

Soins psychiatriques sans consentement

2013



ÉCOLE NATIONALE
DE LA MAGISTRATURE

A jour au 30 septembre 2013

A jour de la loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013

SOINS PSYCHIATRIQUES SANS CONSENTEMENT

SOMMAIRE DU DOSSIER DOCUMENTAIRE

Les troubles psychiques à l'origine de soins sans consentement

Les troubles psychiques à l'origine d'une contrainte	1
Petit mémento des troubles psychiques	2
Petit mémento des principaux traitements	4
La recherche du consentement et l'alliance thérapeutiques.....	6
Paroles de psychiatres et de patients	7

Le droit en vigueur au 30 septembre 2013

La loi du 27 septembre 2013.....	8
Les mesures provisoires de l'article L3213-2.....	9
Soins à la demande du représentant de l'Etat	10
Soins à la demande d'un tiers	10
Péril imminent.....	11
Urgence avec risque grave d'atteinte à l'intégrité du patient	12
Les soins en ambulatoires	13
L'hospitalisation judiciaire	14

La saisine obligatoire du juge des libertés

Rétro planning	15
Procédure.....	16
Les pièces du dossier	17
Les certificats médicaux.....	18
Décision du JLD	19

La saisine du JLD sur demande de mainlevée des soins sans consentement

Schéma	19
La requête et les pièces	20

L'office du juge et l'audience

Compétences respectives du JLD et du psychiatre	21
Le contrôle des certificats et avis médicaux	22
Le contrôle de la régularité de la mesure.....	23
L'audience à l'hôpital	29
L'audience en visioconférence	30

Annexes

Code de la santé publique – L3211-1 et suivants – consolidés.....	31
Code de la santé publique – R3211-1 et suivants – consolidés	44
Bibliographie	54
Quelques chiffres.....	55
Contention et isolement.....	57
Chambre d'isolement, chambre d'apaisement • le film.....	59
Courte histoire de la psychiatrie	60
Dans la nuit de Bicêtre • Marie Didier	62
L'affaire Rouy • Yannick Ripa.....	63
Ferdière, psychiatre d'Antonin Artaud • Emmanuel Venet	64
Asiles • Erving Goffman.....	65
Qui est fou, qui ne l'est pas ?.....	67
Entretien avec Robert Castel, sociologue.....	69

Important

Il n'existe pas de tableau clinique ni de critères cliniques de l'inaptitude à consentir en psychiatrie
(cf Haute Autorité de Santé)

La spécificité du trouble psychique

C'est le seul domaine de la médecine dans lequel on peut contraindre quelqu'un aux soins. L'article L1111-4 du Code de la santé publique prévoit en effet qu'aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne (sauf urgence face à une personne inconsciente), et que ce consentement peut être retiré à tout moment.

Pourquoi ? Certains troubles psychiques s'accompagnent en effet de la circonstance que la personne n'a pas une conscience claire d'être troublée psychiquement : elle a une conscience floue et/ou fluctuante de son trouble, qui peut aller du déni complet du trouble à des degrés divers de conscience de celui-ci.

Mais dans le déni, il n'y a pas absence totale de conscience.

Il y a dans tous les cas **une grande souffrance psychique** et même s'il peut arriver que la personne ne reconnaisse pas qu'elle présente un trouble, si on s'adresse à la partie souffrante de la personne et qu'on lui fait comprendre qu'on est en empathie avec sa souffrance, le dialogue s'établit, l'ouverture se fait, et l'accès aux soins bien souvent est aussi consenti.

→ ainsi **la qualité de la relation soignante est-elle fondamentale pour l'obtention du consentement** ; de même que le regard que le psychiatre porte sur le trouble va être déterminant quant à l'obtention d'un consentement aux soins

→ **il existe un certain nombre de situations, extrêmement réduit, où malgré les efforts déployés, la personne se trouve dans le déni complet de son trouble. Dans ce cas, afin de sortir la personne de la noyade psychique,** une toute première contrainte, par exemple médicamenteuse, peut être opérée ; la question du consentement aux soins suivants ne se posera alors éventuellement pas puisque la personne, restaurée en partie, pourra de nouveau consentir au traitement.

Cela étant dit, l'appréciation du consentement ou de l'absence de consentement est extrêmement délicate. En effet, à l'inverse, il faut aussi se méfier du pseudo-consentement, de surface, en tenant compte du fait que la conscience du trouble est un phénomène qui peut être fluctuant et que **le consentement, s'il existe, doit être vérifié dans sa solidité.**

Très important

- **il n'y a pas de lien systématique entre trouble psychique et présence ou absence de consentement.** C'est pourquoi on ne peut pas se fier à des critères cliniques pour évaluer l'existence ou non d'un consentement. La réalité de la psychiatrie est plus complexe et subtile. Et c'est ainsi que la Haute Autorité de Santé rappelle qu'il n'existe pas de critères cliniques prédéfinis pour l'hospitalisation sous contrainte
- **Il n'y a pas de corrélation entre la gravité du trouble psychique et l'existence ou non d'un consentement.** Le fait qu'il puisse ne pas y avoir de consentement ne préjuge en rien de la gravité du trouble, qui peut être parfaitement réversible et aboutir à une guérison complète
- **Très souvent, il suffit de l'introduction d'un traitement pour qu'un consentement puisse apparaître dans une situation apaisée.** D'où l'importance, si elles sont bien utilisées, des 72h de la période d'observation, qui doivent entraîner, en pratique, une forte baisse des soins sous contrainte

Précisions

1. **un même tableau clinique, suivant la façon dont il va être abordé dans le cadre de la relation thérapeutique, peut conduire à des situations différentes,** aussi bien à une hospitalisation libre, qu'à une hospitalisation à la demande d'un tiers (en l'absence de consentement) qu'à une hospitalisation à la demande du préfet (en l'absence de consentement et de tiers) et donc avoir des implications qui seront très différentes dans le devenir du patient (notamment pour la sortie de la contrainte)
2. Dans le cadre des soins contraints, **ce que la loi requiert des médecins et personnels de santé, ce sont une surveillance et des soins constants,** à savoir tant un suivi médicamenteux, que des méthodes thérapeutiques et qu'un dialogue, fréquent et conséquent. Une relation humaine entre le patient et le médecin
3. **L'expérience d'une hospitalisation sous contrainte peut avoir un retentissement fort sur le patient.** Ainsi, des soins contraints réalisés dans de bonnes conditions facilitent-ils sans doute le consentement en cas de survenance d'un nouveau trouble

Le principe reste celui du libre consentement aux soins

A tout moment, même dans le cadre de soins contraints, le consentement de la personne doit être recherché

Petit mémento des troubles psychiques

Références : Manuel de psychiatrie, GUELFY et ROUILLON, Masson + DSM IV-R - Non exhaustif – A visée informative
 Ne remplace aucunement les indications portées par les médecins sur leurs patients et les explications qu'ils peuvent fournir au magistrat

<p>dépression</p>	<p>Troubles caractérisés par : humeur triste et/ou perte d'intérêt ou de plaisir pour toutes les activités, ralentissement idéique et moteur, idées ou tentatives de suicides, auxquels peuvent s'ajouter des manifestations physique dont les modifications des conduites alimentaires et les perturbations du sommeil</p> <p>Le traitement peut être constitué : → d'une psychothérapie → d'antidépresseurs</p>
<p>schizophrénie</p>	<p>Groupe pathologique très hétérogène avec des modes évolutifs très variés. Souvent sur-diagnostiquée</p> <p>Troubles psychotiques caractérisés par :</p> <ul style="list-style-type: none"> • un syndrome dissociatif : désorganisation psychique marquée par la discordance comme des rires ou sourires sans motif apparent ; des troubles du cours de la pensée et du discours ; un trouble du raisonnement ; et spécifiquement des « barrages » (suspension du discours non motivée dont le sujet peut avoir conscience mais à laquelle il est indifférent) • un trouble des interactions et de l'insertion sociale, qui peut se traduire par une forme de repli • un syndrome délirant : hallucinations psychosensorielles ou psychiques, voies intérieures... <p>Le traitement peut être constitué : → de neuroleptiques (ou « antipsychotiques ») → d'une psychothérapie</p>
<p>troubles maniaco- dépressifs ou « troubles bipolaires »</p>	<p>La personne subit des périodes de crises circonscrites dans le temps.</p> <p>En période de crises la personne oscille entre :</p> <ul style="list-style-type: none"> • troubles dépressifs : humeur triste et/ou perte d'intérêt ou de plaisir pour toutes les activités, ralentissement idéique et moteur, idées ou tentatives de suicides, auxquels peuvent s'ajouter des manifestations physique dont les modifications des conduites alimentaires et les perturbations du sommeil • et troubles maniaques caractérisés : humeur euphorique et/ou irritable, associée à une hyperactivité physique et psychique (accélération des processus idéiques, réduction du besoin de sommeil, sensation que les idées défilent, distractibilité, augmentation de l'activité orientée vers un but ou agitation psychomotrice) <p>A distinguer des troubles cyclothymiques qui se définissent par la succession de période d'hypomanie (moins que la manie) et de période de dépressions légères.</p> <p>Le traitement peut être constitué : → de « thymorégulateurs » → de neuroleptiques (ou « antipsychotiques ») → d'une psychothérapie</p>
<p>Troubles anxieux</p>	<p>Etat affectif douloureux qui consiste en l'attente poignante d'un danger imminent et imprécis. Cet état peut être accompagné de manifestations comportementales (agitation, sidération) ou somatiques (respiration rapide, impression d'étouffement ou d'oppression, palpitations, sueurs, bouffées de chaleur, vertiges, tremblements...)</p> <p>Exemples :</p> <ul style="list-style-type: none"> • troubles paniques : survenue brutale d'anxiété aigus ou crise d'angoisse • troubles phobiques ; phobies sociales • anxiété généralisée : trouble anxieux chronique générateur de troubles fonctionnels variés et souvent associés à la dépression • pathologies anxieuses post traumatiques • trouble obsessionnel compulsif (TOC) : phénomènes obsessionnels ou compulsifs

Petit mémento des troubles psychiques

	<p>suffisamment sévères en ce qui concerne la détresse, la perte de temps considérable et l'interférence avec la vie sociale ou professionnelle</p> <p>Le traitement peut être constitué : → d'une psychothérapie → d'anxiolytiques (→ éventuellement d'antidépresseurs)</p>
<p>Troubles de la personnalité</p>	<p>Déviations manifestes dans + d'un des 4 domaines suivants : cognitions, affectivité, contrôle des impulsions et satisfactions des besoins, et interaction avec autrui et façon de se conduire dans les relations interpersonnelles. Cette déviation est profonde, à l'origine d'une souffrance personnelle ou d'un impact nuisible sur l'environnement, durable, et n'est pas la manifestation ou une conséquence d'autres troubles psychiques, d'une lésion ou d'un dysfonctionnement cérébral organique.</p> <p>Exemples :</p> <ul style="list-style-type: none"> • personnalité schizotypique (1) et schizoïde (2) : <ul style="list-style-type: none"> (1) déficit social et interpersonnel marqué par une gêne aiguë et par des compétences réduites dans les relations avec les proches, par des distorsions cognitives et perceptives (2) mode général de détachement des relations sociales et de restriction de la variété des expressions émotionnelles dans les rapports avec autrui • personnalité paranoïaque • personnalité antisociale • personnalité borderline • personnalité histrionique : labilité émotionnelle, dépendance affective, quête d'attention permanente • personnalité narcissique • personnalité évitante • personnalité dépendante • personnalité obsessionnelle compulsive : besoin d'ordre, contention des affects, doutes permanents et rigidité associée au perfectionnisme <p>Le traitement peut être constitué : → d'une psychothérapie → autres</p>
<p>Paraphilies</p>	<p>Anciennement dénommées « perversions sexuelles », le DSM IV donne des paraphilies une définition générale :</p> <p>« fantasmes imaginatifs sexuellement excitants, impulsions sexuelles ou comportements survenant de façon répétée et intense et impliquant :</p> <ul style="list-style-type: none"> → des objets inanimés → la souffrance ou l'humiliation de soi-même ou de son partenaire → des enfants ou d'autres personnes non consentantes <p>sur une période d'au moins 6 mois et exclusif (autre pratique sexuelle est dénuée d'intérêt pour le sujet), à l'origine d'un désarroi prononcé ou de difficultés interpersonnelles »</p> <p>Exemples :</p> <ul style="list-style-type: none"> • exhibitionnisme • pédophilie • voyeurisme • sadisme sexuel ... etc
<p>Addictions et troubles des conduites</p>	<p>Type de relation à un autre, un objet, un rituel ou une drogue, qui s'avère aliénant Exemples : alcoolisme, toxicomanies, addictions comportementales (jeu, addiction sexuelle...)</p>
<p>Démences</p>	<p>Troubles mentaux caractérisés par la perte ou la diminution des fonctions intellectuelles, altérant progressivement les conduites sociales Exemples : maladie d'Alzheimer ; démence sénile</p>

Petit mémento des principaux traitements

Références : Les bases de la psychothérapie, Olivier CHAMBON (psychiatre), Dunod + Manuel de psychiatrie, GUELFY et ROUILLON, Masson + DSM IV-R + Dictionnaire critique des termes de psychiatrie et de santé mentale, Simon-Daniel KIPMAN - Non exhaustif - A visée informative
Ne remplace aucunement les indications portées par les médecins sur leurs patients et les explications qu'ils peuvent fournir au magistrat

<p>Les psychothérapies</p>	<h3>Généralités</h3>		
	<ul style="list-style-type: none"> • traitement par la parole avec un psychiatre ou un psychologue, fondée sur l'écoute • valable dans tous les troubles psychiques, même psychotiques - cf témoignage de patients démontrant son importance dans tout type de troubles, y compris la schizophrénie par ex. cf fiche « <i>paroles de psychiatres et de patients</i> » • requiert dans l'écoute attentive du patient 3 attitudes fondamentales : <ul style="list-style-type: none"> → la compréhension empathique du patient manifestée par le thérapeute (le thérapeute ressent par identification les sentiments et les réactions personnelles éprouvées par le patient à chaque instant, avec la distance du « comme si », lui permettant alors une compréhension de ce qu'il ressent et des propositions de solution) → la considération positive inconditionnelle (attitude chaleureuse, positive et réceptive du thérapeute qui ne porte aucun jugement) → le degré d'authenticité du thérapeute (le thérapeute apparaît tel qu'il est sans masque ni façade, et sait écouter et accepter ce qui se passe en lui-même) <p>+ et ainsi, une alliance thérapeutique entre le patient et le thérapeute</p>		
	<h3>Types</h3> <p>(non exhaustif – quelques exemples)</p>		
	<p>Psycho-dynamique Thérapie largement fondée sur la parole, qui engage la participation active du patient et utilise la ou les relations des personnes en présence (patient, groupe et thérapeute) centrée sur la personnalité du patient et qui vise un changement de pensée ou de comportement, afin de sortir de l'état de souffrance du sujet</p>	<p style="text-align: center;">EMDR</p> <p style="text-align: center;"><i>(intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires)</i></p> <p>Soin court, post traumatique ou contre les phobies notamment</p> <p>Protocole très strict et codifié Le praticien fait revivre le traumatisme, en alternant avec des séquences brèves de mouvements oculaires chez le patient. Cette procédure accélère le processus du cerveau émotionnel qui reclasse ainsi le traumatisme dans les « souvenirs résolus »</p> <p>Découvert en 1987 par une psychologue américaine Francine Shapiro Reconnu par la HAS en 2007</p>	<p style="text-align: center;">Analyse transactionnelle</p> <p>théorie de la personnalité et de la communication qui décrit les « états du Moi » (Parent, Adulte, Enfant), et étudie les phénomènes intrapsychiques à travers les échanges relationnels, appelés « transactions »</p> <p>Théorie fondée par Éric Berne, médecin psychiatre américain, dans les années 1950 à 1970. Permet une prise de conscience et une meilleure compréhension de « ce qui se joue ici et maintenant » dans les relations entre deux personnes et dans les groupes et propose des grilles de lecture pour la compréhension des problèmes relationnels ainsi que des modalités d'intervention pour les résoudre</p>
<p>Hypnose ericksonienne</p> <p>Fondée par Milton Erickson, psychiatre américain en 1950 Etat de conscience particulier provoqué par la suggestion, caractérisé par une activité cérébrale intense et un ralentissement net de l'activité physique. A pour but d'amener conscient et inconscient à déclencher les changements utiles à la résolution du problème. Lâcher prise</p>	<p style="text-align: center;">Thérapies cognitivo-comportementales</p> <p>(TCC) Protocoles relativement standardisés qui abordent les difficultés du patient dans « l'ici et maintenant » par des exercices pratiques centrés sur les symptômes observables au travers du comportement. Le thérapeute intervient sur les processus mentaux dits aussi processus cognitifs, conscients ou non, considérés comme à l'origine des émotions et de leurs désordres.</p>	<p style="text-align: center;">Analyse systémique</p> <p>Théorie générale des systèmes élaborée par L von Bertalanffy, psychologue américain. Rend compte de la complexité des interactions au sein d'un groupe. L'homme et le groupe sont considérés comme un système fonctionnant ou dysfonctionnant. Chaque personne est un système actif, auto-organisé, en relation constante avec l'environnement et son entourage</p>	
<p>de type psychanalytique</p> <p>technique psychothérapeutique théorisée par Sigmund Freud Procédé d'investigation des processus psychiques fondée sur les associations libres et les interprétations Méthode de traitement des troubles névrotiques (<i>pas des psychoses</i>) qui repose sur l'interprétation du transfert, contre-transfert, des désirs et résistances</p>			

Petit mémento des principaux traitements

<p style="text-align: center;">Les traitements médicamenteux</p>	<p style="text-align: center;">Les antidépresseurs</p> <ul style="list-style-type: none"> • Classe majeure parmi les psychotropes en raison de leur usage très répandu • Chargés de « redresser l'humeur dépressive » (effet dit « thymoanaleptique ») • Leur effet ne se fait ressentir qu'après plusieurs semaines de traitement (3 ou 4 en général). • On distingue : <ul style="list-style-type: none"> → Inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO) - ex : Moclamine® → Antidépresseurs tricycliques (ATC) - ex : Anafranil® → Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) - ex : Seroplex®, Prozac®, Zoloft®, Deroxat® → Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine-noradrénaline (IRSNa) → autres : Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la noradrénaline (ISRNA), antidépresseurs tétracycliques, Valdoxan, inhibiteurs de la recapture de la sérotonine, de la norépinéphrine et de la dopamine. • Effets secondaires : variables selon les personnes et la classe d'antidépresseurs. Les effets secondaires peuvent être transitoires.
	<p style="text-align: center;">Les anxiolytiques (ou « hypnotiques »)</p> <ul style="list-style-type: none"> • sédatifs chargé de calmer l'anxiété lorsqu'elle devient souffrance • Très largement représentés aujourd'hui par les « benzodiazépines » ; les autres molécules sont : l'imovane (Zopiclone®) et le zolpidem (Stilnox®) • Qq exemples : Lexomil®, Xanax®, Tranxène® • Effets secondaires : accoutumance possible, somnolence
	<p style="text-align: center;">Les neuroleptiques (ou « antipsychotiques »)</p> <ul style="list-style-type: none"> • en période de crise aiguë, chargés étymologiquement de « saisir le système nerveux » pour le calmer. Effet sédatif. • Leur action peut être immédiate (quelques minutes) et réduire toute activité du sujet, physique comme psychique. Le ralentissement du système nerveux est fonction de la dose de neuroleptiques donnée et de leurs effets sur chaque personne. Il n'existe pas d'accord sur les doses de neuroleptiques (posologie) à administrer (contrairement aux antidépresseurs par exemple) • Plusieurs classifications existent, selon leur composition chimique, neurobiochimique ou l'effet clinique (cf manuel de psychiatrie susvisé p526) ; on distingue des neuroleptiques dits « de seconde génération » ou « atypiques » qui auraient des effets secondaires moins importants (études en cours - controverse) • Qq exemples : Haldol®, Risperdal®, Largactil®, Leponex® • Effets secondaires nombreux : <ul style="list-style-type: none"> → création d'un état d'indifférence psychomotrice → effet délétère sur les fonctions cognitives et mnésiques → troubles physiques (prise de poids, surveillance cardiaque et hématologique...)
	<p style="text-align: center;">Les « thymorégulateurs » ou « régulateurs de l'humeur »</p> <ul style="list-style-type: none"> • chargés de stabiliser l'état du patient • Quelques exemples : sels de lithium et certains antiépileptiques • Effets secondaires surtout en début de traitement : neurologiques (tremblements par ex), digestifs, néphrologiques, psychiques (troubles cognitifs), troubles thyroïdiens, dermatologiques et cardiaques possibles
<p style="text-align: center;">Les traitements somatiques</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Electro convulsivothérapie (ECT) ou sismothérapie Une crise généralisée d'épilepsie est déclenchée par le passage du courant électrique à travers la boîte crânienne (« électrochocs »). Sous anesthésie. • Stimulation magnétique transcrânienne Consiste à diriger une stimulation magnétique sur une région précise du cerveau avec une énergie 1 million de fois moindre que dans l'ECT, sans anesthésie <p>+ autres... (cf manuel de psychiatrie)</p>

Le consentement aux soins en psychiatrie

La **spécificité du trouble psychique** est qu'il est susceptible de conduire à un certain déni du trouble par l'intéressé. Dès lors, la personne concernée pense ne pas avoir besoin de soins. Ses troubles rendent son consentement impossible.

Les soins contraints sont alors une **atteinte à son libre consentement et à la libre disposition de son corps. En aucune autre matière de la médecine** on n'impose des soins à une personne qui n'y consent pas (sauf urgence vitale + inconscience de la personne).

Raison pour laquelle les soins psychiatriques contraints doivent être strictement encadrés. Ainsi notamment, les troubles « rendant le consentement impossible » doivent être précisément caractérisés dans les certificats médicaux.

S'adresser à la partie saine de la personne

(au sens, partie non atteinte par le trouble)

Selon les psychiatres, il reste toujours une partie saine dans le psychisme de la personne concernée. Dès lors, il est capital que le psychiatre cherche, par le dialogue et la relation thérapeutique, à obtenir le consentement du patient aux soins.

F DESCARPENTRIES (bibliographie), psychiatre, le souligne : en pratique, la question du rapport entre incapacité de consentir et psychoses n'est pas si simple ; beaucoup de patients psychotiques sont aptes à consentir aux soins et le font ; de plus, les avis peuvent diverger au cas par cas sur l'opportunité de respecter un refus ou de procéder à un soin sans consentement.

→ il n'y a pas de critères cliniques consensuels de l'inaptitude à consentir (Descarpentries)

L'approche du patient par le psychiatre

Témoignage des patients - Trois types de psychiatres, selon l'un d'eux

Extrait de Jérôme PALAZZOLO (bibliographie)

– il y a d'abord celui qui ne se différencie guère d'un généraliste. Il est neutre, sans doute bienveillant, appliqué, sans génie. Il soigne à la chaîne, selon des recettes éprouvées. C'est plus un "chimiste" qu'un psychiatre. Et j'oserai même dire qu'il bénéficie pendant toute sa carrière d'une rente de situation. Cette attitude neutraliste affecte peu la liberté du malade, qui se soigne alors comme il soignerait un rhume ou une grippe, avec quelques cachets bien choisis ;

– la deuxième catégorie, hélas plus répandue, c'est le psychiatre froid, distant, le dépositaire d'un savoir quasi ésotérique, qui vous juge et qui vous jauge. Celui-là, quelles que soient ses capacités thérapeutiques, gèle son client et restreint complètement sa liberté. Le patient devient le disciple qui doit recevoir avec reconnaissance et humilité la parole du Maître. Il y a là comme un soupçon d'abus de pouvoir médical ;

– la troisième attitude, la plus rare, pour ne pas dire exceptionnelle, c'est le psychiatre avenant, disponible, chaleureux et doué d'empathie. À mon avis, et je parle d'expérience, celui-là guérit à 50 % par son charisme et par la liberté qu'il donne à son patient d'exprimer totalement ses craintes et ses incertitudes.

Les attitudes thérapeutiques de base

Pour Carl ROGERS, important psychologue américain ayant surtout œuvré dans le champ de la psychologie clinique, **trois attitudes sont indispensables au psychothérapeute** :

1. la compréhension empathique du patient

Le psychiatre ressent par identification les sentiments et réactions personnelles éprouvées par le patient et les comprend, pour que le monde intérieur du patient soit clair au thérapeute et vu de l'intérieur.

2. la considération positive inconditionnelle

Le psychiatre doit avoir à l'égard du patient une attitude profondément bienveillante et absente de tout jugement moral. Il doit présenter une attitude chaleureuse, positive et réceptive, sans condition.

3. le degré d'authenticité (de congruence) dans la concordance entre paroles et sentiments

Le psychiatre apparaît tel qu'il est, ses rapports avec son patient sont authentiques, sans masque ni façade. Il sait également écouter et accepter ce qui se passe en lui-même, sans crainte.

Cf bibliographie Olivier CHAMBON, « les bases de la psychothérapies »

Un consentement qui doit être recherché à tout moment

Si le consentement est rendu transitoirement impossible lors d'une période critique, au calme et à distance de la crise, il est toujours possible par le patient.

L'aptitude au consentement n'existe-t-elle pas intrinsèquement dans la relation thérapeutique en tant que projet, s'interroge F Descarpentries ? Ainsi n'est-ce pas seulement au tout début des soins que le consentement doit être recherché, mais à tout moment : une hospitalisation contrainte n'autorise pas que tous les soins soient systématiquement tous contraints et il appartient au médecin de rechercher en permanence ce consentement, en expliquant au patient :

- la nature exacte et le but du soin proposé
- les risques encourus à entreprendre ce soin (dont, entre autres, les effets secondaires de ce soin et la balance entre l'effet bénéfique attendu et ces effets secondaires)
- les risques encourus à ne pas entreprendre ce soin

Pour Edouard ZARIFIAN, psychiatre, la communication entre le psychiatre et le patient passe par les mots, mais aussi par un langage qui n'est pas simplement verbal : un langage para-verbal avec la force de la voix, l'incantation, le débit et la quantité de paroles échangées ; il existe aussi une intense communication par le langage non verbal, le regard, l'expression du visage, le mouvement des mains.

Ce sont tous ces éléments, que les personnes et spécialement les patients très sensibles à la perception de l'autre, captent, qui entrent en jeu dans la relation entre le médecin et le patient.

La réalité échappe aux manuels de psychiatrie

John STRAUSS, psychiatre américain (article ci-après) Books février 2011 — extrait

Lorsqu'un schizophrène traverse une crise aiguë, le seul recours semble être de l'hospitaliser. Quel est le rôle de l'hôpital ?

Il n'est pas toujours nécessaire d'avoir recours à l'hôpital, mais si on le fait, cela peut être bénéfique – à condition, là encore, que la subjectivité du malade soit prise en compte. Quand un patient arrive en crise, un psychiatre bien formé doit être en mesure de lui parler et de se faire entendre afin d'éviter qu'il soit attaché à un lit et isolé. Mais l'hôpital manque souvent de personnel compétent, voire de personnel tout court. Or, que ce soit à l'hôpital ou dans le monde extérieur, pour certaines personnes atteintes de schizophrénie, la pire expérience possible est justement l'isolement. Pour les patients qui y viennent souvent ou font un long séjour, l'ambiance de l'établissement peut devenir plus rassurante que le monde extérieur. En même temps, l'hôpital, tout en soulageant la personne, peut entraver son retour à une vie épanouie. Le patient halluciné souffre de vivre seul et les voix, surtout si elles sont amicales, constituent ses seuls amis ou du moins les seuls compagnons sur lesquels il puisse compter. Cela conduit d'ailleurs certains patients à préférer leur expérience pathologique au risque d'affronter la perspective incertaine d'un rétablissement. Pour un tel malade, le travail du soignant est de l'aider à trouver autant que possible une vie plus sereine dans un environnement normal.

A.S, conduite à l'infirmerie psychiatrique de la préfecture de police de Paris

Témoignage ci-après — extrait

On ne m'a pas sauvée, on m'a profondément traumatisée, entre l'indifférence et l'interventionnisme à outrance, les deux font du tort. Je ne leur en veux pas d'avoir fait leur boulot, mais s'il y a bien des trucs qui enfoncent, c'est ce genre d'expérience : les flics qui déboulent et te mettent dans des lieux effroyables, qui ne peuvent exister que dans des sociétés barbares... et qu'on n'ait rien trouvé de mieux pour reconforter les personnes déprimées que de les y boucler... Sous couvert de protéger les personnes, on vous enferme avec une inhumanité terrifiante...

Les sentinelles de notre société

Extrait de « Paroles de oufs », Technikat n° 59.

Face à la faillite du système, le psychiatre Jean-Michel CAHN considère que la solution est à chercher du côté des malades.

Jean-Michel CAHN, pourquoi pensez-vous que ce sont les malades qui vont faire bouger les choses ?

J'ai fait le constat, suite à ma formation et à mes rapports avec mes collègues, que les soignants en psy étaient bardés de certitudes. A l'évidence, la psychiatrie ne répond pas aux besoins des personnes qui souffrent de troubles psychiques. Elle nécessite une remise en question en profondeur et comme elle ne viendra pas des soignants, elle ne peut venir que des malades passés par là. Ce n'est pas avec de nouveaux médicaments qu'on y arrivera. On dispose déjà d'une panoplie suffisante. Vous dites souvent qu'il faut être à l'écoute des fous. Pourquoi ? J'ai plus d'affinités avec des gens qui ont des troubles psychiques qu'avec des gens normaux. Je me pose beaucoup de questions sur la santé "normale" des gens intégrés. C'est un signe de vitalité de péter les plombs dans une société comme la nôtre. Ce que vous appelez les fous, ce sont les sentinelles de notre société. Ils anticipent les dysfonctionnements. Ce que j'apprécie particulièrement, c'est leur extrême sensibilité, leur créativité et leur lucidité sur les rapports humains, sur les non-dits. Ils ont souvent accès à l'inconscient des autres et ils le disent tout haut, comme une évidence. Le problème est que si on les écoute, cela nous oblige à nous remettre en cause. A quoi ressemble la vie sous neuroleptiques ? Les neuroleptiques peuvent être précieux s'ils sont utilisés à doses modérées et pendant un temps limité. Le problème, c'est que ce sont des médicaments qui, à dose élevée, altèrent la perception de soi-même et de ses sensations. Cela induit une amputation de la personnalité, une camisole ou une lobotomie psychique. Vous savez que l'enfer est pavé de bonnes intentions et on ne peut douter de la bonne foi des pys. Néanmoins, les neuroleptiques sont trop souvent une façon de s'aliéner des individus qui deviennent soumis. Trop de pys n'écoutent pas les gens et ne sont sensibles qu'à la forme, délaissant le fond.

Moi, Elyn SAKS, schizophrène — (article ci-après)

Books février 2011 — extraits

Certains jours, pendant le premier trimestre à la faculté de droit de Yale, « j'avais peur que mon cerveau ne chauffe de plus en plus fort et finisse par exploser, écrit Elyn Saks. Je voyais ma cervelle gicler dans toute la pièce en éclaboussant les murs. Chaque fois que je m'installais à un bureau et tentais de lire, je me surprénais à prendre ma tête entre mes mains pour tout maintenir à l'intérieur ». Son principal souci, au cas où cela se produirait, c'était le risque de blesser quelqu'un.

(...) Elle montre à un ami les lanières de cuir qui servent à l'attacher au lit : il secoue la tête, son visage se crispe. « il a compris. Et cela m'a donné du courage. C'était si naturel de se sentir seule et délaissée ici ; chacun de ceux qui tenaient suffisamment à moi pour venir me voir m'a donné une raison d'espérer que je valais la peine d'être sauvée ». Les neuroleptiques et la thérapie verbale peuvent atténuer les horribles sensations d'isolement liées à la schizophrénie « mais l'amitié peut se révéler toute aussi puissante que les traitements ».

(toujours sous antipsychotiques et en analyse, Elyn SAKS poursuit aujourd'hui une belle carrière universitaire).

Serge KANNAS, psychiatre, directeur de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale : (Pluriels nov, déc 2010)

« Depuis une trentaine d'années, promues par l'OMS, et particulièrement ces 10 dernières années, on voit se développer à l'étranger des recherches montrant que les personnes malades mentales présentant des troubles graves et persistants, en particulier les personnes atteintes de schizophrénie, se rétablissent mieux qu'on ne le croit généralement. Ces données très documentées portent sur des cas de plus en plus nombreux et des durées d'évolution observées de plus en plus longues. Elles tempèrent le modèle pessimiste de formation des professionnels, fondé depuis un siècle sur le concept kraepelinien d'une schizophrénie « maladie chronique à caractère irréversible ».

Les études portent également sur les facteurs de résilience et se combinent avec l'apport des mouvements d'usagers pour partager l'idée que les personnes malades peuvent se rétablir plus souvent, plus vite et mieux si elles bénéficient d'une organisation des soins et des services qui reconnaît davantage leurs choix, et qu'elles peuvent contribuer elles-mêmes au rétablissement d'autres personnes malades par l'expérience qu'elles ont acquise de leur propre rétablissement. »

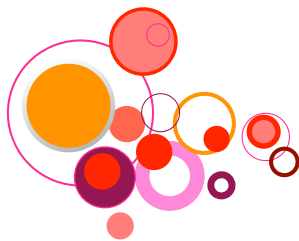
entrée en vigueur au 30 septembre 2013

- ⊙ suppression du statut légal des UMD
- ⊙ distinction de 2 régimes suite à irresponsabilité pénale
- ⊙ suppression du certificat médical du 6-8^e jour
- ⊙ remplacement de l'avis conjoint des 72h par avis sur la prise en charge dans le 2^e certificat des 72h
- ⊙ remplacement de l'avis conjoint pour saisir le juge par l'avis d'un seul psychiatre assurant la prise en charge
- ⊙ réintroduction des sorties d'essai
- ⊙ précisions sur le programme de soins
- ⊙ précisions sur les soins « libres » pour les détenus

au 15 mars 2014

délai pour saisir le JLD du contrôle à 6 mois, porté à 15 jours avant l'expiration de la mesure

La loi précise en son article 14 :
délai applicable aux décisions prises par le JLD statuant à 6 mois, à compter du 15 mars 2014.
Pour toutes les décisions prononcées entre le 1^{er} et le 15 mars 2014, le juge des libertés et de la détention est saisi huit jours au moins avant l'expiration du délai de six mois.



au 1^{er} septembre 2014

- ⊙ délai du juge pour statuer réduit à 12 jours et délai de saisine du juge réduit à 8 jours
- ⊙ tenue de l'audience par principe à l'hôpital
 - ⊙ élargissement de l'obligation de tenir l'audience en chambre du conseil
 - ⊙ interdiction de la visioconférence
 - ⊙ représentation obligatoire par avocat



Situation

Les mesures provisoires concernent la phase antérieure à la décision du préfet (ou éventuellement du directeur d'établissement), et débutent le plus souvent par des interventions sur la voie publique ou à domicile de la police ou la gendarmerie assistant les pompiers ou les personnels de soins.

Elles font courir dès leur commencement la période d'observation de 72h sur laquelle elles sont donc décomptées.

Conditions cumulatives pour les soins sur décision du préfet:

1. Troubles mentaux qui nécessitent des soins
2. Sûreté des personnes (tiers ou elle-même) compromise ou atteinte grave à l'ordre public

(le préfet doit avoir un certificat médical circonstancié extérieur à l'hôpital accueillant art L3213-1 CSP)

Notification des droits

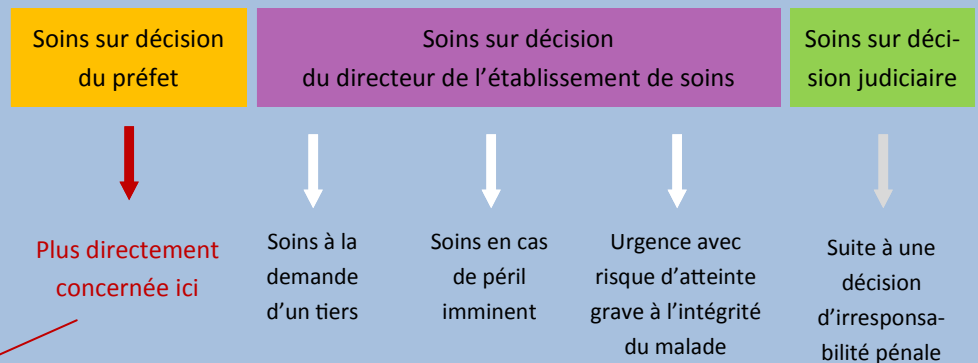
⌚ L'article L3211-3 alinéas 4 et 5 prévoit que la **personne retenue sans son consentement pour des motifs psychiatriques est aussitôt, ou dès que son état le permet, informée de sa situation juridique**, de ses droits, des voies de recours et des garanties ainsi que des décisions prises à son endroit et des raisons qui les motivent. ⌚ Ainsi, **les commissaires de police et maires** doivent dès que la personne est retenue (interpellation, retenue aux urgences... etc), l'informer de ses droits et mentionner dans un procès-verbal l'heure de cette information et le cas échéant l'impossibilité ponctuelle de les notifier et la raison de cette impossibilité dans l'attente que l'état de la personne le permette.

⌚ **En outre, la personne doit avoir été mise à même de présenter ses observations écrites ou orales** (CAA Lyon 3 nov 2011 • art 24 loi 2000-321 du 12 avril 2000)). Mention doit également en être portée dans la procédure.

Si l'avis médical n'est pas suffisamment précis ou motivé

- l'arrêté du préfet pourra être annulé par le tribunal administratif (juridiction judiciaire compétente à partir du 1er janvier 2013)
- Le JLD pourrait décider de lever la mesure d'hospitalisation pour ce motif, s'agissant de libertés individuelles

Rappel : les 3 cas de soins psychiatriques sous contrainte • loi du 5 juillet 2011



Les mesures provisoires

- Compétence du maire ou des commissaires de police à Paris
- Pour « toutes les mesures provisoires nécessaires » • Article L3213-2 CSP
- Conditions cumulatives :
 - En cas de danger imminent pour la sûreté des personnes
 - Un comportement révèle des troubles mentaux manifestes,
- **nécessité d'un avis médical circonstancié attestant des troubles mentaux nécessitant des soins et présentant un danger imminent pour la sûreté des personnes** : le Conseil Constitutionnel (décision n° 2011-174 QPC du 6 octobre 2011) a déclaré contraire à la Constitution les mots « ou, à défaut, par la notoriété publique ». **La référence à la notoriété publique est donc désormais illégale.**
- L'utilisation du terme « avis médical » requiert bien que la personne soit examinée par le médecin mais permet aussi que, si les circonstances l'empêchent, l'avis soit donné même s'il ne peut pas être procédé à cet examen
- La rédaction de l'article L 3213-2 impose que le commissaire ou le maire doit obtenir cet avis médical **dans les plus brefs délais**
- L'avis médical doit être **précis et motivé**. Il doit en outre être **dactylographié** (sauf impossibilité matérielle dûment motivée). Art R3213-3
- En référant dans les 24h au préfet qui doit statuer sans délai. Sans décision du préfet dans les 48h, ces mesures sont caduques.

Fin de la notion de « notoriété publique »

Ainsi, un avis médical circonstancié attestant des troubles mentaux et du danger imminent pour la sûreté des personnes est nécessaire

Attention !

Les mesures provisoires font partir le délai de la « période d'observation et de soins » de 72h au bout de laquelle le choix doit être fait entre rien, hospitalisation ou soins ambulatoires sans consentement (art. 3213-2 alinéa 2).

