



JUSTICE



PSYCHIATRIE

Journée d'échanges

Psychiatrie & Justice

Les actes

Vendredi 7 juin 2013

Centre Hospitalier La Chartreuse
1 boulevard Chanoine Kir - DIJON

Journée organisée par



PRÉFET DE LA CÔTE-D'OR



Sommaire

PREAMBULE

Première table ronde : LA REFORME DES SOINS SANS CONSENTEMENT, UN AN APRES LA MISE EN PLACE D'UNE SALLE D'AUDIENCE AU SEIN DU CENTRE HOSPITALIER LA CHARTREUSE

* **Intervention liminaire**page 6

- Bruno MADELPUÉCH, Directeur du Centre Hospitalier La Chartreuse
- Henry ROBERT, Premier Président de la Cour d'Appel
- Christophe LANNELONGUE, Directeur de l'Agence Régionale de Santé
- Sébastien HUMBERT, Directeur de Cabinet de la Préfecture de Côte d'Or

I) PREMIERE PARTIE : INTERVENTION DES DIFFERENTS ACTEURS DE LA REFORME

• **1^{ère} intervention** :page 8
Joël FISZKA, Directeur-adjoint, responsable du Bureau des Soins sans Consentement (BSSC) du Centre Hospitalier La Chartreuse et Maître Anne GESLAIN, avocat au Barreau de Dijon représentant le Centre Hospitalier La Chartreuse : **Mise en place de la réforme des soins sans consentement au sein du CH.**

• **2^{ème} intervention** :page 10
François FELIX, Responsable du pôle juridique à la Préfecture : **L'ordre public et les soins sans consentement.**

• **3^{ème} intervention** :page 11
Docteur Thomas WALLENHORST, Psychiatre au Centre Hospitalier de Semur-en-Auxois et Docteur Jean-Pierre CAPITAIN, Psychiatre au Centre Hospitalier La Chartreuse et Président de la Commission Médicale d'Etablissement : **L'impact de la réforme des soins sans consentement dans le processus thérapeutique : regards croisés sur deux pratiques de Centres Hospitaliers.**

• **4^{ème} intervention** :page 14
Caroline PODEVIN, Vice-présidente, Juge des Libertés et de la Détention au Tribunal de Grande Instance de Dijon : **Le juge et les soins sans consentement.**

• **5^{ème} intervention** :page 21
Maître Thierry BERLAND, membre du conseil de l'ordre des Avocats de Dijon, Avocat au Barreau de Dijon : **La place de l'avocat dans le cadre de la loi du 5 juillet**
Maître Franck PETIT, Avocat au Barreau de DIJON : **La loi du 5 juillet et la place du débat contradictoire**

II) DEUXIEME PARTIE : ECHANGES ENTRE LES INTERVENANTS ET LA SALLE

- Modérateurs :
- Henry ROBERT, Premier Président de la Cour d'Appel de DIJON,
 - Professeur Bernard BONIN, Chef de Service du service Psychiatrie Générale et Addictologie du Centre Hospitalier Universitaire de Dijon,
 - Bruno MADELPUÉCH, Directeur du Centre Hospitalier La Chartreuse.

Deuxième table ronde : JUSTICE, SANTE MENTALE ET CITOYENNETE

- * **Intervention liminaire**page 27
- Bruno MADELPUÉCH, Directeur du Centre Hospitalier La Chartreuse,
- Marie-Christine TARRARE, Procureure de la République de Dijon,
- Claude CONSIGNY, Président du Tribunal de Grande Instance de Dijon

I) PREMIERE PARTIE : LES ATTENTES DE LA JUSTICE CONCERNANT LA PSYCHIATRIE

- **1^{ère} intervention**page 30
Docteur Julien LUC, Psychiatre du Centre de Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles (CRIA VS) du Centre Hospitalier La Chartreuse : **La représentation sociale de la dangerosité et de la maladie mentale.**

- * **2^{ème} intervention**page 31
Maître Samuel ESTEVE, Avocat au Barreau de DIJON : **Les enjeux de l'expertise psychiatrique dans la procédure pénale.**

- * **3^{ème} intervention**page 32
Alicia VIVIER, Vice-présidente chargée de l'application des peines à DIJON et Marie-Noëlle LORIOT, Vice-procureure de la République de DIJON : **Les attentes de la Justice dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire.**

II) DEUXIEME PARTIE : APERÇU DES MODALITES D'ACCOMPAGNEMENT DANS LA CITE

- * **5^{ème} intervention**.....page 35
Claude DARCIAUX, Maire de Longvic, Présidente du Conseil Local de Santé Mentale et Docteur Gérard MILLERET, Psychiatre au Centre Hospitalier La Chartreuse : **Le rôle du Conseil Local de Santé Mentale dans l'accompagnement dans la Cité.**

- * **6^{ème} intervention**.....page 37
Pascal LIEBAUT, Cadre de santé auprès de Centre médico-psychologique : **L'accompagnement aux soins : la réalité de la pratique sur le terrain.**

- * **7^{ème} intervention** :page 37
Docteur William GUICHERD, Psychiatre au Centre Hospitalier La Chartreuse et Marie AUDOIN, Psychologue au Centre Hospitalier La Chartreuse: **La psychiatrie citoyenne et le changement des représentations sociales de la maladie mentale.**

- * **Echange avec la salle et clôture**.....page 39

Modérateurs : - Claude CONSIGNY, Président du Tribunal de Grande Instance de DIJON,
- Bruno MADELPUÉCH, Directeur du Centre Hospitalier La Chartreuse,
- Docteur Gérard MILLERET, Psychiatre au Centre Hospitalier La Chartreuse.

BIBLIOGRAPHIE

- « **Psychiatrie & Justice** »page 42
« **Psychiatrie citoyenne** »page 48

Préambule : UNE JOURNEE D'ECHANGES ENTRE PSYCHIATRIE ET JUSTICE : UN RAPPROCHEMENT NECESSAIRE POUR UN PLUS GRAND RESPECT DES DROITS DU PATIENT.

Une journée d'échanges Psychiatrie & Justice a été organisée le vendredi 7 juin 2013, par le Centre Hospitalier La Chartreuse en collaboration avec la Préfecture, l'Agence Régionale de Santé et l'Ordre des Avocats. Celle-ci a permis de réunir les principaux acteurs de la Justice et de la Psychiatrie dans le contexte particulier de la mise en place de la loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. Cette réforme a indéniablement modifiée les rapports entre la Justice et la Psychiatrie, et a permis d'amorcer une réflexion plus générale sur la place de la personne en souffrance psychique dans la Cité.

Le Directeur du Centre Hospitalier La Chartreuse, Bruno MADELPUECH, ainsi que le Président du Conseil de Surveillance, Roland PONSÂA ont eu le plaisir d'accueillir environ 90 participants pour la première édition de la journée d'échanges Psychiatrie & Justice.

De nombreux responsables régionaux se sont succédés à la tribune tels que Christophe LANNELONGUE, Directeur de l'Agence Régionale de Santé de Bourgogne, Sébastien HUMBERT, Sous-Préfet, Directeur de Cabinet de la Préfecture de Côte d'Or, Henry ROBERT, Premier Président de la Cour d'Appel de Dijon, Marie-Christine TARRARE, Procureur de la République de Dijon, Claude CONSIGNY Président du TGI de Dijon ou encore Kheira BOUZIANE, députée de la Côte d'Or.

- Bilan un an après l'application de la loi du 5 juillet 2011 sur les soins sans consentement : Une salle d'audience au sein du CH La Chartreuse comme symbole de l'union entre la psychiatrie et la justice pour un plus grand respect des droits des patients.

La première table ronde a en effet eu pour objectif de dresser un bilan de l'application de la loi relative aux soins sans consentement et notamment revenir sur l'aménagement d'une salle d'audience au sein du CH La Chartreuse dans le cadre du renforcement des contrôles automatiques assurés par le Juge des Libertés et de la Détention. Ce nouvel espace de 78 m² a été pensé et réalisé en étroite collaboration avec le Tribunal de Grande Instance de Dijon, conformément aux prescriptions ministérielles émises sur le plan technique.

La salle d'audience, inaugurée il y a un environ an, a été spécialement aménagée pour accueillir, deux fois par semaine, les audiences du Juge des Libertés et de la Détention dans le cadre des soins sans consentement, créant une véritable justice de proximité.

Cette date anniversaire fut l'occasion parfaite de permettre aux différents acteurs d'échanger sur leurs pratiques.

- Préjugés autour de la maladie mentale : une conciliation nécessaire entre justice et psychiatrie pour que les personnes en souffrance psychique retrouvent leur place de citoyen.

La seconde table ronde, centrée sur la thématique « **Justice, santé mentale et citoyenneté** », a permis aux élus locaux, magistrats, avocats et personnels médicaux et soignants d'échanger à travers les thèmes des expertises psychiatriques, du suivi socio-judiciaire ou encore des modalités d'accompagnement des personnes en souffrance psychique dans la Cité. Autant de démarches juridiques et médicales permettant à la personne souffrant de troubles mentaux de se réapproprier pleinement son statut de citoyen. Cette nécessité s'inscrit suite au constat qu'il existe de nombreux préjugés sur la maladie mentale, souvent assimilée à la dangerosité et aux comportements déviants.

Cette journée, gage des bons rapports qu'entretiennent psychiatrie et justice, fut une réussite puisque les professionnels de la psychiatrie et de la justice ont pu confronter leur point de vue et dissiper les incompréhensions qui parfois séparent ces deux univers.

1^{ère} table ronde : LA RÉFORME DES SOINS SANS CONSENTEMENT, UN AN APRÈS LA MISE EN PLACE D'UNE SALLE D'AUDIENCE AU SEIN DU CENTRE HOSPITALIER LA CHARTREUSE DE DIJON.

La loi du 5 juillet 2011 portant réforme des soins sans consentement a profondément modifié les pratiques professionnelles.

Un an après la mise en place d'une salle d'audience au sein du Centre Hospitalier La Chartreuse, il convenait de faire un bilan de l'application de cette loi et de permettre aux différents acteurs de cette réforme (Préfecture, Agence Régionale de Santé, personnel médical et soignant, magistrats et avocats) d'échanger sur leurs pratiques.

INTERVENTIONS LIMINAIRES

- Roland PONSAA, Président du Conseil de Surveillance du Centre Hospitalier La Chartreuse :

Mesdames, Messieurs,

En tant que Président du Conseil de Surveillance du Centre Hospitalier de La Chartreuse, je me réjouis tout d'abord de pouvoir vous accueillir dans cet Amphithéâtre (l'ancien Amphithéâtre de l'Ecole d'infirmiers psychiatriques) dont nous avons inauguré la rénovation il y a quelques mois mais qui, malheureusement, a subi les importantes inondations du 3 mai qui l'avait rendu inutilisable jusqu'à ce jour. Grâce notamment aux services techniques que je remercie, c'est donc la 1^{ère} fois depuis 1 mois que nous pouvons à nouveau nous retrouver ici.

Je tiens à saluer les nombreuses personnalités présentes qui nous ont fait l'honneur de bien vouloir participer et intervenir à cette 1^{ère} Journée d'échanges Psychiatrie & Justice et plus particulièrement :

- M. Sébastien HUMBERT, Sous-Préfet, représentant M. le Préfet
- M. Henry ROBERT, Premier Président de la Cour d'Appel de Dijon
- M. Claude CONSIGNY, Président du Tribunal de Grande Instance de Dijon ainsi que les Vice-Présidentes, Mmes Caroline PODEVIN, Vice-présidente, Juge des Libertés et de la Détention et Alicia VIVER, chargée de l'application des peines
- Mme Marie-Christine TARRARE, Procureure de la République
- Mme Marie-Noëlle LORIOT, Vice-Procureur de la République
- M. Christophe LANNELONGUE, Directeur de l'Agence Régionale de Santé de Bourgogne
- Maître Thierry BERLAND, Membre du Conseil de l'Ordre des Avocats de Dijon ainsi que Maître Anne GESLAIN, Maître Samuel ESTEVE et Maître Franck PETIT, Avocats au Barreau
- Mme Claude DARCIAUX, Maire de Longvic, Président du Conseil Local de Santé Mentale
- Le Dr Jean-Pierre CAPITAIN, Président de la Commission Médicale de l'Établissement
- Le Pr Bernard BONIN, Chef du Service Psychiatrie Générale et Addictologie au CHU de Dijon
- Les Docteurs Gérard MILLERET, Chef de Pôle, William GUICHERD, Julien LUC et Thomas WALLENHORST, Psychiatres
- Mme Marie AUDOIN, Psychologue et M. Pascal LIEBAUT, Cadre de santé
- Tous les professionnels de la Justice et de la Psychiatrie que je ne peux pas citer mais qui nous font le plaisir d'être présents.

Cette 1^{ère} journée d'échanges va être l'occasion d'un bilan et d'un échange entre les différents acteurs sur l'application de la loi du 5 juillet 2011 réformant les soins sans consentement et la qualité des intervenants me laissent à penser que le dialogue devrait être riche et constructif.

Je remercie enfin les organisateurs de cette Journée et notamment le Directeur du Centre Hospitalier, M. Bruno MADELPUECH, à qui je laisse la parole pour vous présenter le déroulement

- Bruno MADELPUECH, Directeur du Centre Hospitalier La Chartreuse de Dijon :

Je m'associe au mot d'accueil du Président du Conseil de Surveillance et vous souhaite une bonne journée de travail en commun. Nous allons parler de la loi du 5 juillet 2011 sur les soins sans consentement. Sa mise en place a été complexe, mais nous avons réussi à mener à bien l'évolution du processus des contrôles par le juge prévu par le législateur, dans le cadre du parcours du patient-citoyen. Je remercie tout particulièrement M. le Premier Président et M. le Président du TGI d'avoir facilité la création d'une justice de proximité. La création d'une Salle d'audience dans l'établissement pour un débat contradictoire nous permet de soigner tout en respectant les droits et les libertés du patient.

Nous aurons l'occasion d'aborder tous les aspects de ce sujet et des paradoxes à dépasser. Nous aurons aussi l'occasion de parler de psychiatrie communautaire. Nous ne sommes plus dans l'asile des XIX^{ème} et XX^{ème} siècles mais nous soignons des personnes qui sont en situation de handicap psychique et que nous accompagnons pour qu'elles aient une vie citoyenne la plus digne possible lorsqu'elles sont en situation de rétablissement.

- Kheira BOUZIANE, Députée de Côte d'Or :

Je suis ici parce que personnellement et en tant qu'élue locale, je m'intéresse énormément à la prise en charge de la santé mentale dans la Cité. De plus, en tant que député, membre de la Commission des Affaires Sociales à l'Assemblée Nationale, nous avons été chargés par Madame la Ministre de mener une mission sur la santé mentale : un rapport d'étape rédigé par Denys Robillard vient d'être publié. Celui-ci a été entrepris dans un contexte de censure de certains articles de la loi de 2011 par le Conseil Constitutionnel. Il fallait donc rapidement que le législateur réponde à cette décision. Si le rapport s'intéresse exclusivement aux soins sans consentement, tout ne s'arrête pas là, on essaye de prendre la santé mentale dans sa globalité. Le rapport se place comme le porte-voix, la mission de la Commission sera amenée notamment à se déplacer dans les établissements pour constater sur le terrain des initiatives qui ont été prise : notamment au sujet la psychiatrie citoyenne.

- Christophe LANNELONGUE, Directeur de l'Agence Régionale de Santé de Bourgogne :

Je remercie les organisateurs de la journée, c'est une démarche exemplaire de se rassembler autour de questions fondamentales : celles de conciliation des garanties individuelles et de la préservation de la sécurité des citoyens, et de l'accompagnement du patients en dehors de l'hôpital. L'organisation de la journée va dans le sens du Projet Régional de Santé qui comporte une volonté marquée d'améliorer les parcours de santé des personnes malades mais aussi pour la population dite « fragile » (les personnes âgées, les jeunes, les personnes en situations de précarité et les handicapés psychiques). Je tiens à remercier M. MADELPUECH pour la mise en œuvre de ces politiques. Le projet majeur est d'adapter davantage la prise en charge à la situation particulière de chaque personne. La première responsabilité des professionnels est d'aller vers le patient pour qu'il accepte la démarche de soins, d'où l'importance des Soins sans consentements et celle de l'accompagnement, de l'accueil et de la capacité de mobiliser tous les acteurs sociaux pour accompagner les patients. La maladie ne peut se limiter aux soins, elle doit s'intégrer dans la Cité. Il est nécessaire pour que l'on puisse appuyer l'action des décloisonnements des patients. S'agissant du rôle de l'ARS dans les soins sans consentement, elle n'est pas décisionnaire dans ce domaine, mais l'objectif est d'apporter un appui nécessaire au Préfet. Ceci n'est pas aisé en Bourgogne car on compte six Tribunaux de Grande Instance. La matière est complexe mais après 18 mois de fonctionnement, l'impression est positive et les chiffres sont d'ailleurs parlants quant à l'importance de l'activité dans ce domaine. La saisine du Juge des Libertés et de la Détention est importante et l'on ne dénombre qu'une seule saisine pour laquelle les délais n'ont pas été respectés. Ces résultats relativement satisfaisants sont liés au travail que nous avons fourni tous ensemble. Cette coopération entre institutions a été préparée de longue date et permet d'harmoniser les approches pour des prises de décisions efficaces.

