de huitaine.

Les soins sans consentement en ambulatoire font l'objet d'un programme de soins.

Les procédures sont renforcées concernant les patients aux antécédents d'irresponsabilité pénale ou ayant séjourné en unités pour malades difficiles (UMD).

Changement de paradigme donc, qui soumet la décision médicale d'hospitalisation sous contrainte au regard du juge judiciaire sur la question de la privation de libertés, comme cela est le cas dans de nombreux pays d'Europe et d'Amérique du Nord, même si le système judiciaire y est différent.

Des questions en suspens

Bien qu'il soit trop tôt pour un bilan, certaines questions restent en suspens :

- La rencontre de deux institutions – médicales et judiciaires – fonctionnant selon des logiques différentes.
- Des questions déontologiques et éthiques pour les médecins, les avocats et les magistrats
- Des questions pratiques pour les médecins libéraux, les services d'urgence, la question du transport des patients toujours non résolue.
- Une charge de travail supplémentaire non négligeable et sous évaluée pour les services hospitaliers et judiciaires
- Le maintien de la double autorité administrative et judiciaire, et la question du « trouble à l'ordre public ».

Rôle du médecin et place de l'institution hospitalière dans la loi du 5 juillet 2011

Dr Diane Bourdery,
Membre du CLISSC.
Responsable médical
de l'unité post-urgence.
Centre Hospitalier
Alpes-Isère

Sans revenir sur les modifications et changements apportés par ce nouveau texte, je ciblerai mes propos sur le rôle du médecin, qui se décline selon trois étapes.

Etape 1: Identifier

Rôle de l'évaluation médicale permettant de différencier

1. les urgences ressenties, des urgences sociales des urgences médicales vraies
2. les pathologies chroniques, des épisodes aigus et de crises
3. les situations d'urgences médicales psychiatriques « vraies », rares mais réelles, requérant une hospitalisation immédiate (environ 10 % des Urgences du SAU)
 - Etat d'agitation,
 - Etat psychotique aigu (BDA),
 - Mélancolie délirante,
 - Conduite suicidaire,
 - Problèmes aigus liés à la prise d'alcool et/ou de toxiques.

Etape 2: Décider

Priorité à donner aux soins libres selon Art L. 3211-2, impliquant

Information au patient systématique, continue et tracée

Recherche constant d'un consentement aux soins

Respect des règles de droits communs

Face à une décision d'hospitalisation sans consentement, des questions sont à résoudre :

> **Question 1: existence de troubles mentaux?** cf étape 1

> **Question 2: évaluation de la capacité à consentir?**

Le consentement aux soins s'explore à partir de 5 dimensions différentes

- Capacité à recevoir une information adaptée
- Capacité à comprendre et à écouter
- Capacité à raisonner
- Capacité à exprimer librement sa décision
- capacité à maintenir sa décision dans le temps

> **Question 3: existence d'une dangerosité en lien avec les troubles mentaux?**

Concernant l'évaluation de la dangerosité liée aux troubles mentaux, des recommandations HAS (audit public) de mars 2011 ont conclu à une surreprésentation de comportement violent à conséquence médico-légale chez les patients souffrant de pathologie schizophrènes, troubles bipolaires, et de risque aggravé par la présence de comorbidité : addictions, personnalité antisociale...

Soins Sans Consentement

2 cas de figures

SDT

Refus des soins : notion de consentement aux soins

→ **autorité judiciaire** : JLD, Procureur

SDRE

mise en danger (de soi-même ou d'autrui) : notion de dangerosité psychiatrique

→ **autorité administrative** : Préfecture

Particularités du soin pour péril imminent (art. L 3212-3 code de santé publique): soins sous contraintes sans tiers à réserver au cas spécifique d'un péril imminent pour la santé de la personne:

- un seul certificat médical (médecin extérieur),
- décision du directeur d'hospitaliser,
- obligation pour le directeur de prévenir entourage dans les 24 heures.

Etape 3: Mettre en œuvre

Importance du respect des procédures et de la rigueur dans la rédaction des certificats médicaux requis dans les procédures d'admission.

Le certificat médical en constitue la pièce maîtresse. Pour aider à la rédaction, on rappellera les éléments suivants:

- Concluant systématiquement un examen médical,
- Rapport circonstancié,
- Contenu intelligible pour non-médecin,
- Pièce administrative et judiciaire (non soumise à secret professionnel).

Libellé certificat médical

S.D.T

Il n'y a pas de
consentement aux
soins

Et son état de santé
mentale justifie de
soins

Et d'une surveillance
constante



S.P.I

Surveillance constante

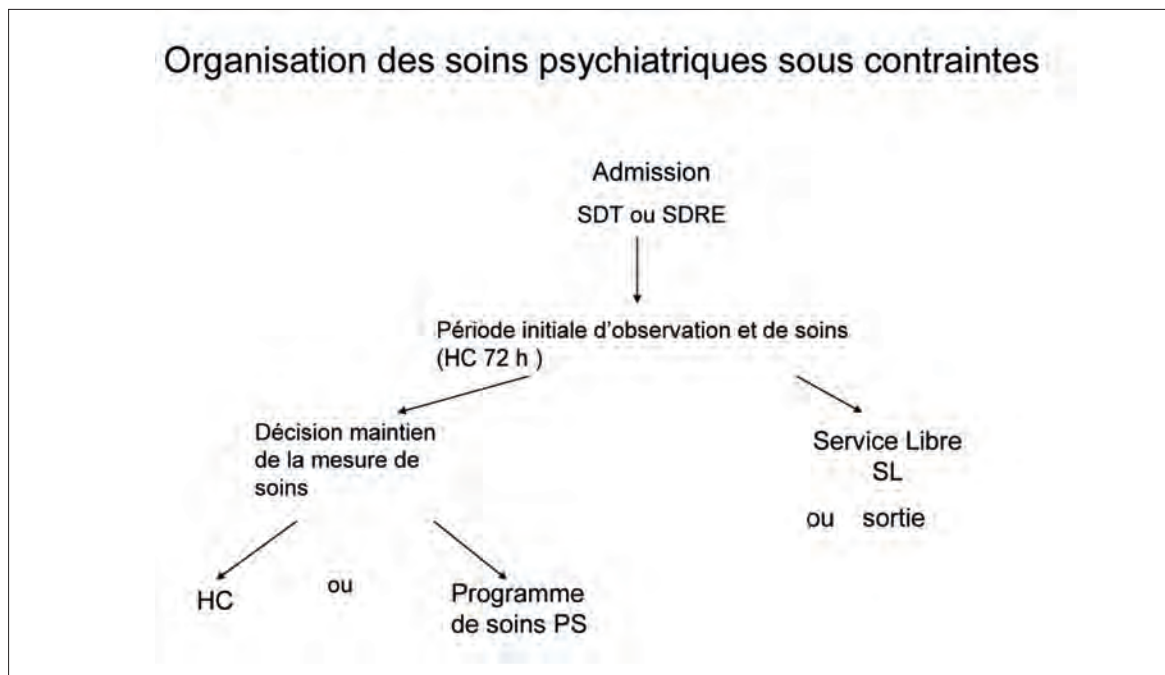
du fait d'un péril
imminent



Concernant les SDRE (soins à la demande du représentant de l'Etat): un seul certificat médical (art L 3213-1 CSP) comportant le libellé « Les troubles mentaux présentés nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte de façon grave à l'ordre public » et arrêté municipal provisoire (validité 24 heures), précédant le plus souvent l'arrêté préfectoral.

Place de l'institution hospitalière

- 1- Procédures d'accueil: le pôle Urgence du CHAI s'est organisé comme la filière d'accueil pour les patients en situation d'urgence psychiatrique.
- 2- Parcours de soins des patients.



3- Coopération avec d'autres institutions: collaboration étroite entre institutions (justice, autorité de tutelles, préfecture). Etudes d'impact à mettre en place.

4- Impact sur soins en Psychiatrie;

- Soins libres en priorité,
- Respect des libertés individuelles,
- Acceptation de l'autorité judiciaire: intervention du JLD à J15,
- Médicalisation à l'admission,
- Prise de décision plus collégiale,
- Programmation du soin ambulatoire: valorisation des alternatives à HC,
- Aspects réglementaires laissés en suspens...

Bilan à plus d'un an

- Contraintes et lourdeur engendrant un surcroît de travail très important sans moyens ni humain ni matériel supplémentaire.
- Nouveaux interlocuteurs dans la relation patient-médecin.
- Etudes d'impact à analyser: impact sur nombre mesures de soins sans consentement, impact sur durée de séjour hospitalier
- Problèmes laissés non résolus: par exemple l'acheminement à l'hôpital des patients non consentant.

Je terminerai en rappelant la possibilité, de conseils et échange confraternel, par simple appel téléphonique

- au CHU de Grenoble, UCAP: 04 76 76 58 58 en semaine 8h/20h, week-end 9 h/19h,
- au CHAI: 04 76 56 42 56 24/24, interne de garde ou personnel hospitalier d'astreinte.

Le rôle du juge

M. B. Azema, premier
Vice-président du
Tribunal de Grande
Instance de Grenoble

Le malade mental n'est pas un malade ordinaire, l'hôpital psychiatrique n'est pas un hôpital ordinaire, le médecin psychiatre n'est pas un médecin ordinaire

Le malade mental hospitalisé sans son consentement a des droits particuliers, notamment celui de prendre conseil d'un avocat et de communiquer avec les nombreuses autorités chargées de visiter régulièrement les établissements hospitaliers : le juge du tribunal d'instance, le président du tribunal de grande instance, le procureur de la République notamment. (article L 3211-3 du code de la santé publique)

Dans son avis du 26 novembre 2010, rendu sur une question prioritaire de constitutionnalité posée par une patiente hospitalisée sous contrainte à la demande d'un tiers, le Conseil Constitutionnel a considéré que le maintien au delà de quinze jours d'une telle mesure, fondé sur la base d'un simple certificat médical méconnaissait les termes de l'article 66 de la Constitution qui confie à l'autorité judiciaire la mission de gardienne de la liberté individuelle.

La loi du 5 juillet 2011 est venue instituer le contrôle systématique par le juge de toutes les hospitalisations sous contrainte et en a fixé les modalités en insérant notamment les articles L3211-12-1 à L3211-12-6 au code de la santé publique.

Le juge se voit ainsi attribuer un rôle majeur pour garantir le respect de la dignité des personnes hospitalisées sans leur consentement et s'assurer qu'elles demeurent des « sujets de droit »

Garantir la liberté individuelle, fondement de l'adaptation du droit

Le Conseil Constitutionnel énonce que « la liberté individuelle ne saurait être entravée par une rigueur qui ne soit nécessaire, qu'il incombe au législateur d'assurer la conciliation entre d'une part la protection de la santé des personnes souffrant de troubles mentaux ainsi que la prévention des atteintes à l'ordre public nécessaire la sauvegarde des droits et principes de valeur constitutionnelle et d'autre part l'exercice des libertés constitutionnellement garanties » ; que les atteintes portées à l'exercice de ces libertés doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées » aux objectifs poursuivis.

A) La décision du Conseil constitutionnel s'est imposée au législateur.

Une loi sur les soins psychiatriques sans consentement était en préparation ; elle envisageait plutôt une restriction de la liberté des malades mentaux, en instaurant notamment les soins ambulatoires sous contrainte et en durcissant les règles applicables aux patients hospitalisés suite à une décision du représentant de l'Etat ou de l'autorité judiciaire.

Le législateur, pour se conformer à la constitution avant le 1^{er} août 2011 aurait pu élaborer uniquement les dispositions strictement nécessaires à celle-ci, il a adopté le 5 juillet 2011 une loi « relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge » sans véritables débats

B) La décision du Conseil constitutionnel a placé le juge au cœur de sa mission de gardien des libertés individuelles.