Le dossier doit donc contenir l'heure de commencement de ces mesures

Le principe reste : les soins libres

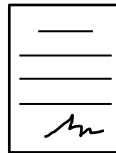
- Ainsi, une personne qui, au cours de la procédure, accepte d'être hospitalisée ou soignée, ne peut faire l'objet d'une procédure de soins contraints (art. L3211-2 al 2)
- Le libre choix du médecin reste un droit fondamental de la personne inscrit dans la loi (art. L3211-1 al 2), même hors du secteur. Ainsi, dans toute la mesure du possible, un contact avec le médecin traitant (si la personne est en mesure de l'indiquer) est important à rechercher, que ce médecin soit un praticien du secteur ou un psychiatre libéral

Cas principaux

Soins à la demande du représentant de l'Etat

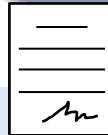
Conditions

1. Troubles mentaux qui nécessitent des soins
2. Sûreté des personnes (tiers ou elle-même) compromise ou atteinte grave à l'ordre public



certificat médical circonstancié extérieur à l'hôpital qui accueille

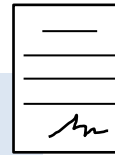
Soins à la demande d'un tiers



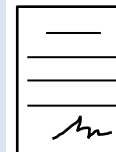
Demande du tiers

Conditions

1. Troubles mentaux rendant impossible le consentement aux soins
2. L'état de la personne impose des soins immédiats assortis d'une surveillance médicale constante en hospitalisation complète ou régulière en ambulatoire



Certificat médical circonstancié extérieur à l'hôpital et de moins de 15j



Certificat médical circonstancié de moins de 15j

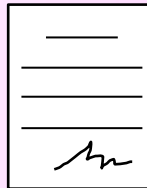
Admission

Arrêté d'hospitalisation motivé

Décision d'admission

Période d'observation

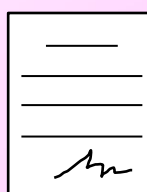
24h



Nouveau certificat médical par un psychiatre de l'établissement d'accueil constatant l'état mental et confirmant la nécessité de maintenir les soins au regard des conditions d'admission (L3211-2-2 al 2)

sinon sortie

72h



Nouveau certificat médical par un psychiatre de l'établissement constatant l'état mental et confirmant la nécessité de maintenir les soins au regard des conditions d'admission (L3211-2-2 al 3)

Ce certificat propose la forme de la prise en charge * Cette proposition est motivée au regard de l'état de santé du patient et de l'expression de ses troubles mentaux (al 4)

sinon sortie

Hospitalisation (complète)

Soins en ambulatoire

sur décision du préfet

3 jours francs
nouvel arrêté

Le JLD :

- est saisi au moins 3j avant l'expiration du délai de 15 j
 - Doit statuer avt l'expiration du délai de 15 j
- Ces délais sont prévus à peine de mainlevée immédiate de la mesure

15 j depuis l'admission

Ts les mois : nouv. certificat
1^{er} arrêté : pour 1 mois
2^e arrêté : pour 3 mois
3^e arrêté et s : pour 6 mois

tous les 6 mois



Ts les mois :
nouv. certificat
Nouvelle décision

sur décision du directeur

décision immédiate

sur décision du préfet



Ts les mois : nouv. certificat
1^{er} arrêté : pour 1 mois
2^e arrêté : pour 3 mois
3^e arrêté et s : pour 6 mois

sur décision du directeur



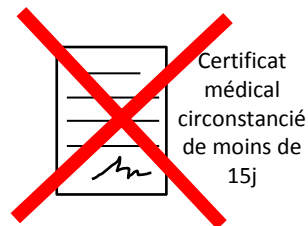
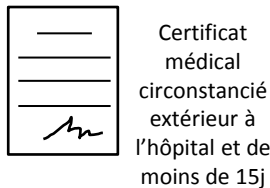
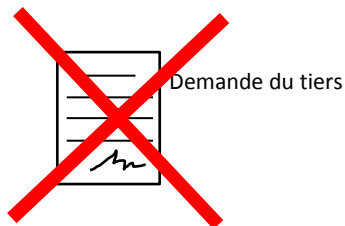
Ts les mois :
nouv. certificat
Nouvelle décision

Pas de contrôle systématique du JLD

Soins sur décision du directeur en cas de péril imminent

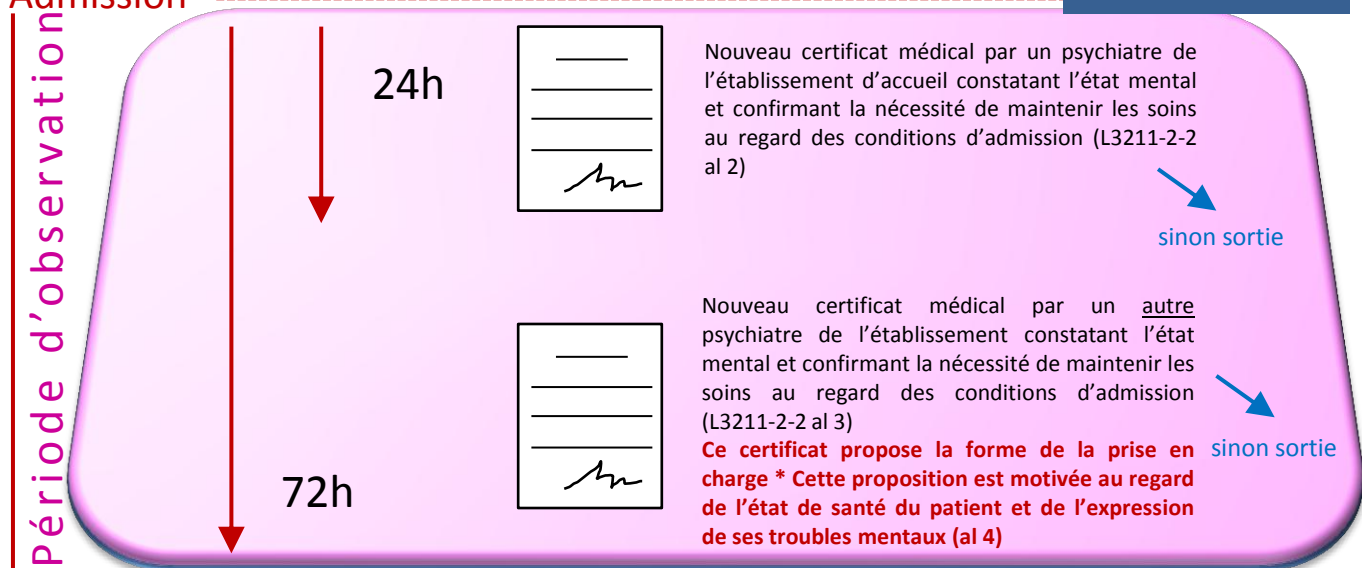
Conditions

1. Troubles mentaux rendant impossible le consentement aux soins
2. L'état de la personne impose des soins immédiats assortis d'une surveillance médicale constante en hospitalisation complète ou régulière en ambulatoire
3. Péril imminent pour la santé de la personne dûment constaté par un certificat médical
4. Impossibilité de recueillir la demande d'un tiers



Admission

Décision d'admission



Hospitalisation (complète)

Soins en ambulatoire

sur décision du directeur
→ décision immédiate

sur décision du directeur



Ts les mois :
nouv. certificat
Nouvelle décision

Le JLD :

- est saisi au moins 3j avant l'expiration du délai de 15 j
 - Doit statuer avt l'expiration du délai de 15 j
- Ces délais sont prévus à peine de mainlevée immédiate de la mesure

15 j depuis l'admission



Ts les mois :
nouv. certificat
Nouvelle décision

tous les 6 mois



Pas de contrôle systématique du JLD

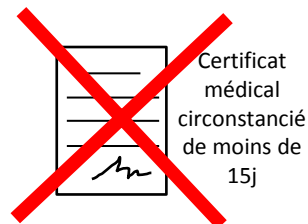
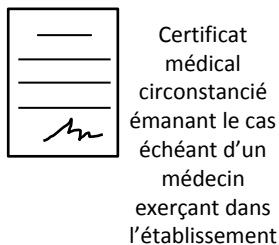
Urgence avec risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade .

L3212-3 CSP

Soins sur décision du directeur en cas de risque grave

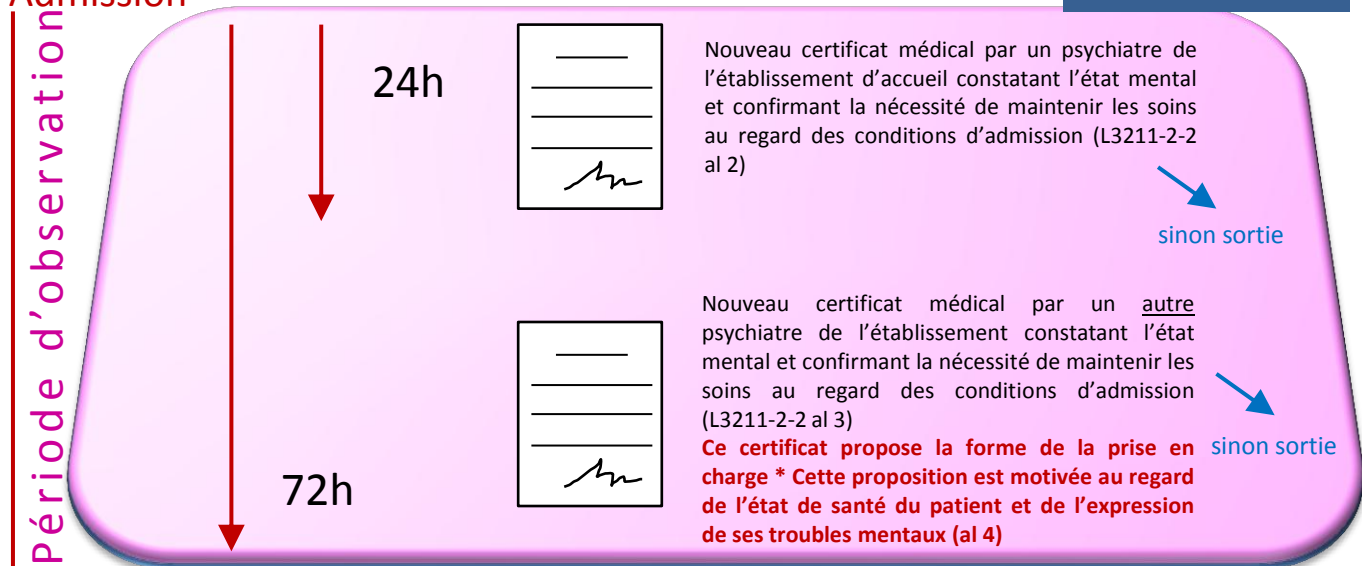
Conditions

1. Troubles mentaux rendant impossible le consentement aux soins
2. L'état de la personne impose des soins immédiats assortis d'une surveillance médicale constante en hospitalisation complète ou régulière en ambulatoire
3. **Urgence : il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade**



Admission

Décision d'admission



Hospitalisation (complète)

Soins en ambulatoire

sur décision du directeur
→ décision immédiate

sur décision du directeur



Ts les mois :
nouv. certificat
Nouvelle décision

Le JLD :
- est saisi au moins 3j avant l'expiration du délai de 15 j
- Doit statuer avt l'expiration du délai de 15 j
Ces délais sont prévus à peine de mainlevée immédiate de la mesure

15 j depuis l'admission



Ts les mois :
nouv. certificat
Nouvelle décision

tous les 6 mois



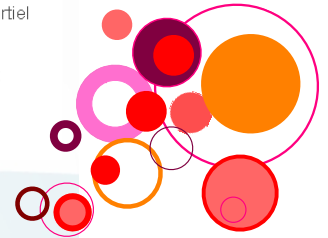
Pas de contrôle systématique du JLD

Les conditions de soins sans consentement en ambulatoire :

1. Troubles mentaux rendant impossible le consentement aux soins
2. L'état de la personne impose des soins immédiats assortis d'une surveillance médicale régulière en ambulatoire
3. Elaboration d'un programme de soins

Formes que peuvent revêtir les soins contraints hors hospitalisation complète

- 1° Une hospitalisation à temps partiel
- 2° Des soins ambulatoires
- 3° Des soins à domicile
- 4° Traitement médicamenteux



Les soins psychiatriques sans consentement en ambulatoire nécessitent l'élaboration d'un programme de soins précédée par un entretien au cours duquel le psychiatre recueille l'avis du patient, notamment sur le programme qu'il propose afin de lui permettre de faire valoir ses observations

Programme de soins

- types de soins
- Lieux des soins
- Périodicité des soins

Le programme de soins en ambulatoire

Art. R3211-1

"Aucune mesure de contrainte ne peut être mise en oeuvre à l'égard d'un patient en programme de soins sans consentement" art. L3211-2-1 III CSP

Ainsi, aucune contrainte sur sa liberté d'aller et de venir, ni aucune contrainte pour se soumettre à un traitement.

L'élaboration du programme et ses modifications sont précédées par un entretien au cours duquel le psychiatre recueille l'avis du patient, notamment sur le programme qu'il propose ou ses modifications, afin de lui permettre de faire valoir ses observations

Généralités

> **établi et modifié par un psychiatre qui participe à la prise en charge de la personne faisant l'objet de soins psychiatriques**
 > mentionne l'identité du psychiatre qui l'établit, celle du patient et le lieu de résidence habituel du

Il précise :

si la prise en charge du patient inclut une ou plusieurs des modalités suivantes

- 1° Une hospitalisation à temps partiel
- 2° Des soins ambulatoires
- 3° Des soins à domicile
- 4° L'existence d'un traitement médicamenteux prescrit dans le cadre des soins psychiatriques

Précisions complémentaires

> la forme que revêt l'hospitalisation partielle en établissement de santé
 > ou la fréquence des consultations ou des visites en ambulatoire ou à domicile
 > et, si elle est prévisible, la durée pendant laquelle ces soins sont dispensés.
 > l'ensemble des lieux où se déroulent ces prises

Précisions

Il ne comporte pas d'indications sur la nature et les manifestations des troubles, ni aucune observation clinique, ni la mention ou les résultats d'examen complémentaires
 Lorsque le programme inclut l'existence d'un traitement médicamenteux, il ne mentionne ni la nature ni le détail de ce traitement, notamment la spécialité, le dosage, la forme galénique, la posologie, la modalité d'administration et la durée

Ce programme de soins peut être modifié à tout moment en fonction de l'évolution du patient

nouveau régime • loi du 27 septembre 2013 publiée au JO du 29 septembre applicable immédiatement

en cas d'irresponsabilité pénale

Dans ce cas, le JLD n'est pas saisi à 15 jours
Le 1er contrôle systématique est celui des 6 mois

Conditions

- > un arrêt ou un jugement de **déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental**,
- > une expertise psychiatrique figurant au dossier de la procédure **établit que les troubles mentaux de l'intéressé nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public**

Forme

- La juridiction de jugement (tribunal correctionnel ou cour d'assises) ou la chambre de l'instruction peut ordonner :
- > **par décision motivée**,
 - > l'admission en soins psychiatriques de la personne, sous la forme d'une hospitalisation complète dans un établissement mentionné à l'article L. 3222-1 du code de la santé publique

Précisions

Le représentant de l'Etat dans le département ou, à Paris, le préfet de police est immédiatement avisé de cette décision.

Le régime de cette hospitalisation est celui prévu pour les admissions en soins psychiatriques prononcées en application de l'article L. 3213-1 du même code.

Pour la mainlevée de l'hospitalisation complète judiciaire

suite à la décision du Conseil constitutionnel QPC 20 avril 2012, le législateur a choisi de maintenir un régime spécial de mainlevée des hospitalisations judiciaires faisant suite à une irresponsabilité pénale, pour les faits ayant revêtus une certaine gravité • applicable au 30 septembre 2013

Si les faits commis sont punis de moins de 5 ans d'emprisonnement pour les atteintes aux personnes ou moins de 10 ans d'emprisonnement pour les atteintes aux biens :

régime de droit commun de la mainlevée par le JLD

Si les faits commis sont punis de + 5 ans d'emprisonnement pour les atteintes aux personnes ou + de 10 ans d'emprisonnement pour les atteintes aux biens :

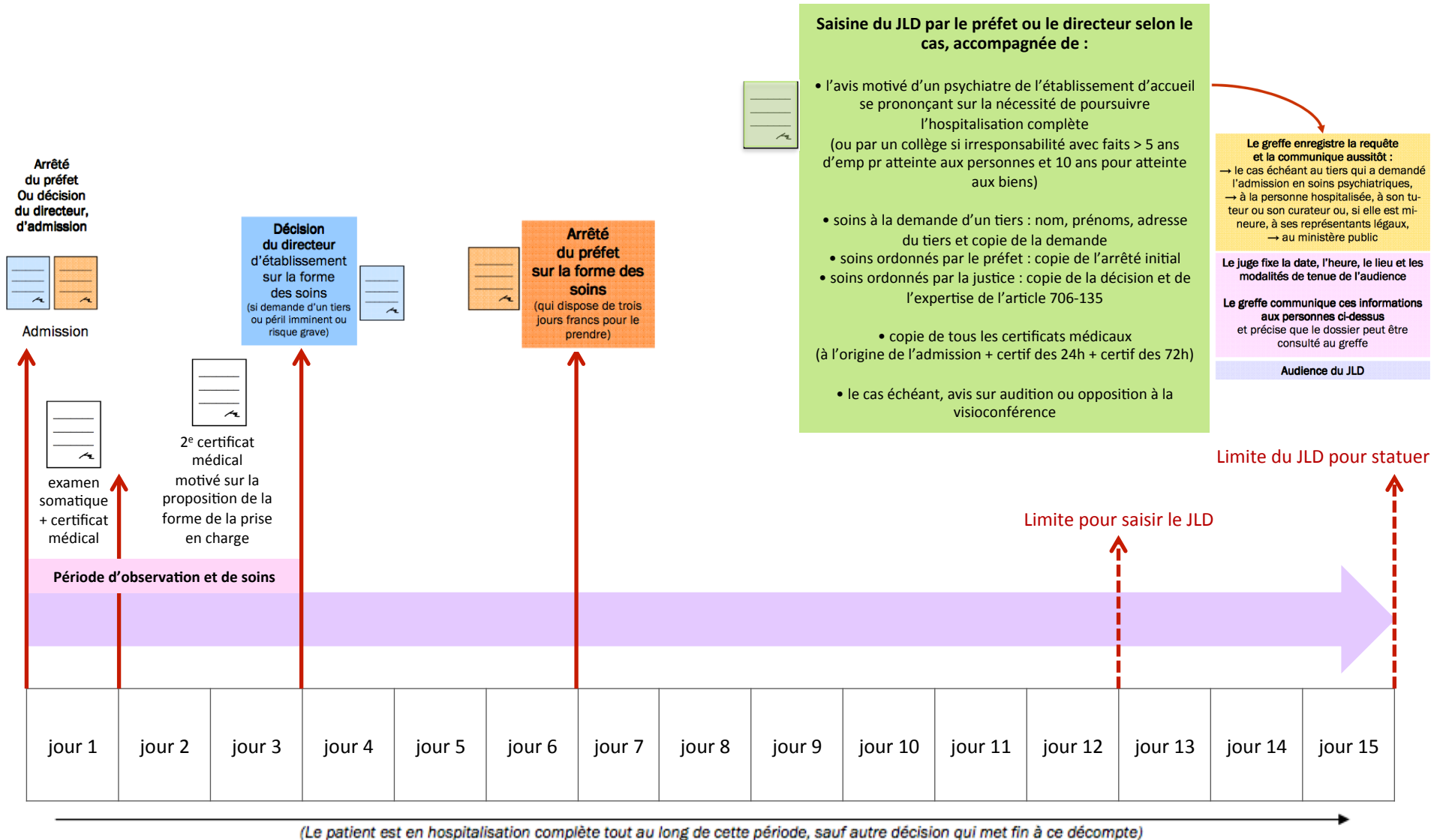
régime spécial de mainlevée par le JLD :

- avis du collège de l'article L3211-9 CSP requis
- 2 expertises établies par des psychiatres inscrits sur les listes de l'article L3213-5-1 CSP

Hospitalisation sans consentement

Rétro planning — Saisine obligatoire du juge des libertés

En cas de maintien envisagé de l'hospitalisation complète au-delà de 15 jours



SAISINE OBLIGATOIRE DU JLD

Code santé publique	L3211-12-1 et R3211-28 et suivants	
Cas concerné(s)	Hospitalisation complète	
Contexte	Le patient fait l'objet d'une hospitalisation complète sans son consentement A l'expiration de délais prévus (15j puis tous les 6 mois), le JLD est obligatoirement saisi	
Auteur de la saisine	→ directeur d'établissement (pr ses décisions) → préfet (pr ses décisions ou celles de l'autorité judiciaire)	
Objet de la saisine	Contrôle de la nécessité de poursuivre l'hospitalisation complète	
Forme de la saisine	Requête transmise par tout moyen au greffe du TGI	
Ces délais sont prévus à peine de mainlevée immédiate de la mesure	Délais de saisine R3211-27	→ 3 jours avant l'expiration du délai pour statuer de 15 jours → 8 jours avant l'expiration du délai pour statuer de 6 mois <i>Si les délais de saisine n'ont pas été respectés, le juge « constate » sans débat la mainlevée immédiate, sauf circonstances exceptionnelles – L3211-12-1 IV al 2</i>
	Délais pour statuer L3211-12-1	→ 15 jours à compter de la décision d'admission → 6 mois à compter de la décision de maintien <i>(prorogation de 14 j à compter de l'ordonnance d'expertise qd elle est obligatoire et à condition qu'elle intervienne avant l'expiration du délai pour statuer)</i> <i>Si le JLD n'a pas statué dans ces délais, la mainlevée est acquise à l'issue de chacun d'eux</i>
Expertises obligatoires L3211-12	si le JLD envisage la mainlevée pour une personne faisant l'objet d'une mesure de soins ordonnée suite à une irresponsabilité pénale pr des faits punis d'au moins 5 ans d'emprisonnement pour les atteintes aux personnes ou 10 ans pour les atteintes aux biens ⇒ 2 expertises	
Conditions à vérifier (cumulatives)	Pour l'hospitalisation sur décision du préfet	Pour l'hospitalisation sur décision du directeur d'établissement
	<ul style="list-style-type: none"> • Existence de troubles mentaux <u>qui nécessitent des soins</u> • <u>Et compromettent la sûreté des personnes</u> ou porte atteinte grave à l'ordre public 	<ul style="list-style-type: none"> • Troubles mentaux rendant impossible le consentement aux soins • L'état de la personne impose des soins immédiats assortis d'une surveillance médicale constante justifiant une hospitalisation complète
	L3211-2 précise que les soins psychiatriques « libres » doivent tjs être privilégiés lorsque l'état de la personne le permet	
Décision du JLD <i>(Le JLD ainsi saisi peut, si une requête a été faite à titre facultatif pour une mainlevée immédiate de la mesure, statuer par une même décision en respectant la procédure de la saisine obligatoire - L3211-12-3)</i>	Mainlevée immédiate (L3211-12-1 III) Les conditions de l'hospitalisation complète ni de soins à domicile ne sont plus remplies Ou les délais de saisine n'ont pas été respectés (juge « constate » sans débat sauf circonstances exceptionnelles – L3211-12-1 IV al 2)	
	Mainlevée avec prise d'effet différée (L3211-12-1 III, al 2) Les conditions de l'hospitalisation complète ne sont plus remplies mais le juge constate que les troubles mentaux existent et nécessitent une surveillance médicale régulière à laquelle la personne n'est pas apte à consentir → décision motivée que la mainlevée ne prendra effet que dans un délai maximal de 24h afin qu'un programme de soins puisse, le cas échéant, être établi par un psychiatre de l'établissement	
	Maintien de l'hospitalisation Les conditions cumulatives de l'hospitalisation complète sont réunies	
Recours	Appel de l'ordonnance devant le Premier président de la cour dans les 10j (R3211-18) de la notification Appel non suspensif sauf demande du procureur dans les 6h en cas de risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade ou d'autrui (L3211-12-4)	

Saisine obligatoire – Les pièces du dossier



Les pièces au dossier



Saisine des 15 jours

Saisine du JLD par préfet ou directeur selon le cas accompagnée de :

> **1 avis conjoint rendu par 2 psychiatres de l'établissement d'accueil désignés par le directeur, dont un seul participe à la prise en charge du patient, avis qui se prononce sur la nécessité de poursuivre l'hospitalisation complète et indiquant si audition impossible pour motifs médicaux**
(ou par un collège si 706-135)

> si soins à la demande d'un tiers : nom, prénoms, adresse du tiers et copie de la demande si soins ordonnés par le préfet : copie de l'arrêté initial
si soins ordonnés par la justice : copie de la décision et de l'expertise de l'art 706-135 CPP

> **une copie de tous les certificats médicaux à savoir :**
certif de 24h, certif de 72h, avis motivé de 72h, certificat entre le 5e et le 8e jour

> le cas échéant l'opposition du patient à la visioconférence

Saisine des 6 mois

> L'origine de la mesure de soins :
* si soins à la demande d'un tiers : nom, prénoms, adresse du tiers et copie de la demande
* si soins ordonnés par le préfet : copie de l'arrêté initial et du dernier arrêté maintenant les soins
* si soins ordonnés par la justice : une copie de la décision et de l'expertise de l'art 706-135 CPP

> **Une copie de tous les certificats médicaux à savoir :**

- certif de 24h, certif de 72h, avis motivé de 72h, l'avis conjoint des 2 psychiatres des 72h, certificat entre le 5e et le 8e jour,
- certificats mensuels postérieurs
- certificats les plus récents sur lesquels se fonde la décision de maintien
- tout autre certificat ou avis médical utile en sa possession

L'avis du collège si personne déclarée irresponsable pénalement ou déjà placée en UMD

> Le cas échéant :

* l'opposition du patient à la visioconférence
* le certificat médical disant l'audition impossible du patient pour motifs médicaux
* le certificat disant n'y avoir obstacle à visioconférence

les certificats médicaux

Tout certificat médical visé dans la loi, dans la procédure des soins contraints, doit :

- constater l'état mental de la personne
- confirmer ou non la nécessité de maintenir les soins psychiatriques au regard des conditions d'admission (soit par le préfet, soit par le directeur d'établissement)
- être circonstancié

La rédaction des certificats médicaux (Recommandations Haute Autorité de Santé) Pour rédiger le certificat, il est nécessaire :

- > que le médecin examine et constate par lui-même les troubles mentaux présentés : il est donc nécessaire qu'il s'entretienne avec le patient ou au moins tente de le faire ;
- > que lorsque le patient ne peut être abordé ou approché et ce de façon exceptionnelle, le certificat le mentionne et précise l'origine des faits rapportés, sans identification des personnes rapportant les faits ;
- > que les faits soient circonstanciés : le médecin doit décrire les symptômes évoquant l'existence de troubles mentaux et les attitudes susceptibles de mettre le patient en péril ;
- > que le médecin précise que les troubles du patient rendent impossible son consentement.



Le certificat entre le 5e et le 8e jour, puis tous les mois

Soins sur décision du directeur d'établissement : L.3212-7

- > certificat circonstancié indiquant si les soins sont toujours nécessaires
- > précise si la forme de la prise en charge de la personne malade décidée en application de l'article L. 3211-2-2 demeure adaptée et, le cas échéant, en propose une nouvelle

Soins sur décision du préfet : L.3213-3

- > certificat circonstancié confirmant ou infirmant, s'il y a lieu, les observations contenues dans les précédents certificats
- > et précisant les caractéristiques de l'évolution des troubles ayant justifié les soins ou leur disparition
- > précise si la forme de la prise en charge du malade décidée en application de l'article L. 3211-2-1 demeure adaptée et, le cas échéant, en propose une nouvelle

Ces certificats sont adressés au JLD si la personne est en hospitalisation complète

Le certificat médical proposant de passer des soins en ambulatoire à l'hospitalisation complète - L.3211-11

- * par le psychiatre qui participe à la prise en charge du patient
- * qui transmet immédiatement au directeur de l'établissement d'accueil
- * un certificat médical circonstancié
- > proposant une hospitalisation complète
- > lorsqu'il constate que la prise en charge de la personne ne permet plus, notamment du fait du comportement de la personne, de dispenser les soins nécessaires à son état
- > pour tenir compte de l'évolution de l'état de la personne (Lorsqu'il ne peut être procédé à l'examen du patient, il transmet un avis établi sur la base du dossier médical de la personne)

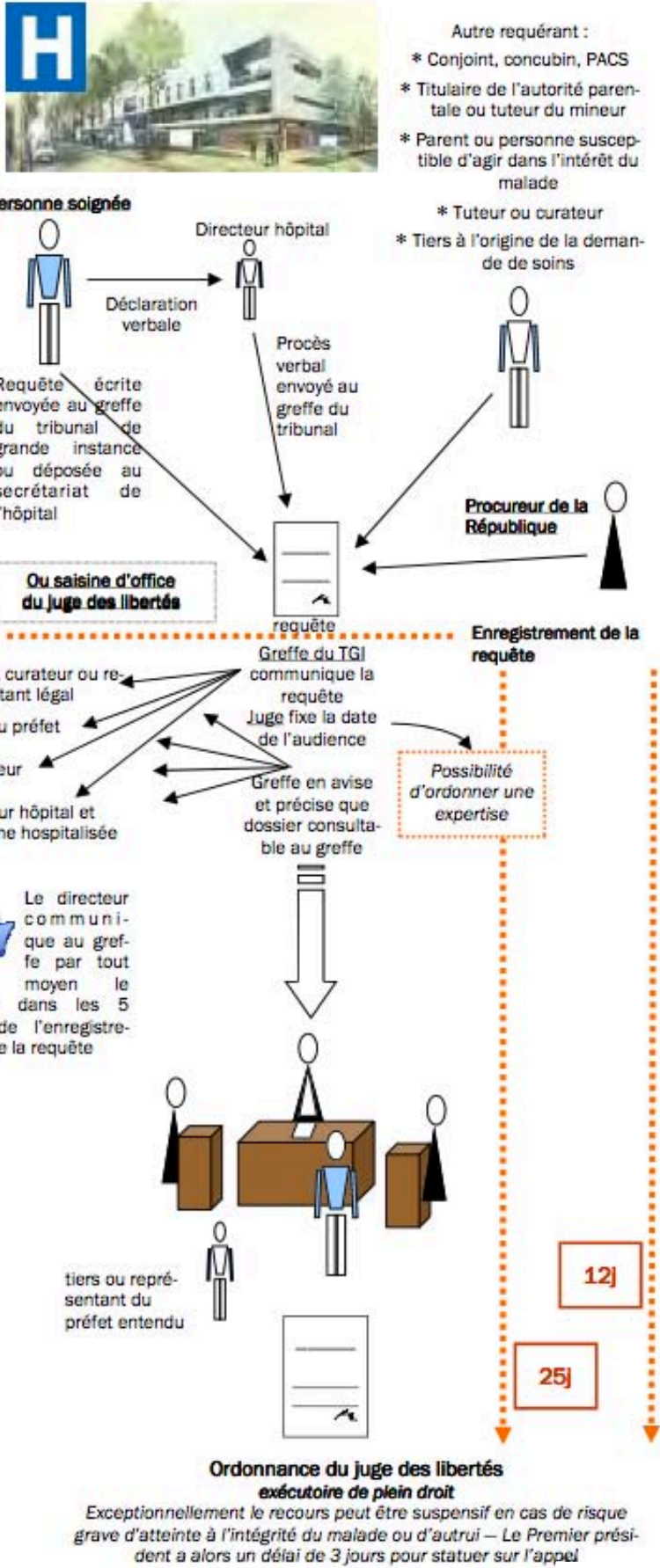
La procédure

L3211-12 CSP

1.-Le juge des libertés et de la détention dans le ressort duquel se situe l'établissement d'accueil peut être saisi, à tout moment, aux fins d'ordonner, à bref délai, la mainlevée immédiate d'une mesure de soins psychiatriques prononcée en application des chapitres II à IV du présent titre ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale, 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. A cette fin, toute personne intéressée peut porter à sa connaissance les informations qu'elle estime utiles sur la situation d'une personne faisant l'objet d'une telle mesure.
(...)



La requête et les pièces - Saisine facultative mainlevée

Code santé publique	R3211-8 et suivants
JLD compétent	Celui dans le ressort duquel se situe l'établissement d'accueil de la personne
Forme et transmission de la requête R3211-8 R3211-9 R3211-10	<p style="text-align: center;">Transmise par tout moyen permettant de dater sa réception au greffe du TGI</p> <p>Quand elle émane de la personne qui fait l'objet de soins, la requête peut être :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Déposée au secrétariat de l'établissement d'accueil - Ou formée par déclaration verbale recueillie par le directeur de l'établissement qui en établit un procès-verbal contenant toutes les mentions prévues pour la requête (ci-dessous) et daté et signé et revêtu de sa signature et de celle du patient <p>⇒ le directeur transmet sans délai la requête ou le PV au greffe du tribunal par tout moyen en joignant les pièces que le patient souhaite produire</p> <p>⇒ dans un délai de 5 jours suivant le dépôt de la requête, le directeur communique au tribunal les pièces visées à l'article R3211-11 (cf ci-dessous)</p> <p>Quand elle est transmise par le directeur de l'établissement, il doit en remettre une copie à la personne concernée hospitalisée dans son établissement (contre émargement)</p>
Mentions de la requête R3211-8	<ul style="list-style-type: none"> • Nom, prénoms, profession, domicile, nationalité, date et lieu de naissance du demandeur Ou en cas de personne morale : forme, dénomination, siège, organe qui la représente également • Nom, prénoms, domicile de la personne qui fait l'objet de soins Le cas échéant l'adresse de l'établissement où elle séjourne Et s'il y a lieu les coordonnées de son tuteur, curateur ou représentants légaux si mineur • L'exposé des faits et l'objet de la requête <ul style="list-style-type: none"> • La requête est datée et signée
Enregistrement de la requête au greffe R3211-10	<p>Dès réception de la requête le greffe l'enregistre et la communique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Selon le cas au tiers qui a demandé l'admission ou au préfet à l'origine de la mesure <ul style="list-style-type: none"> - A la personne qui fait l'objet de soins (sauf si elle est le requérant) S'il y a lieu à son tuteur, curateur ou représentants légaux si mineur <ul style="list-style-type: none"> - Au procureur de la République - Au directeur de l'établissement (sauf s'il l'a lui-même établie ou transmise)
Dossier que le directeur d'établissement communique au tribunal R3211-11	<p style="text-align: center;">Moyen de communication du dossier : D'office ou sur invitation du juge Dans un délai de 5 jours à compter de l'enregistrement de la requête</p> <p style="text-align: center;">Contenu du dossier :</p> <p>⇒ Tous les éléments utiles au tribunal (donc liste ci-dessous pas limitative) Et notamment :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Si soins à la demande d'un tiers : nom, prénoms, adresse du tiers et copie de la demande 2. Si soins ordonnés par le préfet : copie de l'arrêté initial et du dernier arrêté maintenant les soins 3. Si soins ordonnée par la justice, une copie de la décision et de l'expertise de l'art 706-135 CPP <ol style="list-style-type: none"> 4. Une copie de tous les certificats médicaux à savoir : <ul style="list-style-type: none"> →certif de 24h, certif de 72h, avis motivé de 72h, certificat entre le 5^e et le 8^e jour →certificats mensuels postérieurs + les plus récents sur lesquels se fonde la décision de maintien →tout autre certificat ou avis médical utile en sa possession 5. L'avis du collège si personne déclarée irresponsable pénalement ou déjà placée en UMD 6. Le cas échéant : <ul style="list-style-type: none"> * l'opposition du patient à la visioconférence * le certificat médical disant l'audition impossible du patient pour motifs médicaux * le certificat disant n'y avoir obstacle à visioconférence
<p>→ le juge fixe la date, l'heure, le lieu et les modalités de l'audience</p> <p>→ le greffier en avise les parties (v fiche sur la tenue de l'audience)</p>	

Juge des libertés

contrôle de la régularité

- vérification des délais (saisine JLD, interventions des certificats...)
- production de tous les certificats et pièces
 - compétence de l'auteur de la décision administrative, qualité du tiers
 - motivation de la décision d'admission
 - notification des droits et décisions
 - mise en œuvre de la contradiction

= il est résulté de l'irrégularité une atteinte aux droits

contrôle du bien fondé

1. Respect des conditions légales
 - du cas d'hospitalisation visé
 - les certificats médicaux permettent-ils de conclure à la nécessité?
-
2. Caractère adapté, nécessaire et proportionné de la mesure
- = une mesure moins attentatoire aux libertés serait-elle possible ?

Psychiatre

Consentement

- ◎ **l'évaluation du consentement aux soins relève du seul domaine médical**
- la Haute autorité de santé définit 5 aspects que seul un médecin peut évaluer
- la notion de consentement aux soins est sans rapport avec la notion de consentement en droit civil
- la volatilité du consentement ici explique que le consentement donné à l'audience n'ait aucune valeur

Hospitalisation

- objectif à valeur constitutionnelle : la protection de la santé
- la décision médicale de l'hospitalisation sans consentement appartient au psychiatre
- le psychiatre procède à un bilan « bénéfico-risque » qu'il peut revoir à tout moment

Nécessité des certificats

⊙ **sans les certificats légalement prévus, le juge ne peut pas exercer son contrôle**

⊙ le législateur confie à un médecin spécialisé en psychiatrie d'évaluer les troubles psychiques qui rendent nécessaires les soins sans consentement

⊙ l'absence de production d'un de ceux-ci entraîne la **mainlevée de la mesure** au titre du contrôle de la régularité



Contrôle des motifs

⊙ **le juge doit rechercher en premier lieu si les certificats produits sont suffisamment précis et circonstanciés au regard des conditions exigées pour des soins sans consentement**

- le juge doit décliner les conditions et voir si les certificats y répondent
- en aucun cas le certificat médical peut se contenter de reprendre les termes de la loi
- ni nommer un trouble sans en décrire les conséquences sur le consentement et la nécessité de l'hospitalisation

Impossible substitution

• en aucun cas le juge ne peut substituer sa propre évaluation médicale à celle du médecin

• en cas de doute sur le caractère nécessaire, adapté et proportionné de la mesure, le juge peut toujours ordonner une expertise



Le contrôle de la régularité de la mesure

1. Que recouvre le contrôle de la régularité ?

Art. L3216-1 CSP – La régularité des décisions administratives prises en application des chapitres II à IV du présent titre ne peut être contestée que devant le juge judiciaire.

Le juge des libertés et de la détention connaît des contestations mentionnées au premier alinéa du présent article dans le cadre des instances introduites en application des articles L. 3211-12 et L. 3211-12-1. Dans ce cas, l'irrégularité affectant une décision administrative mentionnée au premier alinéa du présent article n'entraîne la mainlevée de la mesure que s'il en est résulté une atteinte aux droits de la personne qui en faisait l'objet.

Lorsque le tribunal de grande instance statue sur les demandes en réparation des conséquences dommageables résultant pour l'intéressé des décisions administratives mentionnées au premier alinéa, il peut, à cette fin, connaître des irrégularités dont ces dernières seraient entachées.

On entend par contrôle de régularité des décisions administratives la vérification par le juge que les décisions prises l'ont été selon les formes et conformément aux procédures prévues par la loi et les règlements

- **il appartient au juge, notamment, de vérifier la régularité de la procédure**
 - de vérifier le délai de sa saisine (hors délai = mainlevée)
 - de vérifier comment le patient est entré dans le soin : décisions produites ? Autorité et tiers compétent ? Décisions motivées ?
 - de vérifier que les certificats initiaux, et les avis sont joints

- **et de voir si une « atteinte aux droits de la personne en est résultée »**
 - la loi ne qualifie pas l'atteinte • elle n'exige ni une atteinte « grave » • ni une atteinte « particulière » • donc c'est toute irrégularité, qui entraîne **une atteinte quelconque aux droits**
 - la loi n'exige pas non plus que cette atteinte aux droits ait entamé le bien fondé de la mesure de soins sans consentement • sinon les deux contrôles (régularité et bien fondé) se confondraient
 - « l'atteinte aux droits » est très courant en procédure civile • c'est le grief

2. Éléments de procédure

- saisi hors délai, le juge « ordonne la mainlevée » • présent donc impératif • il doit le faire, il s'agit d'un décompte obligatoire et d'une décision obligatoire • en effet, il s'agit dans ce cas d'une rétention arbitraire
- le juge peut soulever d'office les autres moyens • il n'est pas obligé de le faire • conséquences sur le contradictoire (art 16 cpc) : le mettre dans le débat pour les parties présentes à l'audience
- le juge judiciaire n'est pas soumis à la jurisprudence antérieure du Conseil d'Etat • si elle peut être une aide dans certains cas, le juge judiciaire est totalement libre dans son appréciation de l'irrégularité, jusqu'en décembre 2012 jugée par le juge administratif • en effet, les ordres de juridictions différents, les critères

différents (légalité interne – externe n'existe pas en matière judiciaire + critère légal propre fixé par l'article L3216-1 CSP)

- le juge n'a pas à rechercher à partir de quand la procédure est irrégulière : il prononce la mainlevée.
- moyen de défense au fond • Car l'irrégularité soulevée devant le JLD constitue un moyen de la demande principale en mainlevée • pas « *in limine litis* » mais en tout état de cause • pas d'inversion dans la parole donnée à l'audience • mais à traiter en premier, avant le bien fondé
- conséquence : « ordonne la mainlevée » • le juge judiciaire ne peut pas annuler la décision administrative •

3. Irrégularités et atteinte aux droits

1. Vérification et décompte des délais

- saisi hors délai, le juge « constate sans débat que la mainlevée est acquise » • présent donc impératif • il doit le faire, il s'agit d'un décompte obligatoire et d'une décision obligatoire • l'atteinte aux droits est caractérisée
 - antérieur même au contrôle de la régularité, c'est le contrôle du délai de saisine •
 - **article L3211-12-1** « Lorsque le juge des libertés et de la détention n'a pas statué dans les délais mentionnés au I, la mainlevée est acquise à l'issue de chacun de ces délais » • *Si le juge des libertés et de la détention est saisi après l'expiration du délai, il constate sans débat que la mainlevée de l'hospitalisation complète est acquise, à moins qu'il ne soit justifié de circonstances exceptionnelles à l'origine de la saisine tardive et que le débat puisse avoir lieu dans le respect des droits de la défense.*
 - article L3211-12-1 prévoit que le JLD statue avant l'expiration d'un délai de quinze jours à compter de la décision d'admission •
 - attention, cette admission est l'admission initiale • donc à compter du moment où la personne est retenue sans son consentement •
 - **d'ailleurs, les mesures provisoires doivent être incluses dans ce délai de 15 j (L3213-2 alinéa 2)**

2. La production de tous les certificats médicaux naturellement

- **s'il en manque un pour l'admission : irrégularité de la décision d'admission initiale**
 - **idem pour les 2 certifs de 24h, 72h qui entraînent une nouvelle décision du directeur et du préfet**
 - **et l'avis du psychiatre pour saisir le juge : il est nécessaire pour le contrôle systématique**
- s'il en manque un : cette absence constitue une irrégularité
 - cette absence porte nécessairement atteinte aux droits car chacun détermine une décision ou une saisine

3. Décision • compétence de l'auteur • qualité du tiers • motivation • notification

Compétence de l'auteur

- Nom et qualité du signataire • Lisibilité de la signature

L'article 4 de la loi n° 2000-321 du 12 avril 2000, relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations, prévoit que toute décision prise par une autorité administrative mentionnée

à l'article 1er de la loi doit comporter outre la signature de son auteur, la mention, en caractère lisible, du prénom, du nom et de la qualité de celui-ci.