- Henry ROBERT, Premier Président de la Cour d'Appel de Dijon :

Cette rencontre a un intérêt important pour l'institution judiciaire locale tant la réforme a multiplié l'occasion de statuer pour les magistrats. 96% des ordonnances du Juge des Libertés et de la Détention sont rendues sur contrôle obligatoire : c'est l'innovation majeure de la réforme.

Il nous appartient donc ensemble, mais chacun à notre place et dans notre rôle, de relever deux défis dans l'application de ces lois :

- 1 – celui de la conciliation de deux principes à valeur constitutionnelle que la loi nouvelle vise à garantir :
 - le droit à la protection de la santé,
 - la protection de la liberté individuelle, dévolue traditionnellement au pouvoir judiciaire.

Cette contradiction, inhérente à la notion de soins non consentis, peut se résoudre dans le principe de rigueur nécessaire (retenu par le Conseil Constitutionnel) qui impose de n'apporter aux droits et libertés individuelles que des atteintes « adaptées, nécessaires et proportionnelles à l'objet poursuivi » c'est-à-dire le soin du patient et la préservation de l'ordre public.

- 2 – celui de la transparence, c'est-à-dire plus précisément de la motivation des décisions :

A une époque où droit à l'information et volonté de communication se retrouvent dans cette notion de transparence, qui peut aussi aller du flou artistique à l'obscur clarté, le juge doit savoir que dire, comment et à qui.

S'agissant d'une esquisse d'un bilan après 21 mois d'application, on peut tenter d'observations principales :

- a) L'investissement de l'institution judiciaire dans la réforme est globalement réussi.

On relève au niveau national 62 823 saisines des JLD (juge des libertés et de la détention) dont 60 000 en application de l'article L.3211-12-1 qui constituent une activité supplémentaire, ce qui représente une lourde charge avec peu de moyens nouveaux (aucun en ce qui concerne les magistrats), en particulier à Dijon où nous avons d'autres réformes à mener de front telles que les citoyens assesseurs, réforme aujourd'hui remise en cause.

L'application de la loi a été marquée par un certain pragmatisme notamment en ce qui concerne les lieux de l'audience (au niveau national 30 % dans les hôpitaux, 70 % dans les juridictions) ; à Dijon, la délocalisation des audiences au Centre Hospitalier La Chartreuse permet, grâce à l'infrastructure mise en place, de préserver parfaitement la dignité des patients et des conditions du débat.

L'application de la loi est rassurante : dans le cadre du contrôle obligatoire du JLD, près de 82 % des ordonnances confirment le maintien des mesures de soins sans consentement et seules 5% en prononcent la mainlevée, le reste des ordonnances instituant une expertise ou constatant le défaut d'objet de la saisine.

Les JLD se sont formés et concertés, mais comme tout juge, ils sont indépendants et peuvent avoir leur jurisprudence personnelle, surtout dans une matière où existe une large part d'appréciation au cas par cas.

- b) On assiste à un changement de l'office du juge : il intervient désormais dans le cadre d'une saisine de plein droit et non plus seulement sur recours du patient ; ainsi le juge devient davantage acteur de la prise en charge psychiatrique, ce qui le conduit à approfondir sa réflexion sur son rôle et la manière dont il est perçu et modifie ses rapports avec les établissements et le corps médical.

Il s'agit désormais d'une situation de partenariat, même si le juge, qui est le plus souvent un généraliste reste et doit rester un juriste. Ce partenariat ne peut aboutir que dans le respect réciproque et en s'attachant à mieux appréhender les pratiques et les difficultés des soignants, sans tomber dans la connivence : une telle situation correspond à une préoccupation éthique classique chez le juge à l'égard de ses autres partenaires mais qui n'est jamais acquise. Là aussi, il faudra lutter contre l'habitude car, pour reprendre la formule de Pierre DRAI, un juge habitué est un juge mort pour la justice.

I. LES DIFFÉRENTS ACTEURS DE LA RÉFORME

- **La mise en place de la réforme des soins sans consentement au sein du CH La Chartreuse :**

- Joël FISZKA, Directeur-adjoint, responsable du Bureau des Soins Sans Consentement (BSSC) du Centre Hospitalier La Chartreuse de Dijon :

- Analyse statistiques de la pratique des soins psychiatriques sans consentement au Centre Hospitalier la Chartreuse :

| Soins psychiatriques sans consentement - Années 2010 et 2012 | | | | | | |
|--|------------|-------------|------------|-------------|-----------|------------|
| Libellés | 2010 | | 2012 | | 2012-2010 | |
| HO-SDRE - Procédure normale | 10 | 24% | 5 | 9% | -5 | -50% |
| HO-SDRE - Procédure urgente | 8 | 20% | 25 | 47% | 17 | 213% |
| HO-SDRE - Détenus | 20 | 49% | 22 | 42% | 2 | 10% |
| HO-SDRE - Procédure judiciaire | 3 | 7% | 1 | 2% | -2 | -67% |
| Total des HO-SDRE | 41 | 100% | 53 | 100% | 12 | 29% |
| HDT-SDDE - Procédure normale | 332 | 86% | 330 | 79% | -2 | -1% |
| HDT-SDDE - Procédure urgente | 54 | 14% | 24 | 6% | -30 | -56% |
| SDDE - Procédure péril imminent | | | 64 | 15% | | |
| Total des HDT-SDDE | 386 | 100% | 418 | 100% | 32 | 8% |
| Total des HO-HDT/SDRE-SDDE | 427 | | 471 | | 44 | 10% |

En premier lieu, nous pouvons constater une augmentation des soins sans consentement. Cette augmentation peut être due à la nouveauté qu'apporte la loi, à savoir la procédure de péril imminent en l'absence de tiers demandeur de soins. La procédure d'urgence est une procédure qui a un caractère exceptionnel, et il y a une particularité à Dijon puisque les urgences psychiatriques ne sont pas situées au Centre Hospitalier la Chartreuse mais au Centre Hospitalier Universitaire, le Bocage Central. Dans 50% de ces procédures d'urgence en provenance des urgences du CHU, le péril imminent est utilisé car il n'y a pas de tiers sur place. Cela pose un problème dans la mesure où l'on ne peut régulariser la procédure de péril imminent.

| Soins psychiatriques sans consentement - Année 2012 | | | | | | | | | |
|---|------|------|------|------|------|------|-----------------|-----|------|
| Interventions du Juge des Libertés et de la Détention | | | | | | | | | |
| Libellés | SDRE | | | SDDE | | | Total SDRE+SDDE | | |
| Pour mémoire - Total 2012 | 53 | 100% | | 418 | 100% | | 471 | | |
| Nombre de saisine du JLD | 20 | | | 163 | | | 183 | | |
| Nombre d'audience JLD | 20 | 38% | 100% | 146 | 35% | 100% | 166 | 35% | 100% |
| Nombre d'annulation d'audience | 0 | | | 17 | | | 17 | | |
| Nombre de levées avant audience JLD | 33 | 62% | | 272 | 65% | | 305 | 65% | |
| Nombre de levées ordonnées par le JLD | 0 | | 0% | 10 | | 7% | 10 | | 6% |
| Nombre de programmes de soins (PSP) | 3 | | | 29 | | | 32 | | |
| Nombre de requête de levées par patients | | | | 25 | | | | | |
| Nombre de transfert vers l'UHSA | 5 | | | | | | | | |

Deux tiers des patients ne voient pas le Juge des Libertés et de la Détention. La levée recouvre deux types de situations : soit l'hospitalisation complète en soins sans consentements est levée, soit c'est la mesure de soins sans consentements qui est elle-même levée. On constate que dans 90% des cas, le patient poursuit les soins en Hospitalisation Libre après la levée de sa mesure de soins sans consentement.

Le Bureau des Soins sans Consentement (BSSC) se consacre exclusivement aux mesures de Soins sans consentement. Rattaché à la Direction des Affaires Financières-Système d'Information, le bureau est composé d'un directeur adjoint, d'un responsable du service et de deux assistantes administratives, dont l'un des postes a été financé par l'ARS et l'Assurance Maladie suite à la réforme du 5 juillet 2011. Le Bureau des Soins Sans Consentements assure une continuité du service, il est ouvert toute la semaine de 8h à 18h. La responsabilité des soins sans consentements est transférée à l'UMAO et au Directeur de garde pour les jours et les heures non ouvrables.

- Maître Anne GESLAIN, avocate au Barreau de Dijon représentant le Centre Hospitalier La Chartreuse de Dijon :

La nécessité d'être accompagné d'un conseil n'a pas été immédiatement ressentie par le CH La Chartreuse. De juillet 2011 à mars 2012, le CH La Chartreuse adresse les dossiers pour saisine au Juge des Libertés et de la Détention sans être présent, ni représenté aux audiences. Mais la nécessité de se faire représenter va faire jour en raison de deux événements : tout d'abord la délocalisation des audiences au sein de la salle d'audience du Centre Hospitalier La Chartreuse, puis la création d'un pool d'avocats au sein de l'ordre des avocats, spécialisés ou tout du moins intéressés en la matière.

Très rapidement, ces deux événements ont conduit au dépôt de conclusions mettant en cause la procédure et à ce que les Juges des Libertés et de la Détention soient tentées de faire venir à l'audience les directeurs-adjoints signataires des décisions attaquées pour leur forme.

Dans ce contexte, le CH La Chartreuse fait alors appel à un conseil, à même de répliquer à des conclusions et à le représenter aux audiences.

Le rôle imparti à ce conseil va cependant bien au-delà d'une représentation à l'audience et d'une réplique orale ou écrite à des arguments juridiques. Ainsi, depuis le choix par le CH La Chartreuse de faire appel à un avocat, un véritable travail sur le fond et la forme des dossiers a été entrepris. Certains documents ont été revus ou retravaillés, tels que l'arrêté de délégation de signature du directeur aux directeurs-adjoints, le document établissant la notification des droits au patient ou la motivation des décisions administratives. Au-delà, il s'agit également, et surtout, d'un rôle de « facilitateur » de compréhension d'un monde, le monde judiciaire, pour les médecins et les personnels administratifs.

Ainsi, l'avocat s'emploie à expliquer comment un juge peut raisonner, travailler ainsi que celle de l'avocat du patient, à entendre la position des médecins et des administratifs, la concilier avec les exigences de la procédure. Enfin, à instaurer un dialogue constructif avec les acteurs judiciaires, tant au niveau du Tribunal de Grande Instance que de la Cour d'Appel.

L'objectif de toutes ces actions étant d'aboutir à des dossiers irréprochables sur la forme, garants des libertés et des droits fondamentaux. Le fond des dossiers reste évidemment hors de portée des acteurs judiciaires et dévolus aux seuls médecins psychiatres.

➤ **L'ordre public et les soins sans consentement :**

- Sébastien HUMBERT, Sous-Préfet, Directeur de Cabinet de la Préfecture de Côte d'Or :

Mon intervention représentera certes un témoignage institutionnel mais aussi celui d'un jeune sous-préfet responsable dans le département de l'Ordre Public et du respect des libertés.

Les Soins sans consentement sur Décision du Représentant de l'Etat, sont pour moi un parapheur noir sur lequel est écrit « HO » que l'on me presse de signer. La responsabilité est énorme pour le Représentant de l'Etat et il faut que la chaîne protocolaire fonctionne très bien.

Charles de Gaulle déclarait lors de son voyage en Chine « je pars vers l'orient compliqué avec des idées simples », on n'a donc pas le temps d'entrer dans la subtilité médicale et juridique, le travail est binaire : je signe ou je ne signe pas.

Le Représentant de l'Etat veille à la sûreté des personnes et intervient quand les troubles mentaux d'une personne portent atteinte à l'Ordre Public, à la sûreté des personnes de façon grave. L'Ordre Public dans sa définition du Code Général des Collectivités Territoriales, constitue la sécurité, la salubrité et la tranquillité publique, mais il est du devoir du Préfet d'en évaluer l'atteinte. L'atteinte aux libertés doit être proportionnée à l'atteinte à l'Ordre Public. Le Préfet assume alors une lourde responsabilité, celle-ci étant évidemment juridique mais aussi politique et médiatique.

Je me pose la question de ma compétence liée. En effet dans certaines circonstances, lorsque le Préfet ne suit pas l'avis du psychiatre, il est possible de demander un deuxième avis à un autre médecin, mais je suis dans l'obligation de respecter ce dernier.

Ayant pour mission d'assurer le respect des libertés individuelles, il faut que je puisse me fonder sur des éléments précis et suffisamment clairs. Je prends la décision en vertu de documents, des chaînes protocolaires et réglementaires. Ce n'est pas le cas partout. Dans d'autres départements cette chaîne protocolaire provoque des insatisfactions.

On reproche en effet une insuffisance de motivation, la présence de contradictions, la rédaction « copier/coller », le caractère manuscrit, une dangerosité pas assez caractérisé; ces critiques semblent partagées dans certains départements, ce qui fragilise la procédure. Dans ce contexte, il faut des partenaires au sein de cette chaîne, des partenaires en qui l'on a confiance. Notre premier partenaire est l'ARS de Bourgogne qui rédige des dossiers parfaits. Des échanges avec les maires ont lieu, ceux-ci se montrent souvent réticents face à la responsabilité de prononcer une mesure de soins sans consentement.

Une nouveauté de la loi est la sortie accompagnée de courte durée. Le patient peut être accompagné par une personne de sa famille ou la personne de confiance, il faut une certaine vigilance des Représentants de l'Etat pour la première sortie. Il faut mettre en place un protocole de coordination.

Une piste d'amélioration se trouverait dans la relation que l'on entretient avec les maires. C'est un peu le point faible du dispositif. On a également une progression à faire dans la matérialisation de la preuve que le patient bénéficie de l'information sur ses droits.

Actuellement, et suite à une Question Prioritaire de Constitutionnalité, nous sommes dans une phase de révision de la loi. Le Conseil Constitutionnel a laissé au législateur jusqu'au 1er octobre pour revoir les dispositions qu'il a censurées. Mais le délai approche et il y a un risque que la loi ne soit pas adaptée, il y aura de nouveau une période transitoire.

En conclusion, il faut dire que cette procédure fonctionne en Bourgogne. C'est un acquis, mais il y a encore des progrès à faire, par exemple, dans les services de l'Etat notamment pour former les sous-préfets.

➤ **L'impact de la réforme des soins sans consentement dans le processus thérapeutique : regards croisés sur deux pratiques de Centres Hospitaliers :**

- Docteur Thomas WALLENHORST, Psychiatre au Centre Hospitalier de Semur-en-Auxois :

Pour commencer, je vais vous faire part de quelques observations de la pratique des soins sans consentement à Semur-en-Auxois.

En 2012, il y a eu 68 hospitalisations en soins sur Décision d'un Tiers, 6 en soins sur Décision du Responsable de l'Etat, et 17 programmes de soins psychiatriques. Le tout pour une population de 64000 habitants.

Nous disposons au sein du Centre Hospitalier de Semur, d'une unité ouverte, et d'une unité fermée, un service d'hospitalisation de jour et un Centre Médico Psychologique avec des antennes et un centre d'addictologie. Nous travaillons en collaboration avec les urgences. En effet, la plupart des patients hospitalisés suite à une demande de soins de la part d'un tiers passe par les urgences et les hospitalisations sont régulées par le 15. Nous ne disposons malheureusement pas de somaticien en permanence dans nos services, ni d'un SMUR psychiatrique. C'est un urgentiste qui le plus souvent se déplace pour effectuer l'examen somatique.

Les changements occasionnés par la réforme du 5 juillet 2011 sont-ils conformes aux besoins de la Prise en Charge ? La loi est un compromis entre l'état, les représentants des usagers et les psychiatres. Dans le cas du Centre Hospitalier de Semur-en-Auxois le premier certificat émanant d'un médecin extérieur à la structure est souvent un urgentiste. Il y a donc une nécessité de guider les urgentistes dans la rédaction des certificats car s'ils ne sont pas conformes, il y a un risque que la mesure soit levée par le juge.

De plus il faut savoir qu'un urgentiste peut être troublé par le calme apparent d'un patient chez lequel le médecin généraliste ou la famille a révélé des troubles manifestes.

Le certificat doit pouvoir éclairer un non médecin qui a un pouvoir de décision. Le certificat, idéalement, devrait être composé des éléments suivants : des doléances du patient, des observations cliniques, des observations

rapportés par un tiers (en précisant bien, qu'elles émanent d'un tiers), la conclusion d'un état sémiologique et enfin, mentionner l'impossibilité de donner le consentement aux soins et certifier que la personne a besoin de soins psychiatriques immédiatement en citant les articles du Code de la Santé publique qui s'y rapportent.

Dans le cadre des mesures de Soins sans consentement sur décision du Représentant de l'Etat, l'accent est mis sur les troubles à l'ordre public. Ensuite, vient seulement la sureté des personnes, puis le refus de soins. Il est donc possible de décider d'une mesure de soins sur Décision du Représentant de l'Etat sur la notion de trouble à l'ordre public et de la maintenir si ce trouble s'explique par des troubles mentaux et qu'ils sont attesté par des certificats médicaux. Mais une mesure de soins sous contrainte sur décision du Représentant de l'Etat ne nécessite pas qu'il ait une dangerosité manifeste.