Dès 1838, la loi a toujours désigné le juge comme « protecteur » des malades mentaux.

En droit civil, la liberté des personnes atteintes de troubles mentaux doit être préservée le plus possible.

Les mesures « de protection » ne peuvent être ordonnées par le juge qu'en cas de stricte nécessité. Elles

doivent être proportionnées et individualisées en fonction du degré d'altération des facultés personnelles de l'intéressé (article 428 du code civil). Nombreux sont également les juges ou magistrats judiciaires à intervenir au sein des structures accueillant des malades sans leur consentement. Garantir la liberté et la protection des malades mentaux demeure donc une exigence constante reconnue par la loi, ces deux notions sont juridiquement liées.

La société actuelle semble pourtant percevoir les personnes atteintes de troubles mentaux comme des êtres susceptibles d'être dangereux, en particulier au sein de la population française.

L'Organisation Mondiale de la Santé constate que la France est le seul pays où le mot « fou » est associé à celui de « danger ». Pourtant, les patients psychiatriques sont douze fois plus souvent victimes de crimes que la population générale (cf Rapport de la Commission « Violence et Santé »).

Une personne reconnue responsable peut-être condamnée à une peine de six mois d'emprisonnement pour des violences.

Si elle est déclarée irresponsable et hospitalisée sous contrainte, elle l'est pour une période indéterminée qui peut durer de nombreux mois.

Il existe une certitude de la peine pour le condamné.

Il n'existe aucune certitude de la contrainte pour celui qui est atteint de troubles mentaux et qui ne peut être déclaré responsable de ses actes.

La décision du Conseil Constitutionnel du 26 novembre 2010 se situe à contre-courant de cette évolution. Elle renvoie aux fondements de notre République.

La loi du 5 juillet 2011 prévoit deux moments de contrôle des hospitalisations complètes prononcées sans le consentement des patients : avant le terme d'un délai de quinze jours à compter de l'hospitalisation complète puis, le cas échéant, à l'issue de chaque période de six mois. Elle a confié expressément ce rôle au juge des libertés et de la détention. En cas de saisine tardive de ce dernier ou en cas d'absence de décision de sa part dans les délais légaux, la levée de la mesure est obligatoirement acquise.

Pour le TGI de Grenoble, si on se réfère au rapport d'activité des six premiers mois, le juge des libertés a rendu 414 décisions, 360 dans le cadre du contrôle obligatoire et 54 suite à une requête du malade.

C) Le contrôle obligatoire du juge des libertés et de la détention et l'équipe soignante : si garantir la liberté individuelle est une des missions du juge, la mission principale des psychiatres et des personnels hospitaliers est le soin.

La référence de tout médecin est la santé.

La liberté n'est pas nécessairement pour celui-ci un point d'ancrage essentiel. Si tout patient doit en principe consentir aux soins, et peut légitimement les refuser même au risque de mettre sa santé en péril (art L 1111-4 du CSP) une exception existe dans la prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux dont le consentement peut être rendu impossible en raison même des troubles. Des soins psychiatriques sous contrainte peuvent alors être ordonnés. Une hospitalisation complète ou un programme de soins sont décidés sans le consentement du malade.

Dans la relation clinique, comment l'intervention du juge est-elle perçue ?

Comme une intrusion perturbant ce lien thérapeutique, comme un regard extérieur, censeur ou même persécuteur, ou simplement comme la garantie due à chaque citoyen dont la liberté est restreinte.

Les avis sont très partagés.

A ce titre il est indispensable que l'ensemble des praticiens médicaux et judiciaires échangent sur l'ensemble des questions posées par le contrôle automatique du juge de toutes les hospitalisations sous contrainte, pour parvenir autant que possible à une culture partagée.

D) Le contrôle du juge

S'assurer que l'atteinte à la liberté est strictement justifiée. Il n'est nullement question pour le juge d'intervenir dans la démarche de soins. Il n'en a aucune compétence. Il n'en a aucun pouvoir.

En revanche, on ne peut contester que l'hospitalisation complète peut être envisagée sans qu'elle soit véritablement un « ultime recours ».

Les hospitalisations complètes sont moins nombreuses, de plus courte durée. Les soins en secteur se sont multipliés, là où ils sont bien organisés le nombre d'hospitalisations diminue. Il existe cependant de grande disparité sur notre territoire.

Magistrats et médecins ont une exigence partagée de vigilance, un impératif de respect de la dignité de chacune des personnes qui leur sont présentées dans l'exercice respectif de leurs missions.

Le Conseil constitutionnel (DC 18 novembre 2008) avait rappelé que « la sauvegarde de la dignité de la personne contre toute forme d'asservissement et de dégradation est au nombre des droits inaliénables et sacrés de tout être humain et constitue un principe à valeur constitutionnelle ».

Le respect de la dignité de chaque patient doit résider dans la reconnaissance de son statut de citoyen, de sujet de droits.

Ce n'est pas parce qu'on est malade qu'on n'est pas citoyen.

C'est au vu de ces objectifs que l'application de la loi du 5 juillet 2011 doit être envisagée par le juge.

La garantie de la liberté et le respect de la dignité des patients, fondements de l'application de la loi du 5 juillet 2011

A) La mise en œuvre de nouvelles normes procédurales

- la validité de la saisine

Le juge doit vérifier que celle-ci a été présentée dans les délais légaux: au maximum trois jours avant l'expiration du délai de 15 jours à compter de l'admission, puis huit jours avant l'expiration de chaque période de six mois.

Il doit également s'assurer que les pièces la fondant figurent au dossier (article R 3211-11 1 à 4) et veiller à la régularité de la procédure (présence de l'ensemble des certificats prévus par la loi, avis du collège d'experts en cas d'hospitalisation...).

Il appartiendra au juge des libertés et de la détention d'apprécier aussi la validité des actes administratifs rendus en la matière à partir du 1^{er} janvier 2013, il s'agit bien sûr des décisions du représentant de l'Etat. Si le juge constate que la procédure est entachée d'irrégularité, il ordonne, sans audience et sans débat, la levée immédiate de la mesure d'hospitalisation, sauf circonstances exceptionnelles dont il apprécie la pertinence.

- le bienfondé de la saisine:

Le juge doit vérifier si l'atteinte à la liberté du patient résultant de la mesure d'hospitalisation complète et sous contrainte est effectivement adaptée, nécessaire, et proportionnée aux objectifs poursuivis. Il importe qu'il dispose de certificats particulièrement circonstanciés et en rapport avec la nature de la mesure (à la demande d'un tiers ou à la demande du représentant de l'Etat.)

Les certificats devront être encore plus particulièrement circonstanciés s'agissant de l'hospitalisation en cas de péril imminent

Le juge ne demande qu'à être convaincu, il ne le sera du bien fondé de la mesure de contrainte que si les avis médicaux sont suffisamment circonstanciés

B) De nouvelles pratiques judiciaires

a) L'organisation et la tenue des audiences

La loi dispose que les audiences se tiennent au siège du tribunal de grande instance (TGI)

Elle prévoit également qu'elles peuvent se tenir au sein d'une salle d'audience spécialement aménagée sur l'emprise de l'établissement d'accueil pour assurer la clarté, la sécurité et la sincérité des débats et permettre de statuer publiquement. C'est la solution que nous avons retenue au TGI de Grenoble.

Ce choix a été guidé principalement par le souci de respect de la dignité des patients. On a finalement considéré que les locaux d'un Palais de Justice ne sont pas forcément adaptés pour les personnes atteintes de troubles mentaux, que celles-ci n'ont formé aucune demande, qu'elles ne sont ni citées ni assignées en justice et qu'elles ne répondent d'aucun acte répréhensible.

La fragilité liée à leur pathologie pouvait également provoquer sarcasmes ou violences de la part d'autres personnes se trouvant à leurs côtés dans l'enceinte du Tribunal. Leur état de santé est enfin parfois très précaire.

Deux audiences hebdomadaires à jour fixe ont été organisées au sein du CHAI* qui a mis à disposition une salle répondant suffisamment aux critères énoncés par la loi. Elle est située dans la maison des usagers sans que pour autant figure sur la porte « salle d'audience juge des libertés et de la détention ».

b) Le déroulement des débats

L'audition du patient nécessite un apprentissage progressif pour le juge des libertés et de la détention.

Il s'agit tout d'abord d'expliquer au patient le cadre de l'intervention du juge: lui préciser que celui-ci est là pour vérifier que l'hospitalisation est toujours justifiée. Sans lui donner de vains espoirs. Il n'a présenté aucune demande, un juge l'a pourtant convoqué à une audience.

A un moment où l'état du patient n'est souvent pas encore stabilisé, l'intervention du juge peut également être perçue comme une intrusion.

La présence à ses côtés, s'il le souhaite, d'un avocat constitue un élément de réassurance.

c) La prise de décision et la rédaction de la décision

Motivée en fait et en droit, la décision doit être rédigée au regard des objectifs précédemment énoncés.

Le juge peut ordonner une expertise, il doit à nouveau statuer dans un délai de dix jours, il peut lever la mesure et donner 24h à l'équipe soignante pour mettre en œuvre un programme de soins, il peut maintenir la mesure d'hospitalisation complète.

Dans ce cas la rédaction de la décision implique une triple exigence:

- simplicité des termes employés pour en permettre une compréhension aisée
- respect de la dignité du patient en évitant une formulation qui pourrait le blesser, ou qu'il pourrait percevoir comme péjorative ou brutale
- ouverture rendant l'espoir possible en mentionnant les possibilités d'amélioration de l'état de santé, comme celles d'évolution de la prise en charge.

d) La notification de la décision

La loi dispose qu'elle doit être faite sur place, en mains propres au malade. L'énoncé doit être effectué avec précaution ; il peut provoquer des réactions émotionnelles fortes.

e) La place de l'avocat

Un véritable accès aux droits et au droit ne peut exister si l'accès à la Défense n'est pas facilité ou garanti. La présence de l'avocat n'est obligatoire que dans un seul cas : l'état du malade constaté médicalement ne permet pas son audition. Dans les autres cas le patient peut en faire la demande.

Le barreau de Grenoble a estimé dès l'entrée en vigueur de la loi que sa place était auprès des patients comparissant devant le JLD ; Il a décidé d'assurer une permanence à chaque audience deux fois par semaines.

f) Les voies de recours

Dès la notification de la décision, le malade est informé de sa possibilité de faire appel de la décision maintenant son hospitalisation, le procureur de la République dispose également de ce droit si le juge ordonne la levée de la mesure. Le dossier est examiné par la cour d'appel dans un délai maximum de douze jours.

Conclusion

« Les troubles psychiques n'aliènent pas les droits humains et la citoyenneté » (Docteur Roelandt, Information psychiatrique 6 juillet 2009).

Les patients atteints de troubles mentaux doivent avoir aussi précisément que possible connaissance de leurs droits et pouvoir les exercer dans leurs plénitudes dans le respect de leur dignité de malade et seulement de malade.

*CHAI : Centre Hospitalier Alpes Isère de Saint Egrève

Les aspects déontologiques de la loi du 5 juillet 2011

Dr Olivier Roux,
Président du Conseil
Départemental de
l'Ordre des Médecins
de l'Isère

La loi du 5 Juillet 2011 est un essai de synthèse entre les exigences du Conseil Constitutionnel ayant jugé non conforme aux droits et libertés constitutionnelles l'article du CSP L 3213-8 (levée de HO par décision conforme et concordante de deux psychiatres n'appartenant pas à l'établissement, nommés par le préfet après avis directeur ARH) et une volonté politique gouvernementale de faire évoluer les conditions de prise en charge régies par la loi du 27 juin 1990.