La jurisprudence est souple sur le prénom s'il n'y a pas de confusion possible

- Délégation de signatures

L'article L. 6143-7 du code de la santé publique prévoit que le directeur d'un établissement public de santé «peut déléguer sa signature dans des conditions déterminées par décret ».

Les articles D.6143-33 à D.6143-35 du code précité indiquent que :

- « Toute délégation doit mentionner :

1° Le nom et la fonction de l'agent auquel la délégation a été donnée ;

2° La nature des actes délégués ;

3° Eventuellement, les conditions ou réserves dont le directeur juge opportun d'assortir la délégation
« Les délégations mentionnées à la présente sous-section, de même que leurs éventuelles modifications sont notifiées aux intéressés et publiées par tout moyen les rendant consultables. Elles sont communiquées au conseil de surveillance et transmises sans délai au comptable de l'établissement lorsqu'elles concernent des actes liés à la fonction d'ordonnateur des dépenses

Lorsque le moyen est soulevé par une partie, deux questions doivent être posées :

- à la date de l'acte, l'auteur bénéficiait-il d'une délégation de signature ? Si oui, quelle était la nature de cette délégation et quelle était sa durée ?

- la délégation de signature a-t-elle été publiée ?

Si l'auteur de la décision est incompétent à la date de la décision, l'irrégularité est de plein droit. Il n'y a pas de régularisation possible.

Qualité du tiers

1° la qualité du tiers

La loi du 5 juillet 2011 a précisé la notion de tiers :

L 3212-1 II CSP dispose en effet que le directeur de l'établissement prononce la décision d'admission lorsqu'il a été saisi d'une « *demande présentée par un membre de la famille du malade ou par une personne justifiant de l'existence de relations avec le malade antérieures à la demande de soins et lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celui-ci, à l'exclusion des personnels soignants exerçant dans l'établissement prenant en charge la personne malade* ». L'article précise que le tuteur ou le curateur du malade est recevable s'il remplit les conditions sus-évoquées.

Cette qualité du tiers est une condition légale des soins sous contrainte.

Si le tiers n'entre pas dans cette description, la demande de ce tiers n'est pas recevable et partant, l'hospitalisation à la demande d'un tiers par le directeur pas régulière.

La seule possibilité serait de recourir au « péril imminent », s'il existe.

2° forme de la demande d'hospitalisation par le tiers

La demande du tiers est très formelle. 5 mentions obligatoires énumérées à l'article R3212-1 CSP:

1° La formulation de la demande d'admission en soins psychiatriques

2° Les nom, prénoms, date de naissance et domicile de la personne qui demande les soins et celle pour laquelle ils sont demandés

3° Leur degré de parenté ou la nature des relations existant entre elles avant la demande de soins

4° La date

5° La signature

Si la personne qui demande les soins ne sait pas ou ne peut pas écrire, la demande est reçue par le maire, le commissaire de police ou le directeur de l'établissement qui en donne acte. »

A noter : cet article requiert que la qualité du tiers (relations existant entre elles avant la demande de soins) soit précisée dans la demande.

La seule mention « ami » semble à cet égard insuffisante.

L'atteinte aux droits est patente s'agissant de l'acte au départ de la mesure.

Motivation de la décision

Principe

Pour le préfet : viser article L3213-1 CSP sans avoir besoin de rechercher la loi de 1979 car le CSP prévoit expressément que les arrêtés préfectoraux qui prononcent l'admission en soins psychiatriques *“sont motivés et énoncent avec précision les circonstances qui ont rendu l'admission en soins nécessaire”*

Si l'arrêté du préfet se contente de viser le certificat médical initial sans s'en approprier les termes ni l'annexer • décision pas motivée • grief : évident : on ne sait pas sur quel fondement et quels motifs la mesure restrictive de liberté est prise • mainlevée

Pour le directeur d'établissement

Certains arguaient de ce que le texte du code de la santé publique issu de la loi de 2011 ne pose à aucun moment l'exigence d'une formalisation de leur décision. Ils ajoutent que le Conseil d'Etat dans une décision du 16 avril 2012 énoncé qu'une décision d'admission n'a pas à être formalisée par écrit.

En réalité, la formalisation écrite d'une décision motivée par le directeur d'établissement est nécessaire

On peut motiver l'exigence de motivation de la manière suivante : (cf CA DIJON 22 mars 2013)

1. L'article L3212-1 II CSP énonce que le directeur prononce la décision d'admission cette dernière étant « accompagnée » de deux certificats médicaux et moins de 15 jours attestant que les conditions de l'hospitalisation sous contrainte à la demande d'un tiers est remplie
2. si à la différence de l'article L3213-1 CSP qui précise expressément les éléments de motivation que doit fournir le préfet dans sa décision d'hospitalisation sous contrainte, la loi ne soumet pas la décision du directeur d'établissement à une obligation de motivation spécifique, il n'en demeure pas moins qu'elle doit répondre à l'exigence générale de motivation des actes administratifs : viser les articles 1^{er} et 3 de la loi 79-587 du 11 juillet 1979 qui prévoient que les décisions administratives individuelles qui restreignent l'exercice des libertés publique doivent être motivées, cette motivation devant être *« écrite et comporter l'énoncé des considérations de droit et de fait qui constituent le fondement de la décision »*

3. Nécessaire atteinte aux droits de la personne

CA Dijon 22 mars 2013

Attendu que cette absence (de jonction ou d'incorporation du contenu des certificats médicaux constituant le fondement de la décision du directeur d'admission en SDT dont il est question), alors que le directeur n'a pas repris, au moins de manière synthétique, les éléments médicaux retenus par les médecins, et constituant le support de sa décision, a privé Mme X de la connaissance des motifs médicaux qui fondaient la décision d'hospitalisation complète prise à son égard.

Attention : dans le cas de l'état du malade, incapable de comprendre à ce moment là les raisons de son hospitalisation, ce n'est pas la motivation qui est retardée bien sûr, mais la notification de la décision (retardée jusqu'à ce que le malade puisse la recevoir)

Quel contrôle ?

Le JLD doit vérifier que les considérations de droit et de fait énoncées dans la décision permettaient d'en connaître les motifs à sa seule lecture.

Ceci n'est que la reprise de la jurisprudence antérieure du Conseil d'Etat dans l'arrêt DESLANDES du 9 novembre 2001 qui énonce : « *l'autorité administrative, lorsqu'elle prononce ou maintient l'hospitalisation d'office d'un aliéné, doit indiquer dans sa décision les éléments de droit ou de fait qui justifient cette mesure : que si elle peut- satisfaire à cette exigence de motivation en se référant au certificat médical circonstancié qui doit être nécessairement établi avant la décision préfectorale, c'est à la condition de s'en approprier le contenu et de joindre ce certificat à la décision* ».

La notification des décisions et la recherche de l'avis avant toute modification de la mesure

1° la notification des décisions

L'article L3211-3 alinéa 2 prévoit que le patient est tout d'abord informé du projet de décision et mis à même de faire valoir ses observations.

Le code de la santé publique prévoit ensuite expressément à l'article L3211-3 la notification des décisions prises (décision de soins psychiatriques sans consentement, maintien, ou précisant la forme de la prise en charge) et des raisons qui les motivent : « En outre, toute personne faisant l'objet de soins psychiatriques en application des chapitres II et III du présent titre ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale est informée le plus rapidement possible et d'une manière appropriée à son état, de la décision d'admission et de chacune des décisions mentionnées au deuxième alinéa du présent article, ainsi que des raisons qui les motivent »

Si la notification se révèle impossible du fait de l'état de santé du patient, et doit être différée, le dossier administratif devra le mentionner, donner le motif de ce report, et dire à quel moment cette notification a finalement été possible.

Si le juge administratif a pu considérer que le moyen du défaut de notification de la décision était inopérant car il se plaçait à la date de la décision pour apprécier sa légalité et non après (au moment de sa notification), le JLD se trouve dans une toute autre situation : dans la procédure qui lui est soumise avant l'expiration des 15 jours ou 6 mois d'hospitalisation par exemple, les décisions sont multiples et un défaut de notification d'une décision peut avoir des conséquences sur la régularité de la suivante, intervenue avant la saisine du JLD.

2° la notification des droits

La personne doit être informée :

–de sa situation juridique

–de ses droits

–des voies de recours et des garanties de l'article L3211-12-1 (saisine systématique du JLD)

Les droits sont énumérés de manière non limitative (« en tout état de cause ») par l'article L3211-3 alinéa 5 et sont :

1° De communiquer avec les autorités mentionnées à l'article L. 3222-4 (représentant de l'Etat dans le département ou son représentant, président du tribunal de grande instance ou son délégué, procureur de la République dans le ressort duquel est situé l'établissement, et maire de la commune ou son représentant)

2° De saisir la commission prévue à l'article L. 3222-5 (commission départementale des soins psychiatriques) et, lorsqu'elle est hospitalisée, la commission mentionnée à l'article L. 1112-3 ;

3° De porter à la connaissance du Contrôleur général des lieux de privation de liberté des faits ou situations susceptibles de relever de sa compétence ;

4° De prendre conseil d'un médecin ou d'un avocat de son choix ; 5° D'émettre ou de recevoir des courriers ;

6° De consulter le règlement intérieur de l'établissement et de recevoir les explications qui s'y rapportent ;

7° D'exercer son droit de vote ;

8° De se livrer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix.

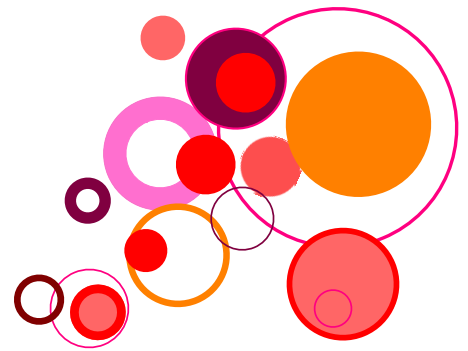
Délai pour cette notification : immédiatement : « dès l'admission ou aussitôt que son état le permet et par la suite, à sa demande et après chacune des décisions... » - article L3211-3 alinéa 3.

Exemples de décisions de JLD • « ... *qu'à aucun moment l'intéressée n'a été informée d'aucun de ses droits à la suite de la décision de réintégration en soins psychiatriques sous la forme d'une hospitalisation complète, décision qui ne figure d'ailleurs pas à la procédure. Il n'apparaît pas, par ailleurs, des éléments figurant à la procédure, qu'elle se soit trouvée dans l'incapacité d'être informée de ses droits. Il en résulte qu'il a été porté atteinte aux droits* de Mme X... et que la mesure d'hospitalisation complète dont elle fait l'objet doit être levée ... » (JLD Versailles – 23 mai 2012 - Le JLD visait alors une « atteinte disproportionnée » pour justifier la compétence du juge judiciaire - avant le transfert de compétence).

3° La mise en oeuvre de la contradiction

L'article L3211-3 alinéa 2 CSP précise que « Avant chaque décision prononçant le maintien des soins en application des articles L. 3212-4, L. 3212-7 et L. 3213-4 ou définissant la forme de la prise en charge en application des articles L. 3211-12-5, L. 3212-4, L. 3213-1 et L. 3213-3, **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** »

Dans toutes les procédures donc, l'administration devra indiquer comment cette information a été donnée et les observations du patient recueillies, et justifier, le cas échéant, des difficultés rencontrées pour les recueillir.



La décision de siéger à l'hôpital est prise par le JLD
(jusqu'au 31 août 2014)

Conditions

- > une salle d'audience **spécialement aménagée** pour assurer :
 - la **clarté**,
 - la **sécurité**
 - la **sincérité** des débats
 - et l'accès du public

Où ?

- > sur l'emprise de l'établissement d'accueil
La salle doit se trouver hors de l'unité fermée pour répondre aux exigences du Conseil constitutionnel comme en matière de droit des étrangers (décision 2003-484). D'autant que la décision doit être rendue publiquement

Audience

Sur décision du JLD

L'audience a lieu par principe au tribunal de grande instance, jusqu'au 31 août 2013. Le JLD peut toutefois décider de siéger à l'hôpital dans la salle ainsi aménagée

(Nota : à compter du 1er septembre 2014, le principe sera inversé)

Précisions

La salle doit être identifiée et signalée au sein de l'établissement en tant que telle.

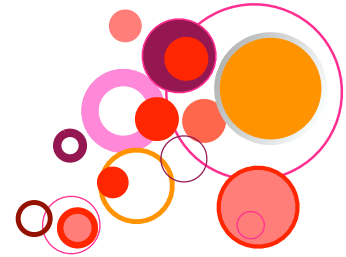
Son accès doit être public, ses portes ouvertes
Sauf audience en chambre du conseil

Art L3211-12-2 alinéas 3 et 4 CSP

Le juge des libertés et de la détention statue au siège du tribunal de grande instance. Toutefois, si une salle d'audience a été spécialement aménagée sur l'emprise de l'établissement d'accueil pour assurer la clarté, la sécurité et la sincérité des débats et permettre au juge de statuer publiquement, celui-ci peut décider de statuer dans cette salle.

Lorsque le juge des libertés et de la détention décide de statuer dans cette salle, le président du tribunal de grande instance peut, en cas de nécessité, autoriser qu'une seconde audience soit tenue le même jour au siège du tribunal de grande instance.

Attention • à compter du 1^{er} septembre 2014,
l'audience ne pourra plus être prise en
visioconférence



Le recours à la visioconférence est décidé par le juge des libertés

Conditions

1° Un **avis médical** a attesté que l'état mental de la personne ne fait pas obstacle à ce procédé
2° Le directeur de l'établissement d'accueil s'est assuré de l'accord exprès du patient

Les modalités

> Sur **décision du JLD**
> Un PV des opérations effectuées est dressé dans chacune des deux salles d'audience **ouvertes au public**
> Pour la tenue des débats en chambre du conseil (cf supra), il est procédé sans public dans chacune des salles d'audience (L111-12 COJ)

L'avocat

(si le patient en a un)

> **soit auprès du magistrat**. Dans ce cas, l'avocat doit pouvoir s'entretenir avec le patient, de façon confidentielle, en utilisant la visioconférence
> **soit auprès du patient**. Alors une copie de l'intégralité du dossier doit être mise à sa disposition dans les locaux de l'établissement (sauf si déjà remise)

La rencontre avec le juge

Avis de psychiatres experts
Le certificat médical doit assurer que le recours à la visioconférence ne risque pas de renforcer la conviction de certains patients d'être suivis, épiés, ou persécutés.
L'entrée en relation humaine avec le juge doit être privilégiée tant que possible

L3211-12-2 in fine

Le juge des libertés et de la détention peut également décider que l'audience se déroule dans la salle d'audience mentionnée au troisième alinéa du présent article avec l'utilisation de moyens de télécommunication audiovisuelle dans les conditions prévues à l'article L. 111-12 du code de l'organisation judiciaire lorsque les conditions suivantes sont réunies :

1° Un avis médical a attesté que l'état mental de la personne ne fait pas obstacle à ce procédé ;
2° Le directeur de l'établissement d'accueil s'est assuré de l'absence d'opposition du patient.

Il est alors dressé, dans chacune des deux salles d'audience ouvertes au public, un procès-verbal des opérations effectuées.

Si le patient est assisté par un avocat, celui-ci peut se trouver auprès du magistrat ou auprès de l'intéressé. Dans le premier cas, l'avocat doit pouvoir s'entretenir avec le patient, de façon confidentielle, en utilisant le moyen de télécommunication audiovisuelle. Dans le second cas, une copie de l'intégralité du dossier doit être mise à sa disposition dans les locaux de l'établissement, sauf si elle lui a déjà été remise.

Avis du Contrôleur général des lieux de privation de liberté du 14 octobre 2011 relatif à l'emploi de la visioconférence à l'égard de personnes privées de liberté

• extrait

« Dans de nombreux autres cas toutefois, la visioconférence constitue un affaiblissement des droits de la défense en ce qu'elle met fin à la présence physique du comparant qui est aussi un moyen d'expression (d'autant plus que bon nombre de prévenus ont de grandes difficultés à s'exprimer oralement). Elle suppose une facilité d'expression devant une caméra ou devant un pupitre et une égalité à cet égard selon les personnes qui sont loin d'être acquises, notamment pour celles souffrant d'affections mentales. Dans les cas où la personne bénéficie d'un avocat, ce dernier est contraint d'avoir à choisir entre se trouver auprès du juge (ce qui se fait dans la majorité des cas) ou demeurer auprès de son client : les liens avec l'un ou l'autre s'en trouvent moins aisés et la tâche du conseil rendue plus difficile. Des aléas techniques peuvent accentuer les difficultés (montrer un document, contester la présentation d'un objet...) »

Chapitre 1^{er} : Droits des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques

Article L3211-1

Une personne ne peut sans son consentement ou, le cas échéant, sans celui de son représentant légal, faire l'objet de soins psychiatriques, hormis les cas prévus par les chapitres II à IV du présent titre et ceux prévus à l'article 706-135 du code de procédure pénale.

Toute personne faisant l'objet de soins psychiatriques ou sa famille dispose du droit de s'adresser au praticien ou à l'équipe de santé mentale, publique ou privée, de son choix tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du secteur psychiatrique correspondant à son lieu de résidence.

Article L3211-2

Une personne faisant l'objet de soins psychiatriques avec son consentement pour des troubles mentaux est dite en soins psychiatriques libres. Elle dispose des mêmes droits liés à l'exercice des libertés individuelles que ceux qui sont reconnus aux malades soignés pour une autre cause.

Cette modalité de soins est privilégiée lorsque l'état de la personne le permet.

Article L3211-2-1

I.-Une personne faisant l'objet de soins psychiatriques en application des chapitres II et III du présent titre ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale est dite en soins psychiatriques sans consentement.

La personne est prise en charge :

1° Soit sous la forme d'une hospitalisation complète dans un établissement mentionné à l'article L. 3222-1 du présent code ;

2° Soit sous toute autre forme, pouvant comporter des soins ambulatoires, des soins à domicile dispensés par un établissement mentionné au même article L. 3222-1 et, le cas échéant, une hospitalisation à domicile, des séjours à temps partiel ou des séjours de courte durée à temps complet effectués dans un établissement mentionné audit article L. 3222-1.

II.-Lorsque les soins prennent la forme prévue au 2° du I, un programme de soins est établi par un psychiatre de l'établissement d'accueil et ne peut être modifié, afin de tenir compte de l'évolution de l'état de santé du patient, que dans les mêmes conditions. Le programme de soins définit les types de soins, leur périodicité et les lieux de

leur réalisation, dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'Etat.

Pour l'établissement et la modification du programme de soins, le psychiatre de l'établissement d'accueil recueille l'avis du patient lors d'un entretien au cours duquel il donne au patient l'information prévue à l'article L. 3211-3 et l'avis des dispositions du III du présent article et de celles de l'article L. 3211-11.

III.-Aucune mesure de contrainte ne peut être mise en œuvre à l'égard d'un patient pris en charge sous la forme prévue au 2° du I.

Article L3211-2-2

Lorsqu'une personne est admise en soins psychiatriques en application des chapitres II ou III du présent titre, elle fait l'objet d'une période d'observation et de soins initiale sous la forme d'une hospitalisation complète.

Dans les vingt-quatre heures suivant l'admission, un médecin réalise un examen somatique complet de la personne et un psychiatre de l'établissement d'accueil établit un certificat médical constatant son état mental et confirmant ou non la nécessité de maintenir les soins psychiatriques au regard des conditions d'admission définies aux articles L. 3212-1 ou L. 3213-1. Ce psychiatre ne peut être l'auteur du certificat médical ou d'un des deux certificats médicaux sur la base desquels la décision d'admission a été prononcée.

Dans les soixante-douze heures suivant l'admission, un nouveau certificat médical est établi dans les mêmes conditions que celles prévues au deuxième alinéa du présent article.

Lorsque les deux certificats médicaux ont conclu à la nécessité de maintenir les soins psychiatriques, le psychiatre propose dans le certificat mentionné au troisième alinéa du présent article la forme de la prise en charge mentionnée aux 1° et 2° du I de l'article L. 3211-2-1 et, le cas échéant, le programme de soins. Cette proposition est motivée au regard de l'état de santé du patient et de l'expression de ses troubles mentaux.

Article L3211-2-3

Lorsqu'une personne remplissant les conditions pour être admise en soins psychiatriques prévues aux chapitres II et III du présent titre est prise en charge en urgence par un établissement de santé qui n'exerce pas la mission de service public mentionnée au 11° de l'article L. 6112-1, son transfert vers un établissement exerçant cette mission est organisé, selon des modalités prévues par convention, dans des délais adaptés à son état de santé et au plus tard sous quarante-huit heures. La période d'observation et de soins initiale mentionnée

à l'article L. 3211-2-2 prend effet dès le début de la prise en charge.

Article L3211-3

Lorsqu'une personne atteinte de troubles mentaux fait l'objet de soins psychiatriques en application des dispositions des chapitres II et III du présent titre ou est transportée en vue de ces soins, les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées à son état mental et à la mise en œuvre du traitement requis. En toutes circonstances, la dignité de la personne doit être respectée et sa réinsertion recherchée.

Avant chaque décision prononçant le maintien des soins en application des articles L. 3212-4, L. 3212-7 et L. 3213-4 ou définissant la forme de la prise en charge en application des articles L. 3211-12-5, L. 3212-4, L. 3213-1 et L. 3213-3, 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.

En outre, toute personne faisant l'objet de soins psychiatriques en application des chapitres II et III du présent titre ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale 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 mentionnées au deuxième alinéa du présent article, 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 au même deuxième alinéa, de sa situation juridique, de ses droits, des voies de recours qui lui sont ouvertes et des garanties qui lui sont offertes en application de l'article L. 3211-12-1.

L'avis de cette personne sur les modalités des soins doit être recherché et pris en considération dans toute la mesure du possible.

En tout état de cause, elle dispose du droit :

1° De communiquer avec les autorités mentionnées à l'article L. 3222-4 ;

2° De saisir la commission prévue à l'article L. 3222-5 et, lorsqu'elle est hospitalisée, la commission mentionnée à l'article L. 1112-3 ;

3° De porter à la connaissance du Contrôleur général des lieux de privation de liberté des faits ou situations susceptibles de relever de sa compétence ;

4° De prendre conseil d'un médecin ou d'un avocat de son choix ;

5° D'émettre ou de recevoir des courriers ;

6° De consulter le règlement intérieur de l'établissement et de recevoir les explications qui s'y rapportent ;

7° D'exercer son droit de vote ;

8° De se livrer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix.

Ces droits, à l'exception de ceux mentionnés aux 5°, 7° et 8°, peuvent être exercés à leur demande par les parents ou les personnes susceptibles d'agir dans l'intérêt du malade.

Article L3211-4

Un protocole thérapeutique pratiqué en psychiatrie ne peut être mis en œuvre que dans le strict respect des règles déontologiques et éthiques en vigueur.

Article L3211-5

Une personne faisant, en raison de troubles mentaux, l'objet de soins psychiatriques prenant ou non la forme d'une hospitalisation complète conserve, à l'issue de ces soins, la totalité de ses droits et devoirs de citoyen, sous réserve des dispositions relatives aux mesures de protection des majeurs prévues aux sections 1 à 4 du chapitre II du titre XI du livre Ier du code civil, sans que ses antécédents psychiatriques puissent lui être opposés.

Article L3211-6

Le médecin qui constate que la personne à laquelle il donne ses soins a besoin, pour l'une des causes prévues à l'article 425 du code civil, d'être protégée dans les actes de la vie civile peut en faire la déclaration au procureur de la République du lieu de traitement. Cette déclaration a pour effet de placer le malade sous sauvegarde de justice si elle est accompagnée de l'avis conforme d'un psychiatre.

Lorsqu'une personne est soignée dans un établissement de santé, le médecin est tenu, s'il constate que cette personne se trouve dans la situation prévue à l'alinéa précédent, d'en faire la déclaration au procureur de la République du lieu de traitement. Cette déclaration a pour effet de placer le malade sous sauvegarde de justice. Le représentant de l'Etat dans le département doit être informé par le procureur de la mise sous sauvegarde.

Article L3211-7

La personne hospitalisée en application des chapitres II et III du présent code ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale dans un établissement de soins conserve le domicile qui était le sien avant l'hospitalisation aussi longtemps que ce domicile reste à sa disposition. Néanmoins, les significations qui y auront été faites pourront, suivant les circonstances, être annulées par les tribunaux.

Article L3211-8

La personne faisant l'objet de soins psychiatriques en application des chapitres II et III du présent titre ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale peut être placée en curatelle ou en tutelle dans les conditions et selon les modalités prévues aux articles 425 et 440 du code civil.

Article L3211-9

Pour l'application du II des articles L. 3211-12 et L. 3211-12-1 et des articles L. 3212-7, L. 3213-1, L. 3213-3 et L. 3213-8, le directeur de l'établissement d'accueil du patient convoque un collège composé de trois membres appartenant au personnel de l'établissement :

- 1° Un psychiatre participant à la prise en charge du patient ;
- 2° Un psychiatre ne participant pas à la prise en charge du patient ;
- 3° Un représentant de l'équipe pluridisciplinaire participant à la prise en charge du patient.

Les modalités de désignation des membres et les règles de fonctionnement du collège sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

Article L3211-10

Hormis les cas prévus au chapitre III du présent titre, la décision d'admission en soins psychiatriques d'un mineur ou la levée de cette mesure sont demandées, selon les situations, par les personnes titulaires de l'exercice de l'autorité parentale ou par le tuteur. En cas de désaccord entre les titulaires de l'exercice de l'autorité parentale, le juge aux affaires familiales statue.

Article L3211-11

Le psychiatre qui participe à la prise en charge du patient peut proposer à tout moment de modifier la forme de la prise en charge mentionnée à l'article L. 3211-2-1 pour tenir compte de l'évolution de l'état de la personne. Il établit en ce sens un certificat médical circonstancié.

Le psychiatre qui participe à la prise en charge du patient transmet immédiatement au directeur de l'établissement d'accueil un certificat médical circonstancié proposant une hospitalisation complète lorsqu'il constate que la prise en charge de la personne décidée sous une autre forme ne permet plus, notamment du fait du comportement de la personne, de dispenser les soins nécessaires à son état. Lorsqu'il ne peut être procédé à l'examen du patient, il transmet un avis établi sur la base du dossier médical de la personne.

Article L3211-11-1

Afin de favoriser leur guérison, leur réadaptation ou leur réinsertion sociale ou si des démarches extérieures sont nécessaires, les personnes faisant l'objet de soins psychiatriques en application des chapitres II et III du présent titre ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale sous la forme d'une hospitalisation complète peuvent bénéficier d'autorisations de sortie de courte durée :

- 1° Sous la forme de sorties accompagnées n'excédant pas douze heures. Les personnes malades sont accompagnées par un ou plusieurs membres du personnel de l'établissement d'accueil, par un membre de leur famille ou par la personne de confiance qu'elles

ont désignée en application de l'article L. 1111-6 du présent code, pendant toute la durée de la sortie ;

- 2° Sous la forme de sorties non accompagnées d'une durée maximale de quarante-huit heures.

L'autorisation de sortie de courte durée est accordée par le directeur de l'établissement d'accueil, après avis favorable d'un psychiatre de cet établissement.

Dans le cas où la mesure de soins psychiatriques a été prise en application du chapitre III du présent titre, le directeur de l'établissement d'accueil transmet au représentant de l'Etat dans le département les éléments d'information relatifs à la demande d'autorisation, comportant notamment l'avis favorable du psychiatre mentionné au quatrième alinéa du présent article, au plus tard quarante-huit heures avant la date prévue pour la sortie. Sauf opposition écrite du représentant de l'Etat dans le département, notifiée au plus tard douze heures avant la date prévue, la sortie peut avoir lieu. Le représentant de l'Etat ne peut imposer aucune mesure complémentaire.

Lorsque la mesure de soins psychiatriques fait suite à la demande d'un tiers, le directeur de l'établissement d'accueil informe celui-ci, préalablement, de l'autorisation de sortie non accompagnée et de sa durée.

Article L3211-12

I.-Le juge des libertés et de la détention dans le ressort duquel se situe l'établissement d'accueil peut être saisi, à tout moment, aux fins d'ordonner, à bref délai, la mainlevée immédiate d'une mesure de soins psychiatriques prononcée en application des chapitres II à IV du présent titre ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale, 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. A cette fin, toute personne intéressée peut porter à sa connaissance les informations qu'elle estime utiles sur la situation d'une personne faisant l'objet d'une telle mesure.

II.-Le juge des libertés et de la détention ne peut statuer qu'après avoir recueilli l'avis du collège mentionné à l'article L. 3211-9 du présent code lorsque la personne fait l'objet d'une mesure de soins ordonnée en application de l'article L. 3213-7 du même code ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale à la suite

d'un classement sans suite, d'une décision d'irresponsabilité pénale ou d'un jugement ou arrêt de déclaration d'irresponsabilité pénale prononcés sur le fondement du premier alinéa de l'article 122-1 du code pénal et concernant des faits punis d'au moins cinq ans d'emprisonnement en cas d'atteinte aux personnes ou d'au moins dix ans d'emprisonnement en cas d'atteinte aux biens.

Le juge ne peut, en outre, décider la mainlevée de la mesure qu'après avoir recueilli deux expertises établies par les psychiatres inscrits sur les listes mentionnées à l'article L. 3213-5-1 du présent code.

Le juge fixe les délais dans lesquels l'avis du collègue et les deux expertises prévus au présent II doivent être produits, dans une limite maximale fixée par décret en Conseil d'Etat. Passés ces délais, il statue immédiatement.

III.-Le juge des libertés et de la détention ordonne, s'il y a lieu, la mainlevée de la mesure d'hospitalisation complète.

Lorsqu'il ordonne cette mainlevée, il peut, au vu des éléments du dossier et par décision motivée, décider que la mainlevée prend effet dans un délai maximal de vingt-quatre heures afin qu'un programme de soins puisse, le cas échéant, être établi en application de l'article L. 3211-2-1. Dès l'établissement de ce programme ou à l'issue du délai mentionné à la phrase précédente, la mesure d'hospitalisation complète prend fin.

Article L3211-12-1

I.- L'hospitalisation complète d'un patient ne peut se poursuivre sans que le juge des libertés et de la détention, préalablement saisi par le directeur de l'établissement lorsque l'hospitalisation a été prononcée en application du chapitre II ou par le représentant de l'Etat dans le département lorsqu'elle a été prononcée en application du chapitre III du présent titre, de l'article L. 3214-3 du présent code ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale, n'ait statué sur cette mesure :

1° Avant l'expiration d'un délai de quinze jours à compter de l'admission prononcée en application des chapitres II ou III du présent titre ou de l'article L. 3214-3;

2° Avant l'expiration d'un délai de quinze jours à compter de la décision par laquelle le directeur de l'établissement ou le représentant de l'Etat a modifié la forme de la prise en charge du patient en procédant à son hospitalisation complète en application, respectivement, du dernier alinéa de l'article L. 3212-4 ou du III de l'article L. 3213-3 ;

3° Avant l'expiration d'un délai de six mois à compter soit de toute décision judiciaire prononçant l'hospitalisation en application de l'article 706-135 du code de procédure pénale, soit de toute décision prise par le juge des libertés et de la détention en application du présent I ou des articles L. 3211-12 ou L. 3213-9-1 du présent code, lorsque le patient a été maintenu en

hospitalisation complète de manière continue depuis cette décision. Toute décision du juge des libertés et de la détention prise avant l'expiration de ce délai en application du 2° du présent I ou de l'un des mêmes articles L. 3211-12 ou L. 3213-9-1, ou toute nouvelle décision judiciaire prononçant l'hospitalisation en application de l'article 706-135 du code de procédure pénale fait courir à nouveau ce délai. Le juge des libertés et de la détention est alors saisi quinze jours au moins avant l'expiration du délai de six mois prévu au présent 3°.

Toutefois, lorsque le juge des libertés et de la détention a ordonné, avant l'expiration de l'un des délais mentionnés aux 1° à 3° du présent I, une expertise soit en application du III du présent article, soit, à titre exceptionnel, en considération de l'avis mentionné au II, ce délai est prolongé d'une durée qui ne peut excéder quatorze jours à compter de la date de cette ordonnance. L'hospitalisation complète du patient est alors maintenue jusqu'à la décision du juge, sauf s'il y est mis fin en application des chapitres II ou III du présent titre. L'ordonnance mentionnée au présent alinéa peut être prise sans audience préalable.

Le juge fixe les délais dans lesquels l'expertise mentionnée à l'avant-dernier alinéa du présent I doit être produite, dans une limite maximale fixée par décret en Conseil d'Etat. Passés ces délais, il statue immédiatement.

II.-La saisine mentionnée au I du présent article est accompagnée de l'avis motivé d'un psychiatre de l'établissement d'accueil se prononçant sur la nécessité de poursuivre l'hospitalisation complète.

Lorsque le patient relève de l'un des cas mentionnés au II de l'article L. 3211-12, l'avis prévu au premier alinéa du présent II est rendu par le collègue mentionné à l'article L. 3211-9.

III.-Le juge des libertés et de la détention ordonne, s'il y a lieu, la mainlevée de la mesure d'hospitalisation complète.

Lorsqu'il ordonne cette mainlevée, il peut, au vu des éléments du dossier et par décision motivée, décider que la mainlevée prend effet dans un délai maximal de vingt-quatre heures, afin qu'un programme de soins puisse, le cas échéant, être établi en application du II de l'article L. 3211-2-1. Dès l'établissement de ce programme ou à l'issue du délai mentionné à la première phrase du présent alinéa, la mesure d'hospitalisation complète prend fin.

Toutefois, lorsque le patient relève de l'un des cas mentionnés au II de l'article L. 3211-12, le juge ne peut décider la mainlevée de la mesure qu'après avoir recueilli deux expertises établies par les psychiatres inscrits sur les listes mentionnées à l'article L. 3213-5-1.

IV.- Lorsque le juge des libertés et de la détention n'a pas statué dans les délais mentionnés au I, la mainlevée est acquise à l'issue de chacun de ces délais.

Si le juge des libertés et de la détention est saisi après l'expiration d'un délai fixé par décret en Conseil d'Etat, il constate sans débat que la mainlevée de l'hospitalisation complète est acquise, à moins qu'il ne soit justifié de circonstances exceptionnelles à l'origine de la saisine tardive et que le débat puisse avoir lieu dans le respect des droits de la défense.

Article L3211-12-2

Lorsqu'il est saisi en application des articles L. 3211-12 ou L. 3211-12-1, le juge, après débat contradictoire, statue publiquement, sous réserve des dispositions prévues à l'article 11-1 de la loi n° 72-626 du 5 juillet 1972 instituant un juge de l'exécution et relative à la réforme de la procédure civile.

A l'audience, la personne faisant l'objet de soins psychiatriques est entendue, le cas échéant assistée de son avocat ou représentée par celui-ci. Si, au vu d'un avis médical, des motifs médicaux font obstacle, dans son intérêt, à son audition, la personne est représentée par un avocat choisi ou, à défaut, commis d'office.

Le juge des libertés et de la détention statue au siège du tribunal de grande instance. Toutefois, si une salle d'audience a été spécialement aménagée sur l'emprise de l'établissement d'accueil pour assurer la clarté, la sécurité et la sincérité des débats et permettre au juge de statuer publiquement, celui-ci peut décider de statuer dans cette salle.

Lorsque le juge des libertés et de la détention décide de statuer dans cette salle, le président du tribunal de grande instance peut, en cas de nécessité, autoriser qu'une seconde audience soit tenue le même jour au siège du tribunal de grande instance.

Le juge des libertés et de la détention peut également décider que l'audience se déroule dans la salle d'audience mentionnée au troisième alinéa du présent article avec l'utilisation de moyens de télécommunication audiovisuelle dans les conditions prévues à l'article L. 111-12 du code de l'organisation judiciaire lorsque les conditions suivantes sont réunies:

1° Un avis médical a attesté que l'état mental de la personne ne fait pas obstacle à ce procédé ;

2° Le directeur de l'établissement d'accueil s'est assuré de l'absence d'opposition du patient.

Il est alors dressé, dans chacune des deux salles d'audience ouvertes au public, un procès-verbal des opérations effectuées.

Si le patient est assisté par un avocat, celui-ci peut se trouver auprès du magistrat ou auprès de l'intéressé. Dans le premier cas, l'avocat doit pouvoir s'entretenir avec le patient, de façon confidentielle, en utilisant le moyen de télécommunication audiovisuelle. Dans le second cas, une copie de l'intégralité du dossier doit être mise à sa disposition dans les locaux de l'établissement, sauf si elle lui a déjà été remise.

Article L3211-12-3

Le juge des libertés et de la détention saisi en application de l'article L. 3211-12-1 peut, si un recours a été formé sur le fondement de l'article L. 3211-12, statuer par une même décision suivant la procédure prévue au même article L. 3211-12-1.

Article L3211-12-4

L'ordonnance du juge des libertés et de la détention prise en application des articles L. 3211-12 ou L. 3211-12-1 est susceptible d'appel devant le premier président de la cour d'appel ou son délégué. Le débat est tenu selon les modalités prévues à l'article L. 3211-12-2.

L'appel formé à l'encontre de l'ordonnance mentionnée au premier alinéa n'est pas suspensif. Le premier président de la cour d'appel ou son délégué statue alors à bref délai dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat.

Toutefois, lorsque le juge des libertés et de la détention ordonne la mainlevée d'une mesure de soins psychiatriques sous la forme d'une hospitalisation complète ou constate la mainlevée de cette mesure, le procureur de la République peut demander au premier président de la cour d'appel ou à son délégué de déclarer le recours suspensif en cas de risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade ou d'autrui. Dans ce cas, l'appel, accompagné de la demande faisant état du risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade ou d'autrui, est formé dans un délai de six heures à compter de la notification de l'ordonnance à l'auteur de la saisine et transmis au premier président de la cour d'appel ou à son délégué. Celui-ci décide, sans délai, s'il y a lieu de donner à cet appel un effet suspensif en fonction du risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade ou d'autrui. Il statue par une ordonnance motivée qui n'est pas susceptible de recours. Le patient est maintenu en hospitalisation complète jusqu'à ce que cette ordonnance soit rendue et, si elle donne un effet suspensif à l'appel, jusqu'à ce qu'il soit statué sur le fond, sauf s'il est mis fin à l'hospitalisation complète en application des chapitres II ou III du présent titre.

Lorsqu'il a été donné un effet suspensif à l'appel, le premier président de la cour d'appel ou son délégué se prononce sur la demande en appel dans un délai de trois jours à compter de la déclaration d'appel. Toutefois, par une ordonnance qui peut être prise sans audience préalable, il peut, avant l'expiration de ce délai, ordonner une expertise. Il se prononce alors dans un délai de quatorze jours à compter de la date de cette ordonnance. En l'absence de décision à l'issue de l'un ou l'autre de ces délais, la mainlevée est acquise.

Article L3211-12-5

Lorsque la mainlevée d'une mesure d'hospitalisation complète est acquise en application du IV de l'article L. 3211-12-1, le patient peut, dès cette mainlevée, faire l'objet de soins psychiatriques sous la forme mentionnée au 2° du I de l'article L. 3211-2-1 si les conditions prévues au I des articles L. 3212-1 ou L. 3213-1 sont toujours

réunies et selon les modalités prévues, respectivement, aux chapitres II ou III du présent titre.

Dans ce cas, un programme de soins est établi en application de l'article L. 3211-2-1. La période d'observation et de soins initiale mentionnée à l'article L. 3211-2-2 n'est pas applicable.

Article L3211-12-6

Lorsque la mesure de soins psychiatriques dont une personne fait l'objet est levée en application du présent chapitre ou des chapitres II ou III du présent titre, un psychiatre de l'établissement d'accueil l'informe, en tant que de besoin, de la nécessité de poursuivre son traitement en soins libres et lui indique les modalités de soins qu'il estime les plus appropriées à son état.

Article L3211-13

Les modalités d'application du présent chapitre sont déterminées en tant que de besoin par décret en Conseil d'Etat.

Chapitre II : Admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent

Article L3212-1

I.-Une personne atteinte de troubles mentaux ne peut faire l'objet de soins psychiatriques sur la décision du directeur d'un établissement mentionné à l'article L. 3222-1 que lorsque les deux conditions suivantes sont réunies :

1° Ses troubles mentaux rendent impossible son consentement ;

2° Son état mental impose des soins immédiats assortis soit d'une surveillance médicale constante justifiant une hospitalisation complète, soit d'une surveillance médicale régulière justifiant une prise en charge sous la forme mentionnée au 2° du I de l'article L. 3211-2-1.

II.-Le directeur de l'établissement prononce la décision d'admission :

1° Soit lorsqu'il a été saisi d'une demande présentée par un membre de la famille du malade ou par une personne justifiant de l'existence de relations avec le malade antérieures à la demande de soins et lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celui-ci, à l'exclusion des personnels soignants exerçant dans l'établissement prenant en charge la personne malade. Lorsqu'il remplit les conditions prévues au présent alinéa, le tuteur ou le curateur d'un majeur protégé peut faire une demande de soins pour celui-ci.