Une innovation de la loi du 5 juillet 2011 est le Programme de soins psychiatriques, qui n'est pas une mauvaise idée en soi et qui permet de garder un contact avec un patient inconscient de sa maladie. Mais le législateur a suivi, pour mettre en place ce programme, le modèle des obligations de soins, et l'on connaît la difficulté de l'application de cette pratique. Les soins ambulatoires semblent problématiques dans la mesure où ils ne sont pas respectés. En effet, ces soins doivent être librement consentis par le patient pour être efficace. Une injection de NAP peut, par exemple, être refusée. De plus, si le patient ne se présente plus, l'hôpital n'a aucun moyen de recours hormis le recours aux mesures de soins à la demande d'un tiers.

Les Programmes de soins ordonnés par le juge « sous 24h » nous exposent à une situation délicate, dans la mesure où il faut préparer un patient pour le Programme de soins. Mais le faire en seulement 24 heures est impossible. Il faut gagner la confiance du patient pour mettre en place un tel programme, car que se passe-t-il s'il ne se présente plus, doit-il retourner en hospitalisation complète ?

En ce qui concerne l'impact de l'audience du Juge des Libertés et de la Détention dans le processus de soins, le contrôle systématique est une bonne chose et l'audience du juge a souvent un effet bénéfique. Le patient peut ainsi réaliser qu'il a besoin de soins.

Le juge agit donc comme un partenaire, une autorité bienveillante qui a un effet apaisant sur le patient. Malheureusement dans la pratique du Centre Hospitalier de Semur-en-Auxois, les audiences devant se dérouler au Tribunal de Grande Instance sont très contraignantes. Un soignant doit obligatoirement accompagner le patient et cela prend toute une matinée dans la mesure où il faut se déplacer jusqu'à Dijon. L'absence du soignant accompagnateur a des conséquences sur la bonne marche du service : des activités thérapeutiques n'ont pas lieu ou encore il n'y a pas de sorties possibles.

Si le patient est trop délirant, il ne peut être déplacé, il faut alors lui fournir un certificat de non audition. Une solution résiderait dans le déplacement du Juge des Libertés et de la Détention au sein de nos unités. Le patient pourrait être ainsi auditionné sur place. Il faut souligner que l'audition est importante dans le processus thérapeutique.

Je m'interroge également sur le bien-fondé de remettre en main propre les certificats du patient au moment de la communication de la mesure de soins sans consentement. Cette disposition fait directement référence à la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Je suis opposé à cette pratique car je pense que confronter un patient qui va mal à ce que les médecins pensent de sa pathologie est très violent. De plus, il peut être mentionné dans ces certificats ce qu'ont dit les tiers. Ces éléments ne sont pas communicables dans la mesure où ils peuvent mettre en cause le tiers. Le patient pourrait chercher à se venger plus tard. Il me paraît alors plus judicieux de synthétiser le contenu de type « le Docteur... a constaté...un état délirant ».

- Docteur Jean-Pierre CAPITAIN, Psychiatre au Centre Hospitalier La Chartreuse de Dijon et Président de la Commission Médicale d'Etablissement :

La loi du 5 juillet a été appliquée « à la hussarde » dès le 1^{er} août 2011. Elle était attendue depuis des années mais il a fallu attendre une Question Prioritaire de Constitutionnalité pour en bouleverser le calendrier. Cette loi a donné lieu à des débats violents et son application sur le territoire est inégale. Qualifiée par un certain nombre de psychiatres de sécuritaire ou d'anti thérapeutique, elle apparaît surtout comme administrative et « normalisante », alors même que les décrets d'application importants manquent, notamment pour le volet « social » ou la réponse aux urgences.

Les droits des patients sont réaffirmés, sans exclure les bonnes pratiques qui sont mises à mal dans leur continuité, du fait de la multiplication de certificats médicaux redondants et par la mobilisation des soignants dont le rôle est de plus en plus réduit au rôle d'accompagnateurs, sans moyens supplémentaires. Quelques aspects positifs seront néanmoins abordés dans mon développement.

Les changements marquants de cette loi sont bien sûr le péril imminent, la période observationnelle de 72 heures, l'intervention du Juge des Libertés et de la Détention, et le programme de soins ambulatoire obligatoire.

Tous les protagonistes de cette nouvelle loi ont rencontrés des difficultés dans son application.

Tout d'abord les psychiatres qui sont confrontés à une augmentation considérable de la charge de travail et ce, sans augmentation de moyens. Cette augmentation de la charge de travail est principalement due à la prolifération des certificats médicaux, la participation aux collègues de soignants ainsi que l'intervention dans d'autres secteurs en cas de désaccord entre un praticien et le Préfet par demande du Directeur.

De plus certains secteurs sont touchés par un manque de praticiens. Il y a une désorganisation lors des gardes et astreintes notamment pour les Soins sur Décisions du Directeur d'Etablissement (SDDE) d'urgence ou pour les SDDE pour péril imminent. La multiplicité des certificats qui entraîne la multiplicité des praticiens tend à discréditer la qualité de la prise en charge. On constate également un risque accru d'engagement de la responsabilité personnelle des praticiens, comme l'a démontrée l'affaire de Marseille.

La nouvelle loi pose également des difficultés pour les équipes soignantes.

Tout d'abord en intra hospitalier où l'on constate une augmentation de la charge de travail liée à la multiplicité des certificats et à l'implication des infirmiers qui en découle, notamment au niveau de l'information à donner aux patients, aux accompagnements au TGI ou à la Cour d'Appel pour les audiences, ainsi que la participation aux collègues de soignants.

Des problèmes sont rencontrés par les équipes soignantes en extra hospitalier, qui doivent faire preuve d'une vigilance accrue autour des PSAO. De plus, la loi représente également une charge de travail en plus avec la notification administrative du PSAO en ambulatoire à chaque certificat mensuel et lors de chaque modification, les rappels multiples aux patients du cadre des soins ambulatoires, la multiplication du nombre des VAD.

Les nombreuses sollicitations de l'entourage et des acteurs de soins et sociaux autour de patients demandent également plus d'attention de la part des soignants, ainsi que l'organisation des ré-hospitalisations complètes ou séquentielles.

Les patients sont également en proie à des difficultés face à la loi du 5 juillet 2011, en effet on assiste à une multiplicité des praticiens lors des premiers jours d'hospitalisation complète, mettant en péril la notion de rencontre chez des patients fortement perturbés ayant des difficultés majeures à se repérer. De plus, les audiences par Visio conférence sont mal vécues par certains patients délirants et hallucinés et la présentation devant le Juge des Libertés et de la Détention est perçue comme stigmatisante pour certains patients. Les notifications administratives sont vécues comme une intrusion pour les patients et le rappel régulier de la contrainte auquel sont soumis les patients est assez mal vécu par ceux-ci.

La loi pose aussi des difficultés dans le monde judiciaire. En effet, les magistrats souffrent d'un cruel manque de moyen et de formation et à des difficultés de fonctionnement au tribunal. Ces phénomènes sont accentués par le fait que, depuis le 1^{er} janvier 2013, le contentieux de la loi est dévolu au juge judiciaire, mettant fin à la répartition entre le juge administratif et le juge judiciaire.

Les avocats, dans le cadre de la loi du 5 juillet 2011, sont devenus des protagonistes presque incontournables. Ils ont pour mission d'être au côté du patient lors de l'intervention du juge des Libertés et de la Détention, afin que soit respecté le principe du contradictoire. Les avocats prêtent une attention toute particulière aux éléments formels. Leur présence est un motif supplémentaire pour être particulièrement précis et informatif lors de la rédaction des certificats qui sont imposés par la procédure.

La loi du 5 juillet 2011 comprend également certains dysfonctionnements. Les permissions sans accompagnements ne sont pas réglementées par la loi. De plus, celles-ci semblent entraver l'immersion sociale progressive du patient et limitent le rétablissement du lien avec les familles déjà affectées, rendant la resocialisation du patient difficile.

Les conséquences de la loi sur notre pratique sont importantes, il faut désormais rédiger nos certificats de façon précises en répondant aux critères de la loi, et prendre en considération qu'ils seront lus par le Juge des

Libertés et de la Détention ; et qu'en cela il faut penser que les termes utilisés dans les certificats doivent convaincre le juge.

La loi a tout de même fait l'objet d'évolutions récentes à travers des rapports qui se montrent critique à son égard, une abondante jurisprudence et, dernière évolution, la décision du Conseil Constitutionnel du 20 avril 2012, censurant certaines dispositions de la loi.

Certains rapports ont en effet pointé du doigt certains dysfonctionnements de la loi, notamment le contrôleur général des lieux de privation de libertés qui a, dans un rapport du 14 octobre 2011, critiqué le principe des audiences par Visio conférence. La jurisprudence se montre également pointilleuse à l'égard du respect des dispositions de la loi, le juge n'hésitant pas à prononcer une mainlevée lorsque le certificat médical n'est pas suffisamment caractérisé.

Par sa décision QPC du 20 avril 2012, le Conseil constitutionnel a censuré certaines dispositions de la loi du 5 juillet 2011. Les sages ont jugés anticonstitutionnelles les conditions très restrictives de sortie pour les patients réputés dangereux. Le Conseil Constitutionnel a laissé aux législateurs jusqu'au 1^{er} octobre 2013 pour revoir leur copie, l'abrogation immédiate de la loi ayant des conséquences trop excessives. Le législateur devra dissiper le flou qu'entoure cette vaste notion de la dangerosité des malades mentaux et surtout différencier au sein du groupe des patients en UMD ceux ayant bénéficié de l'irresponsabilité pénale et les patients particulièrement dangereux au regard des faits commis.

Le 18 décembre 2012, le Tribunal Correctionnel de Marseille a rendu une décision pour le moins inquiétante. Dans cet arrêt, il est reproché au psychiatre de l'accusé d'être indirectement responsable du crime qu'il a commis en raison de négligence et de manquement à une obligation de sécurité et de prudence imposé par la loi.

La loi nouvelle doit conduire à un examen quasi systématique de nos certificats, ils doivent refléter notre prise en charge, et il faut, dans ce contexte, bien connaître les critères de risque de passage à l'acte chez le patient et adapter sa prise en charge à ces éléments.

Pour conclure, chez les patients dont la pathologie atteint leur capacité de discernement et diminue voir abolie l'autonomie psychique, il est légitime de prévoir des conditions spécifiques de soins. Ils doivent bénéficier de garanties fortes permettant de recueillir leurs observations. Mais on a pu constater qu'adapter ce principe à celui de la réalité du soin n'est pas une chose simple et surtout, il faut que nous nous adaptions à ce nouveau corpus de règles.

➤ **Le juge et les soins sans consentement :**

- Caroline PODEVIN, Vice-présidente, Juge des Libertés et de la Détention au Tribunal de Grande Instance de Dijon :

A peine la Loi n°2011-803 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge était-elle votée au parlement à l'issue de débats et de travaux préparatoires houleux que les premières critiques fusaient de toute part.

Voici ce que deux médecins psychiatres des hôpitaux, en la personne de Daniel ZAGURY et de Gilles VIDON, tous deux experts judiciaires reconnus, lesquels interviennent d'ailleurs régulièrement au sein des dispositifs de formation initiale et continue de l'Ecole Nationale de la Magistrature, écrivaient dans une tribune du Journal LIBERATION intitulée « *Délirante loi sur les soins sans consentement* » et publiée le 12 juillet 2011 :

« Nous l'avons suffisamment répété, la loi sur les soins sans consentement en psychiatrie, qui vient d'être votée par le Parlement, est rigoureusement inapplicable en l'état. La plus grande difficulté concerne le rôle du juge des libertés et de la détention : il doit voir tous les patients dans les dix jours de leur admission pour s'assurer du bien-fondé et de la légalité des hospitalisations sans consentement (70 000 à 80 000

hospitalisations par an). Les assemblées ont laissé ouvertes trois possibilités : l'audience au tribunal, l'audience par visioconférence et l'audience à l'hôpital dans une salle dédiée.

Cette dernière solution, la plus logique (et de très loin la moins coûteuse pour les finances publiques), est également la plus respectueuse de la dignité du malade. Rappelons que celui-ci se trouve en début d'hospitalisation, donc encore en crise ou au minimum très déstabilisé. Or cette possibilité est refusée par les magistrats pour une question de moyens mais aussi de symbole, de respect des conditions de l'audience. Ils disent être prêts à accueillir les patients au tribunal mais ne semblent pas tout à fait en réaliser les effets. Il y a maladresse, contresens, erreur absolue ! Ne nous disputons pas, symboles contre symboles, manque de moyens contre manque de moyens, dignité de l'audience contre dignité du malade. Quel est le directeur d'hôpital ou le psychiatre des hôpitaux digne de ce nom qui se risquerait à organiser chaque jour le transport collectif et l'encadrement de dizaines de patients suicidaires, délirants, agités, rendus violents par la situation elle-même ? Qui va en assumer toutes les conséquences (incidents ou drames prévisibles) qui s'avèrent de toute évidence contraires au respect minimal de la dignité du malade ? Ce serait ô combien irresponsable, à moins de créer une infirmerie spécialisée au sein de chaque tribunal !

Le drame, c'est qu'on risque à très court terme de s'orienter comme un moindre mal vers la solution kafkaïenne de la visioconférence, dont nous savons qu'elle va faire délirer les patients qui auront ainsi l'occasion de renforcer leur conviction d'être suivis, épiés, pistés, persécutés. La visioconférence est donc contre-indiquée dans un très grand nombre de cas. A ces hommes et femmes qui ont décroché de la réalité et de la capacité à rentrer en relation avec l'autre, on veut imposer une rencontre virtuelle avec le juge !

Le drame, c'est que, dans chaque département, on va bricoler des solutions bancales et indignes en fonction de la géographie, des moyens et des personnes. Le drame, c'est que le glaive de la loi sera pointé sur chaque psychiatre, chaque directeur d'établissement amené à accomplir des actions dangereuses et contraires au respect élémentaire de la personne humaine. Le drame, c'est que deux institutions à bout de souffle, la justice et la psychiatrie, vont s'arc-bouter sur leurs dénuements respectifs pour imputer à l'autre l'essentiel de l'engagement complet dans l'application de la loi. Mais le drame véritable, c'est qu'on nous impose une loi que l'on sait impossible à mettre en œuvre et que l'on jette une bombe à retardement dans les champs de la justice et de la psychiatrie.

Bien sûr, il existe des moyens de la contourner et de vider de tout son sens l'introduction salutaire du juge dans le contrôle des hospitalisations (par exemple, les médecins déclarant que l'état de santé de tous les malades les rend intransportables). La seule solution possible, c'est de permettre au juge de se déplacer à l'hôpital et d'opérer véritablement cette révolution qui transfère deux siècles de pouvoir du préfet vers celui du juge, pas en catimini, pas en cinq minutes, pas en ordonnant ce que l'on sait impossible, pas en donnant l'occasion à tous les acteurs de terrain de se disputer, pas sur le dos des malades. Pourquoi ce qui est possible aux Pays-Bas, en Belgique, en Angleterre, en Allemagne, aux États-Unis, en Australie, etc., ne le serait-il pas en France ?

Il faut tirer des conséquences de l'impossibilité de la mise en place de la loi dès le 1er août. »

C'est dire au regard de cette opinion partagée par bon nombre de professionnels de la psychiatrie, et de la justice, combien il pouvait apparaître périlleux de s'investir dans la mise en œuvre d'un tel dispositif ... C'est dire combien les difficultés dénoncées pouvaient être de nature à éclipser les avancées souhaitées par le législateur

quant au renforcement de la protection des personnes...C'est dire si le mandat que nous confiait le législateur, après des mois et des mois de travaux parlementaires, relevait plus de la mission impossible que du réel défi, à moins d'appréhender ledit dispositif dans le cadre d'un nécessaire partenariat.