L'hospitalisation sans contrainte fait appel à 2 règles déontologiques, d'une part les droits des patients identiques à ceux de tout patient hospitalisé, d'autre part, l'Information du patient de la responsabilité déontologique du médecin.

Par contre, l'hospitalisation sous contrainte aura des Implications déontologiques. Rappelons ses caractéristiques :

- Une nouvelle classification des admissions en soins psychiatriques : admission à la demande d'un tiers (ADT ex HDT), admission d'urgence, ADTU (ex HDTU), admission sur décision du représentant de l'Etat (ADRE) ex HO, admission en cas de péril imminent (API) en l'absence de tiers.
- La création d'une période d'observation de 72 heures confirmée ou infirmée par deux certificats horodotés à 24 heures et 72 heures. Cette période est suivie d'une proposition de prise en charge soit en Hospitalisation Complète avec intervention systématique du juge des libertés et de la détention saisi par le préfet ou le directeur d'établissement avant l'expiration d'un délai de 15 jours puis tous les 6 mois, soit en soins ambulatoires avec définition d'un programme de soins psychiatriques précisant leurs types, leur lieu de réalisation et leur périodicité.

Quelles sont les implications déontologiques ? La question doit se poser en regard des principes généraux du code de déontologie :

- de primauté de la personne dans son expression la plus importante, le secret médical, indispensable à l'exercice médical ;
- de liberté pour le patient (liberté de choix, consentement éclairé avec son corollaire d'obligation d'information qui doit rester compatible avec une hospitalisation sous contrainte) et liberté de prescription pour le médecin ;
- d'indépendance professionnelle pour le médecin avec son corollaire de responsabilité et de compétence.

Nous aborderons de façon pragmatique la loi qui a ses qualités et ses défauts mais que l'on doit appliquer sans polémique au mieux des intérêts de tous et avant tout ceux du patient **dans le respect des règles de déontologie médicale**. Nous retiendrons trois types d'implications déontologiques :

- celles qui sont précisées et résolues par le texte législatif,
- celles qui paraissent potentielles mais résolues par l'usage,
- celles qui restent en suspens.

Les aspects déontologiques précisés dans la loi

La loi dans son contenu rappelle un certain nombre de règles déontologiques concernant essentiellement l'information et le respect des droits de la personne. Dans tous les cas l'information est adaptée à l'état du patient, qu'elle concerne son admission, son projet de soins, sa situation juridique, de ses droits, de ses voies de recours. Il doit être informé des garanties qui lui sont offertes, de ses droits.

En cas d'admission à la demande d'un tiers, de péril imminent ou d'admission sur décision du représentant de l'état, les restrictions aux libertés individuelles doivent être adaptées nécessaires et proportionnelles à son état mental. La dignité de la personne doit être respectée et sa réinsertion recherchée.

La demande d'admission en ADT, en API doit être accompagnée de 2 certificats, le premier d'un médecin hors établissement sauf en cas d'urgence avec risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade. Il sera confirmé par un deuxième certificat établi par un médecin pouvant exercer dans l'établissement. La loi précise l'indépendance nécessaire du rédacteur des certificats et l'absence de conflit d'intérêts.

Les mesures de prolongation ou de levée des soins ne peuvent être prises que sur conclusion des certificats médicaux.

Les protocoles thérapeutiques doivent être mis en œuvre dans le respect des règles déontologiques de prescription, notamment d'information et de consentement du patient.

Si le malade a besoin d'être protégé, le médecin est tenu d'en faire la déclaration au procureur pour mise sous sauvegarde de justice, ou dans le cadre des ADT, ADRE API sous curatelle ou tutelle.

Quant au secret médical, le décret mentionne explicitement que le programme de soins ne doit pas compor-

ter d'indication sur la nature et les manifestations des troubles mentaux, d'observation clinique, de mention ou résultats d'examens complémentaires, et en cas de traitement médicamenteux, leur nature et leur posologie.

L'information et consentement du patient restent une obligation déontologique en recueillant son avis et ses observations. Le patient doit être informé sur les possibles modifications du traitement ou de la prise en charge selon l'évolution, (notamment en cas d'inobservance du programme entraînant une dégradation de l'état de santé).

Les aspects déontologiques potentiellement résolus par l'usage (ou pouvant l'être...)

L'intervention du Juge des libertés et de la détention est prévue par la loi dans deux circonstances, le contrôle des mesures d'hospitalisation complète, 15 jours suivant l'admission, et ensuite à 6 mois et lors d'une demande de mainlevée des soins psychiatriques. Les délais de saisine et pour statuer sont à respecter sinon la mainlevée est acquise.

Le juge statue publiquement après débat contradictoire, mais peut demander le huis clos, s'il estime qu'il y a un risque à l'intimité de la vie privée, si toutes les parties le demandent, et en cas de désordres de nature à troubler la sérénité de la justice.

Le siège de l'audience et le respect du secret médical ont donné et donnent lieu à débat. L'état des lieux est précisé dans un rapport parlementaire de mars 2012 qui rapporte depuis l'entrée en vigueur de la loi 30181 saisies du juge des libertés et de la détention avec 75 % des audiences au tribunal (id. août 2011) et 5.7 % en visioconférence. Le TGI de Grenoble fait partie des 19,3 % où le juge se déplace.

Cette solution est préférable déontologiquement permettant la présence physique du patient (taux important d'absence sur certificats aux audiences). Elle respecte mieux le secret médical et l'intimité du patient évitant les déplacements au palais de justice, le fléchage de l'audience, le déplacement dans le tribunal, la nécessité d'une salle d'attente réservée, et une audience en chambre de conseil).

Quid du développement de la visioconférence notamment en cas de risque de trouble à l'ordre public. Les avis sont partagés et les opinions volontiers polémiques, mais elle reste déontologiquement acceptable.

Mais des difficultés persistent notamment sur le rôle de l'avocat choisi ou commis d'office assistant ou représentant le malade à l'audience en cas d'audition impossible en raison de l'état de santé du patient.

S'assure-t-il seulement du respect de la procédure ? Il n'a pas un rôle de défense ; il n'est pas médecin pour assurer une assistance médicale. Une autre difficulté est la nécessité pour les patients à suivi particulier de recours à l'avis du collègue. Le juge doit recourir à deux expertises établies par des psychiatres n'appartenant pas à l'établissement inscrit sur la liste établie par l'ARS ou celle des experts près la cour d'appel ; le délai de réponse est de 15 jours ; où trouve-t-on ce type de spécialiste ?

Les questions déontologiques en suspens

Le nombre de certificats circonstanciés ou avis exigibles par de nombreux articles de la loi est impressionnant, soins demandés par le préfet, certificats dans les 24 heures puis 72 heures après l'admission, avis médical à 72 heures sur le programme de soins, certificat entre le 5e et 8e jour, avis du collège pour les patients à suivi particulier... Il en résulte une surcharge de travail médico-administratif aux dépens de temps médical, et une implication médico-légale et déontologique pour le rédacteur qui se voit confier un rôle quasi expertal. Le contenu des certificats n'est pas précisé par la loi ; un certificat circonstancié est un certificat « qui donne des détails, détaille les faits », mais qu'exige le juge en matière de renseignements médicaux sur la pathologie en cause, un diagnostic ? un exposé des conséquences de l'état pathologique ? quid de la transmission de données médicales telles que les antécédents médicaux et médico-psychiatriques couverts par le secret médical sans solliciter l'avis du patient ? Ce problème a été pointé par la commission parlementaire d'évaluation (Rapport parlementaire Lefranc Blisko, mars 2012) qui recommande « un groupe de travail sur les certificats médicaux ».

La loi prévoit un avis du médecin psychiatre sans examen et sur simple consultation du dossier médical dans diverses circonstances, proposition de modification de la prise en charge en raison du comportement de l'intéressé, réintégration d'un patient suivi en soins ambulatoire sans consentement, ADRE, à la place des certificats du J5 au J8, attestation d'un péril imminent à l'arrêt des soins permettant au directeur le refus de levée des soins à la demande du tuteur ou de la famille de l'intéressé, cas où l'état de la personne compromet la sûreté ou porte un trouble à l'ordre public. Pourquoi un avis plutôt qu'un certificat avec examen du malade hospitalisé ou en soins ambulatoires sous contrainte ? S'agit-il de patients perdus de vue sans recherche ? Déontologiquement, l'avis d'un médecin ne peut être donné sur le simple dossier dont l'ancienneté des informations est de 15 Jours minimum. L'examen du patient pour l'établissement d'un certificat reste une obligation déontologique générale.

EN CONCLUSION, il s'agit loi complexe à forte pesanteur médico-administrative, entraînant une pression sur le corps médical, ayant des implications sur le secret médical et l'intimité des individus, qui doit être appliquée de façon pragmatique sans idée préconçue et dans le respect des règles déontologiques. Une évaluation régulière en particulier de ses conséquences déontologiques est absolument nécessaire.

Les aspects éthiques

Dr Patrice Baro,
CHU Grenoble

L'éthique nous est utile lorsque les valeurs s'affrontent. Soigner en psychiatrie, spécifiquement sans consentement du patient, nous confronte à un difficile conflit de valeurs : respecter la subjectivité de la personne et agir pour le bien.

De l'éthique

« La réflexion éthique désigne une réflexion sur le sens de nos actes, la nature des normes qui les guident, les objectifs qu'ils poursuivent et les limites qui les bornent » (Monique Canto-Sperber).

Pour Paul Ricœur, « l'éthique est une visée de la vie bonne, avec et pour les hommes, dans des institutions justes ».

L'intérêt des psychiatres pour la philosophie est une tradition solidement ancrée (citons les exemples fameux de Karl Jaspers, Sigmund Freud et Henri Ey).

Pour Pierre Le Coz, la psychiatrie est une médecine portée par une réflexion philosophique sur la fragilité fondamentale de l'homme. Avec Emmanuel Levinas, il nous invite à reconnaître à la surface du visage d'autrui, une parole profonde : « c'est par son visage que l'autre me rappelle qu'il est porteur d'une grandeur absolue... la dignité. »

Si Canguilhem, parmi les premiers, nous a ouverts à une réflexion fondamentale d'un médecin philosophe sur le normal et le pathologique, Didier Sicard, président du Conseil consultatif national d'Éthique, souligne à son tour quant à lui la grande vulnérabilité de la personne atteinte de maladie mentale.

L'éthique biomédicale, ou *Bioéthique*, s'est développée à partir des années 1970 pour faire face aux défis des ultimes avancées médicales, le médecin risquant de se trouver dans le rôle de l'apprenti-sorcier.

En 1983, a été créé le comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé.

En 2004 les lois de bioéthiques ont prévu, entre autres dispositions, la création des espaces éthiques régionaux appuyés sur les CHU.

La HAS, dans son manuel de certification – version 2010 – a veillé à la mise en place d'un développement de la démarche de réflexion éthique dans les établissements de santé.

Selon leur approche dite « Principliste », très prisée de nos jours, Beauchamp et Childress fondent la démarche éthique sur les quatre principes de bienfaisance, non-malfaisance, autonomie et justice (ou équité). L'application de ces principes en psychiatrie ne va pas de soi. La non-malfaisance n'est autre que le classique « primum non nocere ». La bienfaisance relève à la fois, de la protection du patient lorsqu'il nécessite des soins auxquels il ne peut consentir, et de la protection de la société lorsque cela devient nécessaire. L'équité, est quant à elle sérieusement questionnée, dans la mesure où la loi prévoit des dispositions particulières pour les personnes souffrant de troubles psychiques, au risque donc d'augmenter la stigmatisation psychiatrique de ces mêmes personnes.