La forme et le contenu de cette demande sont fixés par décret en Conseil d'Etat.

La décision d'admission est accompagnée de deux certificats médicaux circonstanciés datant de moins de quinze jours, attestant que les conditions prévues aux 1° et 2° du I du présent article sont réunies.

Le premier certificat médical ne peut être établi que par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement accueillant le malade ; il constate l'état mental de la personne malade, indique les caractéristiques de sa maladie et la nécessité de recevoir des soins. Il doit être confirmé par un certificat d'un second médecin qui peut exercer dans l'établissement accueillant le malade. Les deux médecins ne peuvent être parents ou alliés, au quatrième degré inclusivement, ni entre eux, ni du directeur de l'établissement mentionné à l'article L. 3222-1 qui prononce la décision d'admission, ni de la personne ayant demandé les soins ou de la personne faisant l'objet de ces soins ;

2° Soit lorsqu'il s'avère impossible d'obtenir une demande dans les conditions prévues au 1° du présent II et qu'il existe, à la date d'admission, un péril imminent pour la santé de la personne, dûment constaté par un certificat médical établi dans les conditions prévues au troisième alinéa du même 1°. Ce certificat constate l'état mental de la personne malade, indique les caractéristiques de sa maladie et la nécessité de recevoir des soins. Le médecin qui établit ce certificat ne peut exercer dans l'établissement accueillant la personne malade ; il ne peut en outre être parent ou allié, jusqu'au quatrième degré inclusivement, ni avec le directeur de cet établissement ni avec la personne malade.

Dans ce cas, le directeur de l'établissement d'accueil informe, dans un délai de vingt-quatre heures sauf difficultés particulières, la famille de la personne qui fait l'objet de soins et, le cas échéant, la personne chargée de la protection juridique de l'intéressé ou, à défaut, toute personne justifiant de l'existence de relations avec la personne malade antérieures à l'admission en soins et lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celle-ci.

Lorsque l'admission a été prononcée en application du présent 2°, les certificats médicaux mentionnés aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 3211-2-2 sont établis par deux psychiatres distincts.

Article L3212-2

Avant d'admettre une personne en soins psychiatriques en application de l'article L. 3212-1, le directeur de l'établissement d'accueil s'assure de son identité. Lorsque la personne est admise en application du 1° du II du même article L. 3212-1, le directeur de l'établissement vérifie également que la demande de soins a été établie conformément au même 1° et s'assure de l'identité de la personne qui formule la demande de soins. Si la demande est formulée pour un majeur protégé par son tuteur ou curateur, celui-ci doit fournir à l'appui de sa demande un extrait du jugement de mise sous tutelle ou curatelle.

Article L3212-3

En cas d'urgence, lorsqu'il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade, le directeur d'un établissement mentionné à l'article L. 3222-1 peut, à titre exceptionnel, prononcer à la demande d'un tiers l'admission en soins psychiatriques d'une personne malade au vu d'un seul certificat médical émanant, le cas échéant, d'un médecin exerçant dans l'établissement. Dans ce cas, les certificats médicaux mentionnés aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 3211-2-2 sont établis par deux psychiatres distincts.

Préalablement à l'admission, le directeur de l'établissement d'accueil vérifie que la demande de soins a été établie conformément au 1° du II de l'article L. 3212-1 et s'assure de l'identité de la personne malade et de celle qui demande les soins. Si la demande est formulée pour un majeur protégé par son tuteur ou curateur, celui-ci doit fournir à l'appui de sa demande un extrait de jugement de mise sous tutelle ou curatelle.

Article L3212-4

Lorsque l'un des deux certificats médicaux mentionnés aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 3211-2-2 conclut que l'état de la personne ne justifie plus la mesure de soins, le directeur de l'établissement d'accueil prononce immédiatement la levée de cette mesure.

Lorsque les deux certificats médicaux ont conclu à la nécessité de prolonger les soins, le directeur de l'établissement prononce le maintien des soins pour une durée d'un mois, en retenant la forme de la prise en charge proposée par le psychiatre en application du même article L. 3211-2-2. Il joint à sa décision, le cas échéant, le programme de soins établi par le psychiatre.

Dans l'attente de la décision du directeur de l'établissement, la personne malade est prise en charge sous la forme d'une hospitalisation complète.

Lorsque le psychiatre qui participe à la prise en charge de la personne malade propose de modifier la forme de prise en charge de celle-ci, le directeur de l'établissement est tenu de la modifier sur la base du certificat médical ou de l'avis mentionnés à l'article L. 3211-11.

Article L3212-5

I.-Le directeur de l'établissement d'accueil informe sans délai le représentant de l'Etat dans le département ou, à Paris, le préfet de police, et la commission départementale des soins psychiatriques mentionnée à l'article L. 3222-5 de toute décision d'admission d'une personne en soins psychiatriques en application du présent chapitre et leur communique une copie du certificat médical d'admission et du bulletin d'entrée. Il leur transmet également sans délai copie de chacun des certificats médicaux mentionnés aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 3211-2-2.

II.-Le directeur de l'établissement d'accueil notifie sans délai les nom, prénoms, profession et résidence

habituelle ou lieu de séjour tant de la personne faisant l'objet des soins que, lorsque l'admission a été prononcée en application du 1° du II de l'article L. 3212-1 ou de l'article L. 3212-3, de celle les ayant demandés :

1° Au procureur de la République près le tribunal de grande instance dans le ressort duquel se trouve la résidence habituelle ou le lieu de séjour de la personne faisant l'objet de soins ;

2° Au procureur de la République près le tribunal de grande instance dans le ressort duquel est situé l'établissement.

III.-Dans le cas où la personne malade a été admise en application du 1° du II de l'article L. 3212-1 ou de l'article L. 3212-3 et fait l'objet d'une prise en charge sous la forme d'une hospitalisation complète, le directeur de l'établissement d'accueil informe la personne ayant demandé les soins de toute décision modifiant la forme de la prise en charge.

Article L3212-7

A l'issue de la première période de soins psychiatriques prononcée en application du deuxième alinéa de l'article L. 3212-4, les soins peuvent être maintenus par le directeur de l'établissement pour des périodes d'un mois, renouvelables selon les modalités prévues au présent article.

Dans les trois derniers jours de chacune des périodes mentionnées au premier alinéa, un psychiatre de l'établissement d'accueil établit un certificat médical circonstancié indiquant si les soins sont toujours nécessaires. Ce certificat médical précise si la forme de la prise en charge de la personne malade décidée en application de l'article L. 3211-2-2 demeure adaptée et, le cas échéant, en propose une nouvelle. Lorsqu'il ne peut être procédé à l'examen de la personne malade, le psychiatre de l'établissement d'accueil établit un avis médical sur la base du dossier médical.

Lorsque la durée des soins excède une période continue d'un an à compter de l'admission en soins, le maintien de ces soins est subordonné à une évaluation médicale approfondie de l'état mental de la personne réalisée par le collège mentionné à l'article L. 3211-9. Cette évaluation est renouvelée tous les ans. Ce collège recueille l'avis du patient. En cas d'impossibilité d'examiner le patient à l'échéance prévue en raison de son absence, attestée par le collège, l'évaluation et le recueil de son avis sont réalisés dès que possible.

Le défaut de production d'un des certificats médicaux, des avis médicaux ou des attestations mentionnés au présent article entraîne la levée de la mesure de soins.

Les copies des certificats médicaux, des avis médicaux ou des attestations prévus au présent article et à l'article L. 3211-11 sont adressées sans délai par le directeur de l'établissement d'accueil au représentant de l'Etat dans le département ou, à Paris, au préfet de police, et à la commission départementale des soins psychiatriques mentionnée à l'article L. 3222-5.

Article L3212-8

Sans préjudice des dispositions mentionnées à l'article L. 3212-7, il est mis fin à la mesure de soins prise en application de l'article L. 3212-1 ou de l'article L. 3212-3 dès qu'un psychiatre de l'établissement certifie que les conditions ayant motivé cette mesure ne sont plus réunies et en fait mention sur le registre prévu à l'article L. 3212-11. Ce certificat circonstancié doit mentionner l'évolution ou la disparition des troubles ayant justifié les soins.

Dans les vingt-quatre heures qui suivent la fin de la mesure de soins, le directeur de l'établissement en informe le représentant de l'Etat dans le département ou, à Paris, le préfet de police, la commission mentionnée à l'article L. 3222-5, les procureurs de la République mentionnés au II de l'article L. 3212-5 et la personne qui a demandé les soins.

Le représentant de l'Etat dans le département ou, à Paris, le préfet de police peut ordonner la levée immédiate de la mesure de soins lorsque les conditions requises au présent chapitre ne sont plus réunies.

Article L3212-9

Le directeur de l'établissement prononce la levée de la mesure de soins psychiatriques lorsque celle-ci est demandée :

1° Par la commission départementale des soins psychiatriques mentionnée à l'article L. 3222-5 ;

2° Par une des personnes mentionnées au deuxième alinéa du 2° du II de l'article L. 3212-1.

Dans le cas mentionné au 2° du présent article, le directeur de l'établissement n'est pas tenu de faire droit à cette demande lorsqu'un certificat médical ou, en cas d'impossibilité d'examiner le patient, un avis médical établi par un psychiatre de l'établissement et datant de moins de vingt-quatre heures atteste que l'arrêt des soins entraînerait un péril imminent pour la santé du patient. Le directeur de l'établissement informe alors par écrit le demandeur de son refus en lui indiquant les voies de recours prévues à l'article L. 3211-12.

Dans ce même cas, lorsqu'un certificat médical ou, en cas d'impossibilité d'examiner le patient, un avis médical établi par un psychiatre de l'établissement datant de moins de vingt-quatre heures atteste que l'état mental du patient nécessite des soins et compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte, de façon grave, à l'ordre public, le directeur de l'établissement informe préalablement à la levée de la mesure de soins le représentant de l'Etat dans le département ou, à Paris, le préfet de police, qui peut prendre la mesure prévue à l'article L. 3213-6.

Article L3212-11

Dans chaque établissement mentionné à l'article L. 3222-1 est tenu un registre sur lequel sont transcrits ou reproduits dans les vingt-quatre heures :

1° Les nom, prénoms, profession, âge et domicile des personnes faisant l'objet de soins en application du présent chapitre ;

2° La date de l'admission en soins psychiatriques ;

3° Les nom, prénoms, profession et domicile de la personne ayant demandé les soins ou une mention précisant que l'admission en soins a été prononcée en application du 2° du II de l'article L. 3212-1 ou de l'article L. 3212-3 ;

4° Les dates de délivrance des informations mentionnées aux a et b de l'article L. 3211-3 ;

5° Le cas échéant, la mention de la décision de mise sous tutelle, curatelle ou sauvegarde de justice ;

6° Les avis et les certificats médicaux ainsi que les attestations mentionnés au présent chapitre ;

7° La date et le dispositif des décisions rendues par le juge des libertés et de la détention en application des articles L. 3211-12 et L. 3211-12-1 ;

8° Les levées des mesures de soins psychiatriques autres que celles mentionnées au 7° ;

9° Les décès.

Ce registre est soumis aux personnes qui, en application des articles L. 3222-4 et L. 3223-1 visitent l'établissement ; ces dernières apposent, à l'issue de la visite, leur visa, leur signature et s'il y a lieu, leurs observations.

Le présent article est applicable aux personnes admises en soins psychiatriques en application des chapitres III et IV du présent titre.

Article L3212-12

Les modalités d'application du présent chapitre sont déterminées en tant que de besoin par décret en Conseil d'Etat.

Chapitre III : Admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat

Article L3213-1

I.-Le représentant de l'Etat dans le département prononce par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié ne pouvant émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil, l'admission en soins psychiatriques des personnes dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public. Les arrêtés préfectoraux sont motivés et énoncent avec précision les circonstances qui ont rendu l'admission en soins nécessaire. Ils désignent l'établissement mentionné à l'article L. 3222-1 qui assure la prise en charge de la personne malade.

Le directeur de l'établissement d'accueil transmet sans délai au représentant de l'Etat dans le département et à la commission départementale des soins psychiatriques mentionnée à l'article L. 3222-5 :

1° Le certificat médical mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 3211-2-2 ;

2° Le certificat médical et, le cas échéant, la proposition mentionnés aux deux derniers alinéas du même article L. 3211-2-2.

II.-Dans un délai de trois jours francs suivant la réception du certificat médical mentionné à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 3211-2-2, le représentant de l'Etat dans le département décide de la forme de prise en charge prévue à l'article L. 3211-2-1, en tenant compte de la proposition établie, le cas échéant, par le psychiatre en application du dernier alinéa de l'article L. 3211-2-2 et des exigences liées à la sûreté des personnes et à l'ordre public. Il joint à sa décision, le cas échéant, le programme de soins établi par le psychiatre.

Dans l'attente de la décision du représentant de l'Etat, la personne malade est prise en charge sous la forme d'une hospitalisation complète.

III.-Lorsque la proposition établie par le psychiatre en application de l'article L. 3211-2-2 recommande une prise en charge sous une autre forme que l'hospitalisation complète, le représentant de l'Etat ne peut modifier la forme de prise en charge des personnes mentionnées au II de l'article L. 3211-12 qu'après avoir recueilli l'avis du collège mentionné à l'article L. 3211-9.

IV.-Les mesures provisoires, les décisions, les avis et les certificats médicaux mentionnés au présent chapitre figurent sur le registre mentionné à l'article L. 3212-11.

Article L3213-2

En cas de danger imminent pour la sûreté des personnes, attesté par un avis médical, le maire et, à Paris, les commissaires de police arrêtent, à l'égard des personnes dont le comportement révèle des troubles mentaux manifestes, toutes les mesures provisoires nécessaires, à charge d'en référer dans les vingt-quatre heures au représentant de l'Etat dans le département qui statue sans délai et prononce, s'il y a lieu, un arrêté d'admission en soins psychiatriques dans les formes prévues à l'article L. 3213-1. Faute de décision du représentant de l'Etat, ces mesures provisoires sont caduques au terme d'une durée de quarante-huit heures.

La période d'observation et de soins initiale mentionnée à l'article L. 3211-2-2 prend effet dès l'entrée en vigueur des mesures provisoires prévues au premier alinéa.

NOTA: Dans sa décision n° 2011-174 QPC du 6 octobre 2011 (NOR CSCX1127419S), le Conseil constitutionnel a déclaré contraire à la Constitution les mots " ou, à défaut, par la notoriété publique " à l'article L. 3213-2 du code de la santé publique.

Article L3213-3

I.-Dans le mois qui suit l'admission en soins psychiatriques décidée en application du présent chapitre ou résultant de la décision mentionnée à l'article 706-135 du code de procédure pénale et ensuite au moins tous les mois, la personne malade est examinée par un psychiatre de l'établissement d'accueil qui établit un certificat médical circonstancié confirmant ou infirmant, s'il y a lieu, les observations contenues dans les précédents certificats et précisant les caractéristiques de l'évolution des troubles ayant justifié les soins ou leur disparition. Ce certificat précise si la forme de la prise en charge du malade décidée en application de l'article L. 3211-2-1 du présent code demeure adaptée et, le cas échéant, en propose une nouvelle. Lorsqu'il ne peut être procédé à l'examen du patient, le psychiatre de l'établissement établit un avis médical sur la base du dossier médical du patient.

II.-Les copies des certificats et avis médicaux prévus au présent article et à l'article L. 3211-11 sont adressées sans délai par le directeur de l'établissement d'accueil au représentant de l'Etat dans le département et à la commission départementale des soins psychiatriques mentionnée à l'article L. 3222-5.

III.-Après réception des certificats ou avis médicaux mentionnés aux I et II du présent article et, le cas échéant, de l'avis du collège mentionné à l'article L. 3211-9 et de l'expertise psychiatrique mentionnée à l'article L. 3213-5-1, et compte tenu des exigences liées à la sûreté des personnes et à l'ordre public, le représentant de l'Etat dans le département peut décider de modifier la forme de la prise en charge de la personne malade.

IV.-Lorsque le représentant de l'Etat décide de ne pas suivre l'avis du collège mentionné à l'article L. 3211-9 recommandant la prise en charge d'une personne mentionnée au II de l'article L. 3211-12 sous une autre forme que l'hospitalisation complète, il ordonne une expertise dans les conditions prévues à l'article L. 3213-5-1.

Lorsque l'expertise confirme la recommandation de prise en charge sous une autre forme que l'hospitalisation complète, le représentant de l'Etat décide d'une prise en charge sous la forme mentionnée au 2° du I de l'article L. 3211-2-1, conformément à la proposition mentionnée au premier alinéa du I du présent article.

Lorsque l'expertise préconise le maintien de l'hospitalisation complète et que le représentant de l'Etat maintient l'hospitalisation complète, il en informe le directeur de l'établissement d'accueil, qui saisit le juge des libertés et de la détention afin que ce dernier statue à bref délai sur cette mesure dans les conditions prévues à l'article L. 3211-12. Le présent alinéa n'est pas applicable lorsque la décision du représentant de l'Etat intervient dans les délais mentionnés aux 1° et 2° du I de l'article L. 3211-12-1.

Article L3213-4

Dans les trois derniers jours du premier mois suivant la décision d'admission en soins psychiatriques mentionnée au I de l'article L. 3213-1 ou, le cas échéant, suivant la mesure provisoire prévue à l'article L. 3213-2, le représentant de l'Etat dans le département peut prononcer, au vu du certificat médical ou de l'avis médical mentionné à l'article L. 3213-3, le maintien de la mesure de soins pour une nouvelle durée de trois mois. Il se prononce, le cas échéant, sur la forme de la prise en charge du patient dans les conditions prévues au même article L. 3213-3. Au-delà de cette durée, la mesure de soins peut être maintenue par le représentant de l'Etat dans le département pour des périodes maximales de six mois renouvelables selon les mêmes modalités.

Faute de décision du représentant de l'Etat à l'issue de chacun des délais prévus au premier alinéa, la levée de la mesure de soins est acquise.

En outre, le représentant de l'Etat dans le département peut à tout moment mettre fin à la mesure de soins prise en application de l'article L. 3213-1 après avis d'un psychiatre participant à la prise en charge du patient attestant que les conditions ayant justifié la mesure de soins en application du même article L. 3213-1 ne sont plus réunies, ou sur proposition de la commission départementale des soins psychiatriques mentionnée à l'article L. 3222-5.

Le présent article n'est pas applicable aux personnes mentionnées II de l'article L. 3211-12.

Article L3213-5-1

Le représentant de l'Etat dans le département peut à tout moment ordonner l'expertise psychiatrique des personnes faisant l'objet d'une mesure de soins psychiatriques prononcée en application du présent chapitre ou du chapitre IV du présent titre ou ordonnée en application de l'article 706-135 du code de procédure pénale. Cette expertise est conduite par un psychiatre n'appartenant pas à l'établissement d'accueil de la personne malade, choisi par le représentant de l'Etat dans le département sur une liste établie par le procureur de la République, après avis du directeur général de l'agence régionale de santé de la région dans laquelle est situé l'établissement ou, à défaut, sur la liste des experts inscrits près la cour d'appel du ressort de l'établissement.

Le représentant de l'Etat dans le département fixe les délais dans lesquels l'expertise mentionnée au premier alinéa doit être produite, dans une limite maximale fixée par décret en Conseil d'Etat.

Article L3213-6

Lorsqu'un psychiatre de l'établissement d'accueil d'une personne faisant l'objet de soins psychiatriques en application de l'article L. 3212-1 atteste par un certificat médical ou, lorsqu'il ne peut être procédé à l'examen de l'intéressé, par un avis médical sur la base de son dossier médical que l'état mental de cette personne nécessite

des soins et compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte de façon grave à l'ordre public, le directeur de l'établissement d'accueil en donne aussitôt connaissance au représentant de l'Etat dans le département qui peut prendre une mesure d'admission en soins psychiatriques en application de l'article L. 3213-1, sur la base de ce certificat ou de cet avis médical. Les certificats médicaux mentionnés aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 3211-2-2 sont alors établis par deux psychiatres distincts. Lorsque ceux-ci ne peuvent procéder à l'examen de la personne malade, ils établissent un avis médical sur la base de son dossier médical.

Article L3213-7

Lorsque les autorités judiciaires estiment que l'état mental d'une personne qui a bénéficié, sur le fondement du premier alinéa de l'article 122-1 du code pénal, d'un classement sans suite, d'une décision d'irresponsabilité pénale ou d'un jugement ou arrêt de déclaration d'irresponsabilité pénale nécessite des soins et compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte de façon grave à l'ordre public, elles avisent immédiatement la commission mentionnée à l'article L. 3222-5 du présent code ainsi que le représentant de l'Etat dans le département qui ordonne sans délai la production d'un certificat médical circonstancié portant sur l'état actuel du malade. Au vu de ce certificat, il peut prononcer une mesure d'admission en soins psychiatriques dans les conditions définies à l'article L. 3213-1. Toutefois, si la personne concernée fait déjà l'objet d'une mesure de soins psychiatriques en application du même article L. 3213-1, la production de ce certificat n'est pas requise pour modifier le fondement de la mesure en cours.

A toutes fins utiles, le procureur de la République informe le représentant de l'Etat dans le département de ses réquisitions ainsi que des dates d'audience et des décisions rendues.

Si l'état de la personne mentionnée au premier alinéa le permet, celle-ci est informée par les autorités judiciaires de l'avis dont elle fait l'objet ainsi que des suites que peut y donner le représentant de l'Etat dans le département. Cette information lui est transmise par tout moyen et de manière appropriée à son état.

L'avis mentionné au premier alinéa indique si la procédure concerne des faits punis d'au moins cinq ans d'emprisonnement en cas d'atteinte aux personnes ou d'au moins dix ans d'emprisonnement en cas d'atteinte aux biens. Dans ce cas, la personne est également informée des conditions dans lesquelles il peut être mis fin à la mesure de soins psychiatriques en application des articles L. 3211-12, L. 3211-12-1 et L. 3213-8.

Article L3213-8

I.-Si le collègue mentionné à l'article L. 3211-9 émet un avis selon lequel la mesure de soins psychiatriques sous la forme d'une hospitalisation complète dont fait l'objet une personne mentionnée au II de l'article L. 3211-12 n'est plus nécessaire et que la mesure de soins sans

consentement peut être levée, le représentant de l'Etat dans le département ordonne une expertise de l'état mental de la personne par deux psychiatres choisis dans les conditions fixées à l'article L. 3213-5-1. Ces derniers se prononcent, dans un délai maximal de soixante-douze heures à compter de leur désignation, sur la nécessité du maintien de la mesure de soins psychiatriques.

II.-Lorsque les deux avis des psychiatres prévus au I confirment l'absence de nécessité de l'hospitalisation complète, le représentant de l'Etat ordonne la levée de la mesure de soins psychiatriques.

Lorsque ces avis divergent ou préconisent le maintien de la mesure de soins psychiatriques et que le représentant de l'Etat la maintient, il en informe le directeur de l'établissement d'accueil, qui saisit le juge des libertés et de la détention afin que ce dernier statue à bref délai sur cette mesure dans les conditions prévues à l'article L. 3211-12. Le présent alinéa n'est pas applicable lorsque la décision du représentant de l'Etat intervient dans les délais mentionnés aux 1° et 2° du I de l'article L. 3211-12-1.

Article L3213-9

Le représentant de l'Etat dans le département avise dans les vingt-quatre heures de toute admission en soins psychiatriques prise en application du présent chapitre ou du chapitre IV du présent titre ou sur décision de justice, de toute décision de maintien et de toute levée de cette mesure :

1° Le procureur de la République près le tribunal de grande instance dans le ressort duquel est situé l'établissement d'accueil de la personne malade et le procureur de la République près le tribunal de grande instance dans le ressort duquel celle-ci a sa résidence habituelle ou son lieu de séjour ;

2° Le maire de la commune où est implanté l'établissement et le maire de la commune où la personne malade a sa résidence habituelle ou son lieu de séjour ;

3° La commission départementale des soins psychiatriques mentionnée à l'article L. 3222-5 ;

4° La famille de la personne qui fait l'objet de soins ;

5° Le cas échéant, la personne chargée de la protection juridique de l'intéressé.

Le représentant de l'Etat dans le département informe sans délai les autorités et les personnes mentionnées aux 1° à 5° de toute décision de prise en charge du patient sous une autre forme que celle d'une hospitalisation complète.

Article L3213-9-1

I.-Si un psychiatre participant à la prise en charge du patient atteste par un certificat médical qu'une mesure de soins psychiatriques sous la forme d'une hospitalisation complète n'est plus nécessaire et que la mesure de soins sans consentement peut être levée ou que le patient peut être pris en charge sous la forme mentionnée au 2° du I de l'article L. 3211-2-1, le

directeur de l'établissement d'accueil en réfère dans les vingt-quatre heures au représentant de l'Etat dans le département, qui statue dans un délai de trois jours francs après la réception du certificat médical.

II.-Lorsque le représentant de l'Etat décide de ne pas suivre l'avis du psychiatre participant à la prise en charge du patient, il en informe sans délai le directeur de l'établissement d'accueil, qui demande immédiatement l'examen du patient par un deuxième psychiatre. Celui-ci rend, dans un délai maximal de soixante-douze heures à compter de la décision du représentant de l'Etat, un avis sur la nécessité de l'hospitalisation complète.

III.-Lorsque l'avis du deuxième psychiatre prévu au II du présent article confirme l'absence de nécessité de l'hospitalisation complète, le représentant de l'Etat ordonne la levée de la mesure de soins sans consentement ou décide d'une prise en charge sous la forme mentionnée au 2° du I de l'article L. 3211-2-1, conformément à la proposition figurant dans le certificat médical mentionné au I du présent article.

Lorsque l'avis du deuxième psychiatre prévu au II préconise le maintien de l'hospitalisation complète et que le représentant de l'Etat maintient l'hospitalisation complète, il en informe le directeur de l'établissement d'accueil, qui saisit le juge des libertés et de la détention afin que ce dernier statue à bref délai sur cette mesure dans les conditions prévues à l'article L. 3211-12. Le présent alinéa n'est pas applicable lorsque la décision du représentant de l'Etat intervient dans les délais mentionnés aux 1° et 2° du I de l'article L. 3211-12-1.

Article L3213-10

Pour l'application à Paris du présent chapitre, le représentant de l'Etat dans le département est le préfet de police.

Article L3213-11

Les modalités d'application du présent chapitre sont déterminées en tant que de besoin par décret en Conseil d'Etat.

Chapitre IV : Admission en soins psychiatriques des personnes détenues atteintes de troubles mentaux

Article L3214-1

I.-Les personnes détenues souffrant de troubles mentaux font l'objet de soins psychiatriques avec leur consentement. Lorsque les personnes détenues en soins psychiatriques libres requièrent une hospitalisation à temps complet, celle-ci est réalisée dans un établissement de santé mentionné à l'article L. 3222-1 au sein d'une unité hospitalière spécialement aménagée.

II.-Lorsque leurs troubles mentaux rendent impossible leur consentement, les personnes détenues peuvent faire l'objet de soins psychiatriques sans consentement en application de l'article L. 3214-3. Les personnes détenues admises en soins psychiatriques sans consentement sont uniquement prises en charge sous la forme mentionnée au 1° du II de l'article L. 3211-2-1. Leur hospitalisation est réalisée dans un établissement de santé mentionné à l'article L. 3222-1 au sein d'une unité hospitalière spécialement aménagée ou, sur la base d'un certificat médical, au sein d'une unité adaptée.

III.-Lorsque leur intérêt le justifie, les personnes mineures détenues peuvent être hospitalisées au sein d'un service adapté dans un établissement mentionné à l'article L. 3222-1 en dehors des unités prévues aux I et II du présent article.

Article L3214-2

Sous réserve des restrictions rendues nécessaires par leur qualité de détenu ou, s'agissant des personnes faisant l'objet de soins en application de l'article L. 3214-3, par leur état de santé, les articles L. 3211-3, L. 3211-4, L. 3211-6, L. 3211-8, L. 3211-9, L. 3211-12 à L. 3211-12-4 et L. 3211-12-6 sont applicables aux détenus hospitalisés en raison de leurs troubles mentaux.

Lorsque le juge des libertés et de la détention ordonne, en application des articles L. 3211-12 ou L. 3211-12-1, la mainlevée de la mesure d'hospitalisation complète d'une personne détenue faisant l'objet de soins en application de l'article L. 3214-3, cette décision est notifiée sans délai à l'établissement pénitentiaire par le procureur de la République. Le retour en détention est organisé dans les conditions prévues par le décret en Conseil d'Etat mentionné à l'article L. 3214-5, sauf si la personne détenue est hospitalisée au sein d'une unité hospitalière spécialement aménagée en consentant à ses soins..

Article L3214-3

Lorsqu'une personne détenue nécessite des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier en raison de troubles mentaux rendant impossible son consentement et constituant un danger pour elle-même ou pour autrui, le préfet de police à Paris ou le représentant de l'Etat dans le département dans lequel se trouve l'établissement pénitentiaire d'affectation du détenu prononce par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié, son admission en soins psychiatriques sous la forme d'une hospitalisation complète dans les conditions prévues au II de l'article L. 3214-1. Le certificat médical ne peut émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil.

Le régime de cette hospitalisation est celui prévu pour les hospitalisations ordonnées en application de l'article L. 3213-1.

Les arrêtés préfectoraux sont motivés et énoncent avec précision les circonstances qui ont rendu la mesure de soins psychiatriques nécessaire. Ils désignent l'établissement mentionné à l'article L. 3222-1 qui assure

la prise en charge de la personne malade et sont inscrits sur le registre mentionné à l'article L. 3212-11.

Article L3214-5

Les modalités de garde, d'escorte et de transport des détenus hospitalisés en raison de leurs troubles mentaux sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

Chapitre V : Dispositions pénales.

Article L3215-1

Est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 € d'amende :

1° Le fait pour le directeur d'un établissement mentionné à l'article L. 3222-1 de maintenir la mesure de soins psychiatriques dont une personne fait l'objet, quelle qu'en soit la forme, lorsque la levée de la mesure est ordonnée par le représentant de l'Etat dans le département ou, à Paris, le préfet de police en application du dernier alinéa de l'article L. 3212-8 ou de l'article L. 3213-4, ou par le juge des libertés et de la détention en application des articles L. 3211-12 ou L. 3211-12-1, ou lorsque la mesure de soins doit être levée en application des articles L. 3212-4, L. 3212-7, L. 3212-8, L. 3212-9 ou L. 3213-4 ;

2° Le fait pour le directeur ou pour tout médecin d'un établissement mentionné à l'article L. 3222-1 de supprimer ou de retenir une requête ou une réclamation adressée à l'autorité judiciaire ou administrative par une personne faisant l'objet de soins psychiatriques en application des chapitres II à IV du présent titre.

Article L3215-2

Est puni de six mois d'emprisonnement et de 7 500 € d'amende le fait pour le directeur d'un établissement mentionné à l'article L. 3222-1 :

1° D'admettre une personne en soins psychiatriques en application du 1° du II de l'article L. 3212-1 sans avoir obtenu la demande d'admission en soins et les certificats médicaux prévus par le même 1° ;

2° D'admettre une personne en soins psychiatriques en application du 2° du même II sans disposer du certificat médical prévu par le même 2° ;

3° D'omettre d'adresser au représentant de l'Etat dans le département ou, à Paris, au préfet de police dans les délais prescrits la décision d'admission, les certificats médicaux et le bulletin d'entrée établis en application du I de l'article L. 3212-5 ;

4° D'omettre d'adresser au représentant de l'Etat dans le département ou, à Paris, au préfet de police dans les délais prescrits les certificats médicaux établis en

application de l'article L. 3212-7, des 1° et 2° du I de l'article L. 3213-1 et de l'article L. 3213-3 ;

5° D'omettre de se conformer dans le délai indiqué aux prescriptions de l'article L. 3212-11 et du IV de l'article L. 3213-1 relatives à la tenue et à la présentation des registres ;

6° D'omettre d'aviser dans le délai prescrit par l'article L. 3213-9-1 le représentant de l'Etat dans le département ou, à Paris, le préfet de police du certificat médical prévu à cet article.

Article L3215-4

Est puni de six mois d'emprisonnement et de 7 500 € d'amende le fait pour un médecin d'un établissement mentionné à l'article L. 3222-1 de refuser ou d'omettre d'établir dans les délais prescrits les certificats médicaux relevant de sa responsabilité en application des articles L. 3211-2-2, L. 3212-7, L. 3213-1 et L. 3213-3.

Chapitre VI : Contentieux

Article L3216-1

La régularité des décisions administratives prises en application des chapitres II à IV du présent titre ne peut être contestée que devant le juge judiciaire.

Le juge des libertés et de la détention connaît des contestations mentionnées au premier alinéa du présent article dans le cadre des instances introduites en application des articles L. 3211-12 et L. 3211-12-1. Dans ce cas, l'irrégularité affectant une décision administrative mentionnée au premier alinéa du présent article n'entraîne la mainlevée de la mesure que s'il en est résulté une atteinte aux droits de la personne qui en faisait l'objet.

Lorsque le tribunal de grande instance statue sur les demandes en réparation des conséquences dommageables résultant pour l'intéressé des décisions administratives mentionnées au premier alinéa, il peut, à cette fin, connaître des irrégularités dont ces dernières seraient entachées.

NOTA: Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 article 18 : Les présentes dispositions entrent en vigueur le 1er janvier 2013. La juridiction administrative est compétente pour statuer sur les recours dont elle est saisie antérieurement à cette date.

Chapitre 1 • Droits des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques

Section 1 • Programme de soins psychiatriques

Article R3211-1

I.-Le programme de soins prévu à l'article L. 3211-2-1 est établi et modifié par un psychiatre qui participe à la prise en charge de la personne faisant l'objet de soins psychiatriques en application des chapitres II et III du présent titre ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale.

Ce document mentionne l'identité du psychiatre qui l'établit, celle du patient et le lieu de résidence habituel de ce dernier.

II.-Le programme de soins indique si la prise en charge du patient inclut une ou plusieurs des modalités suivantes :

- 1° Une hospitalisation à temps partiel ;
- 2° Des soins ambulatoires ;
- 3° Des soins à domicile ;
- 4° L'existence d'un traitement médicamenteux prescrit dans le cadre des soins psychiatriques.

Il précise, s'il y a lieu, la forme que revêt l'hospitalisation partielle en établissement de santé ou la fréquence des consultations ou des visites en ambulatoire ou à domicile et, si elle est prévisible, la durée pendant laquelle ces soins sont dispensés. Il mentionne l'ensemble des lieux où se déroulent ces prises en charge.

Le programme ne comporte pas d'indications sur la nature et les manifestations des troubles mentaux dont souffre le patient, ni aucune observation clinique, ni la mention ou les résultats d'examen complémentaires.

Lorsque le programme inclut l'existence d'un traitement médicamenteux, il ne mentionne ni la nature ni le détail de ce traitement, notamment la spécialité, le dosage, la forme galénique, la posologie, la modalité d'administration et la durée.

III.-L'élaboration du programme et ses modifications sont précédées par un entretien au cours duquel le psychiatre recueille l'avis du patient, notamment sur le programme qu'il propose ou ses modifications, afin de lui permettre de faire valoir ses observations. Au cours de cet entretien, le psychiatre lui délivre l'information

prévue à l'article L. 3211-3 et lui indique en particulier que le programme de soins peut être modifié à tout moment pour tenir compte de l'évolution de son état de santé et qu'il peut proposer son hospitalisation complète notamment en cas d'une inobservance de ce programme susceptible d'entraîner une dégradation de son état de santé. La mention de cet entretien est portée sur le programme de soins et au dossier médical du patient.

La modification du programme par un psychiatre qui participe à la prise en charge du patient peut intervenir à tout moment pour l'adapter à l'état de santé de ce dernier.

Le psychiatre transmet au directeur de l'établissement le programme de soins et les programmes modificatifs lorsqu'ils ont pour effet de changer substantiellement la modalité de prise en charge du patient.

IV.-Lorsque la décision de soins psychiatriques a été prise en application du chapitre III du présent titre ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale, le directeur de l'établissement de santé transmet sans délai au préfet du département ou, à Paris, au préfet de police, une copie du programme de soins prévu à l'article L. 3211-2-1 et de l'avis motivé prévu au troisième alinéa de l'article L. 3211-2-2. Il lui transmet les programmes suivants accompagnant les certificats médicaux mentionnés au premier alinéa de l'article L. 3211-11 et au I de l'article L. 3213-3.

Le représentant de l'Etat est informé de la modification du programme de soins lorsque celle-ci a pour effet de changer substantiellement la modalité de prise en charge du patient, afin de lui permettre, le cas échéant, de prendre un nouvel arrêté. S'il prend un nouvel arrêté suite à la modification du programme de soins, il recueille à nouveau l'avis du collège prévu au III de l'article L. 3213-1.

V.-Les décisions des directeurs d'établissement et les arrêtés préfectoraux décidant ou modifiant la forme de la prise en charge, ainsi que les programmes de soins les accompagnant, sont remis au patient par un membre de l'équipe soignante de l'établissement de santé d'accueil ou de la structure assurant la prise en charge du patient.

Section 2 : Collège

Article R3211-2

Le collège prévu à l'article L. 3211-9 est composé de trois membres appartenant au personnel de l'établissement d'accueil du patient.

Chaque formation du collège est fixée par le directeur ou le représentant légal de l'établissement. Font partie du collège pour chaque patient :

1° Le psychiatre responsable à titre principal du patient dont la situation est examinée ou, à défaut, un autre psychiatre participant à sa prise en charge ;

2° Un représentant de l'équipe pluridisciplinaire participant à la prise en charge du patient, nommément désigné par le directeur de l'établissement ;

3° Un psychiatre qui ne participe pas à la prise en charge du patient, désigné nommément par le directeur de l'établissement, après avis du président de la commission médicale d'établissement ou de la conférence médicale pour les médecins.

Le directeur ou le représentant légal de l'établissement inscrit le nom des trois membres dans la convocation.

Article R3211-3

Le collège se réunit sur convocation du directeur de l'établissement d'accueil, qui fixe l'ordre du jour et mentionne, pour chaque patient, la date avant laquelle l'avis doit être rendu. Cette convocation peut être envoyée par tous moyens. Il en est de même des pièces ou documents nécessaires à la préparation de la réunion ou établis à l'issue de celle-ci.

Article R3211-4

En cas d'urgence ou pour des raisons liées à l'organisation du service, les membres du collège peuvent participer aux débats au moyen de techniques de communication téléphonique ou audiovisuelle, dans des conditions garantissant la confidentialité des informations échangées et le respect des exigences prévues au premier alinéa de l'article R. 3213-3.

Article R3211-5

L'avis du collège mentionne le nom et la qualité des membres présents, les dossiers traités au cours de la séance et l'avis pris pour chacun des dossiers. Cet avis, validé par le secrétaire désigné au début de chaque séance, est transmis sans délai au directeur de l'établissement qui, selon les cas, le transmet sans délai au préfet du département ou, à Paris, au préfet de police, ou au juge des libertés et de la détention.

Tout membre du collège peut demander qu'il soit fait mention de son désaccord avec l'avis rendu.

Article R3211-6

Le délai maximal dans lequel le collège doit rendre son avis, en application des articles L. 3212-7 et L. 3213-1, est fixé à cinq jours à compter de la date de convocation du collège.

Pour l'application des dispositions du II de l'article L. 3211-12 et du II de l'article L. 3211-12-1, le délai maximal

dans lequel le collège doit rendre son avis est réduit afin de garantir le délai de saisine du juge des libertés et de la détention.

Section 3 : Procédure judiciaire de mainlevée ou de contrôle des mesures de soins psychiatriques

Article R3211-7

La procédure judiciaire pour connaître des mesures de soins psychiatriques prononcées en application du titre Ier du livre II de la troisième partie de la partie législative du présent code ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale est régie par le code de procédure civile sous réserve des dispositions de la présente section.

Sous-section 1 : Procédure de mainlevée des mesures de soins psychiatriques

Paragraphe 1 : Procédure devant le juge des libertés et de la détention

Article R3211-8

Le juge des libertés et de la détention dans le ressort duquel se situe l'établissement d'accueil est saisi par les personnes mentionnées à l'article L. 3211-12 ou, dans le cas prévu à l'article L. 3213-5, par le directeur de l'établissement d'accueil, par requête transmise par tout moyen permettant de dater sa réception au greffe du tribunal de grande instance.

La requête est datée et signée et comporte :

1° L'indication des nom, prénoms, profession, domicile, nationalité, date et lieu de naissance du demandeur ou, s'il s'agit d'une personne morale, celle de sa forme, de sa dénomination, de son siège social et de l'organe qui la représente légalement ;

2° L'indication des nom et prénoms de la personne qui fait l'objet de soins, de son domicile et, le cas échéant, de l'adresse de l'établissement où elle séjourne, ainsi que, s'il y a lieu, des coordonnées de son tuteur, de son curateur ou de ses représentants légaux s'il est mineur ;

3° L'exposé des faits et son objet.

Article R3211-9

Lorsqu'elle émane de la personne qui fait l'objet de soins, la requête peut être déposée au secrétariat de l'établissement d'accueil. La demande en justice peut également être formée par une déclaration verbale recueillie par le directeur de l'établissement qui établit un procès-verbal contenant les mentions prévues par l'article R. 3211-8, daté et revêtu de sa signature et de celle de l'intéressé. Si ce dernier ne peut signer, il en est fait mention.