Et c'est ce qui fut fait en Côte d'Or, d'abord de manière modeste pour tenter d'appréhender un texte complexe et riche, en ce qu'il a modifié en profondeur la loi du 27 juin 1990 (relative à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leur conditions d'hospitalisation notamment) :

- En remettant en cause la classification ancienne qui reposait sur les notions d'hospitalisation d'office (HO) et d'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) en faveur d'une classification désormais fondée sur la forme de la prise en charge : soit « l'hospitalisation complète » et « les autres formes d'hospitalisation » afin de tenir compte de la manière contemporaine de soigner les patients atteints de pathologies de troubles psychiatriques
- En introduisant une nouveauté procédurale, le péril imminent, destinée à corriger un écueil autrefois pointé par l'Inspection Générale de la Santé : notamment lorsque l'absence de tiers demandeur identifié créait une impasse juridique, retardant la prise en charge nécessaire des patients
- En tentant de clarifier la place du « tiers » qui devient « demandeur de soins » et non plus « demandeur à l'hospitalisation », la forme de la prise en charge découlant d'une évaluation faite par les médecins, (toutefois la procédure d'observation médicale ne connaissant qu'une seule forme de prise en charge soit l'hospitalisation complète, cette modification devient de fait très relative...et même symbolique)
- En systématisant le contrôle opéré par le juge des libertés et de la détention dans le cadre des hospitalisations complètes, ledit contrôle devant intervenir dans les 15 premiers jours de l'admission ou de la réintégration d'un patient ou pour des hospitalisations plus longues avant l'expiration d'une période de 6 mois
- En prescrivant à terme la réunification des contentieux administratifs et judiciaires entre les mains du juge judiciaire en favorisant le transfert différé de la régularité administrative des actes pris en application de cette loi sur les soins sans consentement,
- En élargissant la notion de contrainte et en permettant à un patient d'élever une contestation sur les soins psychiatriques contraints qui lui seraient également dispensés dans le cadre d'un programme de soins psychiatriques (PSP), et notamment d'une hospitalisation séquentielle, partielle, de soins ambulatoires ou encore de soins dispensés à domicile,
- Mais aussi en prescrivant l'intervention du juge des libertés et de la détention en cas de désaccord entre le psychiatre et le préfet sur la modification à venir de la forme de la prise en charge,
- En mettant un terme aux anciennes sorties d'essai, seules des « sorties de courte durée » soit inférieures à 12 heures étant autorisées au profit du patient accompagné d'un soignant, d'un membre de sa famille ou encore d'une personne de confiance
- En mettant en œuvre un dispositif spécifique (de type contrôle renforcé) pour les patients considérés comme les plus dangereux soit les patients qui se trouvent pris en charge au moment du contrôle dans une unité pour les malades difficiles (UMD) ou qui faisant l'objet d'une mesure sur décision du représentant de l'état ont déjà séjourné pendant un an ou plus dans une unité pour malades difficiles au cours des dix dernières années écoulées, les patients qui ont fait l'objet d'une décision d'irresponsabilité pénale suivie de soins psychiatriques (ce dispositif devant être remanié d'ici la fin de l'année 2013 compte tenu de la décision du Conseil Constitutionnel sur question prioritaire de constitutionnalité du 20 avril 2012)
- En créant une période initiale de 72 heures : d'observation et de soins jalonnés par l'établissement d'une série de certificats médicaux (le « 24 heures » et le « 72 heures », outre l'examen somatique des 24 heures) et marqués par un formalisme administratif s'exprimant au travers des décisions

d'admission et de détermination de la forme de la prise en charge qui se doivent de respecter à l'égard du patient le principe du contradictoire et de la juste information,

- En renforçant les droits des patients, en améliorant leur information à toutes les étapes de la procédure, en instaurant une véritable traçabilité de leurs possibles observations ainsi que des notifications qui leurs sont faites, en leur permettant également de saisir différentes instances comme la Commission Départementale de Soins Psychiatriques (dont les principales missions ont été recentrées sur les hospitalisations durables, de plus d'une année et sur les admissions réalisées en l'absence de tiers dans le cadre de la procédure de péril imminent), le Contrôleur Général des Lieux de Privations de Libertés ainsi que la Commission des Relations avec les Usagers.

D'abord, il nous a fallu décoder un texte technique, procédant le plus souvent par renvois et visas de textes. Sans version consolidée, ni circulaire d'application, en pleine période estivale, sans informatique adaptée, il a été nécessaire de nous rencontrer :

- Pour faire plus ample connaissance avec chacun des trois établissements, très différents avec lesquels nous devons travailler : le CHS la Chartreuse, l'unité psychiatrique du CHU et le Centre Hospitalier de Semur en Auxois, soit trois directions distinctes, trois fonctionnements distincts, des unités de taille très différente, une localisation géographique particulièrement délicate à prendre en compte, l'éloignement conséquent du Centre Hospitalier de Semur conditionnant d'emblée des temps de trajets plus que significatifs.
- Pour nous préparer à l'application des dispositions transitoires, faire l'inventaire des situations individuelles des patients qui pouvaient faire l'objet d'un examen anticipé avec l'entrée en vigueur du nouveau texte de celles qui devraient donner lieu à contrôle dans le courant du mois d'août. Ce fut l'objet de deux réunions des 30 juin et 12 juillet 2011 qui se sont respectivement tenues au TGI de Dijon et au sein des locaux de la préfecture de Côte d'Or.

Après avoir recensé l'essentiel des difficultés prévisibles et déterminer les premières modalités opératoires il nous a fallu définir, à moyens et effectifs constants :

- 1) L'identification des interlocuteurs et l'intégration de ce nouveau contentieux dans l'organigramme des services internes :

Pour le tribunal de grande instance la désignation de deux Juges des Libertés et de la Détention intervenant en alternance une semaine sur deux- anciens juges des tutelles-en sus de la gestion du service pénal et de leurs services respectifs des affaires familiales, de la présidence d'audiences pénales de Comparution du Reconnaitre Préalable de Culpabilité, du traitement des compositions pénales... - outre l'affectation d'un greffier spécialement chargé de ce contentieux (peu voire pas de candidat au regard des responsabilités et finalement des désignations de volontaires !)

Pour les hôpitaux, l'identification de leur secrétariats ou de leur bureau des soins sans consentement,

Pour les services de la préfecture (un dédoublement de personnalité avec le cabinet d'un côté et son service juridique présent aux audiences, alors même que l'instruction des dossiers repose sur le travail de l'agence régionale de santé ce qui n'est pas toujours sans poser des problèmes de coordination).

- 2) Les moyens de se joindre (fax, téléphone, tout en se souvenant que les contraintes budgétaires ne permettaient pas ni d'investir ni d'acquérir des matériels nouveaux).
- 3) Les modalités de constitution et de transmission des procédures :
 - Détermination des pièces incompressibles devant être transmises à l'autorité judiciaire,
 - Méthodologie de l'horodatage des certificats et pièces,
 - Règles de désignation spéciale des avocats des patients, compte tenu des brefs délais impartis, le législateur ayant pris soin en cette matière privative de liberté de compter des jours écoulés qu'ils soient ouvrables, chômés ou fériés, et compte tenu de la contradiction existant entre « le passer outre

consentement du patient » pour lui dispenser des soins et son aptitude à formuler une demande d'intervention d'un conseil choisi ou au titre de la commission d'office.

- Respect du principe du contradictoire quant à la communication des pièces de procédure...entre chacun des intervenants.

4) Les règles qu'ils devraient respecter afin de permettre à chacun des intervenants de ne pas encourir les conséquences dommageables d'une saisine « hors délai ».

5) Le rythme des audiences à prévoir (chaque jour ouvrable, de préférence les matins, en évitant ou en favorisant, selon la taille de l'établissement concerné, le regroupement des dossiers des patients à contrôler afin d'éviter de dépouiller en totalité un service de ses soignants...et ce d'autant plus que cette loi n'a pas pris soin de se prononcer sur la question de la sécurisation des transfèments de patients et des coûts.

Il a été nécessaire de réfléchir à la façon d'accueillir, le plus dignement possible, mais aussi dans le respect des règles de sécurité, chacun des patients et des équipes de soignants les accompagnants.

Rapidement, l'inadéquation de nos locaux est apparue comme indiscutable : qu'il agisse de l'accueil général des usagers par le hall d'entrée de la salle des pas perdus et encore plus de l'accueil sécurisé réservé aux personnes détenues ou retenues sous main de justice, qu'il s'agisse de l'utilisation des ascenseurs réservés au public ou encore de l'exiguïté voire de l'absence de salle d'attente dans les locaux du Juge des libertés et de la détention, locaux d'ailleurs partagés avec les services de l'instruction. En l'absence de local spécialement dédié, le patient ne bénéficie donc pas de la confidentialité nécessairement attachée à l'entretien avec son conseil....

De même, une évaluation statistique rapide a permis de mettre en évidence l'importance du temps perdu par les équipes de soignants pour assurer le déplacement du patient jusqu'au palais de justice et par conséquent la nécessité de se montrer vigilant dans le respect des heures de convocation fixées : Soit autant d'impératifs délicats à garantir lorsqu'on considère que pour l'autorité judiciaire, l'urgence pénale peut surgir à tout moment et que le juge des libertés et de la détention doit y pourvoir, le plus souvent dans des délais également incompressibles.

Rapidement l'idée d'une salle d'audience dédiée au sein des établissements d'accueil de patients concerné est devenue, du moins dans le principe, incontournable...et même souhaitable.

Au plan local, cet accord de principe a permis au Centre Hospitalier La Chartreuse de s'engager sur cette voie, de s'investir dans la conception d'une salle d'audience (comprenant outre la salle elle-même une salle de délibéré équipée d'un poste informatique, d'un téléphone-fax, « d'un bip alarme », un local d'entretien des patients avec leur avocat ainsi qu'une salle d'attente) et surtout de nous intégrer à compter du 6 mars 2012 dans son organigramme des services.

Loin de remettre en cause de quelque manière que ce soit la solennité de l'audience, cet espace dédié au sein même de l'hôpital favorise de toute évidence l'apaisement des patients, même s'il demeure indispensable de les rassurer tous à chaque fois sur le sens de l'intervention judiciaire (en insistant sur le fait qu'ils ne sont pas fautifs, mais simplement malades, tout en essayant de ne pas renforcer leur convictions délirantes ou persécutoires...le JLD se présentant alors comme le « *Juge des Libertés* » en oubliant la référence à la détention....et en mettant en avant la mission de protection découlant de ce texte de loi, et ce d'autant plus lorsqu'ils souffrent de pathologies en lien avec des comportements addictifs qui les ont déjà conduits à rencontrer le juge dans un cadre répressif, ou même lorsqu'ils sont encore suivis par un juge de l'application des peines ou sont encore détenus...)

Il simplifie l'accueil des membres de la famille en évitant une trop grande stigmatisation, en leur permettant de s'exprimer sur leur ressenti, sur leurs interrogations quant à la suite des soins...en ayant la possibilité d'échanger avec l'équipe médico-éducative qui assure l'accompagnement du patient pendant tout le temps de sa comparution.

Dès lors, on ne peut dans ces conditions qu'exprimer un regret ; Celui de ne pas pouvoir faire usage de tels locaux lorsque les patients se trouvent hospitalisés au Centre Hospitalier Universitaire ou bien à Semur en Auxois, et ce compte tenu d'une possible erreur de plume de la part du législateur qui a restreint la création de ces salles dédiées au sein de « l'établissement d'accueil du patient », il n'est alors pas possible de mutualiser les locaux sous peine de voir la procédure annulée.

Mais il ne faut pas se leurrer : peu de patients bénéficient de la présence de leurs proches pendant cette phase de l'hospitalisation, soit parce que la maladie psychiatrique isole terriblement, soit parce qu'elle culpabilise les familles, soit encore parce que les délais prévus en la matière sont souvent trop courts pour parvenir à contacter de manière effective les particuliers et les convier aux audiences.

Quant à la crainte de la présence de public aux audiences, force est de constater après une année et demi d'application de la loi que la question ne s'est jamais posée, chacune des personnes qui a comparu à l'audience ne s'étant intéressée qu'au sort de son proche, en s'abstenant de s'imposer durant les autres temps d'audience.

L'audience se tient donc le plus souvent en petit comité sur la base des seules informations recueillies dans la procédure et plus particulièrement dans les certificats médicaux établis. A l'exception des procédures d'hospitalisation complète résultant d'une décision du représentant de l'état et qui comportent parfois un renseignement judiciaire des services de la gendarmerie ou un rapport d'intervention de la police nationale précisant les conditions dans lesquelles le patient a été pris en charge et quelques informations relatives à sa situation personnelle, l'essentiel des dossiers qui sont soumis à notre appréciation n'apportent aucun élément de cet ordre.

Progressivement et faute de publication du 3^e et dernier décret d'application de la loi du 5 juillet 2011 qui visait à aborder la question des conventions devant passer entre Directeur de l'établissement de santé, le Préfet, les collectivités territoriales et le Directeur Générale de l'Agence Régionale de Santé en vue d'assurer le suivi et favoriser la réinsertion sociale des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement sous une autre forme que l'hospitalisation complète, nous nous sommes donc rapprochés de nos partenaires, des médecins, des services administratifs hospitaliers et dans le cadre d'un partenariat, aujourd'hui plutôt bien rôdé, nous avons tenté de suppléer à ces carences d'informations, en « bricolant quelque peu », soit en intégrant dans le temps de la mise en état de nos dossiers :

- Les rapports établis par les mandataires judiciaires à la protection de la personne lorsque le patient se trouve sous curatelle ou sous tutelle,
- Les notes d'audiences recueillies à l'occasion d'un précédent contrôle,
- Les rapports d'intervention établis par les forces de l'ordre, lorsque le premier certificat médical établi fait état de leur intervention,
- Et parfois même à titre de simple information de précédentes expertises diligentées dans un cadre pénale.

Hélas, lorsqu' aucune de ces démarches n'aboutit, il ne nous reste que l'entretien avec le patient à l'audience et la qualité rédactionnelle du praticien hospitalier.

Bien loin de remettre en cause les compétences professionnelles des médecins psychiatres avec lesquelles nous travaillons, puisqu'il n'est pas une audience à l'occasion de laquelle nous ne rappelons pas au patient combien l'alliance thérapeutique qui se construit avec son médecin est fondamentale et constitue le gage du sérieux des soins qui lui sont dispensés afin de mettre le plus souvent un terme à des cycles d'hospitalisations répétées, rendues nécessaires par un état de crises récidivantes, trop souvent vécues comme des échecs et de préparer utilement et sereinement sa sortie en fixant un cadre et un cap susceptible d'être tenu, respecté, c'est surtout les questions de forme des dossiers qui ont pu nous interroger le plus :

- En recherchant à cet égard le fragile équilibre existant entre l'appréhension de la maladie, mais également sa description telle qu'elle résulte du contenu même des certificats médicaux, l'adéquation de ces troubles avec la définition de chacune des formes d'hospitalisations complètes concernées (en quoi y a-t-il urgence dans la prise en charge de Madame X, ou même péril imminent pour Monsieur Y au regard des troubles médicalement recensés ou listés, en quoi le patient présente-t-il un danger pour lui-même ou pour autrui).

- En opérant désormais le contrôle des actes d'admission et de maintien de soins sous la forme d'une hospitalisation complète, nous devons pouvoir au travers de leur motivation apprécier les éléments sur lesquels se sont fondés les directeurs d'établissement ou leurs adjoints pour admettre un patient ou le retenir, les raisons qui font encore obstacle à la mise en œuvre d'une autre forme de prise en charge, de même que nous devons apprécier la façon dont le patient a été informé de sa situation, des troubles l'affectant...
- Autant de points qu'il est particulièrement délicat d'aborder et des enjeux souvent délicats à concilier si l'on considère dans certains cas qu'aucun diagnostic précis n'est encore posé par le médecin référent qui poursuit son évaluation médicale au jour de l'audience...

Dès lors, le débat contradictoire peut nous plonger dans une forme de schizophrénie juridique. Au quotidien, cette loi de protection, vertueuse en ce qu'elle vise à garantir une meilleure protection des droits et des libertés de nos concitoyens les plus fragiles, continue et continuera d'ici les prochains mois à venir à nous mobiliser, surtout lorsque nous nous confrontons à ses imperfections :

- 1) Qu'elle est le sens d'un programme de soins psychiatriques (PSP) pris ensuite d'une hospitalisation complète décidée par le représentant de l'état soit pour un individu dont on dit qu'il est dangereux pour lui-même et pour les tiers ; à partir de quand pourra-t-on envisager de mettre un terme à la mesure administrative d'Hospitalisation d'office ? La tentation ne sera-t-elle pas pour Monsieur le Préfet de maintenir durablement le patient sous régime de PSP/HO, tant qu'il respecte les obligations médicales qui lui ont été notifiées, la procédure de réintégration étant en cas de survenance d'un incident extrêmement simple ?
- 2) Que dire des PSP/HO ou des PSP/HDT lorsque le patient fugue, se soustrait à ses obligations (voyage pathologique...), la procédure d'évaluation médicale mensuelle doit-elle se poursuivre, pendant combien de temps, Monsieur le Préfet ou Messieurs les Directeurs des établissements d'accueil doivent-ils malgré tout saisir le JLD au risque de voir l'autorité judiciaire décliner sa compétence au regard du constat de ce que le patient n'est plus en réalité sous le régime de l'hospitalisation complète.
- 3) Plus simplement quid de la procédure et de ses délais lorsque le patient connaît pendant le temps de cette prise en charge psychiatrique un temps d'hospitalisation rendu nécessaire pour des raisons somatiques (le coma prolongé d'une patiente en cours de procédure d'HDT).
- 4) Qu'elle peut être le sens d'un contrôle opéré tous les six mois par le juge des libertés et de la détention sur des patients placés sous le régime de l'hospitalisation d'office ou de l'HDT depuis des années, qui ne peuvent plus s'exprimer depuis longtemps, dont l'état de santé n'est hélas plus susceptible de connaître une quelconque amélioration, et qui sont dans l'attente d'une orientation vers des services plus spécialisés,
- 5) Que penser du recours facultatif prévu par le législateur et qui n'est aujourd'hui que peu ou pas utilisé par les patients, dès lors qu'ils ne subissent plus une « hospitalisation complète ».
- 6) Que penser enfin du caractère parfois hautement stéréotypé des programmes de soins psychiatriques (PSP) proposés par les médecins, qui ne semblent pas encore avoir investi toutes les possibilités que leur offre ce dispositif dans sa définition extrêmement large, certainement en raison de son trop grand formalisme.