Le principe d'autonomie s'appuie principalement sur la notion d'autodétermination : la liberté de faire ses propres choix sans contrainte autre que le respect des lois. Mais ceci suppose d'être apte à comprendre les implications d'un acte et distinguer les différents choix possibles, mais aussi d'avoir la capacité de s'exprimer pleinement : tout simplement – de **consentir**.

Ce point de vue utilitariste prévaut chez les Anglo-saxons, mais Bernard Hœrni souligne à l'inverse que l'autonomie parfaite est une utopie. Il préfère parler d'une autonomie adéquate et souligne : « ce n'est pas parce que nos actions ne seront jamais complètement éclairées et volontaires, qu'elles ne sont pas informées, libres et autonomes ». Il souligne donc l'intérêt de formes dégradées du consentement, telles que l'assentiment et la non-opposition.

Nous pouvons dire que l'autonomie, c'est donc la liberté de faire des choix de façon responsable, c'est-à-dire dans le respect de tout homme, dans le respect de tout l'Homme.

Paul Ricœur la définit comme « le plein déploiement de la capacité humaine à faire le choix du bien, et ce, selon trois facettes : le souci de soi, celui d'autrui et le souci de chacun ».

Respecter l'autonomie du patient, c'est aussi l'aider à aller au bout de lui-même, à découvrir et à choisir ce qui va dans le sens du respect de la dignité humaine (Guy Durand).

Du consentement

Jean-Jacques Kress souligne la complexité de l'acte de consentir à ses soins : un ajustement est nécessaire entre l'information reçue et la capacité psychique et cognitive du patient.

La prise de parole du patient (son consentement) suppose de prendre en compte la question du savoir en psychiatrie, des aspects psychologiques qui sont à l'œuvre chez le patient, de la dimension symbolique liée à la position du médecin, et les attentes morales du patient à l'égard de ce dernier :

pour le patient, la conviction que le médecin est habité par la recherche du bien - « que lui soit rendue sa liberté, la liberté d'être lui-même » (comme l'a souligné Henri Ey).

Dans la relation, le patient est amené à prendre conscience de ses difficultés, de ses déficiences, du caractère morbide de ses troubles (processus que l'on désigne aujourd'hui souvent sous le terme d'insight).

Le médecin est porteur de son savoir et de la foi en ses conceptions théoriques, cliniques et thérapeutiques : il les propose avec conviction au patient. Celui-ci est alors parfaitement libre de s'en saisir, respecté dans son libre arbitre, dans sa capacité d'autodétermination : ici, nulle contrainte n'est imaginable !

Entre le paternalisme français traditionnel et l'utilitarisme anglo-saxon, la loi du 4 mars 2002 est venue instaurer les droits du malade : information claire, loyale, et adaptée ; respect du « refus de savoir », accès au dossier, personne de confiance, et en fin de vie, décision collégiale (loi Léonetti du 22 avril 2005).

La loi du 5 juillet 2011 quant à elle, innove en faisant intervenir le Juge des Libertés et de la Détention (JLD) et prévoyant un programme de soin ambulatoire.

Equité ou stigmatisation ?

Chez le patient, la stigmatisation internalisée est en miroir des représentations sociétales de la maladie mentale. Elle se nourrit aussi du vécu traumatique lié à l'effet de révélation de la maladie.

Chez le médecin, sont à l'œuvre les représentations qu'il a, en tant qu'Homme, de la maladie et des troubles mentaux des personnes qui en sont atteintes : en bref, son éthique.

Nous pourrions interroger ce qu'il en est chez le juge et l'avocat.

Reste qu'à l'échelle de la société, l'enjeu est bien de contribuer à faire changer (enfin) l'image de la psychiatrie, et des personnes qui ont recours à ses soins.

En guise de conclusion

Paul Ricœur, nous l'avons cité, nous dit que « faire le bien c'est avoir le souci de soi, celui d'autrui, et le souci de l'homme ». Que pourrait-il dire de ces paroles d'espoir entendues de la bouche d'un usager, qui formulait ainsi son attente :

« *Avoir une place, avoir sa place, être quelqu'un* » ?

Puisse cet espoir être partagé par nous tous !

Un regard philosophique sur la dangerosité

Eric Fourmeret,
Docteur en philosophie
Centre de Recherche
Sens, Éthique et
Société (CERSES, UMR
8137 - CNRS)
Université Paris-
Descartes

Celui qui s'intéresse d'un peu près à la dangerosité peut se rendre compte rapidement qu'elle traverse toutes les sphères de la vie humaine et de l'existence. Toutes les actions humaines semblent porter en elles le risque de la blessure, que l'on prenne sa voiture, que l'on pratique un sport, que l'on marche sur un trottoir. La dangerosité est là, semble-t-il, parce que l'être humain est vulnérable tout le temps. Mais on s'intéressa ici à la dangerosité définie par le psychiatre Michel Bénézech comme un « état, situation ou action dans lesquels une personne ou un groupe de personnes font courir à autrui ou aux biens un risque important de violence, de dommage, ou de destruction » (Bénézech M, Forzan-Jorissen S, Grousseau A, 1997).

Ce qui est important, et philosophiquement important, c'est que le dangereux qui passe à l'acte impose sa force contre qui, tout discours paraît vain, et face à elle, ou face à sa possibilité, où seule l'action semble compter, invitant à une conclusion en apparence implacable qu'il faut déployer tous les moyens pour protéger la société des actes violents. L'efficacité prévaut, semble-t-il. Mais les patients atteints de maladie mentale interrogent cette efficacité, soit par les faits divers, soit par l'évolution des connaissances, soit par les moyens mis en place par les pouvoirs publics.

Deux modèles semblent s'opposer. D'un côté, la réinsertion du patient dans la société au moyen d'un projet thérapeutique qui, au moins en principe, se distingue radicalement de l'emprisonnement au sens criminologique du terme. De l'autre côté, la protection de la société où, pour y parvenir, on se sent parfois obligé d'user de la violence. Si la seule condition pour maintenir la protection des membres d'une société est de contraindre la liberté d'un patient mentalement dangereux alors, au nom de l'efficacité comme norme, cela semble permis.

Cela ressemble à deux sortes d'idéalisme. Le premier est éthique: il est éthiquement discutable de traiter des patients atteints de pathologie mentale comme des criminels, même si parfois, la frontière entre les deux est ténue. Ces patients, qui ne sont pas des patients comme les autres, on en conviendra, doivent être respectés aussi dans leur intégrité, leur autonomie et leur dignité. Le second idéalisme est politique: l'Etat protecteur ne saurait sacrifier l'ordre public sur l'autel d'un idéalisme éthique ou humaniste. Si pour défendre la majorité des individus d'une société, l'Etat doit soumettre l'éthique au politique, le pouvoir prévaut sur le reste. Dans cet idéalisme, le politique se mesure à son efficacité, la fin justifiant alors les moyens. Tous les moyens?

La loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, est pour beaucoup perçue comme une loi sécuritaire, s'appuyant sur l'illusion que l'on peut tout contrôler, que l'on peut tout prévenir. Pour beaucoup, donc, cette loi s'inscrirait dans l'idéalisme politique décrit ci-dessus, par l'établissement d'un casier psychiatrique, d'une garde systématique du malade pendant 72 heures, et une réglementation juridique pour forcer l'alliance thérapeutique. L'obligation de faire valider un avis d'aptitude à rester hors les murs de l'hôpital laisse aussi l'idée d'une liberté conditionnelle pointer son nez. C'est en ces termes, en tout cas, que s'exprime le psychiatre Didier Boillet, (2011). C'est en ces termes encore que s'exprime Daniel Zagury (2011), expert psychiatre auprès de la cour d'appel de Paris, en réaction à l'usage trop galvaudé du concept de dangerosité. Autrement dit, l'évaluation d'un individu, dont les actes passés interrogent sur sa capacité à s'intégrer dans l'ordre social, répond à une demande, voire à un besoin, que la médecine psychiatrique s'inscrive dans une démarche prospective et non plus rétrospective.

De fait, au concept de dangerosité semble attachée l'idée d'habitude. Ainsi, comme le pensait Aristote, si l'habitude constitue la façon la plus sûre pour devenir une personne vertueuse (il nous disait que c'est en pratiquant des actes justes que l'on devient juste), l'habitude est aussi la façon la plus sûre pour devenir non-vertueux. On pourrait donc dire que c'est en pratiquant des actes violents que l'on devient dangereux.

En d'autres termes, chacun se ferait en faisant, comme l'expliquait le philosophe Lequier: « faire, et en se faisant SE FAIRE. » Mais alors, cela signifie qu'un individu est ce qu'il est à partir de ce qu'il a fait. Dans ce cas, non seulement il est ses actes passés, mais il est fait aussi avant de faire, et ne faisant qu'à la mesure de ce qu'il a fait. Le futur du dangereux n'est-il qu'une pâle copie de son passé? Reste à savoir qui est vraiment libéré de son histoire! Car il se pourrait bien, comme l'expliquait déjà Spinoza, que la liberté ne soit qu'une illusion construite sur notre ignorance des causes premières qui nous font agir.

Mais ce n'est justement pas l'enseignement que souhaitait Lequier, reconnaissant en l'homme cette capacité de créer, autrement dit, à être libre. En effet, pourquoi blâmer ou louer, si l'homme n'est jamais responsable de rien? Cela s'applique donc aussi à ceux qui cherchent à se protéger du dangereux. Ce qui est intéressant ici pour le philosophe, c'est le choix des moyens pour aider le malade et pour s'en protéger. Ainsi, au déterminisme de la maladie, répond la création d'une liberté (enseignement de Lequier), c'est-à-dire, le choix d'un certain type de société. Dans ce cadre, si l'on s'accorde à reconnaître l'importance d'être humain, on s'accorde à reconnaître en même temps l'importance de l'éthique pour vivre heureux. De fait, tous les moyens ne sont pas souhaitables pour aider le malade ni pour s'en protéger. L'irresponsabilité de ceux qui agissent selon leur disposition organique ne saurait donc justifier l'irresponsabilité de ceux qui peuvent choisir. Le plus difficile est bien sûr de combattre sans la haine, sans la colère, sans l'acceptation. On ne se préserve pas de la dangerosité en l'acceptant. Mais si la réalité de la maladie mentale fait pleurer, fait peur, et révèle un déterminisme à toute épreuve, elle n'annule pas pour autant les lois humaines. C'est là tout le nécessaire de vivre en cité car, à l'inverse de celui qui subit son déterminisme, une cité est ce qu'elle a choisi d'être.

Nous aspirons à l'amour et à la joie, et dans ce désir, comme disait Hegel: « C'est ainsi! » Nous préférons la générosité à l'égoïsme, la douceur à la violence; le réel est ainsi. Le désir nous commande tous, mais cela ne veut pas dire que tous les désirs se valent. Combien est-il plus désirable de vivre dans une société où le respect de l'autre l'emporte sur la destruction. Mais si c'est la maladie qui veut cette destruction, la volonté même du dangereux ne serait qu'une illusion, et ce qu'il détruit, il ne l'a pas vraiment voulu. A-t-il choisi, par exemple, d'être schizophrène? S'il est bien l'auteur des actes que nous lui reprochons parfois, il ne l'est pas en revanche de lui-même. La preuve en est qu'il lui est impossible de renoncer à ce qu'il est. Mais cela qui l'excuse, ne le rend pas plus inoffensif. En d'autres termes, il ne suffit pas de comprendre, il faut savoir aussi empêcher. C'est le rôle de la société, du législateur, et donc aussi, de la loi. Et cependant, même dans ce cadre, rien ne nous préserve du pire. À ce jeu, La Mettrie semble avoir dit l'essentiel: « Je déplore le sort de l'humanité, d'être, pour ainsi dire, en d'autres mauvaises mains que les siennes. » Comme il n'y a pas d'autres mains auxquelles se confier, face à la dangerosité, et face à nos moyens de s'en protéger, l'interdit de se reposer dans une quelconque certitude doit toujours être maintenu.