Le directeur transmet sans délai la requête ou le procès-verbal au greffe du tribunal, par tout moyen, en y

joignant les pièces justificatives que le requérant entend produire. Le directeur communique en outre au tribunal un dossier contenant les pièces mentionnées à l'article R. 3211-11 dans le délai de cinq jours suivant le dépôt de la requête.

Article R3211-10

Dès réception de la requête, le greffe l'enregistre et la communique :

1° Selon le cas, au tiers qui a demandé l'admission en soins psychiatriques ou au préfet qui a ordonné ou maintenu la mesure de soins ;

2° A la personne qui fait l'objet de soins, à moins qu'elle soit l'auteur de la requête, et, s'il y a lieu, à son tuteur ou son curateur ou, si elle est mineure, à ses représentants légaux ;

3° Au ministère public ;

4° Au directeur de l'établissement, à moins qu'il ne l'ait lui-même transmise ou établie, à charge pour lui d'en remettre une copie à la personne concernée lorsqu'elle est hospitalisée dans son établissement.

Article R3211-11

Le directeur d'établissement, soit d'office, soit sur invitation du juge, communique par tout moyen, dans un délai de cinq jours à compter de l'enregistrement de la requête, tous les éléments utiles au tribunal, et notamment :

1° Quand l'admission en soins psychiatriques a été effectuée à la demande d'un tiers, les nom, prénoms et adresse de ce tiers, ainsi qu'une copie de la demande d'admission ;

2° Quand l'admission en soins psychiatriques a été ordonnée par le préfet, une copie de l'arrêté prévu à l'article L. 3213-1 et, le cas échéant, la copie de l'arrêté prévu à l'article L. 3213-2 ou le plus récent des arrêtés préfectoraux ayant maintenu la mesure de soins en application des articles L. 3213-4 ou L. 3213-5 ;

3° Quand l'admission en soins psychiatriques a été ordonnée par une juridiction, une copie de la décision et de l'expertise mentionnées à l'article 706-135 du code de procédure pénale ;

4° Une copie des certificats et avis médicaux prévus aux chapitres II à IV du titre Ier du livre II de la troisième partie de la partie législative du présent code, au vu desquels la mesure de soins a été décidée et de tout autre certificat ou avis médical utile en sa possession, dont ceux sur lesquels se fonde la décision la plus récente de maintien des soins ;

5° L'avis du collège mentionné à l'article L. 3211-9 dans les cas prévus au II de l'article L. 3211-12 ;

6° Le cas échéant :

a) L'opposition de la personne qui fait l'objet de soins à l'utilisation de moyens de télécommunication audiovisuelle ;

b) L'avis d'un psychiatre ne participant pas à la prise en charge de la personne qui fait l'objet de soins, indiquant, selon le cas, les motifs médicaux qui feraient obstacle à son audition ou attestant que son état mental ne fait pas obstacle à l'utilisation de moyens de télécommunication audiovisuelle.

Article R3211-12

Au plus tard à la réception des pièces transmises par le directeur de l'établissement, le juge fixe la date, l'heure, le lieu et les modalités de tenue de l'audience.

Le greffier en avise aussitôt, par tout moyen, en leur qualité de parties à la procédure :

1° Le requérant et son avocat s'il en a un ;

2° La personne qui fait l'objet de soins par l'intermédiaire du chef d'établissement lorsqu'elle y est hospitalisée et, s'il y a lieu, son avocat, son tuteur, son curateur ou ses représentants légaux ;

3° Selon le cas, le préfet qui a ordonné ou maintenu la mesure de soins ou le directeur d'établissement qui a prononcé l'admission en soins en application du 2° du II de l'article L. 3212-1 ;

4° Le ministère public.

Sont également avisés le directeur de l'établissement et, le cas échéant, le tiers qui a demandé l'admission en soins psychiatriques.

L'avis d'audience indique que les pièces mentionnées à l'article R. 3211-11 peuvent être consultées au greffe du tribunal et que la personne qui fait l'objet de soins, quand elle est hospitalisée, peut y avoir accès dans l'établissement où elle séjourne, dans le respect, s'agissant des documents faisant partie du dossier médical, des prescriptions de l'article L. 1111-7. Le greffe délivre une copie de ces pièces aux avocats qui en font la demande.

La personne qui fait l'objet de soins est avisée de son droit d'être assistée d'un avocat choisi par elle ou, à sa demande, désigné d'office. Dans le cas où le juge déciderait, au vu de l'avis médical prévu au deuxième alinéa de l'article L. 3211-12-2, qu'il n'y a pas lieu de procéder à l'audition de la personne qui fait l'objet des soins, celle-ci est avisée de ce qu'elle sera représentée par un avocat.

Article R3211-13

S'il l'estime nécessaire au vu de la requête et des pièces transmises par le directeur de l'établissement, le juge ordonne, le cas échéant sans débat, toute mesure d'instruction.

Lorsque le juge ordonne deux expertises dans les cas mentionnés au II de l'article L. 3211-12, les deux experts procèdent à des examens séparés de la personne qui fait l'objet de soins.

Le ou les experts désignés par le juge ne peuvent exercer dans l'établissement d'accueil de la personne qui fait l'objet de soins.

Les experts remettent leur rapport dans le délai fixé par le juge, qui ne peut excéder quinze jours suivant leur désignation. Ils déterminent librement les modalités de conduite des opérations d'expertise. Par dérogation aux articles 160 et 276 du code de procédure civile, ils ne sont pas tenus de convoquer les parties ou de susciter leurs observations. Le rapport est déposé au secrétariat de la juridiction où les parties peuvent le consulter. Sur leur demande, le greffe leur en délivre une copie.

Article R3211-14

Quand le juge des libertés et de la détention décide de se saisir d'office en application du dernier alinéa du I de l'article L. 3211-12, il met la personne qui fait l'objet de soins et, le cas échéant, son tuteur, son curateur ou ses représentants légaux, le tiers qui a demandé l'admission en soins psychiatriques, le préfet qui l'a ordonnée ou maintenue, le directeur d'établissement, ainsi que le ministère public, en mesure de produire des observations. Il les fait aviser de la date, de l'heure, du lieu et des modalités de tenue de l'audience. Le directeur de l'établissement transmet au juge les pièces mentionnées à l'article R. 3211-11 dans le délai de cinq jours suivant l'avis de saisine.

Article R3211-15

I.-A l'audience, le juge dirige les débats dans les conditions définies par l'article L. 3211-12-2. Il entend les personnes présentes ou leur représentant qui ont été destinataires de l'avis prévu à l'article R. 3211-12. Le tiers qui a demandé l'admission en soins psychiatriques est entendu s'il souhaite s'exprimer.

Le juge entend la personne qui fait l'objet de soins dans les conditions définies par l'article L. 3211-12-2 et commet, le cas échéant, un avocat d'office.

Les personnes appelées peuvent faire parvenir leurs observations par écrit, auquel cas il en est donné connaissance aux parties présentes à l'audience.

Lorsqu'il n'est pas partie principale, le ministère public fait connaître son avis dans les conditions définies par le deuxième alinéa de l'article 431 du code de procédure civile.

II.-Lorsque l'audience se déroule dans la salle spécialement aménagée sur l'emprise de l'établissement d'accueil avec l'utilisation de moyens de télécommunication audiovisuelle en application du cinquième alinéa de l'article L. 3211-12-2, le procès-verbal des opérations réalisées dans cette salle est dressé et signé par un agent de l'établissement d'accueil désigné par le directeur de cet établissement, parmi les

agents ayant préalablement prêté serment devant le tribunal de grande instance dans le ressort duquel se trouve l'établissement d'accueil. Le procès-verbal précise le numéro de l'affaire, la date de début et de fin de la connexion, les nom et coordonnées de l'avocat assistant le patient présent et le caractère public ou non de l'audience. Il est adressé au juge dans les meilleurs délais par tout moyen.

Article R3211-16

L'ordonnance du juge est rendue dans un délai de douze jours à compter de l'enregistrement de la requête au greffe. Ce délai est porté à vingt-cinq jours si une expertise est ordonnée.

L'ordonnance est notifiée, contre récépissé ou émargement, aux parties présentes à l'audience au cours de laquelle la décision est rendue. Le juge leur fait connaître verbalement le délai d'appel et les modalités suivant lesquelles cette voie de recours peut être exercée. Il les informe que seul l'appel formé par le ministère public peut être déclaré suspensif par le premier président de la cour d'appel ou son délégué. La notification aux personnes avisées qui ne se sont pas présentées, ainsi qu'au ministère public, est faite dans les meilleurs délais par tout moyen permettant d'en établir la réception.

Lorsque la décision a été mise en délibéré, les notifications prévues à l'alinéa précédent sont faites, selon les mêmes modalités, aux personnes mentionnées à l'article R. 3211-12 et au ministère public.

Article R3211-17

Si le juge décide la mainlevée de la mesure de soins et que le procureur de la République estime ne pas avoir à s'opposer à cette mainlevée, ce dernier retourne l'ordonnance au juge qui l'a rendue en mentionnant sur celle-ci qu'il ne s'oppose pas à sa mise à exécution. Il est alors immédiatement mis fin à la mesure de maintien à la disposition de la justice, sauf dans le cas où le juge a estimé y avoir lieu à application du second alinéa du III de l'article L. 3211-12.

Paragraphe 2 : Voies de recours

Article R3211-18

L'ordonnance est susceptible d'appel devant le premier président de la cour d'appel, dans un délai de dix jours à compter de sa notification.

Le ministère public peut, dans tous les cas, interjeter appel dans le même délai.

Article R3211-19

Le premier président ou son délégué est saisi par une déclaration d'appel motivée transmise par tout moyen au greffe de la cour d'appel. La déclaration est enregistrée avec mention de la date et de l'heure.

Le greffier de la cour d'appel avise sur-le-champ le greffier du tribunal de grande instance qui lui transmet sans délai le dossier.

Le greffier de la cour d'appel fait connaître par tout moyen la date, l'heure, le lieu et les modalités de tenue de l'audience aux parties, à leurs avocats, au tiers qui a demandé l'admission en soins et, dans tous les cas, au ministère public. Les deux derniers alinéas de l'article R. 3211-12 sont applicables.

Le délai d'appel et l'appel ne sont pas suspensifs, sous réserve des dispositions prévues par l'article R. 3211-20.

Article R3211-20

Dans les conditions définies par l'article L. 3211-12-4, le ministère public peut solliciter du premier président ou de son délégué qu'il déclare son recours suspensif. Dans ce cas, l'appel est formé dans un délai de six heures à compter de la notification de l'ordonnance au procureur de la République.

Le ministère public fait notifier la déclaration d'appel, accompagnée de sa demande motivée, immédiatement et par tout moyen permettant d'en établir la réception, au préfet ou au directeur d'établissement ayant prononcé l'admission, au requérant initial et à la personne qui fait l'objet de soins ainsi qu'à leur avocat. La notification mentionne que des observations en réponse peuvent être transmises par tout moyen au secrétariat du premier président ou de son délégué dans un délai de deux heures.

Le premier président statue sans délai et sans débat sur la demande de déclaration d'appel suspensif après que la personne qui fait l'objet de soins ou son avocat a été mis à même de transmettre ses observations suivant les modalités définies à l'alinéa précédent. La décision est portée à la connaissance de la personne qui fait l'objet de soins par le greffe de la cour d'appel et communiquée au procureur de la République qui veille à son exécution et en informe le directeur d'établissement et le préfet le cas échéant.

Le premier président statue au fond dans les délais définis par le quatrième alinéa de l'article L. 3211-12-4.

Article R3211-21

A l'audience, les débats sont tenus dans les conditions définies par l'article L. 3211-12-2. Les parties et le tiers qui a demandé l'admission en soins psychiatriques peuvent demander à être entendues ou faire parvenir leurs observations par écrit, auquel cas il en est donné connaissance aux parties présentes à l'audience.

Lorsqu'il n'est pas partie principale, le ministère public fait connaître son avis dans les conditions définies par le deuxième alinéa de l'article 431 du code de procédure civile.

Article R3211-22

Sous réserve de l'application des dispositions prévues au quatrième alinéa de l'article L. 3211-12-4, le premier président statue dans les douze jours de sa saisine. Ce délai est porté à vingt-cinq jours si une expertise est ordonnée.

L'ordonnance est notifiée, contre récépissé ou émargement, aux parties présentes à l'audience au cours de laquelle la décision est rendue. La notification aux personnes avisées qui ne se sont pas présentées, ainsi qu'au ministère public, est faite dans les meilleurs délais par tout moyen permettant d'en établir la réception.

Lorsque la décision a été mise en délibéré, les notifications prévues à l'alinéa précédent sont faites selon les mêmes modalités, aux personnes mentionnées à l'article R. 3211-12 et au ministère public.

Article R3211-23

Le pourvoi en cassation est, dans tous les cas, ouvert au ministère public.

L'ordonnance n'est pas susceptible d'opposition.

Paragraphe 3 : Dispositions communes

Article R3211-24

Devant le juge des libertés et de la détention et le premier président de la cour d'appel, la représentation par avocat n'est pas obligatoire, sous réserve des cas où le juge décide, au vu de l'avis médical prévu au deuxième alinéa de l'article L. 3211-12-2 de ne pas entendre la personne qui fait l'objet de soins.

Article R3211-25

Les augmentations de délais prévues aux articles 643 et 644 du code de procédure civile ne sont pas applicables.

Article R3211-26

Le juge peut rejeter sans tenir d'audience les demandes répétées si elles sont manifestement infondées.

Sous-section 2 : Procédure de contrôle des mesures de soins psychiatriques

Paragraphe 1 : Procédure devant le juge des libertés et de la détention

Article R3211-27

Le juge des libertés et de la détention dans le ressort duquel se situe l'établissement d'accueil est saisi par les personnes mentionnées au premier alinéa du I de l'article L. 3211-12-1 dans les conditions définies par l'article R. 3211-8, selon les cas :

1° Au moins trois jours avant l'expiration du délai prévu aux 1° et 2° du I de l'article L. 3211-12-1 ;

2° Au moins huit jours avant l'expiration du délai prévu au 3° du I de l'article L. 3211-12-1.

Article R3211-28

La saisine est accompagnée des avis prévus au II de l'article L. 3211-12-1 ainsi que des pièces prévues aux 1° à 4° de l'article R. 3211-11 et, le cas échéant, de l'opposition de la personne qui fait l'objet de soins à l'utilisation de moyens de télécommunication audiovisuelle. L'avis médical mentionné à l'article L. 3211-12-2, au vu duquel le juge décide des modalités d'audition de l'intéressé, est donné, suivant le cas, par l'avis conjoint de deux psychiatres mentionné au premier alinéa du II de l'article L. 3211-12-1 ou par le collègue mentionné à l'article L. 3211-9.

Article R3211-29

Le greffe enregistre la requête et la communique aussitôt, le cas échéant au tiers qui a demandé l'admission en soins psychiatriques, à la personne hospitalisée, à son tuteur ou son curateur ou, si elle est mineure, à ses représentants légaux, au ministère public.

Au vu de la requête, le juge fixe la date, l'heure, le lieu et les modalités de tenue de l'audience. Ces informations sont communiquées aussitôt par le greffe aux personnes mentionnées au premier alinéa.

L'avis d'audience indique également aux parties que les pièces mentionnées à l'article R. 3211-28 peuvent être consultées au greffe du tribunal. Les deux derniers alinéas de l'article R. 3211-12 sont applicables.

Article R3211-30

S'il l'estime nécessaire, le juge ordonne, le cas échéant sans débat, une ou deux expertises dans les cas et conditions définies aux cinquième et onzième alinéas de l'article L. 3211-12-1. Lorsque le juge ordonne deux expertises, les deux experts procèdent à des examens séparés de la personne qui fait l'objet de soins.

Le ou les experts désignés par le juge ne peuvent exercer dans l'établissement d'accueil de la personne hospitalisée. Ils conduisent les opérations d'expertise selon les modalités définies à l'article R. 3211-13. Ils remettent leur rapport dans le délai fixé par le juge, au plus tard dans les dix jours qui suivent leur désignation.

Article R3211-31

Le juge statue dans les délais et conditions prévues aux II et IV de l'article L. 3211-12-1. Le premier alinéa de l'article 641 et le second alinéa de l'article 642 du code de procédure civile ne sont pas applicables.

Le juge entend les personnes présentes ou leur représentant qui ont été destinataires de l'avis prévu à l'article R. 3211-29. Le tiers qui a demandé l'admission

en soins psychiatriques est entendu s'il souhaite s'exprimer.

Le juge entend la personne hospitalisée dans les conditions définies par l'article L. 3211-12-2 et, le cas échéant, un avocat d'office.

Les parties peuvent faire parvenir leurs observations par écrit, auquel cas il en est donné connaissance aux parties présentes à l'audience.

Lorsqu'il n'est pas partie principale, le ministère public fait connaître son avis dans les conditions définies par le deuxième alinéa de l'article 431 du code de procédure civile.

Article R3211-32

L'ordonnance du juge des libertés et de la détention est notifiée dans les conditions définies par l'article R. 3211-16.

Paragraphe 2 : Voies de recours

Article R3211-33

Les recours contre les ordonnances du juge des libertés et de la détention s'exercent selon les modalités et conditions définies aux articles R. 3211-18 à R. 3211-22.

Si le juge décide la mainlevée de la mesure de soins et que le procureur de la République estime ne pas avoir à s'opposer à cette mainlevée, ce dernier retourne l'ordonnance au juge qui l'a rendue en mentionnant sur celle-ci qu'il ne s'oppose pas à sa mise à exécution. Il est alors immédiatement mis fin à la mesure de maintien à la disposition de la justice, sauf dans le cas où le juge a estimé y avoir lieu à application du deuxième alinéa du III de l'article L. 3211-12-1.

La cour d'appel saisie d'une ordonnance constatant la mainlevée d'une hospitalisation complète en application du deuxième alinéa du IV de l'article L. 3211-12-1 peut évoquer l'affaire lorsque les conditions prévues par ces dispositions n'étaient pas réunies.

Paragraphe 3 : Dispositions communes

Article R3211-34

Les articles R. 3211-24 et R. 3211-25 sont applicables aux procédures prévues par la présente sous-section.

Chapitre II : Admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent

Article R3212-1

La demande d'admission en soins psychiatriques prévue à l'article L. 3212-1 comporte les mentions manuscrites suivantes :

1° La formulation de la demande d'admission en soins psychiatriques ;

- 2° Les nom, prénoms, date de naissance et domicile de la personne qui demande les soins et de celle pour laquelle ils sont demandés ;
- 3° Le cas échéant, leur degré de parenté ou la nature des relations existant entre elles avant la demande de soins ;
- 4° La date ;
- 5° La signature.

Si la personne qui demande les soins ne sait pas ou ne peut pas écrire, la demande est reçue par le maire, le commissaire de police ou le directeur de l'établissement qui en donne acte.

Chapitre III : Admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat

Article R3213-1

Le délai imparti à l'expert par le préfet du département ou, à Paris, le préfet de police pour produire l'expertise prévue à l'article L. 3213-5-1 ne peut excéder dix jours à compter de sa désignation.

Article R3213-2

I.-Lorsqu'un psychiatre de l'établissement d'accueil propose de mettre fin à une mesure de soins psychiatriques concernant une personne mentionnée à l'article L. 3213-8 ou propose, si celle-ci fait l'objet d'une hospitalisation complète, de modifier la forme de sa prise en charge, le directeur de l'établissement transmet au préfet du département ou, à Paris, au préfet de police le certificat médical dont cette proposition résulte dans les vingt-quatre heures, puis l'avis du collège mentionné à l'article L. 3211-9 dans les sept jours qui suivent l'établissement de ce certificat, sauf pour le préfet à fixer un délai plus bref.

II.-Dans les autres cas, notamment si la commission départementale des soins psychiatriques le saisit de la situation d'une personne mentionnée à l'article L. 3213-8, le préfet du département ou, à Paris, le préfet de police sollicite l'avis du collège auprès du directeur de l'établissement d'accueil, en précisant le délai dans lequel l'avis doit être produit. Ce délai ne peut excéder sept jours.

III.-Dans les vingt-quatre heures qui suivent la production de l'avis du collège ou l'expiration du délai imparti à cette fin, le préfet du département ou, à Paris, le préfet de police désigne, s'il y a lieu, les deux psychiatres mentionnés à l'article L. 3213-8 et précise le délai dont ils disposent, à compter de leur désignation, pour produire leur avis. Ce délai ne peut excéder dix jours.

Article R3213-3

Les certificats et avis médicaux établis en application des dispositions du présent chapitre sont précis et motivés. Ils sont dactylographiés.

Lorsqu'ils concluent à la nécessité de lever une mesure d'hospitalisation complète, ils sont motivés au regard des soins nécessités par les troubles mentaux de la personne intéressée et des incidences éventuelles de ces troubles sur la sûreté des personnes.

Chapitre IV : Hospitalisation des personnes détenues atteintes de troubles mentaux

Section 1 : Principes de fonctionnement des unités d'hospitalisation pour les personnes détenues atteintes de troubles mentaux

Article R3214-1

L'unité spécialement aménagée au sein d'un établissement de santé mentionnée à l'article L. 3214-1 prend en charge les hospitalisations complètes avec ou sans leur consentement des personnes détenues dans des établissements pénitentiaires se trouvant sur un territoire défini par arrêté conjoint des ministres chargés de la justice, de la santé et de l'intérieur.

Dans le cas d'une hospitalisation avec consentement, l'admission est prononcée par le directeur de l'établissement de santé de l'unité spécialement aménagée de rattachement, après avis du médecin de cette unité.

Dans le cas d'une hospitalisation sans consentement dans les conditions définies par l'article L. 3214-3, le préfet du département dans lequel se trouve l'établissement pénitentiaire d'affectation de la personne détenue décide de son hospitalisation. Lorsque l'unité spécialement aménagée est située dans un autre département que celui de l'établissement pénitentiaire d'origine, le préfet de ce département prend un arrêté portant admission de la personne détenue dans cette unité.

Article R3214-2

Lorsque l'unité spécialement aménagée territorialement compétente n'est pas en mesure de prendre en charge une personne détenue, faute de place disponible, son hospitalisation est recherchée au sein de l'unité spécialement aménagée la plus proche.

Il en est de même lorsque deux personnes détenues ne doivent pas être hospitalisées dans la même unité pour des raisons de sécurité. Dans ce cas, le directeur interrégional des services pénitentiaires en informe le directeur de l'établissement de santé et le médecin à l'origine de la dernière demande d'hospitalisation, afin

que ce dernier sollicite le responsable de l'unité la plus proche.

Les hospitalisations sont prononcées selon les modalités mentionnées à l'article précédent, selon qu'elles interviennent avec ou sans consentement.

Article R3214-3

Les modalités d'admission et de séjour des personnes détenues dans les unités spécialement aménagées ainsi que les règles d'organisation et de fonctionnement applicables au sein de l'unité sont précisées par une convention signée par le directeur de l'établissement de santé, le chef de l'établissement pénitentiaire auquel les personnels pénitentiaires affectés à l'unité spécialement aménagée sont rattachés, le directeur général de l'agence régionale de santé, le directeur interrégional des services pénitentiaires et le préfet du département du siège de l'établissement de santé.

Cette convention est établie par référence à une convention type élaborée conjointement par les ministres chargés de la justice, de la santé et de l'intérieur.

Article R3214-4

La répartition, entre l'Etat et les établissements de santé, des dépenses d'investissement et de fonctionnement des unités spécialement aménagées est déterminée par un arrêté conjoint des ministres chargés de la justice et de la santé.

Section 2 : Conditions de garde des personnes détenues hospitalisées atteintes de troubles mentaux et de surveillance des unités spécialement aménagées

Sous-section 1 : Conditions de garde

Article R3214-5

La garde des personnes détenues hospitalisées atteintes de troubles mentaux incombe à l'administration pénitentiaire. Elle est assurée dans le respect de la confidentialité des soins.

L'administration pénitentiaire porte à la connaissance de l'établissement de santé les éléments nécessaires à l'appréciation de la dangerosité ou de la vulnérabilité des personnes détenues.

L'établissement de santé assure, par une organisation interne appropriée de l'unité spécialement aménagée, des conditions d'hospitalisation garantissant la protection des personnes détenues hospitalisées.

Article R3214-6 En savoir plus sur cet article...

Créé par Décret n°2010-507 du 18 mai 2010 - art. 1

Les décisions de l'autorité judiciaire, notamment en matière d'isolement, de séparation de détenus ou d'interdiction temporaire de communiquer, sont

applicables au sein de l'unité spécialement aménagée et sont communiquées par le chef d'établissement pénitentiaire au directeur de l'établissement de santé qui veille à leur exécution.

Article R3214-7

Aucun agent exerçant dans les unités spécialement aménagées ne peut se charger, pour le compte des personnes détenues hospitalisées, d'un service étranger à sa mission.

Les personnels intervenant dans l'unité spécialement aménagée ne sont pas autorisés à communiquer aux membres de la famille, aux proches et aux visiteurs les dates d'entrée et de sortie de la personne détenue ainsi que les dates et les heures des examens réalisés hors de l'unité spécialement aménagée. Sous réserve du respect de ces exigences de sécurité et dans le respect des règles déontologiques, le médecin peut communiquer des informations relatives à la santé du patient détenu hospitalisé à sa famille, à ses proches ou à la personne de confiance qu'il a désignée.

Article R3214-8

La surveillance de l'enceinte et des locaux de l'unité spécialement aménagée ainsi que le contrôle des accès à cette unité sont assurés par le personnel pénitentiaire.

Toutefois, le personnel pénitentiaire n'a accès aux locaux de soins et aux chambres des patients que pour en assurer la fouille et le contrôle des équipements et aménagements spéciaux ou, à la demande du personnel hospitalier, lorsque la sécurité des personnes ou des biens est compromise.

Article R3214-9

Un dispositif de vidéoprotection est mis en œuvre pour la protection des abords et des locaux de l'unité spécialement aménagée, à l'exception des chambres et des locaux de soins. La demande d'autorisation est présentée par le directeur de l'établissement de santé au vu d'un dossier constitué conjointement avec le chef d'établissement pénitentiaire. La convention mentionnée à l'article R. 3214-3 précise les modalités d'application du premier alinéa de l'article 13 du décret du 17 octobre 1996, lesquelles sont jointes au dossier de la demande d'autorisation.

Article R3214-10

Toute personne entrant dans une unité spécialement aménagée justifie de son identité et se soumet aux mesures de contrôle définies par la convention mentionnée à l'article R. 3214-3.

Le personnel pénitentiaire, chargé du contrôle des accès de l'unité, tient un registre sur lequel sont inscrits les noms et qualité de toutes les personnes entrant ou sortant ainsi que les horaires de leur entrée et de leur sortie.

Article R3214-11

Sans faire obstacle au bon déroulement des soins, le personnel pénitentiaire peut procéder aux fouilles des personnes détenues hospitalisées dans les conditions prévues par l'article 57 de la loi du 24 novembre 2009.

Article R3214-12

La fouille des locaux et le contrôle des équipements et aménagements spéciaux de l'unité spécialement aménagée sont effectués par le personnel pénitentiaire.

Toute fouille générale ou sectorielle de l'unité spécialement aménagée est décidée avec l'accord du directeur de l'établissement de santé. Elle est réalisée en présence du directeur de l'établissement de santé et du médecin responsable de l'unité ou de leurs représentants.

Article R3214-13

Le personnel hospitalier signale, sans délai, toute absence irrégulière d'une personne détenue au directeur de l'établissement de santé et au personnel pénitentiaire. Le directeur de l'établissement de santé et le chef d'établissement pénitentiaire en informent le préfet et le procureur de la République ainsi que, s'il s'agit d'un prévenu, le magistrat saisi du dossier de l'information et, s'il s'agit d'un condamné, le magistrat chargé de l'application des peines.

Article R3214-14

Le directeur de l'établissement de santé et le chef d'établissement pénitentiaire portent immédiatement à la connaissance du préfet, du procureur de la République, du directeur interrégional des services pénitentiaires et du directeur général de l'agence régionale de santé tout incident grave touchant à l'ordre ou à la sécurité de l'unité spécialement aménagée.

Lorsque la gravité ou l'ampleur de l'incident ne permet pas que l'ordre soit rétabli par le seul personnel pénitentiaire présent dans l'unité spécialement aménagée, le préfet, saisi par le directeur de l'établissement de santé, peut décider de faire appel aux forces de l'ordre.

Article R3214-15

Si l'incident concerne un prévenu, le chef d'établissement pénitentiaire informe également le magistrat saisi du dossier de l'information et si l'incident concerne un condamné, le magistrat chargé de l'application des peines.

Si l'incident concerne une personne détenue appartenant aux forces armées, l'autorité militaire est avisée par le chef d'établissement pénitentiaire.

Sous-section 2 : Conditions de séjour des personnes détenues hospitalisées atteintes de troubles mentaux

Article R3214-16

Les personnes détenues hospitalisées dans l'unité spécialement aménagée continuent à exécuter leur peine ou leur détention provisoire.

Article R3214-17

Les personnes détenues dans l'unité spécialement aménagée restent soumises au régime disciplinaire des établissements pénitentiaires lorsqu'elles se trouvent sous la surveillance exclusive du personnel pénitentiaire.

Le chef d'établissement pénitentiaire informe le directeur de l'établissement de santé de tout incident disciplinaire imputable à une personne détenue alors qu'elle se trouvait sous la surveillance exclusive du personnel pénitentiaire.

Aucune sanction disciplinaire ne peut être prononcée par la commission de discipline plus d'un mois après les faits ni pendant l'hospitalisation.

Lorsque le chef d'établissement pénitentiaire envisage d'engager des poursuites disciplinaires à l'encontre de la personne détenue, il en informe le responsable du personnel médical de l'unité de consultation et de soins ambulatoires et, le cas échéant, du service médico-psychologique régional.

Article R3214-18

Les personnes détenues hospitalisées dans une unité spécialement aménagée peuvent recevoir des visites des personnes disposant d'un permis de visite délivré dans les conditions prévues par le code de procédure pénale.

Les jours et les heures de visite ainsi que leur durée sont fixés par la convention mentionnée à l'article R. 3214-3.

Les visites se déroulent dans un parloir sous la surveillance du personnel pénitentiaire, qui a la possibilité d'écouter les conversations. Les entretiens des avocats et des visiteurs de prison avec les personnes détenues ont lieu en dehors de la présence du personnel pénitentiaire.

Article R3214-19

L'accès au téléphone des personnes détenues est autorisé dans les conditions fixées par le code de procédure pénale. Les modalités de cet accès sont fixées par la convention mentionnée à l'article R. 3214-3.

Article R3214-20

Les règles applicables à la correspondance des personnes détenues sont celles définies par le code de procédure pénale.

La convention prévue à l'article R. 3214-3 prévoit l'organisation de la collecte et de la distribution du courrier au sein de la zone de soins de l'unité spécialement aménagée.

Section 3 : Transport et escorte des personnes détenues hospitalisées dans les unités spécialement aménagées

Article R3214-21

Le transport de l'établissement pénitentiaire à l'unité spécialement aménagée d'une personne détenue devant être hospitalisée avec son consentement incombe à l'administration pénitentiaire. Si l'état de santé de la personne intéressée l'exige, et sur prescription médicale, celle-ci est accompagnée par le personnel hospitalier de l'établissement de santé siège de l'unité.

Le transport de l'établissement pénitentiaire à l'unité spécialement aménagée d'une personne détenue devant être hospitalisée sans son consentement incombe à l'établissement de santé siège de l'unité. La personne détenue est accompagnée par le personnel soignant de l'établissement de santé et escortée par le personnel pénitentiaire.

Le transport de l'unité spécialement aménagée à l'établissement pénitentiaire d'une personne détenue, hospitalisée avec ou sans son consentement, incombe à l'administration pénitentiaire. La personne détenue est accompagnée, sur prescription médicale, par le personnel soignant.

En cas de transport d'une personne détenue particulièrement signalée, il est fait appel aux forces de police ou de la gendarmerie afin de renforcer l'escorte pénitentiaire, qu'il s'agisse d'un transport vers l'unité spécialement aménagée ou d'un retour vers un établissement pénitentiaire.

A titre exceptionnel, en cas de transport d'une personne détenue présentant un risque d'atteinte très grave à l'ordre public identifié par les représentants des forces de l'ordre, un appui de l'escorte pénitentiaire peut être décidé conjointement par la direction de l'administration pénitentiaire et les directions nationales de la police et de la gendarmerie.

Article R3214-22

Si l'état de santé de la personne détenue hospitalisée dans une unité spécialement aménagée nécessite une consultation ou une hospitalisation hors de l'unité pour raisons somatiques, le transport est assuré sur prescription médicale par l'établissement de santé siège de l'unité, au moyen d'un véhicule sanitaire. La personne détenue est accompagnée par le personnel hospitalier et escortée par le personnel pénitentiaire.

Le retour à l'unité spécialement aménagée s'effectue dans les mêmes conditions.

En cas de transport d'une personne détenue particulièrement signalée, il est fait appel aux forces de police ou de la gendarmerie pour les consultations ou les

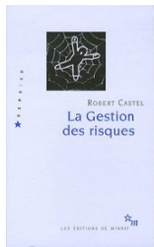
hospitalisations pour raisons somatiques des personnes détenues afin de renforcer l'escorte pénitentiaire.

A titre exceptionnel, en cas de transport d'une personne détenue présentant un risque d'atteinte très grave à l'ordre public identifié par les représentants des forces de l'ordre, un appui de l'escorte pénitentiaire peut être décidé conjointement par la direction de l'administration pénitentiaire et les directions nationales de la police et de la gendarmerie.

Les dispositions du code de procédure pénale relatives à la garde des personnes détenues en cas d'hospitalisation somatique s'appliquent.

Article R3214-23

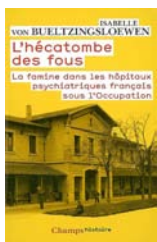
Lorsque le transport incombe à l'administration pénitentiaire, le véhicule utilisé pour le transport de la personne hospitalisée dans une unité spécialement aménagée est un véhicule pénitentiaire, sauf prescription médicale prévoyant le recours à un véhicule sanitaire léger ou à une ambulance.



La gestion des risques • Robert CASTEL • éditions de minuit • réédition avril 2011
 Robert CASTEL, sociologue et directeur d'études à l'École des Hautes Etudes en Sciences Sociales, a en tout premier lieu travaillé sur l'institutionnalisation de la prise en charge de la folie dont sont issus ses ouvrages *Le psychanalisme* (1973), *L'ordre psychiatrique* (1976) et *La gestion des risques* (1981) dont les propos restent d'actualité. Proche d'Erving GOFFMAN et de Franco BASAGLIA, il propose une approche argumentée et concrète des enjeux à l'œuvre en matière de psychiatrie et de la manière dont sont gérés les risques inhérents à toute vie en société, toujours en analysant la restriction connexe des libertés individuelles. Son travail est d'autant plus étoffé que Robert CASTEL a souvent accompagné son épouse, psychiatre, dans ses gardes de nuit à l'hôpital.



Rien ne s'oppose à la nuit • Delphine de VIGAN • Lattès • octobre 2011
 Témoignage personnel de l'auteur sur sa mère, Lucile, dont elle découvre alors qu'elle a 14 ans qu'elle souffre de maniaque-dépression (trouble bipolaire). En interrogeant l'ensemble des frères et sœurs encore vivants de sa mère pour reconstituer l'histoire familiale et l'histoire personnelle de Lucile, Delphine de Vigan émet des hypothèses sur les origines de la maladie et les facteurs qui l'ont aggravée, retrace la souffrance de sa mère, son incompréhension à elle, d'enfant, face aux premières manifestations de la maladie, la rupture qu'a constitué le premier épisode maniaque dans la vie de Lucille, et son combat au long court contre la maladie.



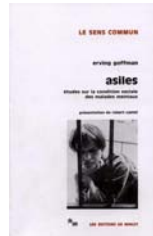
L'hécatombe des fous • Isabelle von BUELTZINGSLOEWEN • Champs Histoire • 2007
 Entre 1940 et 1945, près de 45.000 patients sont morts de faim dans les hôpitaux psychiatriques français. Première étude historique de cette tragédie, ce livre cherche les causes de cet abandon des malades psychiques à leur terrible sort, relate les tentatives de psychiatres et directeurs d'hôpitaux pour contrer un fléau qui s'il touche tous les français, n'a eu une telle répercussion que dans les hôpitaux psychiatriques, du fait des difficultés de ravitaillement, de l'impossibilité pour les patients déjà affaiblis de recourir au marché noir ou au troc, et de règles comptables publiques inappropriées pour un temps de guerre.



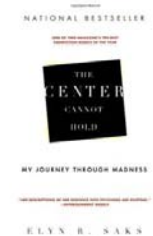
Dans la nuit de Bicêtre • Marie DIDIER • Folio • 2006
 Abrupt avec le pouvoir, à la fois ferme, généreux et non violent avec les insensés, Jean-Baptiste Pussin, simple garçon tanneur franc-comtois devenu «gouverneur des fous» de Bicêtre auprès de Pinel, s'oppose, dans sa façon de les traiter, à la doxa de l'époque. Il jouera un rôle, oublié aujourd'hui et pourtant essentiel, dans l'histoire de la psychiatrie. Marie DIDIER est médecin à Toulouse. Dans ce livre, le « tu » est adressé à Pussin, le « je » renvoie à l'auteur.



Vivre avec sa folie • revue BOOKS • numéro 19 • février 2011
 Immersion dans le monde de la folie. La revue entreprend de la montrer vécue de l'intérieur. Une brillante schizophrène, diplômée de Yale, y décrit son expérience avec minutie et détachement. Le psychiatre Oliver SACKS évoque la psychose maniaco-dépressive aujourd'hui pudiquement rebaptisée « trouble bipolaire ». Enfin, dans un grand entretien, un autre psychiatre, le new-yorkais John Strauss s'interroge sur les limites de la science psychiatrique. A ses yeux, les frontières entre les différentes formes de pathologies sont loin d'être aussi nettes que ne le laissent entendre les manuels de psychiatrie. Recueil d'extraits et d'articles inédits.



Asiles • Erving GOFFMAN • Editions de Minuit • 1968
 En 1961 Erving GOFFMAN publiait *Asiles*, travail sociologique de plus d'une année passée à l'hôpital Sainte Elisabeth de Washington spécialisé en psychiatrie. Contrairement à ce qu'on fait de cette œuvre, c'est-à-dire une étude des institutions totalitaires en général, GOFFMAN explique qu'il a cherché à étudier d'aussi près que possible la façon dont le patient vivait subjectivement ses rapports avec l'environnement hospitalier, et ainsi cherché à élaborer une théorie sociologique de la structure du moi (self). Au-delà et plus encore, on y découvre le travail précis de celui qui décrit et étudie le fonctionnement de l'hôpital tel qu'il le voit et tel que les personnes, les patients surtout, le vivent.



The Center Cannot Hold : My Journey Through Madness • Elyn SAKS • Hyperion • 2e édition • août 2008
 Traitée pour schizophrénie, Elyn SAKS décrit ses crises et le rôle fondamental de son entourage et de la psychothérapie pour s'en sortir. Depuis, elle enseigne le droit de la santé et la psychiatrie à l'université de San Diego (Californie). Elle a conduit des recherches sur le traitement contraint des patients souffrant de troubles psychiques et a fondé un institut consacré au droit, à la politique et à l'éthique en matière de santé mentale. Elle raconte, de l'intérieur, sa maladie, ses luttes, et ce qui lui permet d'aller bien.



Le miroir de Janus • Sami-Paul TAWIL • Pocket • 2004
 Psychiatre et psychothérapeute, professeur associé au Collège de médecine des Hôpitaux de Paris, le docteur Sami- Paul Tawil est responsable depuis plus de vingt ans d'une unité d'hospitalisation dans le service de psychiatrie et de psychologie médicale de l'hôpital Saint-Antoine, à Paris. Ce livre donne quelques repères aux proches de patients.



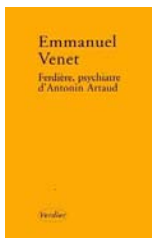
Un monde sans fous • Philippe BORREL • Champs social • mars 2010
 Témoignages de praticiens médecins, psychiatres, infirmiers, sur l'hôpital psychiatrique, ses évolutions, la prise en charge des patients et la question de la place des troubles psychiques au sein de la société.



Les bases de la psychothérapie • Olivier CHAMBON • Dunod • 3e édition • juillet 2010
Premier ouvrage à mettre systématiquement en lumière les facteurs communs propres à l'ensemble des psychothérapies. Conçu dans une optique strictement didactique, ce livre synthétise un savoir faire clinique. Les principaux concepts et techniques de prise en charge psychothérapique sont étudiés et commentés avec des exemples cliniques et des schémas.



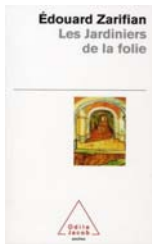
Histoire de la folie • Claude QUÉTEL • Tallandier • septembre 2009
Partout et toujours il y a eu une réponse morale, sociale, médicale, pénale à la folie. Ainsi se pose dès le Moyen-Age la question de l'enfermement des personnes, qui constitue moins une logique de répression qu'une réponse pragmatique des pouvoirs publics. L'appréhension de la folie et ses traitements, de l'Antiquité à nos jours, c'est l'approche que propose cet ouvrage.