Je le disais encore, des mois à venir à réfléchir, à s'adapter à des dispositifs nouveaux :

Une fois que le législateur aura répondu à l'invitation du Conseil Constitutionnel, une fois que les travaux entrepris par la Mission sur la santé et l'avenir de la psychiatrie seront achevés. Il ne vous aura pas échappé que le 29 mai dernier Monsieur le Député Denys ROBILLIARD a déposé à l'Assemblée Nationale un rapport d'étape élaboré aux termes de très nombreuses auditions des professionnels concernés et de visites d'établissement.

17 recommandations ont à cet égard été proposées...je vous invite à vous y rapporter.

Cette loi est aujourd'hui le reflet d'une société qui doute sur la façon d'appréhender la maladie psychiatrique partagée entre le souci légitime de nécessaire protection de l'ordre public, de nécessaire protection des citoyens qui la composent y compris les plus fragiles, une société qui voudrait tout à la fois s'affranchir de l'enfermement des personnes hospitalisés mais ne pas courir le risque des conséquences de passages à l'acte des fous (préférant certainement imputer vis-à-vis de l'opinion publique le poids de cette responsabilité sur les seules autorités judiciaires et médicales), une société qui a bien du mal à détacher la maladie psychiatrique du délinquant alors même que notre population vieillit et que les démences séniles et autre pathologie de type Alzheimer nous conduisent à enfermer pour protéger dans des établissements qui ne répondent pas à la définition retenue dans le code de la santé publique. Ce qui est sûr, c'est que le législateur nous a donné des outils, il nous appartient surtout de savoir comment les utiliser au mieux et de la manière la plus respectueuse des intérêts en présence...c'est aujourd'hui la place dévolue au juge.

➤ **La place de l'avocat dans le cadre de la loi du 5 juillet 2011 :**

- Maître Thierry BERLAND, membre du conseil de l'ordre des Avocats de Dijon, Avocat au Barreau de Dijon :

Quatre avocats interviendront aujourd'hui, ce qui est logique car le système des soins sans consentement a été judiciarisé. Un avocat peut-il alors être limité dans sa fonction de défense quand il doit être indépendant ?

Dans le cadre des soins sans consentement, il n'y a pas de différence dans le rôle de l'avocat, la défense ne se divise pas, ni ne se limite. Elle doit être complète. La judiciarisation du processus émerge dès lors qu'il y a un débat : les points de vue sont nécessairement opposés, le consensus est incongru dans notre discours.

Un avocat va servir tous les intérêts de son client car il y a une atteinte à la liberté ou à ses intérêts, qui doivent être défendus complètement.

Aujourd'hui, il n'y a pas de remise en cause de la judiciarisation, certains « grincent » encore des dents lorsque l'on parle du rôle de l'avocat dont on comprend mal les manières d'agir et la méthode de défense. La procédure est la première règle qui préserve les libertés, l'Etat de droit, la justice.

Si on admet qu'il faut composer avec les règles, cela ne tient plus : on ne peut pas composer, un dossier défaillant sur la forme doit être contesté.

Le problème de la rédaction des certificats médicaux, est qu'il faut les vulgariser et les détailler, prendre un soin important pour qu'ils soient bien motivés. L'avocat constatera que la procédure est respectée, il pourra développer des défenses sur le fond, l'opportunité de la mesure envisagée.

L'avocat a des limites déontologiques mais il a le devoir de défendre son client et de ne pas développer une logique de connivence. Quand quelque chose ne va pas, il doit le dénoncer.

L'avocat, lorsqu'il s'agit de défendre, doit le faire sans considération de son point de vue et sans jugement de valeur : coupable ou innocent, malade ou non, ce n'est pas le problème de l'avocat, qui n'est pas juge. S'il y a une faille, il faut la dénoncer, l'exploiter. A celui qui demande la mesure de présenter un dossier formellement imparable.

Si le client s'oppose, contre toute évidence, à la mesure d'enfermement, l'avocat doit tout de même passer le dossier au crible et pointer ses faiblesses. A défaut, il trahit son client et son serment professionnel.

Si le client adhère à la mesure d'enfermement, conscient de ses souffrances et handicaps, l'avocat doit respecter sa décision.

Au fond, il est salutaire que l'avocat, au risque de déplaire, traque les faiblesses d'un dossier. Il concourt en fait à l'amélioration des procédures.

➤ **La loi du 5 juillet et la place du débat contradictoire :**

- Maître Franck PETIT, Avocat au Barreau de Dijon :

Il faut avoir conscience que dans un milieu psychiatrique fermé, le débat contradictoire où l'on présente des arguments réciproquement et un échange ouvert avec un juge est fondamental. Pourtant en matière

psychiatrique, il n'y avait pas nécessairement une culture du débat contradictoire. La loi du 5 juillet 2011 est venue remédier à ce problème, celle-ci ayant été rédigée à l'aune du débat contradictoire.

Le débat contradictoire est l'un des Principes directeurs du procès, on est ici dans une procédure judiciaire civile, les parties font donc valoir leurs observations, et le juge tranche le litige.

Avant la loi de 2011, il n'y avait pratiquement rien sur l'importance du débat contradictoire, pourtant le patient avait la possibilité de saisir le Juge des Libertés et de la Détention sans aucune explication dans la manière de procéder. La loi de 2011 a été forgée sur le contradictoire. On doit permettre avant tout à la personne de faire valoir ses observations : d'avoir son sentiment, le Juge des Libertés et de la Détention va veiller à ce respect.

La loi impose la présence de la personne hospitalisée lors de son audience, son absence n'étant permise qu'en cas d'avis médical certifiant de l'incapacité de la personne à se présenter. Dans ce cas, le législateur a prévu alors, que le patient soit représenté par un avocat commis d'office par le juge.

Dans son Arrêt KETREB c. France du 19 octobre 2012, la Cour Européenne des Droits de l'Homme a admis qu'il n'y avait pas de savoir médical absolu qui lierait le juge.

La ligne de conduite de la CEDH étant la suivante : il y a un droit inaliénable de l'individu de forger son propre destin. Le Conseil Constitutionnel est lui aussi vigilant sur le problème des soins sous contrainte. Le Juge judiciaire est le gardien des libertés individuelles, quand on prive une personne de liberté, on peut s'interroger sur la nécessité de l'intervention du juge avant de prendre une décision susceptible de priver de liberté. La loi 5 juillet a mis fin à des années d'absence de contrôle du juge. Mais ne faudrait-il pas que le juge intervienne avant? Pourquoi ne pas avoir une Hospitalisation forcée sur décision, du juge ? Dans la loi de 2011, le législateur prévoit que si le juge n'est pas saisi dans les délais, celui-ci statue pour une mainlevée automatique pour non-respect du contradictoire.

La loi du 5 juillet 2011 reste tout de même très contraignante et l'évolution du droit européen va dans le même sens, il faut donc composer avec celle-ci. Il faut reconnaître que le CHS fait un travail très poussé sur cette question, pour éviter tous les abus qui sont malheureusement possibles dans le cadre d'établissement psychiatrique.

II. ECHANGES AVEC LA SALLE

Modérateurs : - Henry ROBERT, Premier Président de la Cour d'Appel de Dijon

- Professeur Bernard BONIN, Chef de Service du service Psychiatrie Générale et Addictologie du Centre Hospitalier Universitaire de Dijon

- Bruno MADELPUECH, Directeur du Centre Hospitalier La Chartreuse de Dijon

Monsieur Bruno MADELPUECH, Directeur du Centre Hospitalier La Chartreuse de Dijon : je propose que la première question soit posée par des personnes qui ne se sont pas encore exprimées : les familles. J'invite donc Monsieur JAN qui est délégué Régional de l'Union Nationale des Amis et Familles de Malades psychiques (UNAFAM), à poser la première question.

Monsieur JAN, délégué Régional de l'UNFAM : Je trouve qu'il serait intéressant de reprendre la discussion là où l'on l'a laissée : sur le débat contradictoire.

En effet, s'agissant des demandes de Soins Sans Consentement, les familles sont les premières concernés : en 2009, par exemple, nous avons constaté en France 70 000 demandes de Soins sans Consentement dont 60 000 demandés par les familles : nous sommes en première ligne.

Pour nous, c'est une situation dramatique aussi bien pour notre proche que pour la famille qui le demande. Dans son intervention sur le péril imminent, M. FISZKA a fait mention du fait que 50% des cas de péril imminent avaient été motivés par manque de tiers et pour l'autre 50%, la famille ne voulait pas faire une demande de soins sans consentement. Et là, je voudrais apporter mon témoignage, et je demande aux Juges des Libertés et de la Détention d'être vigilant sur ce point. Si la famille ne veut pas demander de soins, c'est que bien souvent, le reproche du proche « malade » sera terrible, il lui en vaudra de façon très profonde et durant très longtemps.

Par ailleurs, dans un parcours de vie de personnes en souffrance psychique, le soin est une chose, mais l'accompagnement dans la cité est au moins aussi important que le parcours de soins.

La santé mentale n'est pas que la psychiatrie, elle doit s'accompagner d'autres mesures : pour le logement de la personne, le travail de la personne, la sortir de son isolement.

La loi résulte d'une dialectique extrêmement subtile entre privation de libertés et des problèmes de sécurité de la personne souffrante et de la société, il faut rappeler que lorsque cette loi a vu le jour, elle a été considérée comme une loi sécuritaire. Mais il est surtout question de la protection de la personne souffrante qui est soumise à des soins sans consentement, je voudrais qu'aussi bien les soignants, qui le font, mais aussi tous les acteurs se posent la question de savoir ce qu'est la notion du « non consentement », que représente finalement cette sortie du droit commun.

La question primordiale alors pour les familles est de savoir comment faire revenir leur proche dans le droit commun ? C'est un point qui nous est cher. Nous sommes assez étonnés car lorsque l'on demande des Soins Sans Consentement, l'intervention des personnes soignantes les plus compétentes n'est pas immédiate et elles ne sont pas sur place directement quand on appelle à l'aide. Il faut attendre que la personne soit transportée dans un Centre Hospitalier pour qu'il ait affaire aux services compétents.

Monsieur Bruno MADELPUÉCH, Directeur du Centre Hospitalier La Chartreuse de Dijon : Je vous remercie Monsieur JAN pour votre témoignage et aussi pour vos pistes de réflexions. Nous allons donc continuer les échanges avec le Professeur BONIN.

Professeur Bernard BONIN, Chef de Service du service Psychiatrie Générale et Addictologie du CHU de Dijon : Je tiens à remercier Monsieur Le Directeur et les organisateurs de cette journée, car je pense qu'il est très important que l'on puisse se rencontrer. Ces communications sont très enrichissantes pour notre pratique mais aussi pour la réflexion que l'on peut avoir sur notre pratique.

Il y a une évidence dont je voulais parler et qui déjà été abordée par le Docteur CAPITAIN. On parle ici de la liberté physique, mais je crois qu'il ne faut pas perdre de vue que la maladie mentale, c'est la perte de la liberté d'être soi, de la liberté psychique. A partir de là, on peut comprendre le besoin pour le patient qui ne se reconnaît pas malade, d'avoir des soins qui lui sont imposés. On ne peut pas être d'accord avec le discours des avocats : « on a le droit d'être malade », c'est difficile à entendre. Parce que nous, dans notre pratique par exemple, nous avons des patients qui perpètrent des tentatives de suicide. Souvent, ils le font parce qu'ils sont déprimés, mais une fois la dépression traitée, ils ont envie de vivre. Il faut donc que l'on impose, dans une certaine mesure, des soins.

Mais là où je vous entends bien, c'est à propos de la description et du contenu du certificat médical. En ça, le Docteur WALLENHORST nous a montré un modèle qui est à suivre. Il est très intéressant de voir comment est constitué votre certificat. Celui-ci, ayant le maximum de renseignements, correspond aux conditions de forme que les avocats demandent.

Je ne sais ce que pensent mes confrères, mais lorsque l'on rédige un certificat médical, il faut qu'il soit détaillé, pour les avocats, le Juge des Libertés et de la Détention, dans l'intérêt du débat contradictoire, mais en même temps, nous le remettons au patient et, parfois son état ne lui permet pas toujours de considérer les choses avec clarté, de plus ça ne simplifie pas la relation thérapeutique.

Monsieur JAN a évoqué ce problème du tiers. Dans beaucoup d'établissements, la personne qui demande le soin, le tiers, est aussi la personne qui demande la levée. Dans notre service, nous tenons à ce que la personne qui demande le soin soit celle qui en demande aussi la levée, afin qu'il n'y ait pas au sein de la même famille une bonne personne et une mauvaise personne. Il y a aussi l'aspect de la justice qui va toucher le psychiatre. La responsabilisation du médecin qui demande la levée par exemple est quelque chose que l'on doit aussi prendre en compte.

Monsieur Le Premier Président de la Cour d'Appel, Henry ROBERT : Je souhaite tout d'abord vous faire part d'une réaction puis j'aurai une question qui s'adresse aux psychiatres et aux rédacteurs des décisions d'admission.

Je ne partage pas la conception donnée du rôle de l'avocat. Je suis très content d'entendre les paroles du Professeur BONIN parlant de la liberté d'être soi. En effet, j'ai l'impression que les avocats qui sont intervenus

ne se préoccupaient que de la liberté d'aller et venir, c'est-à-dire celle de pouvoir sortir de l'établissement : cela m'a paru très caractéristique qu'ils parlent de litige et d'alignement sur le procès pénal. Certes, il doit y avoir un débat contradictoire, une défense libre qui fournit tous les éléments avec une égalité des armes.

Mais je pense que nous ne sommes pas uniquement dans le cadre d'un débat judiciaire classique. Le Juge exerce un contrôle, il n'est pas chargé de trancher un litige, départager deux personnes qui s'opposent ou aborder la question d'une culpabilité discutée.

Je ne vois pas les choses exactement de la même manière que les avocats : selon moi, l'impératif de l'intérêt du patient doit renvoyer à une question d'éthique de l'avocat. Il faut se poser la question de l'objet de son intervention : peut-il agir comme simple « mercenaire » de son client ou ne doit-il pas prendre de la distance pour mieux servir son intérêt ?

Je souhaite également poser une question aux psychiatres. En effet deux points me semblent poser problème : l'absence d'éléments de contexte socio-familial et la question de la rédaction des certificats médicaux. Sur les éléments du contexte socio-familial, c'est très frappant, nous ne disposons souvent d'aucune information actualisée. Pour y remédier, nous avons essayé de mettre en place une fiche remplie par le Directeur de l'établissement afin de savoir quel est l'environnement, le rôle de la famille...etc. Il s'agit de quelque chose de précieux et que nous n'avons pas toujours dans les dossiers.

Quant à la question de la rédaction des certificats médicaux, il faut, me semble-t-il, caractériser l'existence de troubles mentaux, c'est une condition de la loi. Cette question peut se poser dans le cas d'une qualification pénale évidente et d'une certaine gravité. Il faut rappeler qu'un citoyen n'est pas forcément sujet à des troubles mentaux quand il commet un délit ou un crime. Le juge peut être gêné quand un certificat se borne à rappeler le comportement anormal, le cas échéant pénalement répréhensible, de la personne visée sans en qualifier la maladie. La loi prévoyant un certain nombre de conditions, il importe le juge puisse vérifier que les faits entrent dans les qualifications légales.

Il faudrait également mieux expliciter le caractère de « refus de consentement aux soins » et notamment dans quelle mesure un patient refuse qu'on le soigne.

Docteur Thomas WALLENHORST, Psychiatre au Centre Hospitalier de Semur-en-Auxois : L'ensemble des éléments du contexte socio-familial du patient ne nous est pas forcément fourni. De plus, quand une famille m'appelle pour pouvoir faire placer leur proche en soins sous contrainte, je les redirige vers leur médecin généraliste ou vers le 15 car je ne peux pas rédiger le premier certificat. Je m'interroge donc sur l'efficacité du double certificat.

Docteur Gérard MILLERET, Psychiatre et chef de Pôle au Centre Hospitalier La Chartreuse : Lorsque l'on regarde ce qui s'est passé au XIXe siècle, on se rend compte, historiquement que ce débat n'est pas nouveau. Ce qui est intéressant, c'est de voir qu'il y a encore aujourd'hui des choses qui sont d'actualité. Je pense notamment à un discours d'Adolphe Thiers de 1835 qui a des accents sécuritaires comme on a pu l'entendre ces dernières années.

Il vrai que la loi de 1990 que l'on voulait ouverte, a été épousseté. On ne parle plus, certes, de placements ni d'hospitalisations, ce qui est logique, mais la loi a tout de même été promue dans un côté sécuritaire, elle n'a pas été présentée de manière sereine mais dans le contexte des accidents de Pau et de Grenoble.

A mon avis, les débats n'ont pas eu la sérénité qu'ils méritaient.

Par rapport à la citoyenneté, nous sommes encore l'un des rares pays ayant gardé le Préfet, en laissant un peu la justice de côté. En effet, seuls les magistrats du Parquet pouvaient venir voir deux fois par an les patients dans les services, mais en pratique, cela ne s'appliquait pas. Mais cela était tout de même important de le préciser car quand on prive un citoyen de ses libertés, il est nécessaire que la justice soit impliquée. Mais quid du Préfet. Le Préfet représente un côté sécuritaire, faut-il continuer à ce qu'il ait ce rôle-là ? A-t-il encore sa place ? N'est-ce pas maintenant plus une affaire entre la Justice, la privation de Liberté et le Psychiatre ?