Bibliographie

- Bénézech, M., Forzan-Jorissen, S., Groussin, A., 1997. « Le concept d'état dangereux en psychiatrie médico-légale », *Journal de médecine légale*, 40 (5): 323-333.
- Boillet, D., 2011. « Loi du 5 juillet 2011: une loi de défiance à l'égard des malades et de leurs médecins », *Perspectives Psy*, (50)3 : 207-209.
- Zugury, D., 2011. Site du Journal Le Monde [en ligne], http://www.lemonde.fr/idees/article/2011/03/21/la-loi-sur-la-psychiatrie-est-l-indice-d-un-etat-qui-prefere-punir-que-guerir_1496307_3232.html (page consultée en mars 2012).

Le rôle des acteurs dans la procédure de soins sans consentement

P. Mariotti,
Directeur du CHAI

*Contribution d'après les diapositives
extraites du Power Point présenté
lors du colloque*

Remarque préalable

- **Situation locale plutôt exceptionnelle, en raison de l'engagement, initial puis dans la durée,**
 - ✓ des magistrats du TGI
 - ✓ de l'ARS et de la Préfecture
 - ✓ des établissements de soins
 - ✓ du Barreau de Grenoble

CENTRE HOSPITALIER ALPES – ISERE > DSF

Perspective générale

- **La loi du 5 juillet 2011 a maintenu la compétence préfectorale et l'échelle départementale pour les soins psychiatriques sans consentement**
- **En 2010, les Agences régionales de santé se sont substituées aux DDASS, via notamment les délégations territoriales départementales. Les rapports Préfecture / DTD sont régis par une convention.**
- **Dans ce cadre, les DTD de l'ARS sont substituées aux DDASS pour le suivi des dossiers de soins sans consentement, pour le compte des préfets**
- ✓ **Balayer rapidement les missions...**

CENTRE HOSPITALIER ALPES – ISERE > DSF

Préparation des décisions du préfet

- **Arrêtés de placement et de maintien en soins sans consentement sur décision du représentant de l'Etat – SDRE (Articles L 3213 – 1 et 2 du CSP)**
- **Saisines du Juge des libertés pour les SDRE en HC**
- **Appel des décisions judiciaires par le préfet**

CENTRE HOSPITALIER ALPES – ISERE > DSP

Mission de contrôle et de suivi

- **Soins sans consentement sur décision du représentant de l'Etat**
- **Enregistrement et contrôle de régularité des soins à la demande d'un tiers (Rappel – Décision du directeur de l'établissement de soins)**
- **Tenue de statistiques / Contribution à l'animation du groupe de suivi à la Préfecture**
- **A noter: Nécessité d'une vigilance accrue sur les échéances / Modalités de suivi et d'échanges plus précises avec la justice et les établissements / Adaptation des méthodes et des outils**

CENTRE HOSPITALIER ALPES – ISERE > DSP

Secrétariat de la CDSP

- **Participation aux réunions et visites de la CDSP**
- **Gestion des rendez – vous et suivi des courriers**
- **Réalisation du rapport d'activité**

CENTRE HOSPITALIER ALPES – ISERE > DSP

Désignation des établissements

Article L 3222 - 1

- **Habilitation par le DG de l'ARS et après avis du préfet des établissements de santé autorisés à réaliser des soins sans consentement.**

- **Dans l'Isère et à ce jour,**
 - ✓ **CH Alpes – Isère**
 - ✓ **Centre psychothérapique du Nord – Dauphiné**
 - ✓ **CHU de Grenoble**
 - ✓ **CH de Vienne**

CENTRE HOSPITALIER ALPES – ISERE > DSF

Missions d'organisation

- **Définition par territoire de santé d'un dispositif de réponse à l'urgence psychiatrique (L3222-1-1A)**

- **Organisation des modalités de transports des patients dans le cadre des soins sans consentement (L3222-1-1)**

- **Suivi des dispositifs de réinsertion – Conventions avec les établissements et les collectivités locales (L3222 -1-2)**

- **Soutien aux familles et aux aidants par les établissements de santé et les associations (L3221-4-1)**

CENTRE HOSPITALIER ALPES – ISERE > DSF

Autres missions

- **Mission d'interface avec les divers partenaires (Etablissements – Maires – Tribunaux - ...)**

- **Mission d'information**
 - ✓ **Partenaires ci – dessus**
 - ✓ **Préfet sur toute situation sensible et complexe**
 - ✓ **Site internet du Ministère de la santé**

CENTRE HOSPITALIER ALPES – ISERE > DSF

Vision statistique

- **Toutes décisions passées de 3071 en 2007 à 2544 en 2010, puis 1837 en 2011**
- ✓ **Entrée en SDRE: 93% sur arrêté municipal et 7% sur décision directe du préfet / SDRE après arrêté municipal passés de 187 à 135 entre 2010 et 2011**
- ✓ **Autorisations de sortie: 69% des décisions / Première rupture en 2009 (1867 // à 2265 en 2008) / Seconde rupture en 2011 (1105 // à 1676 en 2010) avec la mise en place des programmes de soins, de plus longue durée**

CENTRE HOSPITALIER ALPES – ISERE > DSF

Vision statistique

- **5 mois 2011 d'application de la nouvelle loi**
- ✓ **66 saisines du JLD à 15 jours, dont 2 après réunion du collège**
- ✓ **11 saisines du JLD à 6 mois, dont 4 après réunion du collège**
- ✓ **8 décisions de main – levée du JLD, dont 5 pour saisine hors délai**
- ✓ **2 appels**
 - **Par le procureur – Levée confirmée en appel**
 - **Par le préfet – Patient maintenu en hospitalisation**

CENTRE HOSPITALIER ALPES – ISERE > DSF

Qui fait quoi en pré-hospitalier ?

Pr V. Danel,
Directeur du Samu 38
Centre 15

Pour le Centre 15 de l'Isère, comme pour la majorité des autres centres 15 en France, chaque hospitalisation sous contrainte est un problème difficile à résoudre. Les raisons en sont assez simples à énoncer, un peu brutalement : rien n'est prévu pour que cela se passe normalement et simplement.

Les éléments du problème sont connus : il faut que le patient soit examiné et qu'un certificat médical soit établi, il faut un transport vers un centre de soins adapté, et bien souvent l'intervention d'un(e) élu(e) et des forces de l'ordre. Tous les ingrédients sont réunis pour que ça ne se passe pas simplement. La loi du 5 juillet 2011 ignore comme la précédente les modalités de prise en charge du patient en pré-hospitalier. Les élus des petites communes, heureusement peu souvent confrontés au problème, méconnaissent en général la loi sur l'hospitalisation sous contrainte, leur rôle et leur pouvoir. Pouvoir de faire admettre en milieu hospitalier sous contrainte, pouvoir de réquisition. Les forces de l'ordre méconnaissent également bien souvent les conditions de l'hospitalisation sous contrainte ; elles ne peuvent en tout cas pas effectuer elle-même le transport d'un patient, la confusion des genres serait en plus sûrement délétère.

Débat non résolu

Élus et forces de l'ordre appellent souvent le centre 15, à la recherche d'une solution qu'il n'a pas a priori ; le Centre 15 va néanmoins aider à la recherche d'une solution, par défaut de procédures établies. A ce propos, il est intéressant de rappeler qu'une instruction très claire de la DDASS, ARS maintenant, sur l'hospitalisation sous contrainte, adressée à l'ensemble des maires de l'Isère par M. le Préfet M. Morin en juillet 2006, ne mentionnait nulle part, avec raison, le Centre 15. Il faut donc que le patient soit examiné et qu'un certificat médical soit établi. Dans tous les cas maintenant. Mais par qui ? S'agit-il de la permanence des soins ou bien d'un acte « administratif » ? Le débat, non résolu, existe entre médecins. Nombre de médecins, sachant qu'ils vont y passer du temps et qu'ils ne seront pas rémunérés, refusent de se déplacer ; même parfois sur réquisition d'un élu ou des forces de l'ordre. Le Centre 15, totalement dépendant de l'organisation de la permanence des soins, n'a aucune maîtrise sur ce domaine. Seule la bonne volonté de certains permet de trouver une solution. Il faut ensuite un transport du patient vers le centre de soins adapté. Ce n'est pas une mission de secours à personne pour les sapeurs-pompiers qui vont refuser le transport, avec raison, dans la grande majorité des cas. Il s'agit donc d'un transport sanitaire classique. Le Centre 15 dépend là encore de la bonne volonté et de la disponibilité des entreprises de transport sanitaire dans la journée, de l'organisation de la garde ambulancière en dehors de la journée. Aucun transport ne peut avoir lieu dans ces cas-là sans avis médical : la contention relève d'une prescription, une sédation est souvent nécessaire. Pas d'avis médical, pas de transport. Et on boucle sur le problème précédemment évoqué. Enfin, cerise sur le gâteau, il faut imaginer que tout ce monde se coordonne dans le temps et dans l'espace. Dans le rare cas idéal, l'élu(e), les forces de l'ordre, le médecin et le transporteur sanitaire connaissent les conditions de l'hospitalisation sous contrainte et sont présents au même endroit presque en même temps. Idéal, rare. Dans l'expérience du Centre 15, une hospitalisation sous contrainte peut prendre de deux à quatre heures...

En conclusion : rien n'est prévu en pré-hospitalier pour une prise en charge correcte d'un patient justifiant d'une hospitalisation sous contrainte. Le Centre 15, dépendant de la médecine libérale et des transporteurs sanitaires privés, n'a pas de solution toute faite. Le problème est bien connu depuis de nombreuses années et attend toujours sa solution.

La rédaction du premier certificat

Dr B. Paliard,
médecin généraliste,
Secrétaire général
adjoint du Conseil
Départemental de
l'Ordre des
Médecins de l'Isère

La fin des HDT et HO, une nouvelle dénomination

Existents désormais 4 modalités différentes d'admission en soins psychiatriques sans consentement

1/ADT: admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers. Remplace l'HDT, le premier certificat circonstancié doit avoir été rédigé moins de 15 jours avant l'admission par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil.

2/ADTU: ADT en urgence. Le certificat peut être rédigé concomitamment à l'hospitalisation par tout médecin. Faire une ADTU plutôt qu'une ADT doit se justifier par une notion d'urgence avec risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade.

3/ADRE: admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'état. Correspond à l'ex-HO. Tout médecin sauf un psychiatre de l'établissement peut rédiger le premier certificat concomitamment à l'hospitalisation

4/API: admission en soins psychiatriques en cas de péril imminent (en absence de tiers). Le certificat qui constate le péril imminent et l'état mental du patient peut être rédigé avant ou concomitamment à l'hospitalisation par tout médecin n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil.

Difficultés rencontrées en médecine générale

- La rédaction du certificat est ressentie comme une formalité administrative par ceux qui le demandent, sans commune mesure avec les moyens et la disponibilité que cela demande au médecin qui doit le réaliser.
- La mise en place de la procédure d'admission est compliquée: humainement, psychologiquement et matériellement car il ne faut pas oublier qu'il s'agit d'une hospitalisation sous contrainte.
- Le médecin généraliste est souvent seul, en visite ou au cabinet, face à un patient réticent à une hospitalisation qui saura montrer son opposition: cris menaces, fuite, coups, injures, etc. Tout ceci est très lourd, chronophage, il existe une prise de risque non adaptée à la profession (nécessité d'injecter des sédatifs puissants que les médecins généralistes n'ont pas ou dont ils n'ont pas l'habitude).