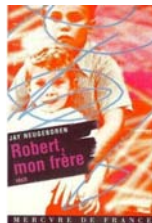
Ferdrière, psychiatre d'Antonin Artaud • Emmanuel VENET • Verdier • 2006
Psychiatre à Lyon, Emmanuel VENET porte un regard différent de celui de la postérité sur Gaston Ferdrière (1907 – 1990) et trouve en lui « un homme sensible et cultivé, praticien généreux et compétent, poète mort sans œuvre et psychiatre injustement désavoué ». Au travers de mots pesés, de phrases ciselées, il fait part des couleurs de l'hôpital psychiatrique, des sentiments qui s'entrechoquent au fond du cœur et du goût des heures passées au chevet des patients.



L'affaire Rouy — Une femme contre l'asile au XIXe siècle • Yannick RIPA • Tallandier • 2010
Cette femme, professeur de piano et concertiste de 40 ans est conduite sans ménagement le 8 septembre 1854 à la maison de santé de Charenton, à la demande de son demi-frère. Tout au long de son internement, les médecins diagnostiquent une folie lucide. Elle n'est libérée qu'en 1868, l'administration finissant par reconnaître « une erreur ».



Les jardiniers de la folie • Edouard ZARFIAN • Odile Jacob • mars 2000
Qu'est-ce que la dépression ? Où commence la maladie mentale ? Le mot « folie » lui-même, banni du vocabulaire officiel mais toujours sous-jacent, traduit la confusion, l'angoisse, de tout un chacun devant la maladie mentale qui peut toucher tout le monde. Edouard ZARFIAN, psychiatre, en propose une approche apaisée, forte de son expérience et de sa science.



Robert, mon frère • Jay NEUGEBOREN • Mercure de France • 2000
Jay, écrivain et professeur d'université, est père de famille. Robert, son frère, est schizophrène. Témoignage autobiographique d'un auteur sur l'affection qu'il porte à son frère, les batailles, l'incompréhension face à l'absence de suivi dans la prise en charge médicale des troubles, les espoirs.



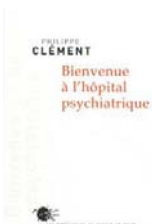
Histoire de la folie à l'âge classique • Michel FOUCAULT • Gallimard • 1961
Expérience fondamentale de la méthode archéologique de Foucault, cet essai fait l'hypothèse d'une perception culturelle collective qui oriente le sens des pratiques sociales et des définitions médicales de la folie (cf Frédéric Gros, *Philosophie Anthologie • Michel Foucault*). Le XVIIIe siècle a créé de vastes maisons d'internement, le pouvoir absolu fait usage des lettres de cachet, et le « grand renfermement » fera se côtoyer à l'asile, pauvres, chômeurs, correctionnaires, malades de toutes sortes et insensés. La folie fait déchoir le sujet de ses droits à la vérité, une ligne de partage est tracée : la folie est exilée, enfermée et confinée entre quatre murs.



L'esprit malade • Pierre-Henri CASTEL • Ithaque • octobre 2011
Pierre-Henri CASTEL est directeur de recherches au CNRS, sociologue et psychanalyste. Il travaille au quotidien dans un hôpital psychiatrique. Il analyse, dans cette série d'ouvrages, les concepts en jeu dans la folie, leur approche par la philosophie, la sociologie et la psychologie. Ses questions : « la psychiatrie peut-elle déterminer une norme objective de la folie ? », « la santé mentale comme problème de société ? » ou « l'approche de la dépression aujourd'hui ».



Faire avec l'objet • Ferme du Vinatier • Chronique sociale • 2003
La découverte d'objets privés, rangés, étiquetés, classifiés, dans les sous-sols de l'hôpital, confiés par les patients bon gré, mal gré en même temps que leur santé mentale, a été le point de départ de cette réflexion sur l'objet au sein de l'hôpital psychiatrique : quelle place l'institution hospitalière laisse-t-elle aux objets personnels et intimes des patients ? Quels rôles ont-ils pu jouer dans ces vies ? Psychiatres, sociologues, historiens, philosophes, livrent leurs réflexions.



Bienvenue à l'hôpital psychiatrique • Philippe CLEMENT • Empêcheurs de tourner en rond • 2007
L'auteur raconte le parcours de personnes hospitalisées en psychiatrie, le plus souvent étiquetés schizophrènes, symboles de tous les aspects contrastés de la souffrance psychique et sociale. L'expérience de cet infirmier psychiatrique d'un grand hôpital parisien, et sa réflexion, posent simplement des questions fondamentales et interroge.



Le coupe ongles • Stéphane ALEXANDRE • Les Arènes • 2011
Témoignage d'un père dont le fils de 19 ans est hospitalisé en urgence dans le service fermé du 2^e hôpital psychiatrique de France, atteint de schizophrénie. Après incrédulité, incompréhension et sentiment de culpabilité, l'auteur affirme : « je ne suis pas sûr de toujours comprendre mon fils, mais j'ai décidé de l'aimer tel qu'il est. Et ce n'est pas toujours simple ».



Le jour où ma fille est devenue folle • Michael GREENBERG • Flammarion • 2010
Chronique de l'été durant lequel Sally, la fille de l'auteur (un écrivain new-yorkais), âgée de quinze ans, a connu son premier épisode maniaque – un évènement qui « d'un seul coup » a changé son identité et, par extension, celle de sa famille tout entière. Un récit surprenant, tout sauf sentimental, d'un père qui tente désespérément de ramener sa fille à lui.



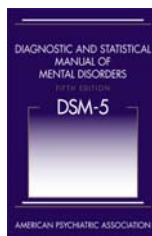
L'Aliéniste • JM Machado de Assis • Editions Métailié • mars 2005
Simon Bacamarte, aliéniste diplômé, s'installe dans une paisible bourgade brésilienne et, au nom de la science, fonde un asile d'aliénés. Il classe d'abord et enferme tous les lunatiques, mais son emprise sur la cité déclenche un mécanisme diabolique qui va atteindre la totalité de la population, qu'il finit par enfermer. L'aliéniste vit un carnet à la main ; il note les réactions de tous, y compris les siennes. Doit-on le craindre ou rire de lui ? Avec ce savant en délire, Machado évoque le dogmatisme et les doutes de la science.



Le système du Docteur Goudron et du Professeur Plume • Edgar Allan POE • Folio junior • 2003
En 18.., la maison de santé que je visite me semble être un bien étrange hospice. Les fous y sont traités grâce à une nouvelle méthode mise au point par le célèbre professeur Plume et le docteur Goudron : le système de douceur. Un système révolutionnaire permettant à chacun de faire ce qu'il veut. On finit par ne plus très bien savoir qui est le malade et qui est le médecin.



L'histoire • La folie • d'Erasmus à Foucault • n° 51 • avril 2011
« La folie est une énigme »
1. Le temps des possédés
Les fous des dieux
Comment dans sa fureur Héraclès tua ses enfants
Qui a peur de Caligula ?
Afrique : à la frontière du visible et du non-visible
2. Le temps des fous heureux ?
Moyen Age : démoniaques, malades ou amoureux ?
Un prêtre cartographie ses délires
Charles VI, le roi malade et bien-aimé
Une vie de bouffon
Renaissance : la folie était à la mode
3. Le temps des asiles
La révolution Foucault
Le jour où Pinel libéra les aliénés
Les promesses de l' asile
Le cas Séraphine
Maria Spiridonova, révolutionnaire ou hystérique
L'expert, le juge et l'irresponsable
On peut soigner une maladie sans en connaître les causes



DSM V • American Psychiatric Association • 2013
Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* • DSM), publié par l'Association Américaine de Psychiatrie (APA), est considéré comme le manuel de référence classifiant les critères diagnostiques et recherches statistiques des troubles psychiatriques. Il est utilisé aux États-Unis, et internationalement, par les cliniciens, chercheurs, psychiatres et compagnies d'assurance santé et pharmaceutiques.



La prise en charge en santé mentale • La Documentation française • 2007
Cet ouvrage collectif dresse un état des lieux de la prise en charge de la santé mentale en France à partir des données statistiques disponibles. Ces dernières sont en effet nombreuses en France, mais elles sont dispersées et parfois difficilement accessibles. Etude réalisée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) qui rassemble des données et analyses sur l'offre de soins, les professionnels, les patients pris en charge en psychiatrie.



Manuel de psychiatrie • sous la direction de Jean-Daniel GUELFI et Frédéric ROUILLON • Masson • 2012
Manuel présenté sous la forme de chapitres rédigés chacun par des spécialistes de la question.



Dialogue avec moi-même • Polo TONKA • Odile Jacob • 2012
« Lorsque je croupissais chez moi, torturé et anéanti par une maladie dont si peu soupçonnent l'horreur et l'étrangeté, je me disais : un jour, j'écrirai un livre sur ce que j'ai traversé, pour dire au monde l'atrocité de cette guerre de l'intime. Par un bonheur que je m'explique encore mal, ce moment est enfin venu. Nous nous connaissons si peu, moi et moi-même. Comme une barrière qui nous aurait toujours séparés. L'un et l'autre, le noir et le blanc, l'angoisse et la paix. Je suis heureux que cette série d'entretiens puisse enfin nous rapprocher. Et je ne vous cacherai rien ».
Polo Tonka est écrivain. Schizophrène depuis l'âge de 18 ans, il est aujourd'hui en phase de rémission. Philippe Jeammet est professeur émérite de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à l'université Paris-Descartes.

Filmographie •



Camille Claudel 1915 • Bruno DUMONT • 2013
Hiver 1915. Internée par sa famille dans un asile du Sud de la France - là où elle ne sculptera plus - chronique de la vie recluse de Camille Claudel, dans l'attente d'une visite de son frère, Paul Claudel.



A l'ombre de la République • Stéphane MERCURIO • 2012
Le travail du Contrôleur général des lieux de privation de liberté et de son équipe, au jour le jour.



Le long chemin des familles • Dr Natalie GILOUX • Philippe DIDIER • 2007
La place des familles dans le champ du soin psychique a longtemps été marquée par des concepts moraux sur lesquels certains courants « scientifiques » se sont appuyés pour renvoyer les familles à leur supposée toxicité. Depuis qq années l'évolution vers une meilleure prise en compte des patients et de leurs proches se fait jour. Ici, médecins, familles, rappellent cette histoire et la nécessité de s'en affranchir. Ils confient cette place impossible pour la famille : tantôt trop près alors intrusive, tantôt trop loin alors indifférente. L'hôpital change, il est devenu le lieu de traitement de la crise. L'accompagnement au long cours des patients affectés de troubles psychotiques repose d'autant plus sur une continuité des soins ambulatoires. Et la famille est appelée à jouer un rôle majeur dans la qualité de l'alliance thérapeutique (en prêt à l'ENM Paris)



Mister Jones • Mike FIGGIS • 1993
A 35 ans, Mr Jones alterne les phases où rien ne l'arrête et celles de grande tristesse. Hospitalisé sous contrainte à la suite d'un épisode où il tente de s'envoler depuis le haut d'un toit, il est diagnostiqué schizophrène puis à juste titre bipolaire. Le film montre qq aspects de cette maladie, qq scènes de vie à l'hôpital et la procédure américaine d'hospitalisation sans consentement.



Chambre d'isolement, chambre d'apaisement • Dr Natalie GILOUX • Philippe DIDIER • 2007
Réflexion inédite sur la chambre d'isolement à l'hôpital psychiatrique du Vinatier à Lyon. La chambre d'isolement dont l'utilisation s'impose parfois, tire son architecture d'une histoire asilaire marquée par le poids de la morale. Celle-ci dans de nombreux hôpitaux psychiatriques revêt des aspects carcéraux qui traduisent le châtiement et l'animalité. Soignants et patients témoignent. L'idée est de se dégager de cette "architecture de la cruauté" comme le souligne un médecin pour en proposer une autre, dominée par l'idée de favoriser une relation thérapeutique avec des patients en crise, dans un climat de sécurité et d'apaisement (en prêt à l'ENM Paris)



Kotéba

Kotéba • Dr Natalie GILOUX • 2007
L'ouverture vers les familles de patients suivis en psychiatrie existe en Afrique, où les patients sont accompagnés par un parent lors de l'hospitalisation et où l'hôpital est ouvert sur le village : villageois et familles se retrouvent ainsi périodiquement pour des moments d'échanges qui font participer chacun et offrent un autre regard. Tourné à l'hôpital du point G à Bamako au MALI, le film montre les comédiens entrer en scène et improviser avec les patients qui n'en sont plus vraiment (au sens grec du terme, passifs). Le kotéba délie la parole, permet l'expression des difficultés et des souffrances qui ne sont pas ou peu exprimées dans la communauté. La parole se libère... sans tabous. Puis les comédiens de la troupe s'effacent peu à peu pour laisser émerger le discours des patients sous la coupole à palabres avec leurs accompagnants et les soignants : médecins, infirmiers et psychologues. (en prêt à l'ENM Paris)



Elle s'appelle Sabine • Sandrine BONNAIRE • 2007
Un portrait de Sabine Bonnaire, jeune femme souffrant d'autisme d'abord à tort diagnostiquée schizophrène et placée sous neuroleptiques. Réalisé par sa sœur la plus proche, ce film est le récit de son histoire à travers des archives personnelles filmées par la comédienne sur une période de 25 ans, et témoignage sur sa vie d'aujourd'hui dans une structure adaptée. Le documentaire évoque une personnalité dont le développement et les dons multiples ont été anéantis par un système de prise en charge défaillant (en prêt à l'ENM Paris)

Revue spécialisée •



L'information psychiatrique • mensuel
L'Information Psychiatrique, revue scientifique pour les psychiatres des hôpitaux, publie essentiellement des travaux de psychopathologie, et aborde également les questions d'éthique, d'organisation, de politique des soins, d'ouverture à la fois vers les sciences humaines et vers les neurosciences.



Santé mentale • mensuel
Constituée chaque mois autour d'un dossier thématique de fond analysé par psychiatres, psychologues, infirmiers, chercheurs et patients.

Quelques chiffres

extraits du rapport pour l'année 2012 du contrôleur général des lieux de privation de liberté

Hospitalisations psychiatriques sous contraintes

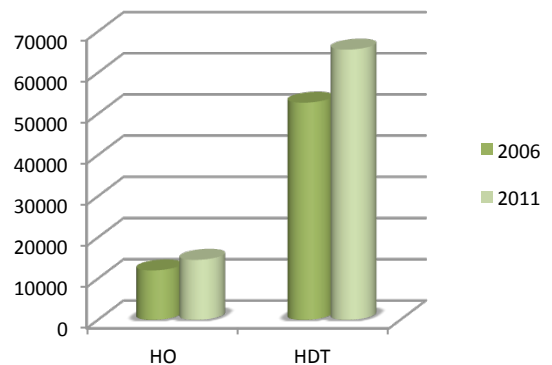
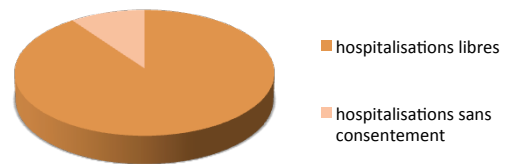
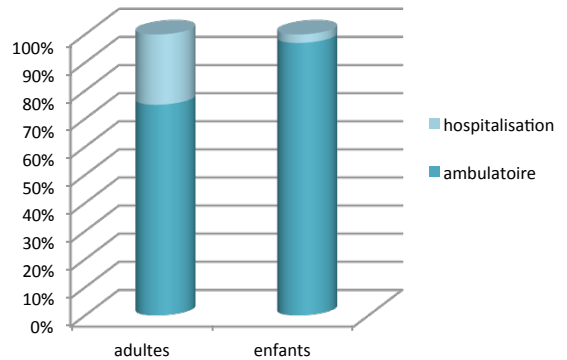
2.1 Évolution des mesures d'hospitalisation sans consentement en psychiatrie de 2007 à 2011

Source : DREES, SAE, tableau Q9.2.

Champ : Tous établissements, France métropolitaine et DOM

Mode d'hospitalisation	Année	Nombre de patients	Nombre d'entrées	Nombre de journées
Hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT)	2006 ¹	43 957	52 744	1 638 929
	2007	53 788	58 849	2 167 195
	2008	55 230	60 881	2 298 410
	2009	62 155	63 158	2 490 930
	2010	63 752	68 695	2 684 736
devenu depuis la loi du 5/07/2011 admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (ASPD)	2011	63 345	65 621	2 520 930
Hospitalisation d'office (HO) (art. L. 3213-1 et L. 3213-2)	2006	10 578	12 010	756 120
	2007	13 783	14 331	910 127
	2008	13 430	14 512	1 000 859
	2009	15 570	14 576	1 083 025
	2010	15 451	15 714	1 177 286
devenu depuis la loi du 5/07/2011 admission en soins psychiatriques à la demande d'un représentant de l'État (ASPDRE)	2011	14 967	14 577	1 062 486
Hospitalisation d'office / ASPDRE selon art. 122.1 du CPP et article L. 3213-7 du CSP	2006	221	146	56 477
	2007	353	303	59 844
	2008	453	458	75 409
	2009	589	477	104 400
	2010	707	685	125 114
	2011	764	783	124 181
Hospitalisation d'office judiciaire selon l'article 706-135 du CPP	2006			
	2007			
	2008	103	104	6 705
	2009	38	23	18 256
	2010	68	39	9 572
	2011	194	251	21 950
Ordonnance Provisoire de Placement	2006	518	1 295	22 929
	2007	654	1 083	31 629
	2008	396	411	13 214
	2009	371	378	14 837
	2010	370	774	13 342
	2011	289	317	14 772
Hospitalisation selon l'art. D. 398 du CPP (détenus)	2006	830	1 047	19 145
	2007	1 035	1 189	26 689
	2008	1 489	1 717	39 483
	2009	1 883	2 254	48 439
	2010	2 028	2 493	47 492
	2011	2 070	2 411	46 709

Environ 75 % des adultes et 97 % des enfants et adolescents soignés par les services publics de psychiatrie ne sont jamais hospitalisés, mais suivis en ambulatoire.

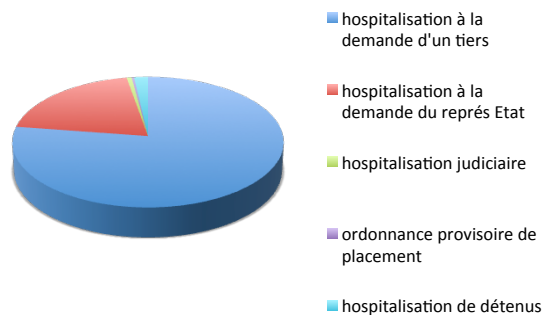


2.2 Hospitalisation sans consentement ou sous contrainte en 2011

Source : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, statistiques PMSI.

Champ : France métropolitaine et DOM, établissements publics et privés.

Hospitalisation sans consentement ou sous contrainte	Nombre de séjours	Nombre de journées (milliers)	Nombre de patients	Age moyen	Homme	Séjours terminés
Hospitalisation à la demande d'un tiers ASPD	74 585	2 553,9	60 709	42,7	54,5	61,6
Hospitalisation d'office ASPDRE	19 192	1 180,1	15 975	39,4	82,4	56,4
Hospitalisation personnes jugées pénalement irresponsables	619	69,1	436	37,0	93,8	51,0
Ordonnance provisoire de placement	298	10,7	244	21,4	65,3	71,0
Hospitalisation de détenus	1 747	34,3	1 390	32,4	94,0	89,2
Total	95 333	3 848,1	76 670	41,8	60,9	61,1



Les hôpitaux psychiatriques et centres médico-psychologiques en France

(les données varient d'une année à l'autre et les chiffres j sont en général issus d'enquêtes faites en 2010 – il s'agit d'un ordre de grandeur que de chiffres précis • sources : IR DREES)

- 450 structures hospitalières (publiques ou privées) en France une activité de psychiatrie
- 55.000 lits d'hospitalisation adulte à temps plein
- 20.000 places d'accueil en hôpital de jour ou de nuit
- 2.018 CMP (centres médico-psychologiques)

Qu'est-ce qu'un centre médico-psychologique ?

Premier lieu de référence et d'implantation de l'équipe polyvalente du « secteur », le CMP est une unité de coordination et d'accueil en milieu ouvert qui organise des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'intervention à domicile.

Y interviennent des psychiatres, psychologues, infirmiers, assistants sociaux, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes et éducateurs spécialisés.

Les consultations en CMP sont entièrement prises en charge par la Sécurité sociale.

Chaque CMP est chargé d'un secteur géographique déterminé et rattaché à un hôpital public (ou privé faisant fonction de public).

Les enfants placés dans un établissement au titre d'une mesure de soins sans consentement

(extrait du rapport 2012 du Contrôleur général des lieux de privation de liberté)

Restent enfin les enfants placés dans un service ou un établissement spécialisé dans le traitement de la souffrance mentale au titre d'une mesure de soins sans consentement, soit à la demande d'un tiers, soit à la demande du préfet.

Dans les dispositions du code de la santé publique relatives à ce type de mesures¹, rien en effet ne distingue les enfants des personnes de plus de 18 ans et, en dépit du silence de ces prescriptions sur l'autorité parentale, on doit donc les supposer applicables aux mineurs.

Mais il est difficile de dresser un tableau quantitatif des enfants placés ainsi sous contrainte pour soins. « Les données épidémiologiques sur la santé mentale des jeunes sont parcellaires » fait-on observer³. Toutefois on dispose de données sur l'utilisation du système de soins, et notamment sur les flux d'entrants dans les services de pédopsychiatrie pour y être hospitalisés à temps plein, par moyenne de chacun des 321 secteurs de psychiatrie infanto-juvéniles et au total⁴ :

	Nb moyen / secteur		Total général	
	Accueil en temps complet	Actes	Actes	Actes
Hospitalisation temps plein	28	1 011	8 999	523 367
Accueil familial thérapeutique.	3	580	879	184 629
Hospitalisation à domicile	1	231	396	73 435
Autre temps complet	8	51	2 598	16 160

Ces données sont relatives à l'année 2003 : elles montrent que cette année-là 9 000 enfants ont été hospitalisés à temps complet à l'hôpital⁵. Elles s'inscrivent dans

1. Ces données doivent être prises avec précautions. En tout état de cause, elles ne coïncident pas avec celles du CICI (Comité interministériel de contrôle de l'immigration) qui indiquent en 2004 30 043 retenus et en 2009 27 699, soit une baisse de 7,8 %.
2. Troisième partie, livre II, titre premier, article 3211-1 et s.
3. Santé des jeunes – Conférence biennale sur la santé des jeunes, Ministère de la santé, 5 novembre 2009.
4. Magali Coldefy (dir.), *La prise en charge de la santé mentale*, DREES, recueil d'études statistiques, la Documentation française, Paris, 2007, coll. « Études et statistiques ».
5. On rappelle que les plus de 15 ans peuvent être hospitalisés dans les services d'adultes.

un contexte d'accroissement du recours à la santé mentale en général (le taux de recours global passe de seize pour mille en 1991 à trente-trois pour mille en 2003) mais dans une diminution du nombre de lits, divisé par trois entre 1986 et 2003 (1 512 lits à cette date). La durée moyenne de séjour ne cesse donc de s'abaisser : elle est de trente-six jours en 2003. En tout état de cause, ces données ne permettent pas de déterminer quels enfants, parmi les 9 000, sont sous contrainte. À supposer qu'il y ait le même rapport chez les enfants que dans la population adulte entre les mesures d'hospitalisations sans consentement et l'ensemble des hospitalisations (soit 12,7 % en 2003) – ce qui est une hypothèse très maximaliste – on aurait en 2003 un flux de 1 143 enfants hospitalisés sous contrainte.

	Raison sociale de l'établissement	Département	Code	Région	Nb de lits ou places en psy générale en hospit à temps plein
1	CHI CLERMONT	OISE	60	PICARDIE	915
2	CHS VINATIER	RHONE	69	RHONE-ALPES	651
3	CENTRE HOSPITALIER PAUL GUIRAUD	VAL-DE-MARNE	94	ILE-DE-FRANCE	562
4	ASSISTANCE PUBLIQUE AP-HP	PARIS	75	ILE-DE-FRANCE	548
5	CHS DE SARREGUEMINES	MOSELLE	57	LORRAINE	513
6	C.H. DE CADILLAC	GIRONDE	33	AQUITAINE	512
7	FONDATION JOHN BOST	DORDOGNE	24	AQUITAINE	495
8	CH CHARLES PERRENS	GIRONDE	33	AQUITAINE	495
9	C.H.MAISON BLANCHE NEUILLY/M	PARIS	75	ILE-DE-FRANCE	493
10	CHS MONTFAVET	VAUCLUSE	84	PROVENCE-ALPES	440
11	EPSM LILLE METROPOLE	NORD	59	NORD-PAS-DE-CAL	434
12	CHS ST REMY ET NORD FRANCHE-COMTE	HAUTE-SAONE	70	FRANCHE-COMTE	429
13	EPSAN	BAS-RHIN	67	ALSACE	412
14	CENTRE HOSPITALIER SAINTE-ANNE	PARIS	75	ILE-DE-FRANCE	393
15	ETS PUB SANTE MENTALE DE LAISNE	AISNE	02	PICARDIE	391

Les 15 hôpitaux psychiatriques les plus importants de France • en nombre de lits d'hospitalisation en psychiatrie générale à temps plein • source DRESS 2011

nb. L'AP-HP (Assistance publique Hôpitaux de Paris) regroupe plusieurs établissements dans Paris et sa couronne

	Raison sociale de l'établissement	Département	Code	Région	ETP de psychiatres salariés
1	ASSISTANCE PUBLIQUE AP-HP	PARIS	75	ILE-DE-FRANCE	227,46
2	CHS VINATIER	RHONE	69	RHONE-ALPES	145,7
3	CENTRE HOSPITALIER SAINTE-ANNE	PARIS	75	ILE-DE-FRANCE	134,8
4	CENTRE HOSPITALIER PAUL GUIRAUD	VAL-DE-MARNE	94	ILE-DE-FRANCE	112,8
5	CHI CLERMONT	OISE	60	PICARDIE	90,5
6	EPS BARTHELEMY DURAND	ESSONNE	91	ILE-DE-FRANCE	88,5
7	A.R.H.M.	RHONE	69	RHONE-ALPES	83,5
8	CH CHARLES PERRENS	GIRONDE	33	AQUITAINE	81,3
9	CENTRE HOSPITALIER SPECIALISE CHARCOT	YVELINES	78	ILE-DE-FRANCE	76,6
10	CHS MONTFAVET	VAUCLUSE	84	PROVENCE-ALP	75,5

Nombre de psychiatres équivalent temps plein salariés •

source DRESS 2011

nb. Idem pour AP-HP



La décision d'isolement

Extrait de la construction du référentiel de l'ANAES (devenue HAS) 1998—p 22

« Cette décision est :

- soit prise en urgence en raison de comportements qui imposent de prendre rapidement des mesures pour assurer la sécurité du patient, des autres patients, du personnel ;
- soit décidée après un temps de réflexion suffisant qui permet de préparer l'isolement et de diminuer les risques.

Si la décision peut être prise en l'absence d'un médecin, notamment en cas d'urgence, une décision médicale doit venir dans tous les cas confirmer l'indication d'isolement sous la forme d'une prescription écrite.

En raison de la diversité des motifs d'isolement, aucun critère de qualité n'a été formulé pour cette étape de la décision d'isolement. »

Témoignage

Extrait du témoignage de Marie
Santé mentale n° 139, juin 2009.

« c'était long, trop long, l'enfer! ... On m'a mise là car je m'étais alcoolisée lors d'une sortie à l'extérieure. Je n'étais pas méchante, juste un peu gaie. On m'a fait souffler dans l'alcootest. L'alerte lancée; dix personnes m'ont poursuivie... J'ai pris des coups, poussé des cris et demandé à porter plainte... Arrivée à la CI, j'ai été déshabillée... Toute nue, comme un ver. Aujourd'hui, j'en rêve encore... plutôt, j'en fais des cauchemars. On est ici, à l'hôpital, pour être soignée et pas pour être punie. On est humain, il y a d'autres solutions, non ? Depuis, je me pose des questions et il y a comme « un froid » en moi. Toute cette brutalité... et puis pourquoi m'avoir dénudée ? Je me suis sentie profondément humiliée. De plus on m'a attachée, pieds et mains liées ! Mise à nu devant tout le monde, en voilà des manières (...) »

Chambre d'isolement et contentions en psychiatrie,
Jérôme PALAZZOLO, Masson 2002.

La rareté des réflexions engagées sur le thème de l'isolement thérapeutique et des contentions, — qu'il s'agisse des modalités de leur application, de leur efficacité, employées seules ou dans le cadre d'un traitement d'appoint, ou des problématiques morales et légales liées à leur utilisation —, contribue à en donner une image coercitive. Ces pratiques sont en cela condamnées par de nombreux auteurs, qui les jugent comme des mesures punitives et anachroniques. Il est donc important de reconsidérer ces procédures de soins dans une optique de recherche, afin d'élaborer des stratégies d'utilisation respectant les bonnes pratiques cliniques.

« Pourquoi faut-il dépouiller les gens de tous leurs effets personnels avant d'être admis en chambre d'isolement ? Comme si la mise à nu pouvait tout simplement entraîner une remise à neuf... »

Extrait du texte de Natalie GILLOUX, psychiatre, PH. infra

Mise en chambre d'isolement

Référentiel des pratiques

ANAES 1998 — Actuellement repris par la Haute Autorité de Santé
23 critères

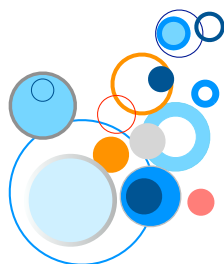
1. Les données concernant l'identité, les date et heure de début et de fin de mise en chambre d'isolement (MCI) sont renseignées.
2. Si le patient vient d'une autre unité de soins, dans le cadre de ce qui est appelé un prêt de chambre d'isolement, le dossier du patient et toutes les informations nécessaires sont fournies, en temps utile.
3. La MCI est réalisée sur prescription médicale, d'emblée ou secondairement. Dans ce dernier cas, la prescription doit être réalisée dans l'heure qui suit le début de l'isolement.
4. L'isolement initial et chaque renouvellement éventuel sont prescrits pour une période maximale de 24 heures.
5. Le trouble présenté par le patient correspond aux indications de MCI et il n'y a pas d'utilisation à titre non thérapeutique.
6. Les contre-indications somatiques de la MCI sont identifiées et notées.
7. Les facteurs de risque éventuels (suicide, automutilation, confusion, risques métaboliques, médicamenteux et liés à la thermorégulation) sont repérés et un programme spécifique de surveillance et de prévention est mis en place.
8. La conformité de la MCI avec la modalité d'hospitalisation est examinée lors de la prescription.
9. L'absence de tout objet dangereux est vérifiée dans la CI ainsi que sur le patient. En cas d'existence d'un objet dangereux, les mesures adaptées sont prises.
10. L'entrée et la sortie du patient sont signalées aux services de sécurité incendie en temps réel.
11. La MCI est effectuée dans des conditions de sécurité suffisantes pour le patient et l'équipe de soins.
12. Le patient reçoit les explications nécessaires sur les raisons, les buts et les modalités de mise en œuvre de l'isolement. La nécessité d'informer l'entourage est examinée.
13. En cas de recours à la contention physique, celle-ci est réalisée avec les matériels adéquats, en toute sécurité pour le patient et en tenant compte de son confort.
14. Une visite médicale est assurée dans les deux heures qui suivent le début de l'isolement.
15. Le patient bénéficie d'au moins deux visites médicales par jour.
16. Le rythme programmé de surveillance de l'état psychique est respecté.
17. Le rythme programmé de surveillance de l'état somatique est respecté.
18. La surveillance biologique prescrite est réalisée.
19. Le séjour du patient en CI est interrompu par des sorties de courte durée, durant la journée.
20. Un entretien centré sur le vécu du patient en CI est réalisé à la fin du processus.
21. L'hygiène du patient est assurée durant toute cette phase de soins.
22. L'état de propreté de la chambre est vérifié au moins deux fois par jour.
23. Les documents (feuille de surveillance, rapport d'accident ...) sont intégrés au dossier du patient.

[Cf document CD-ROM *Audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie* — juin 1998 — ANAES—HAS]

Textes et référentiels

- **Article L3211-3 du code de la santé publique** : « *Lorsqu'une personne atteinte de troubles mentaux fait l'objet de soins psychiatriques en application des dispositions des chapitres II et III du présent titre (= sans consentement) ou est transportée en vue de ces soins, les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées à son état mental et à la mise en œuvre du traitement requis. En toutes circonstances, la dignité de la personne doit être respectée et sa réinsertion recherchée* » .
- **Circulaire VEIL du 19 juillet 1993** portant sur le rappel des principes relatifs à l'accueil et aux modalités de séjours des malades hospitalisés pour troubles mentaux. Elle rappelle que dans le cadre d'une hospitalisation sans consentement, **le recours à l'isolement doit** :
 - ☑ **répondre aux critères légaux (L3211-3 désormais)**
 - ☑ **répondre à une prescription médicale**
 - ☑ **pouvoir être remis en cause à tout moment en fonction de l'évolution de l'état de santé du patient**
 Elle aborde le cas de l'isolement en soins libres (voir encadré à droite).
- ANAES – *Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. L'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie.* Juin 1998 – Etablit un **référentiel de la mise en chambre d'isolement**.
- ANAES – *Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée. Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé.* 2000. Ce document constate la pratique de **la contention des personnes âgées** utilisée le plus souvent pour prévenir les chutes, pour contenir l'agitation et pour limiter la déambulation et propose trois séries d'alternatives pour répondre à ces cas.
- ANAES – *Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligation de soins et de sécurité. Conférence de consensus.* Novembre 2004. Ce document aborde la prescription de la contention et pose notamment l'obligation de réévaluation toutes les trois heures, au moins.

« En considérant la fréquence faible d'actes violents avérés (10 %) ayant mené le patient en isolement, l'indication visant à prévenir le risque auto- ou hétéro-agressif (64 %) semble posée de manière non pertinente, sachant que les patients qui présentaient un risque suicidaire, donc inclus dans cette indication, ne représentent que 8 % (TS + idées suicidaires) » (cf infra Obs et éval de l'isolement)



La décision médicale de mise en chambre d'isolement

- ★ L'isolement constitue un soin intensif d'extrême recours, le plus souvent décidé en urgence, conçu comme une mesure protectrice et thérapeutique, quand le patient présente un risque imminent de violence envers les autres ou envers lui-même
- ★ La décision d'isoler un patient doit répondre à l'interrogation persistante tout au long de ce soin, pour le psychiatre, sur le rapport « bénéfice-risque d'isoler » versus « bénéfice-risque de ne pas isoler » un patient
- ★ Les motifs les plus souvent retenus dans le recours à l'isolement sont :
 - prévenir des actes agressifs envers lui-même ou autrui
 - diminuer les stimulations reçues par le patient face à une désorganisation psychique ou une agitation psychomotrice
 - éviter une rupture thérapeutique
- ★ La question de solutions alternatives à l'isolement et à la contention (utilisée dans 70% des cas de patients isolés) doit être constamment reposée pour chaque patient.

Un patient hospitalisé en soins libres qui doit être placé en chambre d'isolement, peut-il rester dans le cadre juridique des « soins libres » ou bien une procédure d'hospitalisation sous contrainte doit-elle être engagée ?

La circulaire VEIL limite strictement la possibilité d'un isolement en soins libres : « *en cas d'urgence, il peut être possible d'isoler pour des raisons tenant à sa sécurité un malade quelques heures en attendant, soit la résolution de la situation d'urgence, soit la transformation de son régime d'hospitalisation en un régime d'hospitalisation sous contrainte* ».

En pratique, cette mise en chambre d'isolement enclenche sûrement la période d'observation de 72h, qui tombera d'elle-même si la situation du patient change durablement, hors de l'isolement et avec son consentement.

Pistes pour la pratique de l'isolement

- ✦ Promotion de la formation continue des soignants et création de groupes de travail sur l'isolement
- ✦ Evaluation des pratiques professionnelles : interroger les pratiques et établir des protocoles au sein des services. Pour atteindre une évaluation clinique plus fine et appliquer l'isolement de la manière la plus humaine et la moins iatrogène possible
- ✦ Réalisation systématique d'un entretien de sortie d'isolement pour revenir sur le vécu du patient, dépister les syndromes post-traumatiques et les facteurs de risques d'une mauvaise alliance thérapeutique
- ✦ Développement des mesures alternatives
- ✦ Améliorations architecturales en vue de créer un espace dominé par le confort et le bien-être afin de favoriser, dans le cadre de l'isolement, l'apaisement du patient et l'alliance thérapeutique

« La décision était le plus souvent programmée de façon préventive (62%), l'indication étant conseillée par le tiers accompagnant le patient (police, pompiers, infirmiers, médecins). On peut s'interroger sur la pertinence d'une telle indication « anticipatoire » sachant que l'état clinique d'un patient est susceptible de s'améliorer rapidement sous l'effet des traitements reçus avant l'arrivée aux urgences » (op. cit)



Chambre d'isolement, chambre d'apaisement • Film

Dr Natalie GILOUX • Philippe DIDIER • 2007

Contexte

Au cours de l'année 2007, le Dr Natalie GILOUX, psychiatre praticien hospitalier, responsable des urgences psychiatriques de l'hôpital du Vinatier à Bron (Lyon), décide de mener au sein de son service, une réflexion sur l'isolement.

Certaine que pour qu'il reste digne et performant, « *le soin en isolement doit se dérouler dans un espace dominé par le confort et le bien-être afin de favoriser une meilleure alliance thérapeutique* » (Santé Mentale juin 2009), elle :

- o fait procéder à la restructuration architecturale des chambres de son service (couleurs pastels plus gaies, ouvertures plus agréables, toilettes séparées, fauteuils pour s'asseoir, horloge numérique visible par le patient... etc)
- o et interroge, devant la caméra :
 - des patients, sur leur vécu en isolement
 - des psychiatres apportant un éclairage historique
 - des psychiatres en exercice, sur les conditions et le sens de la prescription médicale de l'isolement
 - et des infirmiers, sur leurs expériences de ce soin.

La chambre d'isolement a été d'abord pour moi encore une injustice (...) au début, cela a été très difficile à supporter (...) Avec le temps, j'ai pu faire un point sur moi-même et j'ai réalisé que c'était moi qui n'allait pas bien ; je me suis apaisé • Un patient

Les indications de l'isolement, c'est souvent d'abord de protéger le service de la violence d'un patient, agité, souvent délirant puisque la plupart des patients qu'on soigne sont psychotiques. Malgré tout, il y a aussi des indications pour des maniaques qui ne sont pas forcément très agités mais dont on sent qu'ils n'arrivent pas à canaliser, à contenir la stimulation relationnelle dans le service, et qui doivent être mis en isolement au sens « désafférentation sociale » pour des isolements plus courts, assez bien tolérés car ils sentent que cela leur fait du bien de se recueillir, de se reposer • Dr Emmanuel VENET • psychiatre

Ce qui m'a réconforté dans ce soin, c'est le discours des soignants, rassurant, il soulage et réconforte, il fait qu'on se sent mieux • Un patient

L'isolement cela peut être un moment fondateur du soin. Je n'ai aucune réticence sur le principe, dans la mesure où il faut considérer, tant du côté médical, du côté infirmier que du côté du patient, que c'est du soin. D'une part il y a la diminution des stimulations (...), comme indication principale. La 2^e c'est éventuellement la dangerosité, le risque de passage à l'acte, mais très secondaire par rapport à la 1^{ère} indication et comme conséquence de la 1^{ère} • Dr Gilles BURLOUX • psychiatre

Quand on accompagne quelqu'un en isolement, chaque fois, j'ai en tête ce que décrivait Dolto de la détresse du tout petit qu'on dépouille de son doudou quand il arrive à l'hôpital (...) Cela aide, en ayant cela en tête, à être plus humain dans la mise en place de cette prescription • Dr Anne PARRIAUD • psychiatre

Pour le Dr Claude PAGES, psychiatre, l'isolement impose **une discipline collective autour du patient** : on attend du patient une certaine conduite, mais aussi les soignants s'imposent une discipline personnelle, une cohérence face à ce patient isolé, cohérence qui est elle-même structurante.