J'étais un peu dans ces questionnements-là car il est vrai qu'à certains moments, il doit y avoir des interventions. Mais on s'aperçoit que pour les SDRE, dans les 72 heures, une fois sur six, les mesures sont levées. On peut alors constater des lacunes au niveau de l'intervention, car souvent les urgences arrivent, et on ne sait pas quoi faire. Il y a toute une émulation, un climat de violence, et pour résoudre le problème on fait une mesure de soins sous contrainte qui, quelques fois, n'est pas justifiée. Je pense à des cas d'ivresse, des

troubles du comportement qui ne sont même pas psychiatriques. Je pense qu'il est aussi important de bien préciser nos rôles respectifs, d'où l'intérêt de cette journée.

Docteur Jacqueline LAVAUT, Psychiatre au Centre Hospitalier La Chartreuse : Je voulais apporter quelques éléments de réponse à la question posée par Monsieur le Premier Président de la Cour d'Appel. On tient compte du contexte socio-familial de nos patients même si on ne le note pas dans le certificat par exemple, mais dans le cas d'une personne dans un état suicidaire aigu et si cette personne est isolée, sa situation conduira beaucoup plus fréquemment à une mesure de soins sans consentement qu'une personne qui va pouvoir rentrer chez elle car elle est entourée de sa famille. Je me souviens, il y a deux trois ans, j'avais demandé le maintien d'une mesure de soins sans consentement d'une patiente qui allait mieux mais qui n'avait pas logement. J'avais précisé sur les certificats médicaux que je souhaitais le prolongement des mesures jusqu'à ce qu'on trouve une solution pour loger ma patiente. La mesure de soins sous contrainte a été levée dans la mesure où c'est l'état clinique de la patiente qui compte et non sa situation sociale, à savoir son absence de logement, et en l'espèce elle était stabilisée. Donc ce qui est compliqué, c'est que l'on tient compte de l'élément social mais on ne peut pas se baser uniquement sur cela.

Maître Thierry BERLAND, Avocat au Barreau de Dijon : Je voudrais faire part d'une réaction par rapport à l'intervention Monsieur le Premier Président de la Cour d'Appel. En effet, je ne suis pas d'accord avec vous. Le problème est que vous avez une idée de la manière dont les avocats devraient défendre leur client dans cette procédure particulière. Autrement dit, les avocats devraient modérer leur critique du dossier à cause des enjeux, notamment sur l'ordre public qui risque d'être troublé par une personne dangereuse. Notre divergence porte sur la méthode, le rôle d'un auxiliaire de Justice. Vous êtes le juge. Nous soulevons une nullité et vous la tranchez, en validant ou annulant la procédure.

Monsieur Le Premier Président de la Cour d'Appel, Henry ROBERT : Une autre interrogation qui est partagée par Madame le Juge des Libertés et de la Détention, est celle du comportement du patient pendant l'audience. En effet, dans un certain nombre de cas, doit-on tirer des enseignements du comportement que l'on voit dans la salle d'audience, s'il ne correspond pas à celui décrit dans le certificat médical. Je pose la question de la compétence du juge, doit-il tirer les conséquences du comportement observé à « l'instant T » et aller contre l'avis du certificat médical si celui-ci diverge, au nom de ce qu'il a vu ? Cela renvoie à une interrogation plus profonde qui est celle de savoir si le juge est totalement « incompetent » en psychiatrie. Cela m'intéresse donc de savoir ce que vous pensez. Est-ce finalement opportun que le juge ait cet entretien avec le patient ?

Docteur Jean-Pierre CAPITAIN, Psychiatre au Centre Hospitalier La Chartreuse de Dijon et Président de la Commission Médicale d'Etablissement : Je pense qu'il faut avoir quelques éléments sur la pathologie en tête lorsque vous recevez un patient. Je tiens aussi à évoquer l'irresponsabilité pénale. En effet, l'article 122 A du Code Pénal est de moins en moins utilisé dans la mesure où un certain nombre de psychiatres cherchent à responsabiliser le patient. Le Juge doit tenir compte, dans les faits, de l'altération des facultés intellectuelle du patient. Mais globalement les audiences se passent bien.

Monsieur Le Président du Tribunal de Grande Instance, Claude CONSIGNY : Je me demande s'il existe souvent des certificats médicaux conjoints, des avis contradictoires ?

Docteur Jean-Pierre CAPITAIN, Psychiatre au Centre Hospitalier La Chartreuse de Dijon et Président de la Commission Médicale d'Etablissement : La psychiatrie est la spécialiste du paradoxe. La question des certificats conjoints, dans la pratique est assez complexe.

Docteur Jacqueline LAVAUT, Psychiatre au Centre Hospitalier La Chartreuse : La nouvelle loi pose des problèmes éthiques et déontologiques. Le débat est censé être clos, mais pour nous, psychiatres, il ne l'est pas. En effet, tout d'abord, nous ne sommes pas d'accord avec cette décision de donner en main propre aux

patients leur certificat médical. De plus, je ne vois pas comment un médecin, qui n'a jamais vu le patient en huit jours, peut donner un avis. C'est anti-déontologique et inutile car on constate que, dans tous les cas, l'avis conjoint est conforme à celui du psychiatre qui suit le patient.

Monsieur Le Président du Tribunal de Grande Instance, Claude CONSIGNY : Quelle est donc la solution pour les certificats médicaux ?

Docteur Jacqueline LAVault, Psychiatre au Centre Hospitalier La Chartreuse : Je pense qu'il faut faire une synthèse, où, comme le disait le docteur WALLENHORST, un résumé du certificat médical, pour que sa remise soit moins violente pour le patient.

Monsieur Le Premier Président de la Cour d'Appel, Henry ROBERT : Le certificat doit être communiqué au patient, car s'il n'est fourni qu'au juge, on serait face à un énorme problème de respect du principe du contradictoire. C'est le certificat médical qui permet de rédiger les décisions. Il faut être prudent sur la question de la synthèse du certificat médical, car si elle est possible, il ne faut pas qu'elle se heurte aux droits du patient.

Madame Caroline PODEVIN, Vice-présidente, Juge des Libertés et de la Détention au Tribunal de Grande Instance de Dijon : C'est ce qui se fait au niveau des avis des collègues.

Monsieur Bruno MADELPUECH, Directeur du CH La Chartreuse : Je peux témoigner, du point de vue d'un Directeur de Centre Hospitalier. Il y a eu une mobilisation collective de tous les acteurs pour mettre en place la loi du 5 juillet 2011. Le Service Public Hospitalier s'est adapté à cette nouvelle donne. Mais il faut reconnaître que nous atteignons quelquefois nos limites. Les conséquences de ces limites peuvent être graves. Il y a des mains levées qui peuvent conduire des patients qui ont des troubles psychiques graves à ne plus être hospitalisés. Je tiens d'ailleurs à remercier Madame La Procureure qui, dans les six heures, fait appel des décisions, permettant ainsi de suspendre des levées lorsqu'il n'est pas souhaitable que le patient sorte de l'hôpital.

Madame Marie-Christine TARRARE, Procureure de la République : En effet je pense qu'avec ce dispositif législatif, il ne faut pas que la jurisprudence aille trop loin sur le formalisme.

Professeur Bernard BONIN, Chef de Service du service Psychiatrie Générale et Addictologie du CHU de Dijon: Il faut rappeler, pour clôturer cette première table ronde, que Pinel avait institué des tribunaux « fictifs » pour « juger », et ainsi soigner, les malades qui souffraient d'un délire de culpabilité.

2^{ème} table ronde : JUSTICE, SANTÉ MENTALE ET CITOYENNETÉ

Les professionnels de la psychiatrie et de la justice ont l'occasion d'intervenir sur des situations communes qui imposent d'échanger sur leurs attentes respectives, de confronter leurs points de vue et leurs philosophies pour une approche citoyenne du parcours des personnes en souffrance psychique.

INTERVENTIONS LIMINAIRES

- **Marie-Christine TARRARE, Procureure de la République de Dijon :**

Mi-décembre 2012, à la suite de la condamnation pénale pour homicide involontaire d'un médecin psychiatre dont l'un des patients avait commis un meurtre, un hebdomadaire français titrait "*entre la justice et la psychiatrie la confiance s'est rompue*".

Mais y a-t-il jamais eu de la confiance entre justice et psychiatrie ? Ce lien entre les médecins psychiatres et les magistrats, voulu de plus en plus fort par le législateur au cours des dernières années à travers de nouvelles lois promulguées en réponse à des faits divers extrêmement dramatiques et à partir des peurs qui envahissent les citoyens, créant le suivi socio-judiciaire, la surveillance de sûreté, la rétention de sûreté (mesure extrême non limitée dans le temps qui vient prendre le relais à la fin de l'exécution de la peine), ce lien n'est-il pas ainsi qu'a pu le qualifier Bruno GRAVIER, professeur de médecine et de psychiatrie pénitentiaire à l'Université de Lausanne, "*une alliance contre nature*" tant les objectifs poursuivis sont divergents voire inconciliables.

La justice pénale a certes depuis longtemps sollicité la psychiatrie, notamment pour organiser scientifiquement la criminologie, se faire fournir un éclairage dans la détermination et l'individualisation de la peine, ou encore se faire désigner les auteurs d'infractions qui ne sont pas accessibles à la sanction pénale.

Puis, s'est développé le concept de l'obligation de soins : instauré par la loi du 15 avril 1954 sur les alcooliques dangereux, cette contrainte aux soins a pris toute sa place à la création, en 1958, du sursis avec mise à l'épreuve, puis s'est amplifiée ; d'abord en 1970 ; à travers la loi sur la prise en charge des toxicomanes, ensuite ; en 1986 ; par la création des SMPR (services médicaux psychiatriques régionaux), et surtout dès l'entrée en vigueur de la loi du 17 juin 1998, qui a introduit la possibilité pour les juridictions pénales de prononcer une injonction de soins à l'égard des auteurs d'infractions sexuelles.

Se sont alors posées d'inévitables questions : peut-on soigner contre la volonté de l'intéressé ?

La contrainte est-elle un outil ou une entrave ? Le soin est-il éthique ? Faut-il soigner les personnes condamnées pour un acte de délinquance, ou la souffrance ne doit-elle pas au contraire appartenir à la peine ? Soigner un délinquant ne le soigne pas de sa délinquance, laquelle n'est pas une maladie, doit-on alors considérer que le soin est une étape obligée vers une réconciliation sociale ?

Les attentes des magistrats à l'égard des médecins psychiatres et tout particulièrement des experts, ont été considérables, sans doute ont-elles été bien au-delà de ce que ceux-ci étaient en capacité de mettre en évidence. L'affaire d'Outreau a été, à cet égard, un événement majeur pour replacer l'expertise à son juste niveau : celui d'un avis neutre de praticien et non d'un pré-jugement à charge ou à décharge.

Avant d'être un suspect, un mis en examen, un accusé, un patient, ne perdons pas de vue que les délinquants, qu'ils présentent ou non des troubles mentaux, sont avant tout des citoyens qui ont les mêmes droits que tout un chacun et auxquels il convient de donner les mêmes garanties d'impartialité, d'objectivité, de respect du contradictoire et des droits de la défense. A cet égard le caractère non contradictoire de l'expertise psychiatrique pénale interroge.

La psychiatrie serait-elle la solution à tous les maux de la société et tout particulièrement aux passages à l'acte de délinquances les plus graves ? Ces dernières années, on a vu poindre dans l'opinion publique, traduite immédiatement dans les discours politiques, la recherche de l'objectif du risque zéro dans un contexte de "*dérive soignante*" de la justice qui ; comme pour "*se déculpabiliser de la rigueur de la loi pénale*" ; vient ajouter

à la peine une dimension de soins pour se “*donner l’illusion d’un traitement du crime*” et laisser finalement croire que le psychiatre a la solution thérapeutique pour éradiquer tout risque de récidive criminelle, voire délictuelle. A ce train-là, ne risque-t-on pas de provoquer une confusion entre le soin et la peine et, dès-lors, détourner le psychiatre de sa mission première qui est bien celle de soigner les malades mentaux pour leur redonner leur place de citoyen au sein de la société. De nombreux psychiatres alertent sur ce point et réclament une clarification en rappelant que la justice ne soigne pas et que l’hôpital n’enferme pas. A cet égard, la création des Unités Hautement Sécurisées Inter régionales (UHSI) sont de nature à apporter de la clarté : ces structures permettent de garantir des soins aux personnes sous-main de justice et d’éviter la confusion entre la fonction soignante et celle de privation de liberté.

Les personnes ayant des troubles psychiques, ayant commis des actes délictueux et dont la responsabilité pénale est confirmée et celles qui ont été désignées comme irresponsables pénalement doivent certes ressortir d’une prise en charge différente de celles qui, bien que présentant des troubles psychiques, n’ont jamais été mises en cause comme auteurs d’une infraction pénale.

Il nous faut toutefois être vigilant et veiller à ne pas tomber dans le piège de la confusion entre un “crime fou” et le “crime d’un fou” : tout passage à l’acte, quand bien même serait-il criminel, n’est bien évidemment pas toujours le fait d’un malade mental. D’ailleurs, la part de passages à l’acte criminel de personnes présentant une pathologie mentale justifiant une irresponsabilité pénale demeure minime autour de 1 % et 95% des crimes sont commis par des personnes qui n’ont pas de troubles mentaux.

Les échanges que nous aurons au cours de cette journée, même s’ils ne répondront pas à toutes les questions que nous nous posons, sont toutefois indispensables à la réflexion commune que nous devons conduire autour de ces notions que sont la dangerosité - psychiatrique ou criminelle, la réitération du passage à l’acte- la guérison - le sens de la peine, en gardant comme objectif la préservation de l’intérêt des personnes, patients ou victimes, ainsi qu’un nécessaire partenariat dans l’intérêt du bien commun pour parvenir, comme le déclarait un médecin psychiatre canadien, à la “*réconciliation des quêtes, des temps et des réalités*” car en la matière trois objectifs s’entrecroisent et s’opposent : le sens (voulu par le soignant), le soin (demandé par le patient), le contrôle (exigé par l’Etat).

- Claude CONSIGNY, Président du Tribunal de Grande Instance de Dijon :

Monsieur le Directeur, permettez-moi d’abord de vous remercier pour l’organisation de cette première journée d’échanges portant sur la psychiatrie et la justice. Je crois savoir que vous avez l’intention de reconduire chaque année cette journée et je m’en félicite.

Je m’associe pleinement aux propos de Madame le Procureur de la République et je vais donc me contenter de quelques brèves observations pour ne pas abuser de votre attention qui doit être entièrement consacrée aux intervenants qui sont chargés de nous instruire sur des sujets complexes.

Les attentes de la justice concernant la psychiatrie constituent l’un des deux thèmes qui seront traités cet après-midi. C’est aussi celui sur lequel je peux le plus facilement m’exprimer même si je ne peux pas être indifférent au second thème portant sur les modalités d’accompagnement des malades mentaux dans la cité.

Je voudrais d’abord évoquer l’écart très important qui existe entre les besoins croissants d’expertises et de soins psychiatriques et l’insuffisance des moyens pour y faire face.

La loi de programmation relative à l’exécution des peines, en date du 27 mars 2012, est accompagnée d’un rapport dans lequel on peut lire :

- qu’au 1^{er} octobre 2011 il y avait 64 147 personnes incarcérées et 175 000 personnes condamnées suivies en milieu ouvert ;
- que les lois de procédure pénale, adoptées lors de la dernière décennie et plus particulièrement celles visant à la prévention de la récidive, ont multiplié les cas d’expertises psychiatriques obligatoires pour s’assurer d’une meilleure évaluation de la dangerosité des auteurs d’infractions et établir s’ils peuvent faire l’objet d’un traitement ;
- que l’augmentation du nombre d’expertises psychiatriques réalisées sur les auteurs d’infractions pénales entre 2002 et 2009 est évaluée à plus de 149 % pour un nombre constant d’experts psychiatres qui est actuellement

de 537 inscrits sur les listes des Cours d'Appel. Alors qu'en 2012, le ratio était de 61 expertises par expert psychiatre par an, ce ratio a été porté en 2009 à 151 ;

- qu'au 1^{er} septembre 2011, pour la mise en œuvre effective des 5 398 injonctions de soins en cours, il y avait 237 médecins coordonnateurs (essentiellement des psychiatres) ;

- que 17 départements étaient dépourvus de médecins coordonnateurs et qu'en conséquence, 1 750 mesures n'étaient pas suivies ;

- qu'il manquait 119 médecins coordonnateurs pour atteindre un quota de 20 personnes suivies par médecin.

Le nombre de personnes condamnées atteintes de troubles mentaux ne cesse d'augmenter. 20 % des personnes incarcérées souffriraient d'un trouble psychiatrique.

Cette situation découle en partie de l'introduction, en 1994, de l'article 122-1 du Code Pénal dont l'alinéa 2 énonce que la personne atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes, demeure punissable mais que la juridiction "*tient compte*" de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime.