On retiendra donc qu'il y a peu de changements sur le plan de la prise en charge initiale. Avec peut-être toutefois l'avantage de l'ADTU et de l'API qui permettent de résoudre les problèmes posés par l'absence de tiers (API) ou les difficultés à trouver un médecin avant le passage aux urgences (ADTU)

Certaines questions demeurent:

- Pourquoi n'y a-t-il pas des Cerfa/modèles de certificats?
- Tentation (ou nécessité) de faire appel au médecin de garde pour le certificat initial, considérant que le patient nécessite également des soins (sédatifs)?
- Sur un plan pratique: la question de la prise en charge à 100 % avec tiers payant CPAM nous semble légitime. Il semble en effet illusoire d'espérer qu'un patient hospitalisé sous contrainte aille régler sa dette au médecin qui l'a forcé à se soigner.

L'organisation des urgences psychiatriques

Dr M. Bensaadi,
psychiatre, Chef du
pôle Urgences (CHAI)

Rétrospective et quelques dates

- Loi n° 91-748 du 31 Juillet 1991 portant réforme hospitalière.
- Circulaire n° 39/92 DH.PE/DGS.3C du 30 juillet 1992 relative à la prise en charge des urgences psychiatriques.
- 1993-2005 : création du CAUPAG (centre d'accueil des urgences psychiatriques de l'agglomération grenobloise par convention entre CH de Saint-Egrève et le CHU de Grenoble.
- Réduction capacitaire des lits de psychiatrie générale.
- Depuis 2006 : UCAP (unité de consultations et d'avis psychiatriques).
- A partir de 2007 : gestion exclusive par CH de Saint-Egrève.
- Projet médical 2009-2014 : création du Pôle Urgences.
- Janvier 2010 : ouverture de l'APEX.
- Juillet 2011 : rattachement des urgences de Voiron au Pôle Urgences.

Pourquoi le pôle Urgences ?

Objectif :

Regroupement de l'activité psychiatrique d'urgence et post-urgence à partir des services d'urgence des hôpitaux du territoire de santé.

Organisation :

Une équipe médicale unique intervenant sur les trois structures selon des emplois du temps modulables.

Missions :

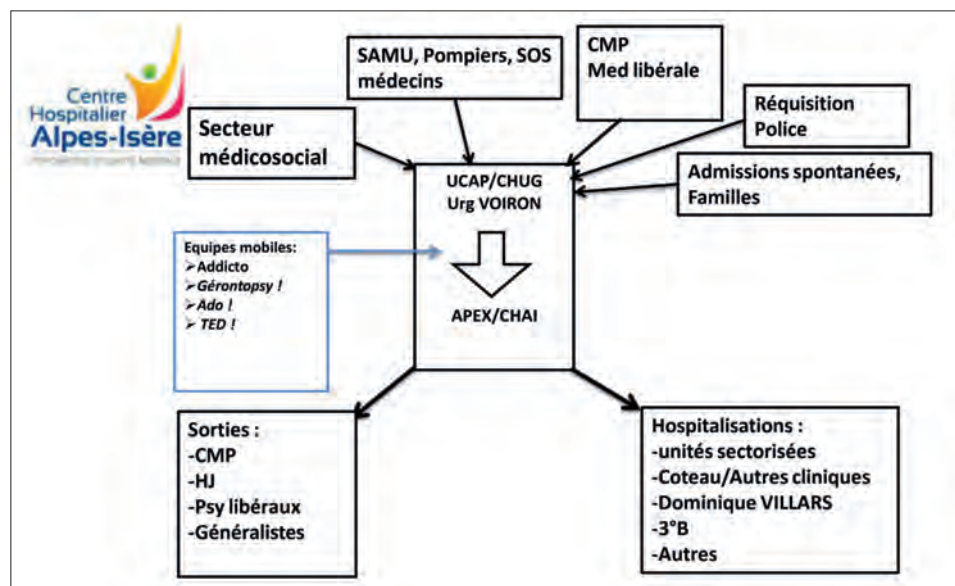
Organiser une filière cohérente d'urgence et de post-urgence à partir des services d'urgences du CHU et du CH de Voiron, en lien avec :

- les services d'urgences médicales,
- les secteurs de psychiatrie du CHAI et du CHU,
- les cliniques privées,
- les psychiatres libéraux,
- les structures sociales et médico-sociales,

pour :

- améliorer le circuit de l'urgence en particulier par une diminution de la DMS aux urgences,
- améliorer la présence médicale à l'UCAP,
- améliorer l'accueil et la PEC du patient,
- permettre une évaluation clinique dans de bonnes conditions.

Organisation actuelle et
fonctionnement du pôle
Urgences



L'UCAP: unité de consultations et d'avis psychiatriques

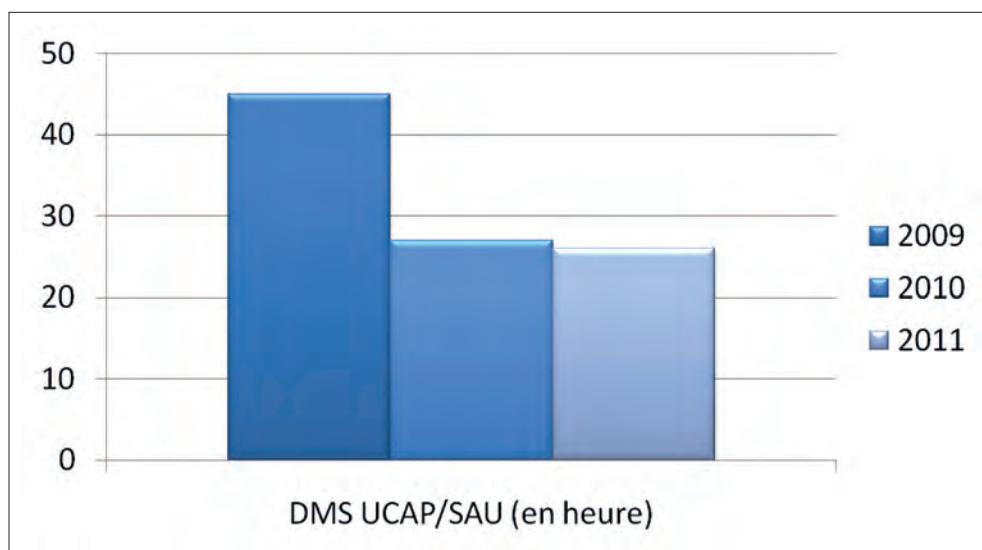
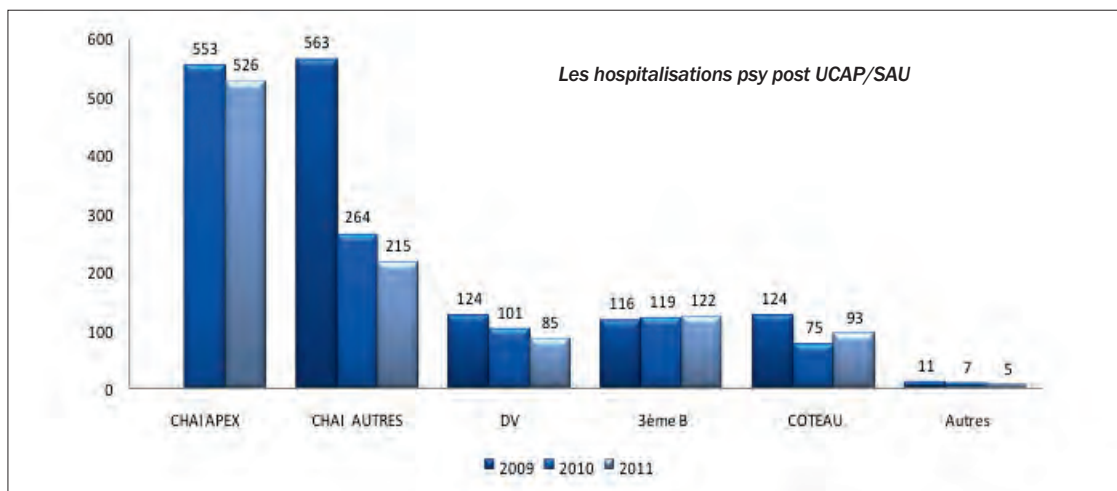
- Positionnée sur le site du SAU au CHUG, articulation avec les urgentistes, neurologues, gériatres...
- Permanence des soins assurée par les PH du pôle 365 j/an.
- Deux PH en journée la semaine, relayés par 1 PH pour la permanence jusqu'à 20h en semaine.
- Garde les week-end et fériés de 9h à 19h par un seul PH.
- Relais par astreinte opérationnelle tous les soirs par l'ensemble des praticiens du CHAI.
- Un cadre infirmier à plein temps du CHAI.
- Une secrétaire à plein temps du CHAI.
- Equipe pluriprofessionnelle, infirmière, aide-soignante, ASH du CHU.
- Deux assistantes sociales du CHU.

Nombre de passages UCAP

2006	2009	2010	2011
2 513	2 621	2 769	2 722

Principaux indicateurs d'activité UCAP 2009/2010/2011

UCAP/SAU	Total passages	RAD	% RAD	Hospit. psy	% Hosp. psy
2009	2 621	1 686	64 %	935	35%
2010	2 769	1 460	52%	1 119	40%
2011	2 722	1 490	54%	1 046	38%



L'APEX: admissions pour évaluations cliniques (x)

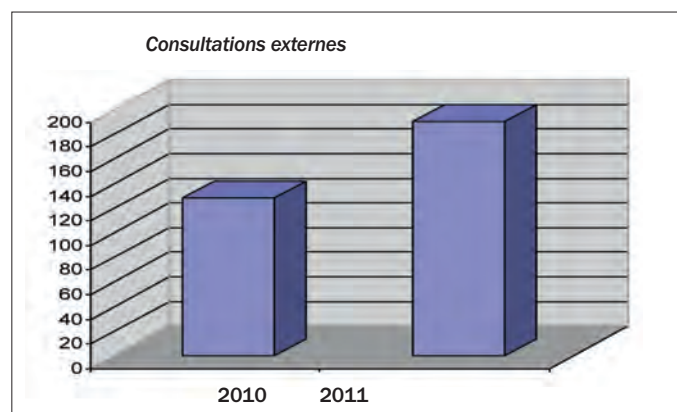
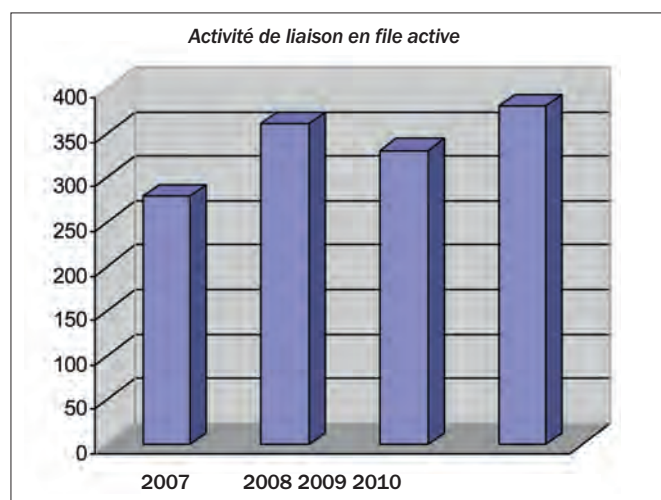
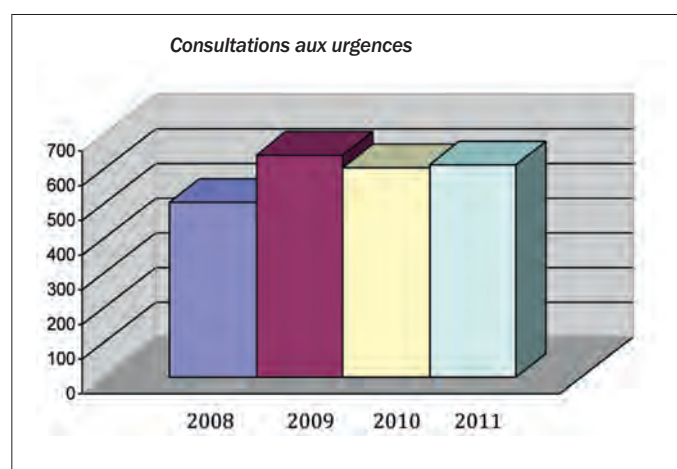
- Nouveauté principale, ouverture le 18/01/2010.
- Capacité de 12 lits plus une chambre d'isolement.
- Equipe pluri professionnelle, ASH, secrétaires, AS, infirmières, cadre.
- Astreinte opérationnelle par les PH du CHAI les soirs, week-end et fériés.
- Admissions 7j/7 et 24h/24h.
- Unité de posturgences située sur le site du CHAI.
- Durée d'hospitalisation théorique de 72 h.
- Couverture médicale par 2 PH en semaine plus astreinte du samedi matin.
- Articulation directe avec l'UCAP et les urgences de Voiron.
- Admissions directes en dehors de la filière des urgences en fonction de la disponibilité des places.