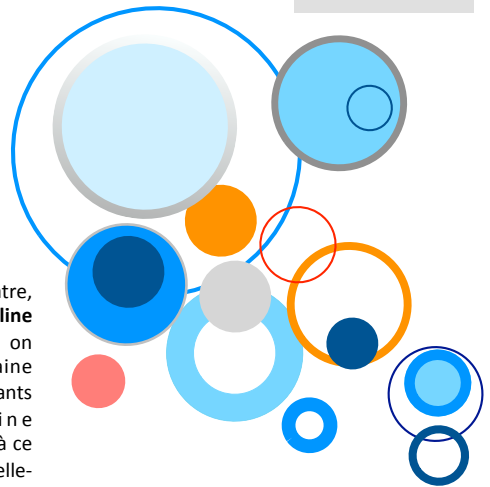
C'est quelque chose de violent pour le patient, c'est aussi violent pour nous : on le met dans un espace clos (...) ça renvoie même à quelque chose de carcéral. Ça demande de savoir pourquoi on le fait (...) Il y a souvent des discussions sur le recours à l'isolement (...) C'est un outil (...) Nous, en y allant fréquemment, on humanise ce soin • Anne ROUMEZIN • infirmière

Au fond, la chambre d'isolement n'est pas en soi un « elle-même » mais le moyen d'engager un soin dans un climat de sécurité et d'apaisement. Le soin, c'est le traitement médicamenteux qui est impératif mais c'est aussi la qualité de la relation des soignants au patient • Dr Natalie Giloux

« Il est urgent de se débarrasser de ces 'vieux restes' (cadre austère et pénal, mépris de l'intimité... etc) et de parier sur l'âme en apportant du confort et du respect dans ces lieux de soins intenses. Pour diminuer les stimulations et atténuer l'angoisse tout en respectant les consignes de sécurité et d'hygiène, un cadre agréable s'impose où la lumière, les couleurs, l'espace, le mobilier et sa texture, les ouvertures visent à l'apaisement et au bien-être des patients, et à celui des soignants » • Dr Natalie Giloux • extrait de La chambre d'isolement : un lieu sans objet privé, Chronique sociale, 2003

Au début de mon délire, ce ne sont pas seulement mes yeux qui m'ont trahi, mais tous mes sens • Un patient

J'avais atteint le fond. J'ai vécu l'isolement comme un caisson, avec des paliers de décompression, pour remonter • Un patient



Courte histoire de la psychiatrie (1)



Vers 400 av JC, **HIPPOCRATE** sait déjà distinguer certaines maladies de l'esprit : la **dépression, l'épilepsie, l'hystérie et le délire**. « Si la bile noire se porte sur le corps, c'est l'épilepsie qui survient ; si elle atteint l'intelligence, c'est la mélancolie ». **Pour lui, le cerveau est déjà le siège de la folie et du délire.**

Quant à l'hystérie, il développe **la théorie de l'utérus migrateur** : « c'est surtout chez les femmes qui n'ont pas de rapports sexuels que la matrice desséchée est légère. Elle monte se jeter sur le foie, organe plein de fluide, pour y trouver l'humidité nécessaire. Elle y adhère et obstruant le passage du souffle, cause une suffocation subite, la suffocation hystérique ». Quand la matrice se porte à la tête, elle provoque des convulsions semblables à celles de l'épilepsie.

Il faudra attendre CHARCOT puis FREUD pour que le sexe de l'hystérique puisse être autant masculin que féminin.

Les lettres de cachet

Sous l'Ancien Régime, chaque famille se tourne vers le roi quand l'un de ses membres « se rend intolérable ». Elle rédige alors un « placet ». Une enquête est menée par un magistrat, avec interrogatoire de la personne incriminée et de ses proches. Une fois accordée, la lettre de cachet signée du roi est transmise au lieutenant de police pour exécution. Les « insensés » représentent une proportion importante des victimes de ces lettres, à tel point que certaines maisons, telle celle de Charenton, se spécialisent dans l'accueil des fous.



Pinel délivrant les aliénés à Bicêtre en 1793. Tableau de Charles-Louis Mullet exposé dans le hall de réception de l'Académie Nationale de Médecine à Paris.

Les débuts de la psychiatrie et l'aliénisme

Le mot psychiatrie [de *psyché*- (ensemble des phénomènes psychiques) et *-iatrie* (médecine)] date de 1802 où il apparaît sous la plume de Johann Christian REIL, médecin allemand 1759-1813).

Mais ce terme reste peu utilisé jusqu'en 1860. on parle jusqu'alors de « médecine aliéniste » en référence à l'aliénation mentale et aux aliénés qui en souffrent. L'aliénisme est un terme issu de Philippe PINEL qui signe l'introduction de cette nouvelle spécialité médicale qui va prendre en charge, médicalement ce qu'on appelait avant la folie.

La psychiatrie s'érige en discipline médicale après la Révolution française. Le statut de « malade » remplace celui de « fou ».

HEGEL, dans son *Précis de l'Encyclopédie des Sciences philosophiques* de 1816, attribue à PINEL le mérite d'avoir reconnu un « reste de raison » chez tout « insensé », devenu de ce fait un simple « aliéné », faisant accéder ces malades à l'intersubjectivité et au statut de sujet, lesquels permettent un « traitement moral ».

Quelques grands noms de la psychiatrie

Philippe PINEL (1745-1826) - aliéniste français. Il fut pour l'abolition des chaînes qui liaient les malades mentaux et, plus généralement, pour l'humanisation de leur traitement. On lui doit la première classification des maladies mentales



Jean-Etienne ESQUIROL (1772-1840) - il propose une classification distinguant la démence, l'idiotie, la manie et les monomanies. Il est aussi le théoricien de l'isolement thérapeutique, proposant que la France se couvre d'établissements modernes appliquant le traitement moral, les « asiles ».



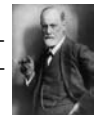
Jean-Martin CHARCOT (1825-1893) - Neurologue. Connus surtout pour ses travaux sur l'hystérie à la Salpêtrière.



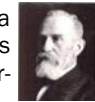
Emil KRAEPELIN (1856-1926) - psychiatre allemand. Il définit la psychose maniaco-dépressive. Il est aussi à l'origine d'une classification fondée sur les causes organiques des maladies mentales, très contestée en France à l'époque.



Sigmund FREUD (1856-1939) - neurologue allemand. Met en évidence le rôle de l'inconscient. Invente la psychanalyse. Tout symptôme à un sens.



Eugen BLEULER (1857-1939) - suisse. Il définit la schizophrénie : « la dislocation des diverses fonctions psychiques est un de ses caractères les plus importants ».



Alfred ADLER (1870-1933). Allemand. Disciple de Freud jusqu'en 1911 où il finit par critiquer le rôle du refoulement et de l'origine sexuelle des névroses.



Carl Gustav JUNG (1875-1961) - psychiatre suisse. D'abord disciple de Freud, il refuse finalement le « pansexualisme freudien » et propose une « psychologie analytique », investigation de l'inconscient et de l'« âme », rompant avec tout dogmatisme méthodologique.



Henri EY (1900-1977) - Il s'est attaché à concilier les soubassements organiques (hérédité, physiopathologie, neuromédiateurs cérébraux, etc.) et la perspective dynamique, psychanalytique à l'écoute de la parole du sujet. Son approche s'intitule *l'organodynamisme*.



Milton ERICKSON (1901-1980). Psychiatre américain. Il contribue au renouveau de l'hypnose thérapeutique.



George DAUMEZON (1912-1979). Son nom est associé à la thérapie institutionnelle (voir encadré). Il crée à Sainte-Anne à Paris le CPOA (centre psychiatrique d'orientation et d'accueil).



Lucien BONNAFÉ (1912-2003) - Il a élaboré et mis en place la politique de secteur psychiatrique en France (1960 - voir encadré).



Franco BASAGLIA (1924-1980). Psychiatre italien représentatif de *l'antipsychiatrie*, à l'origine de la fermeture des hôpitaux psychiatriques en Italie.



Edouard ZARIFIAN (1941-2007) - Il dresse le constat d'insuffisance d'une psychiatrie basée uniquement sur des traitements médicamenteux, et qui fait l'impasse sur les autres dimensions de l'homme.



Courte histoire de la psychiatrie (2)

La psychiatrie, spécialité médicale autonome
Ni neurologie
Ni psychanalyse

Extraits de *La gestion des risques* de Robert CASTEL
1981

« *De la grande fermentation des esprits [il s'agit de mai 1968] est née enfin une grande spécialité médicale : la Psychiatrie* » (in Henri EY, *La psychiatrie, une grande spécialité médicale*, in *La presse médicale*, déc 1968 p740). **De fait, le certificat d'études spéciales de psychiatrie est créé le 30 décembre 1968.** En apparence, simple péripétie corporatiste ; mais pour les psychiatres, aboutissement d'une longue histoire conflictuelle qui marque le succès d'une stratégie professionnelle et fonde la psychiatrie comme champ théorico-pratique autonome.

La séparation avec la neurologie met d'abord fin à une situation paradoxale. L'essentiel des pratiques de la médecine mentale se déroulait dans les hôpitaux psychiatriques, la formation s'y faisait sur le tas par la filière de l'internat, et les psychiatres publics étaient nommés par un concours administratif qui ouvrait à une carrière de médecins-fonctionnaires. Mais le seul enseignement officiel de la psychiatrie était dispensé sous le label de la neuropsychiatrie dans les facultés de médecine (CHU depuis 1958) par des universitaires coupés de la pratique des hôpitaux psychiatriques. Le corps des neuropsychiatres se reproduisait ainsi lui-même. De plus, le prestige de l'université les plaçait en interlocuteurs privilégiés dans les diverses commissions où se prenaient les décisions stratégiques pour l'avenir de la profession. Outre le fait d'être exclus d'activités d'enseignement qui paraissaient à leurs yeux leur revenir de droit, les psychiatres des hôpitaux psychiatriques craignaient de se voir de plus en plus marginalisés par des réformes décidées sans eux. La reconnaissance de l'autonomie de la psychiatrie rétablissait ainsi une certaine parité. Elle permettait d'envisager une participation des psychiatres à l'enseignement de leur spécialité. Elle les plaçait en position d'interlocuteurs valables auprès des pouvoirs publics au moment où la profession se restructurait.

(...)

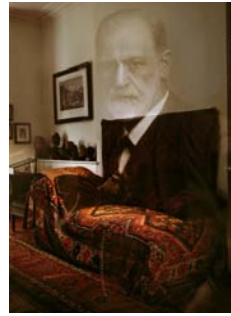
Dès les 1950', les psychiatres réformateurs n'ont pas ménagé leurs efforts pour définir une approche spécifique de la maladie mentale différente de celle de la médecine en général. Ces partisans se rattachaient à différents mouvements. Ils avaient cependant en commun de chercher l'origine du trouble psychique du côté **d'une pathologie des relations**. Tactiquement, la manœuvre s'est révélée payante puisqu'elle prouvait l'existence d'un front commun contre la neuropsychiatrie.

Cependant, avec le poids croissant que prend **la psychanalyse**, c'est tout cet équilibre fragile qui risque bientôt de basculer. Le risque : une démedicalisation de la médecine mentale.

En effet, dépassant les seules technologies médicales importées des sciences exactes (chimiothérapies, interventions neurochirurgicales, sismothérapies...etc), la psychiatrie apprend à se fonder sur la relation comme matière première de l'intervention, sur une approche psychothérapeutique rigoureuse, dont la psychanalyse propose le modèle.

Les médicaments représentent un aspect indéniable de la pratique psychiatrique puisqu'ils sont largement employés dans à peu près tous les services, quelque soit par ailleurs l'idéologie de référence.

Certains enfin, militent pour le **triomphe de l'éclectisme en psychiatrie, qui cherche sa caution dans l'efficacité de ses procédures.**



L'avènement de la psychanalyse

Véritable révolution, la psychanalyse révèle le rôle de l'inconscient et le sens caché de nos souffrances.

C'est avec la cure psychanalytique que débute l'histoire des psychothérapies. Selon Edouard ZARIFIAN, elle n'a pourtant pas réalisé tous les espoirs qu'on avait mis en elle, en particulier pour le traitement des psychoses.

1952 : La découverte des neuroleptiques

Le premier neuroleptique fut la chlorpromazine. Ce produit a été d'abord utilisé en anesthésie (en association avec d'autres produits) avant que ne soient découvertes ses vertus neuroleptiques, par **Pierre DENIKER et Jean DELAY**, à l'hôpital Sainte-Anne (Paris).



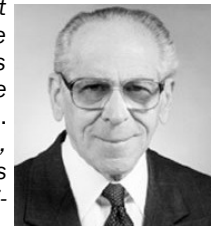
Neuroleptique signifie littéralement : « qui prend le nerf ». Ces neuroleptiques sont considérés dès leur découverte comme des médicaments ayant une action antipsychotique, c'est-à-dire réduisant les symptômes les plus spectaculaires observés dans les troubles psychotiques (en particulier, délire et hallucination)

L'antipsychiatrie

La conviction centrale sur laquelle convergent les grands courants de l'antipsychiatrie est que l'asile devrait disparaître et les malades retrouver tous leurs droits de citoyens dans une société qui pourrait les accueillir et prendre en compte leurs potentialités créatrices.

Nés au début des années 1960, ces grands courants ont presque toujours été le fait de praticiens : **David COOPER et Ronald LAING** en Angleterre, **Franco BASAGLIA** en Italie.

Les travaux de **Thomas SZASZ**, psychiatre américain, qui dès les années 1950, publia nombre d'ouvrages très critiques à l'égard de l'institution à laquelle il appartenait alors - s'attirant ainsi les foudres de ses collègues -, ont joué un rôle déterminant dans l'élaboration des critiques des théories et pratiques psychiatriques émises par les antipsychiatres. « *Arrêtons de raconter qu'il y a, derrière chaque pensée tordue, une molécule tordue dans notre cerveau. Si tel était le cas, il faudrait traiter la schizophrénie comme n'importe quelle autre maladie, et ne plus faire des malades mentaux une catégorie à part que l'on enferme et que l'on soigne d'autorité* ». « *Mais, précise-t-il, je n'idéalise pas la folie, je ne pense pas que les fous soient des êtres supérieurs, victimes de la société capitaliste* ».



L'avènement du secteur

Le « secteur » est à la fin des 1950' le cheval de bataille des psychiatres réformateurs, politique officialisée par une **circulaire ministérielle de 1960** (ci-après). Elle prévoit le découpage du pays en zones de 70.000 habitants environ et affecte à chaque zone une équipe psychiatrique allant de l'hôpital psychiatrique à des structures plus souples comme le CMP, centre médico-psychologique. Ce secteur suppose des structures horizontales sur le territoire, intégrées au tissu social.

Service public, le secteur est accessible à tous. Il est censé prendre en charge, avec une même équipe soignante, les patients de ce bout de territoire, tout au long de leurs soins.



Marie Didier
Dans la nuit
de Bicêtre



Gallimard • 2006

D'égal à égal • « *tu ne le sais pas. Tu viens de découvrir en toi une chose éblouissante, secrète, qui ne s'apprendra ni dans les écoles, ni dans les universités, qui a été et sera bâillonnée longtemps, qui va bouleverser ta vie et celle de tant d'autres : tu aurais pu être pareil à ces fous. Ils auraient pu être pareils à toi. Cette chose difficile à nommer réveille en toi comme un écho, même si ce que tu vis n'est en rien comparable* »

Référence • Caelius Aurélianus • médecin du V^e siècle à Rome • « *ils semblent plutôt délirer eux-mêmes ces médecins, lorsqu'ils comparent leurs malades à des bêtes féroces. Ils veulent qu'on les enchaîne cruellement sans penser que leurs membres peuvent être meurtris, fracassés, alors qu'il est plus facile de les contenir par la main des hommes que par le poids inutile des fers. Et si la vue de ces hommes les irrite et seulement dans des cas très rares, on emploiera des ligatures, mais avec les plus grandes précautions, sans aucune secousse, en recouvrant attentivement toutes leurs articulations et avec le soins de ne se servir que de liens d'une texture molle et délicate car les moyens de répression employés sans ménagement augmentent et même font naître la fureur au lieu de l'apaiser* »



Philippe Pinel

Marie DIDIER est médecin, gynécologue. Née à Alger en 1939, elle a travaillé en Algérie de 1962 à 1968 puis à Toulouse, en milieu hospitalier, en dispensaire et en médecine libérale.

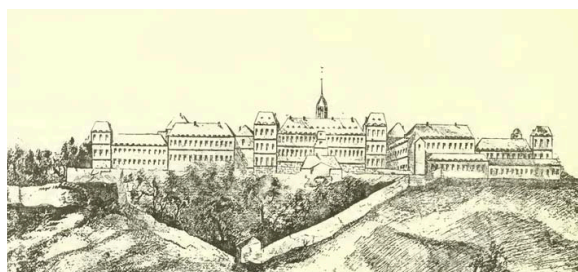
Dans la nuit de Bicêtre cherche à rendre à Jean-Baptiste PUSSIN (1745-1811), patient de l'hôpital de Bicêtre (au sud de Paris) devenu progressivement « gouverneur des fous » dans cet asile, puis à la Salpêtrière avec Philippe PINEL (1745-1840 • psychiatre • auteur de la première classification des maladies psychiques • « inventeur » de la psychiatrie en France), le rôle précurseur qui fut le sien et que l'histoire a souvent attribué à PINEL lui-même malgré les dénégations de ce dernier.

A une date incertaine, vers 1798, c'est PUSSIN qui retire, à Bicêtre, les chaînes des malades reclus depuis des années et non PINEL, déjà nommé à la Salpêtrière. Cet épisode n'est que l'aboutissement d'un travail de plusieurs années qui jusqu'ici n'a pas été entrepris : écouter les malades dans leur folie, chercher à les rétablir grâce à la partie de leur psychisme qui reste saine, améliorer leurs conditions de vie notamment l'hygiène et les repas jusque là repoussants, chercher à comprendre leur souffrance, à trouver le moyen qui peut les guérir grâce à une observation attentive et bienveillante, et à les apaiser dans un dialogue singulier ; en un mot, traiter d'égal à égal, de personne à personne.

C'est ce travail que rapporte Marie DIDIER en s'adressant à PUSSIN à la 2^e personne du singulier, en le tutoyant pour mieux le connaître.

Ce qu'il reste de raison

• « *mais toi, depuis des années tu côtoies les pauvres, les malades et les fous. Tu les connais, tu leur a parlé, tu les as écoutés dans la cour de la Fontaine. Tu as découvert derrière leurs hurlements, leurs incantations, leurs obsessions, leurs délires de grandeur, une lumière dans leurs yeux, une lumière de raison qui, le temps d'une seconde, a su éclairer ce visage, puis cet autre, et encore cet autre* »



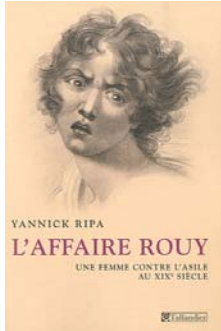
Bicêtre au temps de PUSSIN abritait mendiants, indésirables, malades psychiques, enfants « à redresser », enfants abandonnés, prostituées, prisonniers, personnes âgées démentes... etc

La rencontre entre Pinel et Pussin • « *Philippe Pinel prend ses fonctions à Bicêtre le 11 septembre 1793. Tu es dans la cour en train de remettre un pantalon à un malade nu qui se promène paisiblement au milieu des autres insensés. Il ne se débat pas, te regarde hébété, sans peur, un léger sourire sur les lèvres, pareil à un nourrisson à qui on remettrait ses langes. Tes gestes lents, presque affectueux, ont quelque chose de maternel. Ton visage est souriant lorsque tu lui fais enfiler ses sabots. C'est la première image que Philippe Pinel a de toi* » (...) « *Ta perspicacité à pénétrer les êtres d'un seul regard te fait reconnaître très vite dans cet homme ému par les détresses de Bicêtre, respectueux des malades, attentifs à te suivre, à t'écouter, à te regarder travailler, un allié, un maître et sans doute un ami* »

Invention de la camisole • Fabriquée par Guilleret, tapissier de Bicêtre à la même époque, en 1790, peut-être sur la suggestion de Pussin • c'est une hypothèse évoquée par Marie Didier • chemise qui s'attache dans le dos et entrave les bras mais qui par rapport aux fers, représente un progrès et une liberté

Le « traitement moral » • « *Vous venez de faire une découverte révolutionnaire, formidable : le fou n'est jamais complètement fou et c'est avec ce reste de raison que la guérison est possible (...)* Le fou est fou mais il est mon pareil (...) *Toi-même tu écris un jour dans tes dernières observations : 'D'ailleurs quel est celui qui peut se flatter de passer sa vie sans aucun revers et de n'avoir pas à craindre le même sort?'. Donc pour Pinel, prendre un malade par son côté moral, intellectuel et affectif est possible. C'est là le cœur de son célèbre traitement* »

« dites quel français est sûr de ne pas aller coucher à Charenton ce soir ? »
[GAMBETTA, devant le corps législatif le 21 mars 1870]



L'affaire deviendra une affaire politique d'envergure nationale dès 1871 sous la plume du journaliste Yves GUYOT : « il y a là une question de liberté individuelle. Il n'est pas question de Mlle ROUY. Il est question de vous et de moi, qui pourrions, comme elle, être atteints dans ce qu'un citoyen a de plus cher : la liberté ».

Il débouche sur les dysfonctionnements de l'asile qui privent les personnes internées du recours qu'accorde la loi : « naturellement, les aliénés sont privés de tout moyen de réclamation ; le papier est réglementairement défendu ; également les plumes et les crayons. Ainsi pourvus, les aliénés peuvent adresser toutes les réclamations qu'ils veulent au Procureur de la République, au préfet et aux maires. Si, malgré tout, ils parviennent à écrire, reste pour eux la difficulté de faire jeter leurs lettres à la poste. En admettant même que leurs lettres arrivent, la difficulté est de les faire lire. Celui qui la reçoit a si vite fait de dire : « c'est un fou » et de jeter la lettre au panier »

L'histoire. Pianiste et professeur de piano. Internée à Charenton le 8 septembre 1854. Elle a 40 ans.

L'asile de Charenton est réservé aux pensionnaires qui paient leur pension et qui connaissent ainsi les meilleures conditions de placement : outre l'infrastructure qui tient compte de leur niveau social, le panel d'activités proposées tient davantage des loisirs que du travail aux vertus pourtant dites rééducatrices. Elle est transférée à la Salpêtrière le 30 novembre 1854 car personne ne peut plus payer sa pension. D'un placement volontaire elle passe à un placement d'office : « internée d'office en raison de sa dangerosité. Subjectif et fluctuant, ce concept relève davantage du domaine policier que du domaine sanitaire ; il reflète le souci grandissant du pouvoir de canaliser toutes les déviations, pensées potentiellement et surtout politiquement dangereuses ».

Hersilie est dite monomaniaque pètrie d'orgueil (elle se dit pianiste !) puis étudiée comme un cas de « folie lucide » : existence d'une folie morale qu'il relie directement à la personnalité de l'aliénée (femme, ménopause) et à son insertion sociale : cette approche permet de qualifier de fou lucide tout individu qui s'éloigne du rôle et du statut que la société lui assigne.

Elle restera enfermée 14 ans : « enfermée parce que malade, malade parce que refusant l'enfermement ; placée parce qu'agitée, et agitée parce que placée » : on reste pantois devant l'effet papillon de ce que l'administration nommera 14 ans plus tard « une étourderie ». Elle décède en 1881.

- « 1880 : MANIER et GUYOT, qui siègent au conseil municipal de Paris et au conseil général de la Seine, obtiennent un droit de visite des asiles pour les élus d'où viennent des subventions. Jusque là les asiles avaient un statut de royaume autarcique aux mains du monarque absolu, le médecin-directeur, et excepté les inspecteurs et les autorités autorisées, **personnes n'y pénétraient, pas même les juges, privés de tous pouvoirs sur les fous** »

- Rapport MANIER : « **la loi [de 1838] est mauvaise surtout à cause de son insuffisance, de l'autorité illimitée qu'elle accorde aux médecins, à leur appréciation, si bien qu'on en arrive dans la pratique à ne plus demander même les plus faibles garanties qu'elle exige, mais à se contenter en tout et pour tout du certificat du médecin, de la parole médicale** ».

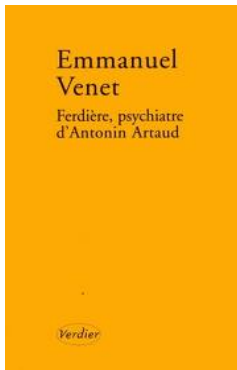
Les sorties d'essai : c'est au docteur Falret que revient en 1843 l'initiative de secourir les sortantes, aide d'autant plus nécessaire que la sortie n'est pas synonyme de guérison ; outre les libérations motivées par la demande des familles de placements volontaires, des malades dont l'état s'est amélioré quittent l'hôpital, à l'instar d'Hersilie, comme le précise clairement le certificat qui la libère « à l'essai ». C'est pour des patientes dépourvues de ressources et de parents que le docteur Falret fonde le Patronage et asile des convalescentes de la Salpêtrière, « **un patronage spécial et un établissement intermédiaire entre l'hospice et la société** ». Il doit aider les libérées à passer d'un état de dépendance à une liberté entière.

- **Discipline :** « La référence de l'aliénisme à des causes morales déclenchant la folie (perversions, excès de toute nature rapportées à des errances morales) ne fait que conforter l'avis du peuple sur la folie. La frontière entre médecine et discipline, guérison et soumission est si étroite qu'elle ne peut que favoriser les amalgames dans l'asile, qq soit le niveau de compétence. Toute protestation est, dans l'asile, qui fait de l'obéissance et une vertu curative et une preuve de santé mentale, un symptôme d'aliénation »

- **Infantilisation :** « la discipline traite les malades comme des enfants et non comme des personnes hospitalisées et toute contrevention à cette discipline donne lieu à sanction »

- **Désespoir :** « cette désespérance infernale suinte les murs, en une véritable contagion »

Les descriptions d'Hersilie confirment ce que les opposants des aliénistes pressentaient : **la confusion entre thérapie et répression : cf ESQUIROL « des maladies mentales »** : « [la douche froide] exerce une action sympathique sur la région de l'épigastre ; elle cause des cardialgies et des envies de vomir ; après son action, les malades sont pâles et qq fois jaunes. Elle agit aussi moralement comme moyen de répression, et souvent une douleur suffit pour calmer la fureur, pour rompre les résolutions dangereuses ou pour forcer le malade à l'obéissance.



Emmanuel VENET est psychiatre. Il a publié en 2005 chez le même éditeur, *Précis de médecine imaginaire* et en septembre 2013 : *Rien*. Portant un regard différent de celui de la postérité sur Gaston Ferdière, il trouve en lui « *un homme sensible et cultivé, praticien généreux et compétent, poète mort sans œuvre et psychiatre injustement désavoué* » (4^e de couverture). Au travers de mots pesés, de phrases ciselées, sur une musique qu'on dirait ternaire, Emmanuel VENET fait part des couleurs de l'hôpital psychiatrique, des sentiments qui s'entrechoquent au fond du cœur et du goût des heures passées au chevet des patients.

Gaston Ferdière (1907 – 1990) est psychiatre, médecin-chef du service de psychiatrie de l'asile de Rodez où a été interné Antonin Artaud de 1943 à 1946. Tenté par l'écriture, il côtoie les surréalistes mais l'exercice de la médecine l'empêche de s'adonner à l'art d'écrire. Mis en cause pour avoir pratiqué la technique encore neuve des électrochocs sur Artaud qui remettra pourtant celui-ci à sa table de travail, Ferdière n'aura par la suite de cesse de se défendre. Praticien sensible à la souffrance de ses patients, il met toutes ses forces pendant la seconde guerre mondiale à lutter contre la famine qui fait mourir les internés. Mais toujours considéré comme décalé par ses confrères, son intervention au Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France en octobre 1942 est qualifiée de « *pittoresque* » alors qu'il dénonce en ces termes un des éléments à l'origine de la mort des patients dont il a la garde : « *cette communication sera extrêmement courte ; elle n'a pour but que de connaître les sentiments de nos collègues sur une question grave qu'il nous paraît urgent de poser : (...) le régime des classes alimentaires est-il possible dans les circonstances actuelles ? Nous ne le croyons pas* » (*L'hécatombe des fous*, Isabelle von BUELTZINGSLOEWEN)

Extrait

« *Les annuaires de l'Internat conservent les photos de la coterie médicale de ce temps-là, posant dans la cour de l'Hôtel-Dieu : barbans et jeunes loups émergeant, raides, de leurs faux cols, tous plus ou moins tueurs à gage estampillés par la Faculté. Les mêmes ou peu s'en faut que Reverzy épinglera quand son premier roman l'aura libéré de leur étouffante confraternité. Tous acharnés, au nom d'une science dont leur échappe la part obscure, à signer quelque invention plus ou moins bénéfique et à perpétuer le système qui les a créés. Certains bêtes à bouffer du foin, d'autre humains et novateurs, mais tous promis à la médiocre notoriété médicale dont ne consolent ni les honoraires exorbitants ni les éloges mécaniques de l'Académie de Médecine. Il baigne là-dedans, Ferdière, il y apprend par petites gifles comment on meurt et combien c'est irréparable »*



Extrait

« *Quand un poète égaré en médecine cherche un second souffle dans la psychiatrie, il lui plaît de devenir un paria aux yeux de ses confrères sérieux – ceux qui enseignent la palpation du foie et la suture des vaisseaux, qui sauvent ou autopsient avec une égale dextérité, et pontifient plus ou moins savamment sur les mystères contre lesquels butte leur art. Psychiatre, donc foncièrement insoumis, il soignera désormais des malades et non des maladies, privilégiera l'écoute sur l'examen, et préférera le langage de l'âme à celui des organes : autant dire qu'à son insu il deviendra médecin, c'est-à-dire juge de paix, confident et accompagnateur infatigable des causes perdues »*



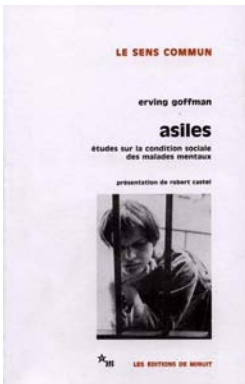
« *Certes, il ne manque pas de petitesse, Ferdière : cette manière d'écrire pour se taire, de garder la pose au-delà de toute mesure, de se faire remarquer au fond de l'ornière d'où il n'aurait pas dû vouloir sortir* »

(...) *Il s'imprègne de la poésie naturelle de l'asile, des nuits insomnieuses et puantes, des salles communes et des galeries où l'humanité fait naufrage. Dressant les états du délire, il emmagasine pour l'œuvre à venir, se nourrit d'extravagances, de destins disloqués, de vies en lambeaux. Tout est matière à littérature, dans ce huis clos où la vie serait à décrypter selon des règles inconnues et où l'on tient ses carnets dans la tête d'autrui. Il sent, Ferdière, que d'étranges poèmes se gravent en lui et s'y effacent aussi vite. Il suffirait de se faire papier pour que l'œuvre s'écrive d'elle-même, foisonnante, radicalement neuve – mais c'est impossible, ou interdit, ou les deux. Alors il rédige des observations pour le secret des archives, engrange des anecdotes que leur formulation réduirait en poudre, et regarde ce trésor de détresse s'inscrire en hiéroglyphes d'urine et de tabac sur les murs, les vêtements et les meubles »*



Antonin Artaud, Autoportrait, 1949, collection privée





Editions de Minuit • Le sens commun • 1968 (pour l'édition française) • édition actuelle 2007

L'intimité • résumé

La frontière maintenue par l'homme entre son être et ce qui l'entoure est abolie : partager des équipements communs (douches, locaux), pouvoir être vu à tout moment (absence de porte aux toilettes), partager la salle commune lors de la visite des proches sans pouvoir s'isoler, être mélangé à des patients souffrant de pathologies différentes, subir la promiscuité hommes-femmes dans un espace réduit. Tout cela peut donner au patient le sentiment d'une contamination physique et morale, insupportable.

« toute institution accapare une part du temps et des intérêts de ceux qui en font partie et leur procure une sorte d'univers spécifique qui tend à les envelopper »

Le personnel • résumé

Le « schéma interprétatif » de l'institution totalitaire commence à s'appliquer dès l'entrée : le personnel part du principe que tout entrant est, du fait même de son entrée, une de ces personnes pour lesquelles l'institution a spécifiquement été créée. L'interné d'un hôpital psychiatrique est avant tout un fou ; ce qui constitue un des facteurs essentiels du contrôle social : le personnel aura du mal à reconnaître l'existence du normal dans un milieu où l'anormal est de règle. Partant, il sera plus difficile au malade de se faire entendre.

Contexte • En 1961, Erving GOFFMAN (1922 • 1982), sociologue américain, publiait *Asiles*, travail sociologique de plus d'une année passée à l'hôpital Sainte Elisabeth de Washington, spécialisé en psychiatrie. On a uniquement retenu de cette œuvre qu'elle est une étude des institutions totalitaires¹ en général mais Goffman explique qu'il a cherché à « *étudier d'aussi près que possible la façon dont le patient vivait subjectivement ses rapports avec l'environnement hospitalier* ».

Avertissement • Daté des années 1960', ce travail sociologique jamais renouvelé depuis reste un ouvrage de référence dont les conclusions doivent être nuancées en ce qu'elles portent essentiellement sur les points qui « font problème ».



Stratégies d'adaptation (1) • résumé

La 1^{ère} repérée par Goffman est le **repli sur soi** qui consiste en un refus radical de toute participation personnelle aux événements interférents. Une 2^{ème} tactique : l'**intransigeance**, par laquelle le patient lance un défi volontaire à l'institution en refusant ouvertement de collaborer avec le personnel. La 3^{ème} : l'**installation** : les bribes d'existence normale que l'établissement procure au patient remplacent pour lui la totalité du monde extérieur et il s'y construit une existence stable. 4^{ème} mode : la **conversion** : le patient offre l'image de celui qui met en toutes circonstances son enthousiasme pour l'institution à la disposition du personnel. Enfin, le **mélange des styles** : adoptés par la majeure partie des patients, cette tactique consiste à doser les stratégies d'adaptation de manière à s'assurer le maximum de chance à chaque instant.

Codes • résumé

- ☛ Le propre de toute institution totalitaire est de présenter un **code spécifique de déférence** auquel les « reclus » sont astreints. Ces codes supposent une certaine imperméabilité au monde afin que le statut extérieur du malade (sa place sociale par ex) ne contredise pas ces déférences.
- ☛ Le concept de « carrière » oppose les significations intimes que chacun entretient intérieurement, l'image de soi et le sentiment de sa propre identité / et la situation officielle de l'individu dans une sphère « publique » au sein de l'institution.
- ☛ Pr bcp, la maladie mentale est l'état de celui « qui est soigné dans un hôpital psychiatrique », donnant ainsi un statut uniforme au malade mental lui déniait toute identité propre. Pourtant, le nombre de malades hors hôpital est presque équivalent, c'est donc moins la maladie mentale que les contingences de la vie qui décident de l'internement.

L'admission • résumé

Elle dépouille le patient des dispositions permanentes de son environnement domestique. La barrière interposée entre lui et le monde extérieur constitue la première amputation que subit sa personnalité. Il est d'autant dépossédé de ses rôles et de son ancien statut que la barrière est étanche, que le nombre des visites autorisées est réduit. Certaines formalités de l'admission comme l'inventaire des effets personnels, la remise d'un vêtement de l'établissement (pyjama) est une forme de « mise en condition » car ainsi dépouillé, l'arrivant se laisse niveler, homogénéiser. Le déshabillage fait naître un sentiment de dépossession intense.

« La perte du sentiment de sécurité personnelle est générale et engendre chez le patient la crainte de se voir défiguré. Les thérapies de choc – quelque soit l'esprit dans lequel ces traitements sont appliqués à certains malades – peuvent donner à nombre de patients l'impression qu'ils sont dans un milieu où l'intégrité de leur personne physique est menacée »

Activités thérapeutiques • résumé

Dans les **thérapies de groupe**, Goffman considère que ce joue un accord tacite : le privilège de passer qq temps relativement libéral et égalitaire pour les malades, voire de formuler des récriminations, tout en attendant d'eux qu'ils soient moins solidaires des pratiques de résistance et plus réceptifs à la représentation de la personnalité idéale que le personnel définit à leur intention. Les **activités de théâtre** mettent en évidence par contraste avec ce qui est joué et qui représente souvent un univers peu libre, la liberté dont jouissent les malades, et la présence d'un public étranger à l'hôpital donne un sentiment d'unité entre patients et personnel et renforce l'idée auprès des patients qu'ils vivent dans le meilleur établissement du genre.

1. Goffman définit ainsi l'institution totalitaire : « un lieu de résidence et de travail où un grand nombre d'individus, placés dans la même situation, coupés du monde extérieur pour une période relativement longue, mènent ensemble une vie recluse dont les modalités sont explicitement et minutieusement réglées ».

Le couloir de la trahison • résumé

☛ Le parent ou le proche qui perçoit les troubles chez qqn le presse d'aller voir un médecin pour « une simple consultation » qui si elle conduit à une indication d'hospitalisation sera vécue comme une trahison d'autant plus profonde qu'elle a un témoin extérieur, le psychiatre et que la chose est sortie de la sphère privée pour entrer dans la sphère publique.

☛ Par ailleurs, l'hôpital sera présenté comme un lieu où on est libre de venir chercher les soins et le repos dont on a besoin ; or le malade comprendra rapidement qu'il peut être contraint à l'hospitalisation voire à l'isolement, renforçant ainsi le sentiment de trahison.

☛ Goffman note : « il peut très bien parcourir tout le circuit depuis la maison jusqu'à l'hôpital sans obliger quiconque à regarder en face ce qui est en train de s'accomplir ou à se préoccuper de la vive émotion que sa situation pourrait bien déclencher chez lui »

Le secret • Interrogation

☛ Erving Goffman évoque à plusieurs reprises le rôle du « secret » voire du « mensonge » qui entoure les pratiques à l'hôpital psychiatrique, le malade n'étant prévenu que par bribes de phrases plutôt rassurantes de pratiques envisagées tout à faire au delà de ce caractère rassurant (électrochocs, isolement...)

☛ L'évolution des droits des patients ainsi que les pratiques observées aux urgences d'un grand hôpital psychiatrique français permettent de reléguer ces observations aux années 1960 objet de l'étude de Goffman. En effet, les psychiatres et infirmiers rencontrés expliquent systématiquement, en langage clair et compréhensible de tous, les traitements envisagés, ainsi que le cas échéant, toutes leurs décisions et gestes : s'il faut par exemple contenir un patient, les soignants indiquent au malade au fur et à mesure les gestes de contention qu'ils posent.

Convaincre • Contraindre • Réflexion

☛ Goffman note que pour amener le malade à coopérer aux différents traitements psychiatriques, psychiatres et infirmiers peuvent avoir intérêt à lui montrer qu'il se trompe sur leurs intentions et l'amener à la conviction qu'ils savent ce qu'ils font et qu'ils agissent au mieux de ses intérêts.

☛ L'exercice clinique de la contrainte en psychiatrie a en effet un présupposé, comme l'indique un psychiatre intervenu à l'ENM : celui que le psychiatre sait mieux que le patient ce qui est nécessaire pour sa santé.

« Certains malades m'ont dit qu'ils faisaient tout ce qu'ils pouvaient pour se faire envoyer au service médical et chirurgical parce que là au moins on le traite vraiment en malades »

Stratégies d'adaptation (suite) • résumé

☛ Après avoir défini 5 tactiques d'adaptation (cf infra) Goffman crée les concepts d'**adaptations secondaires**, comme toute disposition individuelle permettant à qqn d'utiliser des moyens défendus ou de parvenir à des fins illicites (ou les 2) et de tourner ainsi les prétentions de l'organisation relatives à ce qu'il devrait faire ou recevoir, et partant à ce qu'il devrait être. Elles sont le moyen pour qqn de s'écarter du rôle et du personnage que l'institution lui assigne.

☛ Au sein de celles-ci il distingue les **adaptations désintégrant**es dont les auteurs ont la ferme intention d'abandonner l'organisation ou de modifier radicalement sa structure et qui conduisent à en briser la bonne marche • et les **adaptations intégrées** qui ont pour fonction d'infléchir des forces qui seraient, autrement, désintégrantes.

☛ Goffman constate finalement qu'au sein de l'hôpital psychiatrique, les adaptations secondaires sont souvent prises par le personnel soignant pour des manifestations des troubles eux-mêmes, enfermant le patient dans ceux-ci.



« L'hôpital psychiatrique est un maillon de la chaîne des institutions destinées à accueillir diverses catégories de personnes gênantes pour la société »

Quartiers • zones • et territoires • résumé

☛ Le système des **quartiers** (services distincts d'hospitalisation au sein de l'hôpital) procure pour Goffman un exemple extrême de la façon dont l'organisation matérielle d'un établissement peut être explicitement utilisée pour modifier l'opinion qu'un individu se fait de lui-même.

☛ Des « **zones franches** » où la surveillance est quasi nulle, existent dans bcp d'établissements, où le patient fait alors ce qu'il veut.

☛ Le « **territoire réservé** » est une zone franche que s'approprient certains patients au détriment des autres. Le « **refuge** » est la salle ou le coin de salle qu'un patient s'approprie seul.

☛ Le tout participe d'une certaine **infantilisation, omniprésente**, telle ce qui se passe dans une cour de récréation • et renforce le **rôle de gardiennage assigné à l'hôpital psychiatrique** (comme à la prison) sous des objectifs officiels plus hauts (soins, réhabilitation)

La vie clandestine • résumé

☛ Pour exploiter efficacement un système, il faut en avoir une connaissance intime. La connaissance des horaires, des rétributions, des personnes, est exploitée par les malades les plus capables des divers types d'adaptation.

☛ Les « **planques** » déjouent la dépossession des objets à l'hôpital psychiatrique qui pour Goffman est un facteur important et particulier de frustration et de dépouillement de la personnalité pour le malade.

☛ Les **systèmes de transmission illicites de biens** sont le corolaire des interdictions au sein de l'hôpital psychiatrique (alcool, argent, échange de vêtements...). Ils prennent la forme de troc ou de mendicité, voire de ruse.

☛ Les systèmes d'échanges se développent également sur le mode des **symboles de solidarité** : si un malade vient en aide à un autre, l'autre nourrira le plus souvent des sentiments identiques en retour, forgeant un système d'échange social de solidarité (égalitaire ou non-cas du « protégé »).

☉ Pour Goffman, en conclusion, c'est quand l'existence se trouve réduite à un état quasi squelettique que se révèlent tous les procédés mis en œuvre par les individus **pour donner à leur vie quelque consistance** (les plans d'évasion participent de ces procédés).