Alors qu'on aurait pu penser que les magistrats "*tiendraient compte*" du trouble psychique pour atténuer la peine, il apparaît au contraire qu'ils aggravent la peine dans un souci de sûreté pour empêcher la personne condamnée de nuire tant qu'elle n'est pas guérie.

Par ailleurs, avec le développement de la prise en charge des soins psychiatriques en prison (services médicaux psychologiques régionaux (SMPR) pour les soins consentis, unités pour malades difficiles (UMD) puis unités d'hospitalisation spécialement aménagées (UHSA) pour les soins contraints), les experts psychiatres sont moins réticents à reconnaître une altération plutôt qu'une abolition du discernement. Certains voient dans la reconnaissance de la responsabilité pénale du malade mental une première mesure thérapeutique.

Ainsi en renforçant l'offre de soins en prison, on renforce l'incarcération des malades mentaux. Dans le même temps, avec la création du secteur psychiatrique, les malades mentaux non délinquants bénéficient de plus en plus de soins ambulatoires.

Une décision de la Cour Administrative d'Appel de Douai du 7 janvier 2013 permet d'illustrer l'augmentation du besoin de soins psychiatriques en prison mais aussi l'application du principe de la loi pénitentiaire selon lequel le détenu malade mental est un citoyen avec des droits.

Au visa de l'article 46 de la loi pénitentiaire de novembre 2009, qui prévoit que l'état psychologique des personnes détenues est pris en compte lors de leur incarcération et pendant leur détention, la cour condamne l'Etat à payer une indemnité provisionnelle de 9 000 € en retenant qu'"eu égard à la nature et à la gravité des troubles dont est atteint le demandeur, du besoin avéré de soins appropriés pour éviter une pérennisation ou une aggravation de sa maladie et du retard à adopter des dispositions appropriées, le placement prolongé de ce dernier en maison d'arrêt destinée à accueillir des détenus en bonne santé est par suite, une faute dans l'organisation et le fonctionnement du service pénitentiaire".

La prise en compte de la dangerosité dans le traitement judiciaire et médical des auteurs d'infractions est au cœur des dernières lois pénales qui tentent de prévenir la récidive. Et on se tourne vers le psychiatre et le criminologue pour qu'ils nous donnent des réponses pour réaliser la promesse de sécurité, le risque zéro.

Cette démarche nous oblige, comme vous l'avez dit, Madame le Procureur de la République, à nous interroger sur le sens de la peine. Nous poursuivons incessamment les débats qui opposaient les néoclassiques et les positivistes. Nous n'en finissons pas de nous interroger et de nous diviser sur la notion de responsabilité pénale et sur la fonction de la peine.

Je conclurai en citant Monsieur Jean Danet qui écrivait dans un article publié dans la Revue Champ Pénal : "la mesure de la responsabilité pénale pour choisir et fixer une peine peut-elle encore faire sens ? Ou encore la dangerosité couplée au "but de défense sociale" vont-ils tout emporter et devenir le paramètre essentiel, voire exclusif de la peine ?".

I. LES ATTENTES DE LA JUSTICE CONCERNANT LA PSYCHIATRIE

➤ La représentation sociale de la dangerosité et de la maladie mentale :

- **Docteur Julien LUC, Psychiatre au Centre Hospitalier La Chartreuse de Dijon :**

1. Le sentiment d'insécurité et la stigmatisation :

Pour commencer, je vais vous faire part de quelques chiffres, issus d'une étude de criminologie canadienne qui date de 2001 mais qui est assez parlante.

En 2001, plus de 30% de la population française est en proie à la peur du crime, donc à un sentiment d'insécurité. Ce sentiment ne trouve pourtant aucune corrélation dans les faits. Mais l'on peut dire que ce sentiment d'insécurité est nourri par les scènes de la violence ordinaire, avec une médiatisation de telles violences où l'exceptionnel est généralisé dans les représentations ainsi qu'une judiciarisation de la violence « privée ». Un fossé s'accroît donc entre les aspirations au bonheur des citoyens et l'incompréhension des « crimes de la vie quotidienne » vécus par la population comme une menace dans la représentation protectrice du foyer, « comment ce crime horrible commis par quelqu'un à mon image pourrait-il être autre chose qu'un accès de folie ». On peut alors émettre des hypothèses psycho dynamiques : plus le crime se rapproche de la vie quotidienne, plus il suscite une crainte de contamination et plus grande est l'exigence de punition. Plus la médiatisation généralise et rend universel le crime, plus s'estompe en nous la capacité à prendre en compte une information objective et pondérée. Nathalie Przygozki-Lionet écrivait que « la focalisation des médias sur les affaires criminelles amène l'opinion publique à surestimer la fréquence des actes violents, cette distorsion perceptive facilitant l'émergence d'émotions négatives telles que la peur et le sentiment d'insécurité, ce qui conduit inévitablement à une sévérité accrue chez les individus ». Les peurs ont un caractère irrationnel, il faut donc analyser de manière critique les chiffres de la criminalité, et l'on peut constater, comme le rappelle Monsieur CUSSON « contrairement à la croyance populaire, il y a un recul évident et énorme des homicides et par extension, des crimes de violence ». On assiste pourtant à l'émergence de la violence « gratuite », alors que la violence dite « pour survivre », est en déclin. Cette persistance de la violence d'apparence gratuite est difficilement explicable et donc assimilable à la folie. Mais cette violence peut être générée par d'autres hypothèses, le rôle de la société qui met en avant le narcissisme, la banalisation de la violence. La violence devient un moyen ultime d'exister pour certains individus.

2. Les représentations sociales de la maladie mentale :

Dans l'opinion publique, la maladie mentale est assimilée à la dangerosité, comme le démontrent certaines études : aux Etats Unis, 61% des américains pensent encore qu'un schizophrène agressera une autre personne très probablement ou vraisemblablement. En France, dans les Enquêtes d'opinion, la schizophrénie est associée à un danger ou à un passage à l'acte. Une étude IPSOS effectuée en 2001 nous apporte l'image de la schizophrénie auprès du grand public. Dans les représentations spontanées, la schizophrénie est assimilée à la maladie et à la folie chez 69% des personnes interrogées à la violence dans 16% des cas, à des Soins pour 14% d'entre eux, à de la Souffrance (12%), des Troubles du comportement (6%) et enfin à une nécessité d'Enfermement (5%)

86% des personnes interrogées ont décrit la schizophrénie comme une maladie mentale quand 5% d'entre eux pensent qu'il s'agit d'une maladie physique. Pour 66% des personnes interrogées, la schizophrénie est une maladie qui peut se soigner, contre 22% de la population pense qu'on ne peut pas. Au niveau de la stigmatisation, si 65% des personnes interrogées pensent que le schizophrène peut mener des activités normales, 48% d'entre eux estiment que celui-ci est dangereux pour les autres, et 68%, dangereux pour lui-même.

3. Dangerosité et maladie mentale :

Les positions initiales des représentations de la population sont infondées, ainsi en 1987 la « National Mental Health Association » déterminait que « les personnes atteintes d'une maladie mentale ne sont pas plus à risque de réaliser un crime que les autres membres de la population générale ». En effet, si les problèmes d'alcool et de drogues sont exclus, le risque est sensiblement le même. Pour ERONEN, dans une étude menée en 1996

et en 1998, le risque de commettre un acte violent en relation avec la pathologie schizophrénique est 10 fois supérieur à celui retrouvé dans la population. HODGINS, GALLET, et BRENNAN ont ainsi déterminé que les troubles psychiatriques majeurs sont associés au risque violent de manière significative. Pour TREPLIN, les biais méthodologiques sont trop importants pour conclure ainsi. Le risque violent doit être mis en relation avec les conduites addictives et la pathologie en phase aigüe. Plus récemment, dans une étude de 2011 sur la dangerosité psychiatrique, la Haute Autorité de Santé a déterminé que le risque de violence chez les personnes atteintes de troubles psychiatriques est environ multiplié par 2 par rapport à la population générale, soit 3 à 5% des actes violents sont le fait de personnes souffrant de troubles mentaux. Mais parallèlement, il est constaté qu'une personne en souffrance psychique est 7 à 17 fois en position de victime que la population générale, et que les risques de violence rencontrés chez ces personnes est souvent une violence exercée contre elle-même, à travers des actes d'automutilation et des tentatives de suicide. En effet, il faut savoir que 12 à 15% des personnes souffrant de troubles schizophréniques ou bipolaires se suicident. De plus, les comportements hétéro-agressifs touchent d'abord la famille et les proches, d'autres patients ou les professionnels de santé. Ce n'est que dans des cas très exceptionnels que des personnes sans aucun lien avec le patient sont touchées par son comportement agressif. J.L SENON, dans une étude EMC de 2012, peut venir résumer mon propos. Il expose que « si la violence des malades mentaux est plus grande que celle de la population générale, la proportion d'actes criminels commis par des malades mentaux est très faible ». De plus, « les malades mentaux sont proportionnellement bien plus souvent victimes de violences que la population générale ».

Pour conclure, l'irrationalité des peurs peut avoir des incidences sur les politiques pénales, et ces politiques pénales peuvent avoir des incidences sur les soins mentaux : il est donc nécessaire pour les soignants et la justice de se détacher de ce phénomène de peur pour accéder à une information valide pour pouvoir penser. Des initiatives ont été prises pour tenter de déstigmatiser, comme le mouvement de psychiatrie citoyenne ou encore les Centres de Ressources pour Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles (CRIAVS). La place de l'expertise psychiatrique mérite également certaines interrogations. Ainsi, en 2012, l'Académie Nationale de Médecine déterminait que « l'évaluation de la dangerosité criminologique est l'une des missions les plus difficiles qui puisse être confiée à un médecin psychiatre expert de justice ».

➤ **Les enjeux de l'expertise psychiatrique dans la procédure pénale :**

- Maître Samuel ESTEVE, Avocat au Barreau de Dijon :

L'Enjeu de l'expertise est considérable, Madame le Procureur parlait du désastre d'Outreau : quel évènement dans notre histoire pourrait mieux caractériser la question des expertises ? Mais, depuis l'affaire d'Outreau, rien n'a changé, les écueils qui existaient à cette époque sont toujours là. Que demande -t-on à un expert ? De dire si un gardé à vue, un prévenu, ou un accusé est malade ou non. C'est la première mission de l'expert et à mon sens, la seule. L'expertise peut devenir problématique quand elle ne se cantonne plus à définir si une personne est malade ou non. L'Article 122-1 du Code Pénal distingue l'altération du discernement et l'abolition du discernement. Si un expert conclut à une abolition du discernement de l'intéressé, celui-ci ne peut pas être pénalement responsable, il ne peut pas être déclaré coupable. Le problème majeur de ce système, c'est que l'on constate que certains experts sont plus enclins à conclure à l'abolition du discernement, et d'autres à l'altération. L'expert a certes forcément un avis personnel, et on peut constater deux tendances : l'expert abolitionniste et l'expert altérationniste. Les juges d'instruction savent vers quel expert se tourner pour obtenir ce qu'ils veulent.

Les conséquences sont importantes, car si l'abolition du discernement débouche sur une irresponsabilité pénale, l'altération du discernement n'apporte qu'une circonstance atténuante censée déboucher sur une punition moins importante de punir l'auteur de l'infraction. Mais dans les faits, ce n'est pas le cas. Si les juges professionnels tendent à prendre en compte cette circonstance atténuante, dans les Cour d'Assise où est présent un jury ce n'est pas le cas. Malheureusement, l'affect prend le pas et celui-ci est banni en justice.

Cette problématique du trouble mental n'est pas le thème qui m'intéresse au premier chef. Ce qui m'intéresse, c'est quand il n'y a pas de discernement, c'est quand l'homme ou la femme accusé(e) conteste les faits. C'est là que le danger est le plus grand.

Le danger est le plus grand en matière d'atteintes sexuelles, dans les dossiers pour agressions sexuelles, il y a rarement de témoins ou de preuves. On est alors en présence de dossiers où l'on est contraint de tirer des enseignements de la parole du plaignant et de l'accusé. C'est délicat car il n'est plus question de troubles mentaux mais de traits de personnalité : c'est l'écueil majeur de l'expertise pénale. Quand l'expert investit le terrain des traits de personnalités cela devient dangereux, car il vient exposer son analyse devant un tribunal, il vient parler au juré.

L'Expert ne doit pas être là pour alimenter un dossier, il doit faire une analyse objective. On lui demande la prudence. L'Expertise est bien souvent la pièce maîtresse des dossiers, dans ceux où il n'y a rien. Les écueils de l'expert, c'est l'affecte et les certitudes. Je finirais sur une question : dans quelle mesure l'expert a-t-il besoin des pièces pénales du dossier?

➤ **Les attentes de la Justice dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire :**

- Alicia VIVIER, Vice-présidente chargée de l'application des peines à Dijon :

Historique du suivi socio-judiciaire :

Le suivi socio-judiciaire (SSJ) est une peine instaurée par la loi du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs. Elle est applicable depuis le 19 juin 1998, pour des faits commis à compter de cette date.

L'intérêt, entre autres, est de proposer une organisation justice-soins contraignante, adaptée au profil des condamnés les plus dangereux.

Le dispositif a été complété par la loi du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales qui prévoit l'extension des infractions concernées, la possibilité d'assortir le suivi socio-judiciaire d'un placement sous surveillance électronique mobile (PSEM) (dans certaines conditions : condamné majeur à une peine au moins égale à 7 ans, ayant fait l'objet d'une expertise de dangerosité, si indispensable pour prévenir la récidive).

Puis, la Loi du 5 mars 2007 a prévu une nouvelle extension du champ d'application.

Enfin, la loi du 25 février 2008 indique qu'en cours d'exécution d'un suivi socio-judiciaire, le Juge d'Application des Peines (JAP) peut soumettre le condamné à une assignation à domicile (pour les peines criminelles d'au moins 15 ans).

Définition du suivi socio-judiciaire :

Le suivi socio-judiciaire emporte obligation de se soumettre, sous le contrôle du JAP, à des mesures de surveillance et d'assistance destinées à prévenir la récidive, éventuellement à l'issue de la peine principale d'emprisonnement ou de réclusion.

Juridiquement, c'est une peine complémentaire, pouvant être prononcée à titre de peine principale en matière délictuelle (mais elle vient généralement compléter une peine d'emprisonnement avec ou sans sursis simple). Certains y voient une mesure de sûreté pouvant être prononcée par la juridiction pénale de jugement ayant à connaître d'un certain nombre d'infractions à caractère sexuel.

Les infractions concernées sont les atteintes volontaires à la vie, viol, agression sexuelle, atteinte sexuelle, exhibition sexuelle, tortures ou actes de barbarie, enlèvement ou séquestration, corruption de mineur, diffusion d'image pornographique de mineur ou de message violent ou pornographique portant gravement atteinte à la dignité humaine et susceptible d'être vu ou perçu par un mineur, certaines destructions ou dégradations commises par moyen dangereux pour les personnes, violences par conjoint ou sur mineur de 15 ans par ascendant ou personne ayant autorité (prononcé obligatoire s'il s'agit de violences habituelles, sauf le sursis avec mise à l'épreuve ou décision spécialement motivée de la juridiction).

Pour que le prononcé de cette peine soit possible, la personne poursuivie doit avoir été soumise, avant tout jugement au fond, à une expertise médicale (sauf pour l'exhibition sexuelle). L'expert est interrogé sur l'opportunité du prononcé d'une injonction de soins dans le cadre du suivi socio-judiciaire.

Depuis le 1er mars 2008, sauf décision contraire de la juridiction de jugement, l'injonction de soins doit obligatoirement être prononcée lors d'une condamnation à un suivi socio-judiciaire, dès lors que l'expertise aura conclu à la possibilité d'un traitement (disposition issue de la loi du 10 août 2007 renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs)

Durée maximale du suivi :

– délit : 10 ans (jusqu'à 20 ans par décision spécialement motivée)

– crime : 20 ans (30 ans si crime puni de 30 ans de réclusion ; pas de limitation de durée si crime puni de la perpétuité, mais le JAP peut y mettre un terme au bout de 30 ans)

Durée maximum de l'emprisonnement encouru par le condamné :

- délit : 3 ans
- crime : 7 ans

Les obligations assortissant le suivi socio-judiciaire : Obligatoirement, les mesures de surveillance de l'article 132-44, applicable au sursis avec mise à l'épreuve ; selon la décision de la juridiction de jugement, les obligations particulières de l'article 132-45, lui aussi applicable au sursis avec mise à l'épreuve. La seule obligation spécifique au suivi socio-judiciaire est l'injonction de soins.

Dès le prononcé du suivi socio-judiciaire, si injonction de soins, le président de la juridiction avertit le condamné qu'aucun traitement ne pourra être entrepris sans son consentement, mais que s'il refuse les soins qui lui seront proposés, l'emprisonnement prononcé dans le cadre du suivi socio-judiciaire pourra être mis à exécution. Si la peine vient compléter un emprisonnement ferme, le condamné est averti de la possibilité de commencer un traitement pendant l'exécution de cette peine.

Quand il notifie ensuite les obligations, le JAP indique au condamné soumis à injonction de soins, le nom du médecin coordonnateur désigné, qu'il doit rencontrer dans un délai maximum d'un mois.

Le JAP peut ou doit parfois rajouter l'injonction de soins postérieurement à la condamnation. Il le fait par jugement, après débat contradictoire.