Principaux indicateurs d'activité APEX 2010/2011

APEX	Nombre de séjours	Tx d'occupation	DMS	Journées d'hospit
2010	805	86 %	4,80	3784
2011	889 (+12 %)	91 %	4,50	4005 (+6 %)

Le pôle Urgences au centre hospitalier de Voiron

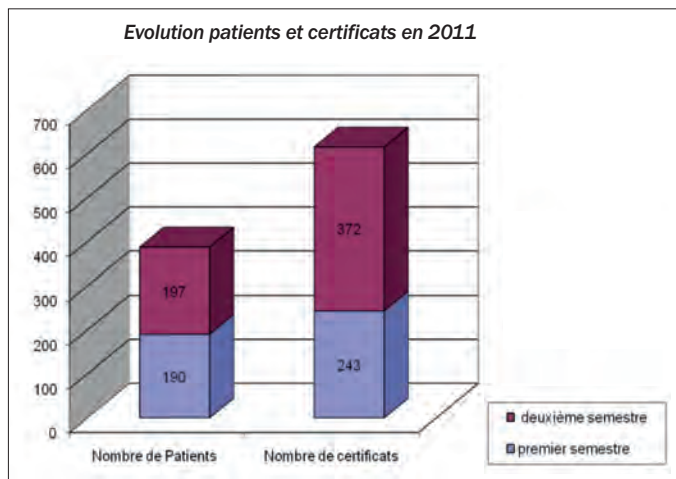
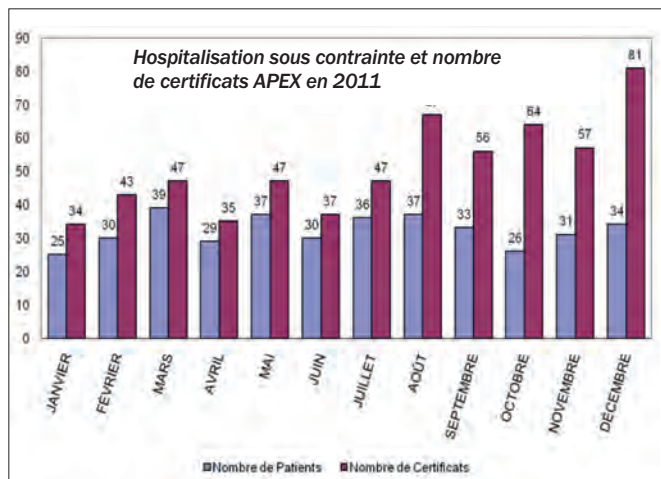
- Convention entre le CHSE et le CHV depuis avril 1997.
- Trois axes d'activité: interventions au niveau des urgences, activité de liaison, consultations de posturgence.
- Couverture par 1,4 ETP de psychiatres.
- Activité en constante croissance, territoire à forte expansion démographique.
- CH de Voiron comprend 2 sites; le CH lui-même et le site de Coublevie.
- La liaison: de la pédiatrie à la gériatrie.
- Jours ouvrés plus astreintes de pôle du samedi matin.
- Soirs plus week-end plus jours fériés, assurés par la ligne d'astreinte



Les soins sous contrainte au pôle Urgences

UCAP	2009	2010	2011
HDT/SDT	320	139	105
HO/SDRE	36	17	8

APEX	2009	2010	2011
HDT/SDT		270	308
HO/SDRE		85	79



Circulaire DGOS du 29 Juillet 2011: cas de l'accueil dans une unité de médecine d'urgence

- L'examen somatique obligatoire.
- Selon les modalités prévues par convention : au plus tard sous 48 heures.
- Transfert du patient vers un établissement habilité.
- Le début de la période de 72 heures, deux possibilités:
 - 1 - Admission pour un motif psychiatrique, accompagné d'un 1er certificat > le début de la prise en charge est l'heure d'admission aux urgences mais... (le tiers? 2^e certificat si SDT normale? SDTU? SPI? 24 heures?).
 - 2 - Prise en charge psychiatrique secondairement > début acté par le 1^{er} certificat horodaté du psychiatre, si l'état somatique du patient empêche son transfert.

Dans le délai de 48 heures, relancer une nouvelle procédure.

Selon l'art L.3211-2-3 CSP, le certificat des 24 heures pourra être établi par le psychiatre du service des urgences.

Files actives spécifiques

> 65 ans	2009	2010	2011
UCAP	250	300 (+20 %)	326 (+9 %)
APEX		56	59 (+5 %)

> 18 ans	2009	2010	2011
UCAP	118	109 (- 9 %)	122 (+11 %)
APEX		20	31 (+50 %)

Conclusion

- Particularités et spécificités de l'exercice psychiatrique aux urgences.
- Richesse clinique et une interaction quotidienne avec les multiples autres disciplines.
- Activité transversale décloisonnée, favorise l'accès, ainsi que la qualité et la sécurité des soins.
- Action de soutien et de support à l'ensemble des acteurs publics et privés.
- Pertinence de la mise en commun des trois sites CHU, CHAI et CHV.
- Bilan 1^{er} à mi-parcours du projet d'établissement très positif, fluidification, baisse de la DMS.
- Affirmation de la pertinence de l'autonomisation du pôle avec la seniorisation et la mobilité des praticiens sur les trois sites.
- Activité fortement dépendante des partenaires de l'aval mais aussi de l'amont.
- Lourdeur de la contrainte de la permanence médicale.
- Activité très exposée aux risques et aux demandes complexes.
- Nécessité de développer l'expérience et les prises en charge ciblées (adolescents, sujets âgés).

Le déroulé de la prise en charge hospitalière

Dr Claire Buis,
psychiatre, praticien
hospitalier, CHU
de Grenoble

*Contribution d'après les diapositives
extraites du Power Point présenté
lors du colloque*

La loi de 1990

- HDT, HDT d'Urgence , HO
 - Les certificats initiaux
 - Le 24H
 - Le certificat de quinzaine
 - Mensuels de renouvellement
- Hospitalisation sous contrainte et non soins sous contrainte
- Contrôle par le JLD: uniquement à la demande du patient (depuis 15 juin 2000),

La loi du 5 juillet 2011

- Période d'observation de 72H
 - Le 24H
 - Le certificat de 72H
- Le certificat de Huitaine + avis conjoint
- Mensuels de renouvellement
- ADT d'urgence, ADT pour péril imminent: intervention de 3 psychiatres
- La saisine **systematique** du juge

Après admission

- Deux modalités de soins sans consentement (SC)
 - *en hospitalisation*
 - *en ambulatoire (pouvant comprendre des soins à domicile)*
 - nécessite alors l'établissement d'un **protocole de soins** qui précisera le type de soins, lieux de soins, périodicité

Dans les 2 cas : Période initiale d'observation de 72h en HTC

- Dès l'admission, le patient est informé par courrier donné en main propre:
 - de son mode d'hospitalisation
 - Possibilité faire appel directement ou via médecin conseil/avocat au directeur de l'établissement ou autorités compétentes
 - Des voies de recours (CDHP, TGI, Tribunal Administratif)

4

La période des 72h

- Période d'**observation et de soins** en HC
- **Dans les 24 heures suivant l'admission :**
 - examen somatique complet
 - certificat médical d'un psychiatre
- **Dans les 72 heures suivant l'admission :**
 - un nouveau certificat d'un psychiatre
- Si les 2 certificats ont conclu à la nécessité de maintenir les soins psychiatriques :
 - Un psychiatre propose **la forme de la prise en charge** et, le cas échéant, le programme de soins
 - Le directeur prend la décision proposée par le psychiatre

La mesure sans tiers :

Soins pour "péril imminent"

Quoi ?

- Si **impossible de recueillir une demande de tiers + péril imminent**, le directeur peut désormais prononcer une admission
 - Sauf impossibilité, il informe sous 24h la famille ou un proche
 - Le certificat de 24h et de 72h ne peut émaner du même psychiatre
- Le directeur peut aussi désormais **s'opposer à la levée de soins** demandée par un tiers si l'arrêt des soins entraîne un péril imminent pour le malade

SDT d'urgence

- en cas d'urgence lorsqu'il existe un **risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade**
 - **La motivation concernant la gravité sera particulièrement étudiée par le JLD**
- Demande de soins par un tiers obtenue
- le directeur peut prononcer l'admission au vu d'un seul certificat médical pouvant être établi par un médecin de l'établissement
 - dans ce cas les certificats de 24 et 72h doivent être établis par deux médecins différents

7

- HDT et HO peuvent être pris en charge **hors hospitalisation complète (HC)**

=> Ce n'est plus l'hospitalisation qui est imposée mais **les soins**

- Le psychiatre décide de la **forme** de ces soins
 - En hospitalisation complète
 - Ou sous une **autre forme** :
 - Hospitalisation partielle
 - Consultations, ateliers
 - ...

Comment ?

- Si le patient **sous une autre forme** que HC
 - Le psychiatre établit un **programme de soins** :
 - Type de soins
 - Lieu des soins
 - Périodicité des soins
 - Le programme peut être modifié seulement :
 - Par un psychiatre qui participe à la prise en charge du patient
 - Et pour de tenir compte de l'évolution de l'état de santé.
- Le dispositif de la sortie d'essai est donc supprimé

L'accès aux formes alternatives à l'hospitalisation complète :

Le "programme de soins"

HTC: Les différents certificats

- Entre le 5eme et 8eme jour:
 - Le certificat de Huitaine (remplace le certif de quinzaine)
 - L'avis conjoint: certificat d'un psychiatre ne participant pas à la prise en charge
 - ⇒ saisine du JLD sur requête Directeur ou Préfet avec 2 avis conjoint avant le 12eme jour
- **Certificats suivants à un rythme mensuel**
 - établis dans les 3 derniers jours de la période

Soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SDRE)

- certificat si le psychiatre envisage
 - la levée de la mesure
 - une sortie de courte durée
 - des soins ambulatoires
- dans un délai de 3 jours francs le préfet prend sa décision en tenant compte de l'avis du psychiatre et des exigences liées à la sûreté des personnes et à l'ordre public
- dans l'attente le patient reste en HTC

10

Quand ?