« Autrement dit, l'hospitalisation 'roule' le malade en lui dérobant les moyens d'expression par lesquels les gens prennent habituellement leur distance à l'égard d'une organisation : faire preuve d'insolence, garder le silence (...) etc toutes ces manifestations de refus de l'institution deviennent pour leur auteur autant de signes d'affiliation à l'institution (symptomatique de ses troubles) »

La genèse du moi • Résumé

La distanciation ne procède pas d'un mécanisme de défense accessoire mais constitue un élément essentiel du moi
La révolte intérieure est parfois essentielle à l'hygiène spirituelle

Qui est fou ? Qui ne l'est pas ?



Le film I... comme Icare, d'Henri Verneuil, a rendu célèbre auprès du grand public l'expérience de Milgram, qui illustre de manière éclatante de quelle façon des individus normaux, comme vous et moi, peuvent se soumettre à l'autorité et infliger des sévices à leur prochain. Moins connue, l'expérience de Rosenhan a montré comment des personnes normales ont pu rencontrer de grandes difficultés à prouver qu'elles étaient saines d'esprit, dès lors qu'elles se trouvaient dans un contexte particulier : celui d'un hôpital psychiatrique.

La question de départ, posée par David Rosenhan était simple : si la santé et la maladie mentale existent, comment pouvons-nous faire la différence entre les deux ?

Si la santé mentale est une caractéristique intrinsèque d'un individu, elle doit être évidente quel que soit le contexte dans lequel il se trouve. Si, au contraire, les éléments sur lequel repose le diagnostic résident dans l'environnement, alors ce diagnostic dépendra davantage de cet environnement que de la personne observée elle-même. C'est pour vérifier l'importance

du contexte que David Rosenhan a mené l'expérience suivante, au début des années 70. Huit personnes normales cherchèrent à se faire admettre dans divers hôpitaux psychiatriques des Etats-Unis, sous un pseudonyme. Parmi ces personnes, trois femmes et cinq hommes, de professions variées : un étudiant en psychologie, trois psychologues, un psychiatre, un pédiatre, un peintre, et une femme au foyer. Ceux dont les professions avaient un rapport avec la santé mentale indiquaient un autre métier lors de leur tentative d'admission, afin de ne pas attirer inutilement l'attention du personnel des hôpitaux psychiatriques.

Les symptômes (fictifs) annoncés par chacun lors de son arrivée à l'hôpital étaient les mêmes pour tous : ils devaient raconter avoir entendu des voix indistinctes, disant des mots comme "vide", "creux", et "bruit sourd". A part ces symptômes (et éventuellement la mention d'un métier différent du leur) , tout ce qu'ils disaient de leur vie devait être conforme à la réalité : les événements de leur vie, leurs relations avec leur entourage. Une fois admis à l'hôpital psychiatrique, ces "pseudopatiens" devaient annoncer la disparition de leurs symptômes, et se comporter de manière normale.

La plus grande crainte des participants à l'expérience (crainte partagée par l'ensemble d'entre eux), était d'être démasqués comme imposteurs dès leur arrivée à l'hôpital. Cette crainte était loin d'être fondée, puisque tous, sans exception, firent l'objet d'un diagnostic de maladie mentale :

schizophrénie pour tous sauf un, qui fut considéré comme atteint de psychose maniaco-dépressive.

Une fois admis, la tâche des pseudopatiens était d'obtenir d'être relâchés, en réussissant à convaincre le personnel de l'hôpital qu'ils étaient bel et bien sains d'esprit. Ils se comportèrent donc normalement, et furent particulièrement coopératifs. Quand ils furent finalement libérés, la conclusion des médecins était invariablement que leur maladie mentale (schizophrénie, pour la quasi-totalité), était en rémission, mais nullement qu'ils étaient parfaitement (et avaient toujours été) sains d'esprit.

La durée de leur hospitalisation fut de 19 jours en moyenne, avec un minimum de 7 jours et un maximum de 52 jours.

Certaines personnes, pourtant, soupçonnèrent la vérité, quand ils virent ces pseudopatiens prendre des notes pendant leur hospitalisation. Ces accusations d'imposture

étaient formulées sous la forme de "Vous n'êtes pas fou. Vous êtes un journaliste, ou un chercheur. Vous devez être en train de faire une enquête sur cet hôpital." Ces accusations pleines de perspicacité furent portées par... les autres patients – les véritables patients de l'hôpital. Les "fous". Les médecins eurent une autre interprétation de ce qu'ils voyaient : "Ce patient s'adonne à un comportement d'écriture." En effet, la schizophrénie donne parfois lieu à des comportements dits compulsifs, et un individu considéré comme schizophrène se doit d'avoir les symptômes correspondants...

L'histoire ne s'arrête pas là. Un grand hôpital, dont le personnel avait entendu parler de cette expérience et de la facilité avec laquelle des pseudopatients avaient réussi à se faire interner, mais doutait que cela puisse se produire chez eux, fut prévenu par David Rosenhan que, dans les trois mois à venir, plusieurs pseudopatients chercheraient à se faire admettre. Chaque membre du personnel se vit assigner la tâche d'évaluer les nouveaux patients selon une échelle graduée de 1 à 10. Un score de 1 ou 2 signifiait que le patient était presque certainement un imposteur, et un score de 9 ou 10 qu'il souffrait à coup sûr de maladie mentale. Sur les 193 nouveaux patients ainsi évalués par le service des admissions de cet hôpital, 41 d'entre eux furent considérés avec quasi-certitude par au moins un membre du personnel comme des imposteurs. 23 furent suspectés par au moins un psychiatre. 19 furent soupçonnés par un psychiatre et un autre membre du personnel. Et pourtant, Rosenhan n'avait envoyé aucun pseudopatient se présenter à cet hôpital.



Au-delà des enseignements tirés sur la façon dont sont traités les patients des hôpitaux psychiatriques, cette expérience suscite de nombreuses questions.

Elle démontre que le diagnostic de maladie mentale dépend non seulement du contexte (une personne admise en hôpital psychiatrique est nécessairement folle), mais aussi de l'état d'esprit de celui qui pose le diagnostic (un psychiatre qui s'attend à démasquer un certain nombre d'imposteurs va en trouver). Cette expérience illustre aussi à quel point un diagnostic de folie mentale est une étiquette qu'il est bien difficile de décoller : à leur sortie de l'hôpital, les pseudopatients étaient considérés comme en rémission, mais pas forcément guéris, et encore moins comme ayant toujours été sains d'esprit.

Comme le remarque David Rosenham lui-même, il ne s'agit pas de remettre en cause le fait que certains comportements sont déviants ou bizarres. Mais l'apparition de comportements étonnants pour l'entourage n'est pas nécessairement un signe de maladie mentale : les "sains d'esprit" ne le sont pas 100% du temps, de même que les "malades mentaux" peuvent avoir des comportements normaux la plupart du temps, ainsi que l'ont constaté les pseudopatients lors de leur séjour en hôpital psychiatrique. Enfin, la notion de comportement anormal dépend aussi du contexte culturel : celui qui entend des voix sera considéré, dans la société moderne, comme un schizophrène, alors qu'au sein d'autres cultures, il sera considéré comme un chaman, capable de percevoir les messages envoyés par les esprits.

Lionel Ancelet
www.ancelet.fr



Tracés. Revue de Sciences humaines

6 (2004)
La folie

Édouard Gardella et Julien Souloumiac

Entretien avec Robert Castel

Propos recueillis par Édouard Gardella et Julien Souloumiac

Avertissement

Le contenu de ce site relève de la législation française sur la propriété intellectuelle et est la propriété exclusive de l'éditeur.

Les œuvres figurant sur ce site peuvent être consultées et reproduites sur un support papier ou numérique sous réserve qu'elles soient strictement réservées à un usage soit personnel, soit scientifique ou pédagogique excluant toute exploitation commerciale. La reproduction devra obligatoirement mentionner l'éditeur, le nom de la revue, l'auteur et la référence du document.

Toute autre reproduction est interdite sauf accord préalable de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France.

revues.org

Revues.org est un portail de revues en sciences humaines et sociales développé par le Cléo, Centre pour l'édition électronique ouverte (CNRS, EHESS, UP, UAPV).

Référence électronique

Édouard Gardella et Julien Souloumiac, « Entretien avec Robert Castel », *Tracés. Revue de Sciences humaines* [En ligne], 6 | 2004, mis en ligne le 22 janvier 2009, consulté le 12 octobre 2012. URL : <http://traces.revues.org/3043> ; DOI : 10.4000/traces.3043

Éditeur : ENS Éditions
<http://traces.revues.org>
<http://www.revues.org>

Document accessible en ligne sur : <http://traces.revues.org/3043>

Ce document est le fac-similé de l'édition papier.

© ENS Éditions

Entretien avec Robert Castel

Robert Castel est directeur d'études à l'EHESS (Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales), directeur du CEMS (Centre d'Etude des Mouvements Sociaux). Il a d'abord travaillé sur l'institutionnalisation du traitement social de la folie : *Le Psychanalysme* (Maspero, 1973) ; *L'Ordre psychiatrique* (Minuit, 1976) ; *La Société psychiatrique avancée: le modèle américain* (en collaboration avec F. Castel et A. Lovell, Grasset, 1979) ; *La Gestion des risques* (Minuit, 1981). Puis, il investit à nouveaux frais le cadre théorique marxiste structuré autour de l'opposition binaire « centre / périphérie », en mettant en évidence les degrés qui mènent de l'un à l'autre, tenant à appréhender le continuum des situations sociales, à partir de l'institution qui lui est apparue comme le levier de la structuration sociale: le travail. Ce qui donne en 1995 *Les Métamorphoses de la question sociale* (Fayard). Les notions de vulnérabilité, de désaffiliation et de fragilisation deviennent alors centrales, pour penser la façon dont l'individu peut être supporté dans sa vie par des institutions. Sa réflexion se poursuit notamment par la parution en 2001, avec la participation de C. Haroche, de *Propriété privée, propriété sociale, propriété de soi* (Fayard). Son dernier ouvrage, paru en 2003, intitulé *L'Insécurité sociale*, revient sur les notions de risque, de béquilles de la sécurité d'un individu, tant civile que sociale.

Si Michel Foucault, qui vous a inspiré au début de votre carrière, semble se pencher sur la folie à partir d'une fascination pour son excès, quel a été votre motif pour mener une analyse sociologique de la folie ?

Je vais sans doute vous décevoir, mais je ne suis pas sûr de m'être intéressé à la folie, c'est-à-dire à son expérience. J'ai plutôt essayé de faire une sociologie de la prise en charge de la folie. Ce qui m'a donc intéressé, c'est plus le traitement social de la folie, que la folie en elle-même. S'il y a certes des liens entre le traitement social et le phénomène, j'ai toujours été réticent vis-à-vis des apologies de la folie. J'ai fréquenté un moment ce courant qu'on a appelé « l'anti-psychiatrie », dans lequel il y avait beaucoup de tendances. J'ai toujours été réticent vis-à-vis des positions comme celle de David Cooper, qui était néanmoins un ami, et qui consistait à prôner la libération par la folie. J'étais au contraire très proche de Franco Basaglia, psychiatre italien qui a fermé les hôpitaux psychiatriques en Italie, qui a fait triompher une loi faisant interdire ces hôpitaux, et qui n'était pas du tout dans la fascination de la folie. L'idée était qu'on trouvait scandaleux de traiter de cette manière les fous, comme c'est scandaleux

de traiter comme on le fait les prisonniers, dans une société comme la nôtre qui se veut une démocratie rationnelle. Et, comme vous établissez la connexion avec M. Foucault, pour qui j'ai évidemment une grande admiration, je ne crois pas avoir été directement influencé par *L'Histoire de la folie*. Je l'ai lue quand elle est sortie, en 1961, c'est un livre fascinant, un grand livre; mais je l'avais plus pris pour un ouvrage de philosophie, que pour une analyse de la psychiatrie. De sorte que quand j'ai commencé, au milieu des années 1960, à m'intéresser au traitement de la folie, je n'ai pas vraiment, consciemment en tout cas, pensé à Foucault. J'étais plutôt influencé par ce que faisait Goffman, que j'ai fait venir, en traduction du moins, en France. Goffman faisait ce qu'on peut appeler une sociologie de la psychiatrie. J'avais regardé ce qui s'écrivait en France, il n'y avait pas grand chose sur ces questions; aux Etats-Unis, il y avait beaucoup de choses, mais souvent médiocres. Je suis tombé sur Goffman, de sorte que, comme j'étais à proximité de Bourdieu, je lui en ai indiqué la lecture. Bourdieu a été enthousiasmé, et il m'a confié la responsabilité de l'édition de Goffman. J'étais donc plus influencé par la posture de Goffman, sorte d'ethnologie à distance, que par ce courant d'anti-psychiatrie que j'ai évoqué, et même que par Foucault. Ce n'est pas du tout une critique contre Foucault, mais puisque vous m'invitez à me situer, on peut certes toujours se tromper, mais c'est comme ça qu'après coup, je vois les choses.

Pour préciser ce point, nous aimerions revenir sur l'introduction de L'Ordre psychiatrique, dans laquelle vous revendiquez deux cadres théoriques: le travail de Bourdieu et Passeron sur les institutions, et l'acquis de L'Histoire de la folie de Foucault. Est-ce que vous pourriez alors préciser votre démarcation par rapport à Foucault?

Je dois vous avouer qu'à trente ans de distance, je ne me souviens pas de tout dans le détail. C'est sûr qu'on a un point commun, qui est la méthode généalogique. Je vais partir d'une anecdote, pour vous faire comprendre. Je me suis mis à m'intéresser à une sociologie de la psychiatrie, qui n'était guère présente en France, vers 1966. Mon premier texte là-dessus a été ma préface à Goffman, en 1968. Puis, je me suis mis à élaborer ce livre. Et, entre-temps, pour des raisons d'ailleurs plus politiques que vraiment intellectuelles, j'ai rencontré et fréquenté Foucault, à ses débuts à Vincennes, et dans certains courants politiques. En même temps je poursuivais mon projet qui donnerait *L'Ordre psychiatrique*. Puis, je me suis dit quand même, que Foucault, l'auteur de *L'Histoire de la folie*, que je connaissais bien personnellement, pourrait lire le manuscrit. Foucault a accepté de lire et de m'en parler. Or, Foucault n'était pas un tendre. Donc, quand j'ai eu rendez-vous avec lui quinze jours plus tard, dans un restaurant de la Bibliothèque Nationale, j'avais peur. Mais il a apprécié. Tout ça pour dire que sans vouloir du tout me désolidariser de Foucault, j'étais plus dans un travail à distance. La posture de Foucault par rapport à la folie, ne me *semble* pas avoir été la mienne.

En revanche, dans le cours de 1973 au Collège de France, qui a été récemment publié sous le titre *Le Pouvoir psychiatrique*, Foucault m'apparaît plus objectiviste, donc plus proche de ma posture. Mais je n'ai pas eu connaissance de ce cours, j'étais cette année-là aux Etats-Unis. En revanche, nous avons eu, Foucault et moi, une courte période de collaboration intellectuelle. Ça devait être en 1972, avant qu'il ne fasse son cours. Foucault m'avait demandé, en 1971, dans le cadre du séminaire, annexe au cours qu'il professait au Collège de France, d'y participer. Le thème du séminaire était la critique de l'expertise psychiatrique. Lors de la première séance, il est arrivé avec le manuscrit de Pierre Rivière sous le bras, pour qu'on travaille dessus. J'ai donc fait une petite contribution à ce qui allait être *Moi, Pierre Rivière*. Ça a été le seul moment de collaboration précise, et c'était autour de l'idée d'une critique de l'expertise psychiatrique.

On a pour le moment beaucoup parlé de Foucault. Pour centrer le propos sur vos travaux propres, pourriez vous nous dire comment vous avez construit votre objet, et quels étaient les questions et les enjeux, selon vous, d'un traitement sociologique du savoir psychiatrique ?

En 1966-1967, après ma formation philosophique, j'ai commencé à faire de la sociologie. Bourdieu, que je connaissais très bien, m'avait proposé de venir à son centre, pour savoir ce que c'était que la sociologie. J'ai fait ainsi des petits exercices de sociologie de l'éducation. Mais je me suis dit, vers 1967-1968, et je lui ai dit d'ailleurs, que je voulais « faire mon truc », en dehors de la sociologie de l'éducation, qui était un peu trop balisée. Il n'y avait pas en France, en dehors de Foucault que je pensais sur un autre plan, de réflexion hormis celle des professionnels et des administrateurs sur l'institution psychiatrique. Donc, premièrement, le goût d'explorer une terre qui me paraissait relativement vierge m'a motivé. Deuxièmement, il se trouve que ma femme était psychiatre. J'ai fréquenté, si je puis dire, les hôpitaux psychiatriques, et des psychiatres et des psychanalystes, dans la vie courante. La moitié de nos relations était de ce milieu. J'ai même accompagné ma femme lors de gardes à l'hôpital, donc j'ai « fait » des hôpitaux psychiatriques. J'étais dans une posture pas mauvaise pour analyser une réalité sociale, un peu ethnographique. Et, à travers des conversations et des lectures, j'étais, je crois, dans une bonne connaissance du milieu et en même temps en dehors du milieu, c'est-à-dire pas sur la base d'une responsabilité ou d'un intérêt professionnel. Cette posture ne m'a pas paru mauvaise, même si elle est partielle, parce que, s'il y a toujours des choses que les gens du dehors ne voient pas et que les gens du dedans voient, la réciproque est vraie aussi. Ce sont donc ces deux motivations qui ont joué consciemment : prendre un terrain encore peu balisé, duquel j'avais néanmoins une perception concrète assez précise. Par exemple, lors des gardes à l'hôpital de Villejuif où ma femme travaillait, je me souviens avoir vu des malades tourner en rond dans la cour de l'hôpital, exactement comme ce que Goffman décrit. La réalité de la

total institution, je la voyais concrètement, mais aussi avec une certaine distance, n'étant pas un professionnel de la chose.

Quelle a alors été votre méthode? Comment êtes-vous passé d'observations ethnographiques à votre approche généalogique?

La méthodologie n'est pas tant affaire de choix, que de posture. Tant que je ferai quelque chose, je ne pourrai pas penser autrement qu'en essayant de comprendre le présent à partir du passé. Ce n'est pas la seule façon de faire de la sociologie, mais pour moi, on ne peut pas partir du présent, et coller au présent. Il s'agit de toujours faire jouer la distance par rapport au passé, et c'est ça, sans doute, la proximité profonde avec Foucault. Il me paraissait évident qu'il fallait commencer au commencement, et c'est pour ça que *L'Ordre psychiatrique* commence au moment de l'établissement de l'aliénisme, alors que ce qui m'intéressait, c'était le présent de la psychiatrie. Il me semblait nécessaire de commencer à partir de cette première psychiatrie, jusque, en gros, vers le milieu des années 1860. Quand vous vous lancez dans cette démarche, vous ne pouvez pas être trop désinvolte, donc il faut lire beaucoup, on y passe beaucoup de temps; mais c'était quand même pour faire la sociologie du présent de la psychiatrie que j'ai entrepris ce long détour.

Pour affiner ce rapport à l'histoire, on peut partir de l'analyse que vous faites, dans L'Ordre psychiatrique, de la loi du 30 juin 1838. Est-ce qu'on peut, selon vous, la rapprocher d'une méthode foucauldienne, telle qu'elle est utilisée par François Ewald dans L'Etat Providence, et qui consiste à partir d'un événement qui fait rupture avec le cours historique précédent, formant par là-même un point origine, fondateur d'une histoire qui vient influencer le présent?

Même si je ne me souviens pas de tout dans *L'Ordre psychiatrique*, je me souviens que l'analyse de la loi ne constitue pas le premier chapitre, mais c'est le troisième que je consacre effectivement à cette loi, qui me paraît très importante. Mais elle est, selon moi, une espèce de cristallisation de l'univers, des enjeux, avec ses répercussions politiques, de la psychiatrie asilaire. Je crois que la fondation de la psychiatrie moderne, c'est plutôt Pinel et Esquirol, vers 1818. Donc, une fois encore ce n'est pas pour le plaisir de me distancier, mais ce n'est pas le même statut que François Ewald accorde à la loi sur les accidents du travail. Ce que j'avais essayé de dessiner, c'est le processus de constitution de la psychiatrie asilaire qui, en 1838 justement, arrive à une sorte d'apogée et de traduction sur un mode juridico-politique. Mais je crois que cette loi n'invente pas, elle n'instaure pas la psychiatrie asilaire. Toutes les pratiques, tous les problèmes se posaient notamment déjà chez Esquirol. Cette loi est davantage l'aboutissement d'un processus, qu'un événement fondateur.

C'est une perspective très durkheimienne que vous aviez en fait, pour penser cette loi comme la cristallisation d'une conscience collective ?

J'avoue être un peu durkheimien, mais je l'ai fait sans penser à Durkheim. Il y a des postures en sociologie qu'on reprend, non pas sans les avoir lues, mais sans avoir le souci de se demander si c'est durkheimien ou pas. Je pense avoir une posture proche aussi de celle de Bourdieu, qui se rapproche de celle de Durkheim par sa volonté d'objectivisme et de conscience des contraintes. A mon avis, c'est cela, le noyau de la sociologie, au-delà même des références à Durkheim ou à Bourdieu.

Avez-vous eu des réactions virulentes de psychiatres à vos travaux sur la psychiatrie ?

Vous savez, surtout dans un contexte qui est très politisé, on a des amis et on a des ennemis. D'ailleurs, après, on en garde une certaine nostalgie, parce que le monde apparaît comme un peu aseptisé et monotone. Il y avait des psychiatres qui pensaient que j'étais un dangereux idéologue, et aussi des psychanalystes. Lacan m'a interdit d'aller parler à l'école freudienne, où on m'avait demandé d'intervenir ; alors que se tenait dans cette même école freudienne un séminaire quasi-clandestin autour du Psychanalysme, où il y avait des jeunes psychanalystes que Lacan et *l'establishment* irritaient par leur dogmatisme, et qui appréciaient ce que je pouvais raconter. Donc, à l'époque, c'était assez clivé.

Comment avez-vous intégré ces critiques à votre propre travail ?

Les critiques avant publication, j'en tiens compte, et elles sont souvent salubres. En revanche, ce n'est pas le cas pour les critiques qui relèvent de l'affrontement, comme Lacan qui me ferme la porte au nez, ou Oscar Manoni, qui était un grand psychanalyste, et qui avait écrit un article de vingt pages dans je ne sais quelle revue sur *Le psychanalysme*, pour dire que Castel ferait mieux d'aller se faire psychanalyser. On ne peut pas prendre ça pour une critique constructive à intégrer.

Nous pensions plutôt à la réception de votre travail par les psychiatres eux-mêmes... Avez-vous intégré certaines de leurs remarques ?

Je ne crois pas que ce soit sur le même plan. J'avais des relations amicales avec des psychiatres, il y avait des alliances, par exemple avec Basaglia, et le courant italien de *Psichitria democratica*. Mais il s'agissait de complémentarité de positions. Certains psychiatres ont pensé que mes analyses les aidaient à voir des choses qu'ils ne voyaient pas. D'autres, qui avaient selon moi eux-mêmes une position idéologique, disaient que je faisais de l'idéologie, et que j'étais un ennemi de la psychiatrie et de la psychanalyse. Ce n'était pas le cas car je n'ai jamais prétendu invalider les pratiques psychiatriques ou

psychanalytiques elles-mêmes, dans leur technicité. Mais comme c'était plutôt une analyse de leurs « fonctions latentes », comme on disait à l'époque, ce n'était pas sur le même plan. Donc, certains acceptaient que la psychiatrie ait des fonctions latentes, et ce que je disais les intéressait ; et d'autres pensaient que la psychiatrie était autonome, et n'avaient rien à apprendre sur ses fonctions sociales.

Quelle place accordez-vous à votre analyse de la catégorie du risque ?

C'était plutôt sur la fin de cette période, avec *La Gestion des risques*, en 1981, que j'ai abordé cette question. Le terme de risque, que j'avalise et que je critique, n'a pas encore la connotation qu'il a prise aujourd'hui, par exemple dans *La Société du risque* de U. Beck. Dans mon dernier ouvrage, sur l'insécurité sociale, je suis revenu sur cette question pour actualiser cette analyse. Mais, dans un premier temps, j'avais pensé à caractériser l'évolution de la médecine mentale dans le sens large du mot, qui devenait beaucoup plus technocratique à travers le passage de l'affrontement à la dangerosité du malade mental, à la gestion de populations à risque. C'est le passage de la dangerosité au risque. Historiquement, c'est une ligne qui, je crois, se justifie. Mais, le terme de risque est devenu aujourd'hui beaucoup trop envahissant, et sa critique s'inscrit dans un contexte plus général.

Est-ce que vous voyez un rapprochement avec les travaux de Mary Douglas, De la souillure, qui forme la notion « d'anomalité », c'est-à-dire ce qu'on ne peut pas catégoriser, et qui vient menacer l'ordre ?

Je connais cette thèse, ne serait-ce que parce qu'elle est souvent citée. Ceci me paraît être une thèse un peu romantique, un peu comme le Foucault de *L'Histoire de la folie*, ou les thèses de Girard sur le bouc émissaire. Ce n'est pas mon orientation. Ce qui m'intéresse, et ce qui peut expliquer une certaine fascination mêlée de rejet pour la *total institution*, c'est la dimension de la contrainte. L'asile, l'hôpital psychiatrique ont, je pense, donné une concrétisation paradigmatique de la contrainte sociale, et c'est par là qu'à travers l'analyse de la prise en charge de la folie, on touche à la question du pouvoir, comme chez Foucault. Ce qui n'est pas le cas de Mary Douglas. Elle n'a donc pas constitué pour moi une référence.

Vous dites que vous reprenez le regard goffmanien, et pourtant, vous utilisez la méthode historique. Qu'est-ce que vous reprenez en fin de compte de Goffman ?

Comme je viens de le dire, et ce qui n'est pas tellement goffmanien je crois, c'est l'institution totale qui m'a fasciné chez Goffman. Or, pour la plupart des gens, Goffman, c'est les interactions, c'est de l'ethnométhodologie, même s'il n'est pas ethnométhodologue. J'ai participé à un colloque à Cerisy sur Goffman, et je me sentais très

décalé par rapport aux « vrais » goffmaniens, parce que j'avais une lecture durkheimienne, à partir du concept d'institution totale. Mais ce n'est pas seulement un concept ; il fonctionne dans les descriptions concrètes. Par exemple, ce qui m'est resté en mémoire, malgré les cinquante années passées, c'est le parcours de ces malades dans la cour du jardin de Villejuif : c'est la personne écrasée, dans son corps, dans sa manière de marcher, et qui est la concrétisation de la contrainte sociale. Je le reconnais, c'est une lecture très partielle de Goffman, mais je pense quand même que c'est aussi une lecture fidèle. Je me souviens, on avait eu une discussion avec Goffman, il avait lu la préface que j'avais faite à la traduction française d'*Asiles*, et il l'a approuvée, alors que j'avais surtout insisté sur la contrainte.

Quelle est l'actualité de vos analyses par rapport à l'évolution de la psychiatrie ? Nous pensons notamment à la sectorisation et à la politique du secteur...

Ça m'est difficile de répondre, dans la mesure où je me suis occupé de ces questions jusqu'au début des années 1980, mais j'ai ensuite décroché. Donc, je ne suis pas au parfum de ce qui se passe aujourd'hui, je n'ai plus les connaissances requises. Il faut avoir une certaine connaissance concrète des pratiques ou des enjeux, sinon on dit n'importe quoi. Il me semble toutefois que la situation a beaucoup changé, d'une manière paradoxale. Nous, qui avons une posture critique de la psychiatrie, lui reprochions une hyper-spécification et d'être une médecine spéciale, avec une institution spéciale, une législation spéciale. Or il semble qu'actuellement la psychiatrie ne soit plus ça du tout, elle apparaît éclatée et dispersée. Sans doute parce que la conjoncture est aujourd'hui très différente, mais je ne me sens ni les compétences ni les connaissances pour en dire quelque chose d'un peu pertinent.

Quelle a été la part d'engagement, intellectuel comme politique, dans ce projet d'analyse critique de la psychiatrie ? Et, question corollaire, est-ce que vous pensez que ce genre d'écrit a pu influencer l'évolution de la psychiatrie telle que vous venez de l'appréhender brièvement ?

Comme je l'ai évoqué tout à l'heure, mon objectif de prendre la psychiatrie comme objet d'étude, était à l'origine assez académique. C'était une posture théorique, et en même temps critique, vis-à-vis de l'*establishment* psychiatrique, de ses fonctions sociales officielles. Puis il y a eu les événements de 1968, et le fait que sont devenues populaires, dans le cadre de ce qu'on appelait à l'époque les luttes anti-répressives, à la fois la prison (le GIP de Foucault) et la psychiatrie. Je me suis trouvé, sans préméditation, en phase avec des militants, et notamment avec quelqu'un qui a énormément compté dans ma vie, avec qui j'avais des relations de travail et d'amitié, Franco Basaglia. C'était un homme tout à fait remarquable. On a vraiment fonctionné ensemble. Ce psychiatre, militant politique sans être gauchiste échevelé, a fait,

pratiquement, beaucoup pour déconstruire l'hôpital psychiatrique. Nous avons travaillé ensemble et nous avons l'impression d'être tout à fait complémentaires. Nous avons commencé à écrire un livre, mais il est décédé avant la fin. Surtout nous avons constitué dès 1969 un petit groupe d'intervention qui a ensuite donné naissance au réseau international d'alternatives à la psychiatrie, qui a eu une certaine audience dans les années 1970. Mais cela n'était pas prémédité à l'origine. J'avais une posture théorique critique, qui a rencontré un mouvement social, et il y a eu à la fois des alliances, fortes, et des divergences, y compris par rapport à certaines mouvances de l'anti-psychiatrie, qui me paraissaient d'un gauchisme un peu sectaire. Cela a donc fonctionné dans ce contexte politique. Quant à l'impact que ces actions ont pu avoir, ce n'est pas à moi de le dire. Sans doute que ça a fait avancer la critique pratique de la psychiatrie, mais ce sont des choses qu'on ne peut jamais mesurer. Ça a été dans le sens d'une certaine libéralisation des structures psychiatriques. Mais il y avait d'autres raisons pour lesquelles elles ne pouvaient pas non plus rester cristallisées, dans une configuration qui ressemblait au XIX^{ème} siècle, dans une période d'intense modernisation. Disons que l'on a donné au moins un petit coup de pouce dans le sens de la libéralisation, alors que nous avons des ambitions plus radicales.

Comment situez vous votre travail sur le traitement social de la folie dans votre parcours intellectuel?

Je n'ai pas eu une trajectoire programmée. Il m'a semblé, vers la fin des années 1970 et au début des années 1980, que j'avais à peu près fait ce que j'avais eu l'envie et la capacité de faire sur ce terrain. Pour quelqu'un qui n'est pas un praticien, la formulation des questions que je pouvais poser, sans être parfaite, avait été faite. Si je continuais, j'allais tomber dans la répétition ou dans l'expertise. Par exemple, à la fin de cette période, j'avais accepté une invitation de l'OMS, et je me suis ennuyé dans un château en Allemagne, avec un groupe de technocrates internationaux. Ce n'est pas dans mes goûts, et j'ai eu envie, dans les années 1980, de faire autre chose. Cela ne devait plus être la psychiatrie et la psychanalyse, mais ce n'était pas non plus une autre planète, parce que le social, c'était aussi une nébuleuse confuse, pleine de zones d'ombres et de controverses qu'il m'a semblé intéressant d'essayer de clarifier. A l'époque, je ne pensais pas du tout au travail. Et, puis, progressivement à travers mes réflexions et mes lectures, il m'a paru que (beaucoup de questions tournaient autour du travail et que) le noyau de la question sociale s'articulait autour du travail. Le problème, c'était que je n'étais pas, et je ne le suis toujours pas, un sociologue du travail; je n'y connaissais rien, il fallait donc lire beaucoup de littérature, de travaux sociologiques et historiques. Mais il y a une logique de la recherche qui est en congruence avec ma posture sociologique, à savoir l'approche généalogique. Une autre constante méthodologique,

c'est la volonté d'établir toujours les rapports entre le centre et les marges d'un problème. Si on pose la question du social, on croit qu'elle se pose d'abord sur les marges, à parler des « cas sociaux », de la pauvreté, du « quart monde ». Et faire la sociologie de la chose, c'est montrer qu'il y a un rapport entre le centre et la périphérie. On ne peut pas parler de l'exclusion sans parler de l'entreprise. En partant des marges de la question sociale, c'était une nécessité intellectuelle d'aller vers le centre, d'aller du côté des rapports problématiques au travail.

Après avoir analysé ce qu'était être exclu, vous avez regardé ce qu'était être intégré.

Il s'agit de toujours prendre en compte le continuum des positions. Il n'y a pas le centre et la marge, de même qu'il n'y pas l'exclusion et l'intégration, comme deux sphères séparées. Il faut s'efforcer de reconstruire les continuités / discontinuités qui vont de la marge au centre, et réciproquement.

Dans les années 1960, est-ce que vous raisonnez déjà en fonction de cette problématique? Est-ce que l'analyse du traitement social de la folie, était un moyen d'analyser la façon dont on met en marge des personnes?

Je ne sais pas si je me suis posé la question en ces termes. Mais il y avait quelque chose qui ne me paraissait pas juste. Je ne croyais pas à quelque chose comme l'autonomie de la folie. Le mythe d'Antonin Artaud fonctionnait beaucoup, à l'époque, comme une exaltation de la marge qui me paraissait suspecte, parce que je crois que c'est dur d'être marginal, en général ce n'est pas drôle d'être fou, c'est plutôt un malheur. Derrière Artaud, il faut aussi voir l'hôpital psychiatrique dans lequel il était. Et derrière les murs de l'hôpital, il y a un fonctionnement social, le poids de la contrainte et des rapports de domination. La loi, comme dirait Durkheim, c'est le cœur de la vie sociale, et pas la folie. La psychiatrie, et la folie d'Artaud, sont traversées par quelque chose qui est du centre, qui est du côté de la loi, du côté du juridique, et pas du côté du romantique, de l'hyper-subjectivisme. C'est la même chose quand on s'intéresse au social, il faut s'intéresser autant à M. Seillières et au M.E.D.E.F. qu'à des associations de marginaux ou qu'à des clochards. Je caricature un peu, mais je maintiens qu'il faut établir la relation qui existe entre ces deux registres. La naïveté du point de vue sociologique, c'est d'autonomiser l'analyse du clochard ou l'analyse du M.E.D.E.F.

Quelle posture avez-vous face à des travaux ethnographiques sur ces objets?

C'est souvent intéressant et intelligent, mais quand on s'en tient à une pure analyse d'interaction, ça me semble toujours inabouti. Même si c'est astucieux, irréprochable du point de vue méthodologique, ça me donne toujours l'impression de

rater une dimension essentielle, ce que Goffman nommerait les coulisses. On ne peut pas penser l'orchestre sans les coulisses. Ce n'est pas une critique méchante, et le fait que des gens s'amuse à écrire des articles de vingt pages sur comment on interrompt une conversation téléphonique, par exemple, et qu'on appelle ça de la sociologie, pourquoi pas? Mais personnellement, je n'ai pas envie de faire ça. En même temps, il faut tenir les deux bouts. Le travail sociologique doit essayer de rendre compte du poids des contraintes au niveau où elles s'expérimentent concrètement. J'en reviens à cette image de ce fou de l'hôpital de Villejuif, j'aurais pu faire de la pure ethnographie car j'étais de l'autre côté de la grille, comme dans un zoo, mais en même temps, j'en faisais une lecture sociologique, parce que ce malade exprimait une vérité de notre société. Les fantasmes qu'il pouvait ruminer, ce n'était pas mon problème. En revanche, je voyais un homme écrasé par une institution. Le concept de *total institution* de Goffman n'est pas seulement une grille abstraite d'analyse, il était sur les épaules de cette personne. Il y a, non pas derrière mais au cœur de cette situation, à la fois de l'histoire et des classes sociales, des rapports de domination qui lui donnent sa charge spécifique et qui me paraissent aussi plus concrets qu'une « pure » interaction.

Propos recueillis par
Edouard Gardella et Julien Souloumiac.



Rappels et calendrier des travaux parlementaires

- ★ 20 avril 2012 • Décision du Conseil constitutionnel sur question prioritaire de constitutionnalité déclarant contraires à la Constitution 2 dispositions du code de la santé publique dans leur rédaction issue de la loi du 5 juillet 2011 • reportant leur abrogation au 1^{er} octobre 2013 • Sur le régime dérogatoire applicable aux personnes ayant séjourné en UMD ou ayant été déclarées pénalement irresponsables
- ★ 7 novembre 2012 • création de la « mission d'information sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie » par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale • pour des dispositions législatives avant le 1^{er} oct 2013
- ★ 29 mai 2013 • remise d'un rapport d'étape par Denys Robilliard, rapporteur, à l'issue de 30h d'auditions
- ★ 3 juillet 2013 • dépôt d'une proposition de loi à l'Assemblée nationale
- ★ 17 juillet 2013 • examen de la proposition de loi par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale
- ★ 25 juillet 2013 • examen et discussion de la proposition de loi à l'Assemblée nationale
- ★ à la suite • transmission au Sénat pour examen et discussion de la proposition de loi
- ★ avant le 1^{er} octobre 2013 • adoption de la loi dans les mêmes termes par les deux assemblées
- ★ entrée en vigueur prévue de la loi •
 - 1^{er} octobre 2013 • UMD et irresponsabilité pénale
 - 1^{er} janvier 2014 • tout le reste • dont délai de 10j pour saisine JLD pr les décisions d'admission prises à c/ 1.1.14

① Réponse aux 2 invalidations par le Conseil constitutionnel

• **suppression du statut légal de l'UMD** (abrogation de l'article L3222-3 CSP) **et du régime spécifique** de levée par le représentant de l'Etat ou de mainlevée par le JLD des mesures de soins sans consentement des personnes ayant séjourné en UMD • l'UMD subsiste comme service de soins intensifs, au titre de l'organisation des soins à l'hôpital, sans être régie par la loi

• **maintien du régime spécifique pour les personnes pénalement irresponsables différent selon la gravité des actes commis**

- collège requis et 2 expertises nécessaires • si les actes concernent des faits punis d'au moins 5 ans d'emprisonnement pour les atteintes aux personnes ou au moins 10 ans d'emprisonnement en cas d'atteinte aux biens • art L3211-12 II
- en deçà • pas de régime spécifique

② Autres propositions

Hospitalisation et soins

- **réintroduction des « sorties d'essai »** • art L3211-11-1 CSP
 - motifs • afin de favoriser leur guérison, leur réadaptation ou leur réinsertion sociale ou si des démarches extérieures sont nécessaires
 - formes
 - ⊛ Sorties accompagnées pendant toute la durée de la sortie < 12h • par un membre du personnel, un membre de sa famille ou la personne de confiance
 - ⊛ Sorties non accompagnées < 48h
 - conditions • accordée par le directeur de l'établissement d'accueil • après avis favorable d'un psychiatre de cet établissement
 - le tiers est informé de l'autorisation et de sa durée • le représentant de l'Etat (qd hospitalisation à sa demande) est saisi par le directeur de l'établissement au moins 48h avant la sortie, qui lui transmet notamment l'avis d'un psychiatre participant à la prise en charge du patient • dans ce cas le représentant de l'Etat peut s'y opposer par écrit par décision notifiée au plus tard 12h avant la date prévue
- **programme de soins** • « aucune mesure de contrainte liée à l'administration des soins ne peut être mise en oeuvre » • (reprise de la décision QPC du 20 avril 2012) • L3211-2-1 III
 - pour l'établissement ou la modification du programme de soins le psychiatre de l'établissement d'accueil **recueille l'avis du patient** au cours d'un entretien à l'issue duquel il apprécie **l'aptitude du patient à respecter ce programme de soins** • L3211-2-1 II

③ Autres propositions • suite

Contrôle du JLD

Délais

- **modification du délai pour statuer, ramené à 10 jours** (au lieu de 15) • la mission avait proposé 5 jours mais les contraintes administratives et judiciaires ont fait préférer 10 jours au rapporteur
- **modification subséquente du délai pour saisir le JLD, ramené à 6 jours** (au lieu de 12)

Certificats

- **suppression du certificat médical de 6-8 jours**
- renouvellement de la décision d'hospitalisation par le directeur : tous les mois • un certificat à chaque fois est nécessaire « *dans les 3 derniers jours de chaque période* » • L3212-7

Audience

- **principe posé de l'audience à l'hôpital** dans une salle spécialement aménagée sur l'emprise de l'hôpital • « *lorsque ces conditions ne sont pas satisfaites* le juge soit d'office soit sur demande d'une des parties, statue au siège du tribunal de grande instance » • rappel du principe de la **publicité de l'audience** • et de la faculté par exception de débats en chambre du conseil
- **limitation de la visioconférence** aux « *cas de nécessité* » avec comme jusqu'ici un avis médical attestant de la possibilité de ce recours et l'accord exprès du patient (dont s'assure le directeur de l'établissement) • L3211-12-2, II
- **assistance obligatoire d'un avocat pour l'audience** • L3211-12-2 • « à l'audience la personne est entendue et doit être assistée de son avocat ou représentée par celui-ci »

④ Autres propositions • suite • Modalités • autres

- possibilité d'hospitalisation libre d'un détenu souffrant de troubles psychiques et qui consent, en UHSA (modifie art L3214-2 CSP)