- Au plus tard au bout de **15 jours** d'hospitalisation complète continue, soit :
 - 15 jours après l'admission
 - 15 jours après la réintégration
- Puis au plus tard au bout de **6 mois** d'hospitalisation complète continue
- La saisine facultative demeure possible à tout moment

Le contrôle systématique par le juge des libertés et de la détention (JLD)

La saisine du 15^{ème} jour

- **Un certificat entre le 5^{ème} et le 8^{ème} jour**
 - remplace celui du 15^{ème} jour, qui est supprimé
- **Au plus tard le 12^{ème} jour :**
le directeur saisit le JLD
- **Au plus tard le 15^{ème} jour :**
le JLD se prononce
 - S'il demande des expertises complémentaires, l'HC se prolonge 14 jours maximum
 - Le JLD doit donc se prononcer au plus tard le 29^{ème} jour

L'audience

- Audience avec **audition du patient**
 - Sauf si impossibilité pour raisons médicales
- Lieu :
 - Au siège du **tribunal** de grande instance
 - A **l'hôpital**
 - Salle d'audience
 - Visioconférence
 - sauf si opposition du patient
 - ou en cas de contre-indication médicale
- Audience publique
 - Mais possibilité d'audience en chambre du conseil (huis-clos) si atteinte à l'intimité

La décision du juge

- Le juge **valide ou invalide** la mesure en cours
- Il ne peut la modifier de lui-même
 - Ex : il ne peut pas décider de lui-même de transformer une HC en alternative à l'HC
- Mais s'il décide de lever l'HC, il peut décider que **cette levée ne prend effet** qu'à l'issue d'un délai de **24h maximum**
 - l'équipe médicale peut ainsi enclencher, si nécessaire, un programme de soins

Dispositions spécifiques pour certains patients en HO :

Irresponsables pénaux et patients hospitalisés en UMD

- Ces dispositions concernent les patients :
 - dont la mesure fait suite à une déclaration d'**irresponsabilité pénale**
 - ou qui sont hospitalisées en **UMD**
- La procédure s'applique aussi pour les HO classiques ayant connu de tels **antécédents** au cours des 10 années précédentes
 - Dans ce cas, le passage en UMD doit avoir duré au moins (1 an) *sous réserve décret*

Quelles dispositions spécifiques ?

- Procédure particulière quand **fin de l'HC** :
 - Soins dans une forme alternative à l'HC
 - Sortie « sèche »
 - Lorsque le psy envisage cette fin d'HC :
 - Le directeur convoque un **collège** :
 - Le psychiatre du patient
 - Un autre psychiatre de l'établissement
 - Un membre de l'équipe pluridisciplinaire
 - Le collège rend un avis, qui éclaire le préfet.
 - L'avis du collège est également requis lorsque le JLD examine la situation de ces personnes :
 - Lorsqu'il se prononce après saisine facultative
 - Lorsqu'il se prononce dans le cadre de la saisine systématique
- =>Le collège doit donner un avis, qui éclaire le juge.

La saisine du 6^{ème} mois

- Au plus tard **8 jours avant l'expiration du délai de 6 mois** : le directeur saisit le JLD
- Au plus tard **à l'expiration du délai de 6 mois** : le JLD se prononce
- En l'absence de saisine dans les délais, la mainlevée de l'hospitalisation complète est acquise sans débat

Renforcement des droits des patients

- Meilleure **information** des patients sur leurs droits et voies de recours
- Recueil des observations des patients sur les décisions les concernant

- Rappel loi du 4 mars 2002 :
 - sorties de moins de 12 heures
 - pour motif thérapeutique ou si démarches nécessaires
 - obligatoirement accompagnées par soignant(s)
- Ces sorties peuvent désormais être **accompagnées** par :
 - un **membre de la famille**
 - ou la **personne de confiance**

Examen des mesures longues

- Les mesures de soins de **+ d'un an** :
 - Sur demande de tiers
 - En cas de péril imminent (sans tiers)
- Font l'objet d'un **examen par le collège** :
 - Psychiatre du patient
 - Autre psychiatre
 - Un membre de l'équipe pluridisciplinaire qui prend en charge ce patient

Renforcement du devoir d'information du patient

- « Avant chaque décision prononçant le maintien des soins {...} la personne faisant l'objet de soins psychiatriques est, **dans la mesure où son état le permet**, informée de ce projet de décision et mise à même de faire valoir ses observations, par tout moyen et de manière appropriée à cet état. »
- « toute personne faisant l'objet de soins psychiatriques {...} est informée :
 - « a) Le plus rapidement possible et d'une manière appropriée à son état, de la décision d'admission et de chacune des décisions {...} ainsi que des raisons qui les motivent ;
 - « b) Dès l'admission ou aussitôt que son état le permet et, par la suite, à sa demande et après chacune des décisions mentionnées {...}, de sa situation juridique, de ses droits, des voies de recours qui lui sont ouvertes et des garanties qui lui sont offertes ».
 - « L'avis de cette personne sur les modalités des soins doit être recherché et pris en considération dans toute la mesure du possible. » ;

Au-delà de la saisine du 15eme jour

- « Le juge des libertés et de la détention {...} peut être saisi, à tout moment, aux fins d'ordonner, à bref délai, la mainlevée immédiate d'une mesure de soins psychiatriques {...} quelle qu'en soit la forme.
- « La saisine peut être formée par :
 - « 1° La personne faisant l'objet des soins ;
 - « 2° Les titulaires de l'autorité parentale ou le tuteur si la personne est mineure ;
 - « 3° La personne chargée de sa protection si, majeure, elle a été placée en tutelle ou en curatelle ;
 - « 4° Son conjoint, son concubin, la personne avec laquelle elle est liée par un pacte civil de solidarité ;
 - « 5° La personne qui a formulé la demande de soins ;
 - « 6° Un parent ou une personne susceptible d'agir dans l'intérêt de la personne faisant l'objet des soins ;
 - « 7° Le procureur de la République.
 - « Le juge des libertés et de la détention peut également se saisir d'office, à tout moment. »

Les difficultés

- La compréhension par le patient de l'intervention du judiciaire...ou comment, pour le système de soins, bien l'accepter pour bien l'expliquer
- Les certificats: outils d'échange mais deux langues différentes
- Le 1^{er} semaine d'hospitalisation: jusqu'à 4 psychiatres : contrainte pour les patients? Pour les services?
- L'évaluation au 8eme jours et l'audience au 15eme: un bon timing?

Le point de vue des familles de patients : contribution de l'UNAFAM 38

Gabrielle Levie!,
Catherine Brun-Villien,
UNAFAM 38 (Union
nationale de familles
et amis de personnes
malades et/ou handi-
capées psychiques)

Tout d'abord, nous pouvons signaler qu'il y a eu beaucoup de craintes sur cette loi, par rapport au respect des libertés de la personne. A l'UNAFAM 38, les familles ont été partagées entre la contrainte nécessaire à certains moments et l'immense besoin de respecter la personne malade. Rappelons-le, l'apparition de la maladie psychiatrique est un moment extrêmement douloureux pour les personnes malades et leurs familles.

Dans les accueils que nous faisons à l'UNAFAM, nous enregistrons certaines plaintes de manière récurrente.

Je ferai ce petit exposé en deux parties :

En ce qui concerne les soins

Beaucoup de pères ou mères qui viennent à l'accueil se plaignent de ne pas parvenir à voir le médecin soignant. (Nous savons cependant que ce n'est pas toujours le cas!). Certains ne savent pas de quelle maladie est atteint leur proche. Ils ont parfois entendu ces mots « bipolaire » ou « schizophrène » sans savoir de quoi il s'agissait!

Bien sûr, nous leur signalons les lieux existants où ils peuvent s'informer (les formations Profamille au RÉHPI par exemple, ou les formations Bipolaire..); et aussi les aides mises en place par l'UNAFAM, de façon à pouvoir se « former » pour mieux comprendre ces maladies, tout en prenant un certain recul par rapport à sa souffrance (groupes de parole, ateliers Prospect).

▷ Face au désarroi des familles rencontrées, nous formulons le souhait d'un « partenariat » médecins-malade-famille; nous savons qu'il existe... mais pas toujours.

Nous demandons ce partenariat de façon à ce que la famille se sente moins perdue et moins seule face à la souffrance qui la submerge. Ce partenariat permet à la famille de mieux aider le proche malade.

En effet, c'est l'ignorance qui cause l'angoisse. Quand les informations nécessaires sont formulées, on se sent plus fort pour « faire face » et ne pas se laisser emporter par les symptômes du malade.

Précisons que nous ne demandons pas « l'assistantat » de la famille... mais plutôt que quelques rencontres constructives soient possibles entre le médecin et les aidants.

Dans cette optique, nous demandons:

1) a possibilité de changer de médecins s'il n'y a aucune possibilité d'échange d'informations entre le médecin et la famille.

2) de ne jamais oublier de prévenir la famille quand le patient doit sortir de l'hôpital, comme cela s'est passé l'an dernier. Il faut en effet éviter que le malade soit à la rue, et ne pas le laisser sortir sans s'assurer d'une possibilité de logement et de suivi de soins.

3) si le médecin pense qu'il ne doit pas voir la famille dans l'intérêt du patient, il convient de le signaler à la famille, plutôt que de la laisser dans l'ignorance.. et lui dire « quand » cela sera possible; « peut-être plus tard ». Encore une fois, c'est le silence et l'ignorance qui provoquent l'angoisse, sans l'information.

En d'autres termes, il convient de toujours assurer un minimum de contacts entre famille et soignants pour expliquer et proposer de l'aide au besoin.

4) parfois, nous conseillons d'écrire à la CRUQPEC (commission des relations avec les usagers, qualité des soins et prises en charge) au CHAI, quand il semble, selon la famille, qu'il y a eu de forts dysfonctionnements. Encore faut-il que ces écrits apparaissent en commission. Nous pouvons observer aussi que certaines familles ont peur d'écrire par peur de « représailles ».

5) nous demandons le rétablissement des sorties d'essai, ou sorties thérapeutiques. Elles ont été supprimées par la nouvelle loi. Pourtant, ces sorties nous semblent nécessaires pour que la personne malade réapprenne à vivre en dehors de l'hôpital et retrouve progressivement une certaine autonomie.

6) Quand la maladie s'annonce et qu'il y a urgence, nous demandons:

- la création d'équipes mobiles formées pour se déplacer et pouvoir négocier au domicile avec la personne

malade – et avec la famille; et ce, même en pleine nuit!

- l'installation d'unités d'accueil pour les urgences psychiatriques dans toute la France
- des relais dans la ville, pour les soins: hôpital de jour, CMP, médecins partenaires
- un accompagnement psychosocial et professionnel.

En ce qui concerne l'aspect juridique de la loi

- Nous demandons la possibilité de supprimer les visioconférences (là où elles existent), peu aptes à inviter le malade à s'exprimer en toute confiance, et nous remercions les partenaires à Grenoble qui ont su éviter cet écueil.

- Nous apprécions que, pour les audiences, le Juge se déplace à l'hôpital et vienne à la Maison des Usagers du CHAI.

Cela permet d'éviter tous les problèmes de transport, les crises d'angoisse contenues par des traitements lourds, et la déstabilisation des équipes hospitalières.

Ainsi, la personne est davantage en mesure de s'exprimer.

- De même, afin de protéger la vie privée du malade, nous demandons à ce que ces audiences se tiennent à huis clos.
- Enfin, nous souhaitons que les H.O. soient aussi peu nombreuses que possible.

▷ Toutes ces demandes sont justifiées parce que globalement, nous croyons à :

- une continuité des soins,
- une continuité dans l'accompagnement de nos proches dans leur vie quotidienne
- afin d'éviter les ruptures et les crises.

▷ Pour finir, nous souhaitons vous redire que l'UNAFAM souhaite continuer à dialoguer avec tous les partenaires pour pouvoir toujours mieux protéger, soutenir, accompagner les personnes confrontées au handicap psychique.