Les cas où il doit le faire sont lorsque l'injonction de soins n'a pas été prononcée par la juridiction de jugement. Le JAP doit alors ordonner, en vue de la libération du condamné, une expertise afin de déterminer s'il peut faire l'objet d'un traitement. Si l'expertise répond positivement à cette question, il doit rajouter l'injonction de soins, sauf décision contraire motivée.

Pour les condamnés détenus, lorsqu'il accompagne une peine d'emprisonnement ferme, le suivi socio-judiciaire s'applique, pour la durée fixée par la décision de condamnation, à compter de la libération. Pour autant le prononcé d'un suivi socio-judiciaire assorti d'une injonction de soins a des incidences pendant la période de détention:

- le condamné exécute sa peine dans un établissement pénitentiaire permettant de lui assurer un suivi médical et psychologique adapté. Il est immédiatement informé par le JAP de la possibilité d'entreprendre un traitement. S'il n'y consent pas cette information est renouvelée au moins une fois par an.
- si refus de soins, le condamné ne peut en principe bénéficier de réduction de peine supplémentaire, sauf décision contraire du JAP.
- avant toute décision d'aménagement de la fin de peine, le condamné doit être soumis à une expertise préalable (sauf si la condamnation a été prononcée moins de deux ans avant)

L'articulation entre la justice et les soins : la mise en œuvre de l'injonction de soins :

– La désignation du médecin coordonnateur :

Par ordonnance du JAP, sur une liste de psychiatres, ou de médecins ayant suivi une formation appropriée, établie tous les trois ans par le procureur de la république (l'article R 3711 du Code de la Santé Publique détermine les conditions d'inscription ; L'arrêté du 24 mars 2009 détermine le cursus à suivre pour un non psychiatre).

Le médecin coordonnateur ne doit pas être le médecin traitant du condamné, ni avoir procédé à son expertise en cours de procédure. Il ne peut suivre qu'un maximum de 20 personnes dans le cadre de l'injonction de soins.

Le JAP adresse au médecin coordonnateur, la copie des pièces utiles à l'exercice de sa mission (notamment les expertises médicales, y compris celles ordonnées en cours de mesure). Les praticiens chargés de dispenser les soins en milieu pénitentiaire lui adressent également les informations médicales sur le condamné, afin qu'il les transmette au médecin traitant.

Dans la mesure la désignation du médecin coordonnateur, la première convocation du condamné par ce dernier, et le choix du médecin traitant doivent intervenir avant même la libération.

Les médecins coordonnateurs reçoivent une indemnité forfaitaire annuelle de 700 euros bruts par personne suivie (article R 3711-11 du Code de la Santé Publique).

Les problèmes et attentes en la matière sont la pénurie de médecins coordonnateurs. Certes, il y a peu de suivis socio-judiciaires en proportion de la taille du ressort, mais malgré tout leur nombre reste insuffisant.

– Le rôle du médecin coordonnateur :

- Il convoque le condamné à un entretien au cours duquel il lui fait part des modalités d'exécution de l'injonction de soins.
- Il l'invite, au vu des expertises réalisées, à choisir un médecin traitant et/ou un psychologue traitant si la personnalité de l'intéressé le justifie. Il peut refuser d'avaliser son choix si le médecin ou le psychologue traitant pressenti n'est manifestement pas en mesure d'assurer la prise en charge. S'il y a désaccord persistant, le JAP assure l'arbitrage après avis du médecin coordonnateur et convocation du condamné, mais il ne peut désigner qu'un médecin pressenti ou accepté par le condamné. Si la désignation est impossible, il est prévu la mise à exécution de l'emprisonnement encouru.
- Il informe le médecin traitant pressenti du cadre juridique dans lequel s'inscrit l'injonction de soins et reçoit son accord confirmé par écrit.
- Il conseille le médecin ou psychologue traitant, à sa demande ; lui remet toutes pièces utiles du dossier.
- Il transmet au JAP ou au Service Pénitentiaire Insertion et Probation (SPIP), les éléments nécessaires au contrôle de l'injonction de soins.
- Il convoque au moins une fois par trimestre le condamné pour effectuer un bilan de sa situation.
- Il transmet au moins une fois par an (deux fois l'an pour les crimes les plus graves) au JAP un rapport comportant tous les éléments nécessaires au contrôle du respect de l'injonction de soins (bilan, appréciation de l'évolution, propositions pour l'avenir).
- En liaison avec le médecin traitant, il informe le condamné, dont le suivi socio-judiciaire est arrivé à son terme, de la possibilité de poursuivre son traitement en l'absence de tout contrôle de l'autorité judiciaire, en lui donnant tous conseils utiles.

Les attentes de l'institution judiciaire sont que ces prescriptions soient respectées mais il semble que cela ne soit pas le cas dans les dossiers en cours...

– Rôle du médecin traitant :

Il s'inscrit dans le cadre du principe de la liberté de soins : le condamné peut changer de médecin, le praticien interrompt le suivi, le JAP ne peut intervenir dans le déroulement des soins décidés par le médecin traitant.

Celui-ci peut prescrire tout traitement, y compris des inhibiteurs de libido.

Il délivre des attestations de suivi du traitement à intervalles réguliers, afin de permettre au condamné de justifier auprès du JAP de l'accomplissement de l'injonction de soins.

Il est tenu au secret médical et professionnel, sous réserve de la communication possible de certaines informations à certains acteurs de la peine, dans les cas prévus à l'article L 3 711-3 du Code de la Santé Publique :

- en cas de difficulté dans l'exécution du traitement, il peut informer le médecin coordonnateur qui avise lui-même le JAP et/ou le SPIP.
- en cas d'interruption du traitement, information possible du médecin coordonnateur, du JAP et/ou du SPIP.
- en cas de refus ou d'interruption du traitement contre son avis, information obligatoire et sans délai du médecin coordonnateur qui avise le JAP.

Il n'est tenu que de signaler ces événements, pas d'en expliciter les raisons, que le JAP doit éclaircir en recueillant les explications du condamné ou en ordonnant une expertise.

– Les sanctions des manquements aux obligations ou à l'injonction de soins :

La mise à exécution partielle ou totale de l'emprisonnement encouru, après débat contradictoire. Cette mise à exécution ne dispense pas le condamné de l'exécution du suivi socio-judiciaire. En cas de nouveau manquement, le JAP pourra à nouveau ordonner l'incarcération, dans la limite de la durée d'emprisonnement initialement fixée par la juridiction de jugement.

Le relèvement anticipé :

- devant la juridiction de jugement : un minimum d'un an doit s'être écoulé depuis la condamnation. La requête est adressée au JAP et l'expertise transmise à la juridiction avec un avis motivé. Si refus, il n'est pas possible de présenter une nouvelle demande avant un an ;

- devant le Tribunal de l'application des peines : quand le suivi socio-judiciaire est prononcé sans limitation de durée, le relèvement n'est possible qu'après 30 ans, et est de la compétence du tribunal d'application des peines.

- devant le JAP : possibilité de demander le relèvement total ou partiel (relèvement du suivi socio-judiciaire ou d'une partie des obligations y compris de l'injonction de soins). Les conditions : l'avis du médecin coordonnateur, le reclassement du condamné acquis, un traitement n'est plus nécessaire (ce qu'une expertise viendra opportunément confirmer en plus de l'avis du médecin coordonnateur), l'accord du médecin coordonnateur (s'il n'est pas donné, la demande de relèvement doit être examinée par la juridiction de jugement). La décision est rendue par ordonnance après l'audition du condamné.

- Marie-Noëlle LORIOT, Vice-procureur de la République de Dijon :

Le suivi socio judiciaire est une peine créée par la loi du 17 juin 1998 suite à l'augmentation des condamnations en matière d'infractions sexuelles. Les lois de 2005 et 2007 viennent étendre son champ d'application. C'est à partir de ces lois que le suivi socio-judiciaire émerge. Un autre palier est franchi en 2008, où l'on augmente la place du suivi socio-judiciaire. En effet, dans le cadre d'un suivi, il est possible de faire des ajouts, selon les cas d'infractions, des peines de surveillance, de sûreté peuvent être par exemple prononcées.

Il y a une évolution de la législation, dans le cadre de détenu dangereux. Il y a eu la mise en place d'un suivi médical et contraignant. Le Ministère public va recourir systématiquement à cette peine si l'individu présente une dangerosité psychiatrique. Ce suivi emporte une obligation de se soumettre à des mesures de surveillance et d'assistance notamment pour prévenir la récidive. C'est une peine privative de liberté. L'injonction de soins n'est pas une obligation de soins. En effet, dans l'injonction de soins, l'expertise préalable du condamné est obligatoire et nécessite l'intervention d'un médecin coordonnateur. A l'inverse, dans l'obligation de soins, le choix du médecin traitant est libre et en général, aucune d'expertise n'est pratiquée.

Autre spécificité du suivi socio-judiciaire, le tribunal doit fixer la durée de la peine, avec différents plafonds selon la nature de l'infraction : 10 ans maximum pour les délits, 20 ans pour les crimes et 30 ans pour la réclusion criminelle à perpétuité. Le prononcé de cette peine par le tribunal ne nécessite pas l'accord du condamné, ni sa présence à l'audience. La durée de l'emprisonnement encouru si l'injonction de soins n'est pas respectée est fixée dans le contenu des obligations du suivi socio-judiciaire. Il y a d'autres obligations générales ; telles que répondre aux convocations, informer le juge de l'application des peines de tout changement de domicile ou de séjours à l'étranger. La personne a le double statut de condamné et de patient qui oblige le médecin et le service d'insertion et de probation à trouver un fonctionnement acceptable pour tous dans l'intérêt des personnes et de la société. Le médecin coordonnateur va faire le lien entre le médecin-traitant et le juge de l'application des peines. Il doit rendre compte, au moins une fois par an, au Juge de l'application des peines, de l'évolution du suivi. Le prévenu, s'il ne respecte pas son injonction, sera averti du risque de ré-emprisonnement. S'il y a une peine d'emprisonnement, il peut dès sa détention recevoir des soins. La commission d'application des peines peut alors lui accorder une réduction des peines, quand il montre sa bonne volonté. Au sein du département de la Côte d'Or, il y a actuellement 41 dossiers de suivi : 34 personnes libres et 7 en détention.

II. APERÇU DES MODALITÉS D'ACCOMPAGNEMENT DANS LA CITÉ

➤ Le rôle du Conseil Local de Santé Mentale :

- Docteur Gérard MILLERET, Psychiatre et Chef de Pôle au Centre Hospitalier La Chartreuse de Dijon :

Partant du principe que la santé mentale est l'affaire de tous, nous avons coordonné au mieux nos actions avec les professionnels de santé, mais aussi au niveau social, sans négliger non plus les élus locaux. Ils ont en effet un rôle fondamental dans la Cité et sont souvent interpellés au premier chef. La souffrance psychique peut avoir des répercussions considérables, renvoyant à l'exclusion, la stigmatisation, la précarité. Le maire d'une commune n'est pas indifférent à de telles préoccupations. Les « négligés », les « évités », aggravent le plus souvent des situations déjà complexes. Ainsi, nous avons pu entretenir des liens solides avec les élus de la Municipalité de Longvic depuis plusieurs années et sous cette impulsion, nous avons mis en place comme dans d'autres villes en France, un Conseil Local de Santé Mentale dont Madame Claude DARCIAUX, Député-maire, en est la présidente.

Le Conseil Local de Santé Mentale de Longvic a donc été inauguré le 19 mai 2011, sous le nom de Conseil Local de Santé Mentale « Franco BASAGLIA ».

Franco BASAGLIA (1924-1980) est un psychiatre italien qui fut à l'origine de l'ouverture des asiles dans son pays dans les années 70. Lorsqu'il commença sa carrière médicale, il découvrit les conditions effroyables dans lesquelles vivaient « les fous » à l'hôpital psychiatrique. Il en fut bouleversé et révolutionna, avec ses partisans

et face à de nombreux opposants, le système en place. C'est ainsi que naquit en Europe le mouvement « antipsychiatrique ».

Le Conseil Local de Santé Mentale « Franco BASAGLIA », est né du développement d'une étroite collaboration entre le Centre Médico-Psychologique « Marc CAVALLO », avec tous les acteurs de la ville de Longvic et certaines municipalités du secteur qui se sentent également concernés par le bien-être de leurs Concitoyens. Nous travaillons donc régulièrement avec les élus, les services sociaux, les médecins généralistes, les pharmacies libérales, les cabinets d'infirmières libérales, les services de la police municipale, les bailleurs sociaux, les acteurs de la vie associative, le service des sports, les services culturels...

L'émergence des Conseils Locaux de Santé Mentale part d'un constat ancien : les problématiques psychiatriques ne peuvent être traitées par les seules institutions sanitaires. Il faut donc travailler de concert avec les différents partenaires afin que chacun apporte des éléments de réponse, adaptée à la personne mais aussi à la situation, dans son domaine d'intervention et son champ de compétence. Le but étant d'apporter une réponse la plus globale possible.

C'est sur cette longue expérience de collaboration efficace que se sont appuyés Madame DARCIAUX, alors député-maire, et moi-même, pour créer ce dispositif sur le territoire de Longvic. Plusieurs rencontres préliminaires avec des élus des communes environnantes ont eu lieu pour une création du Conseil Local de Santé Mentale « Franco BASAGLIA » en mars 2011 et la première assemblée générale le 19 mai 2011. Le Conseil Local de Santé Mentale « Franco BASAGLIA » regroupe 6 communes : Chenôve, Genlis, Longvic, Quetigny, Saint Apollinaire et Neully-lès-Dijon, soit une population totale de 47 470 habitants, sachant par expérience, que le seuil critique est situé à 80 000. Au-delà, la coordination devient trop complexe.

Le Conseil Local de Santé Mentale est géré selon les modalités d'une association régie par la loi de 1901. L'association est composée de membres d'honneur : le Directeur de l'ARS ou de son représentant notamment, de membres de droit : le Directeur du Centre Hospitalier la Chartreuse ou son représentant, les maires des communes ou leurs représentants. Enfin, l'association est composée de membres actifs et des partenaires qui font vivre le Conseil Local de Santé Mentale tels que les élus locaux, les acteurs du domaine sanitaire, les acteurs du domaine social, les membres des directions d'institutions spécialisées, les familles, les usagers, les représentants de la justice, les forces de l'ordre, les financeurs ; les bailleurs sociaux, les représentants de l'Education Nationale et enfin les Citoyens sensibilisés au domaine de la Santé Mentale.

Les Champs d'intervention et les objectifs du Conseil Local de Santé Mentale sont tout d'abord la santé mentale, l'accès aux soins, mais aussi l'accès à l'emploi (en milieu protégé ou ordinaire), et l'accès et le maintien au logement dans la cité. Au sein de ces grands thèmes, nous allons, développer le partenariat entre les différents acteurs de la cité, préoccupés par le problème de la santé mentale. Nous nous assurons également d'une meilleure coordination entre les différents acteurs face à des problèmes posés dans le domaine de la souffrance psychique, notamment dans le domaine des soins, ainsi qu'une meilleure coordination entre les partenaires. Nous nous efforçons de lutter contre la stigmatisation tant au niveau de la santé mentale qu'au niveau de la psychiatrie, ainsi que de développer une politique de prévention par des actions de communication, d'information et de formation, en organisant notamment des rencontres axées sur la prévention, la recherche et l'enseignement.

Le Bureau du Conseil Local de Santé Mentale se réunit en moyenne une fois par mois. Depuis mai 2011, nous avons rencontré plusieurs organismes ou institutions pour, dans un premier temps, nous identifier en vue d'élaborer des projets rentrant dans le cadre du Conseil local de Santé Mentale.

Depuis la création du Conseil Local de Santé Mentale, nous avons mené différentes actions. Durant l'année 2011, 7 rencontres ont eu lieu avec les mairies pour faire un « pré-état des lieux » et déterminer les besoins des différentes communes. Le 13 juillet 2011, une rencontre a eu lieu avec la Directrice de l'IFSI de Dijon pour un projet de colocation entre usagers et étudiants infirmiers. Le 6 janvier 2012, le Conseil Local de Santé Mentale a participé à une journée-congrès à la mairie de Paris où ont été présentées plusieurs expériences françaises de Conseils Locaux de Santé Mentale et un Atelier Santé Ville.

En janvier 2012, une rencontre a eu lieu afin de présenter des projets avec les professionnels du CHS de Sevrey (71), des responsables sociaux et politiques de la région de Chalon sur Saône, ainsi qu'une

organisation d'un forum sur la prévention du suicide à Quetigny. Nous avons également organisé une soirée-débat au cinéma Cap-Vert autour de l'expérience de Trieste menée par Franco BASAGLIA dans les années 70, avec la projection du film « Il était une fois la cité des Fous... », en présence de l'ancien Président de Région de l'époque, Michel ZANETTI, et d'un psychiatre italien, Massimo MARSILI, détaché au CCOMS de Lille.

De plus, 2 rencontres se sont tenues avec l'Union Sociale de l'Habitat en Bourgogne (USHB). Par ailleurs, nous sommes en lien permanent avec le CCOMS de Lille, et cherchons en permanence à développer notre réseau partenarial.

Nos grands projets en cours sont les suivants, l'organisation de colocation patients/étudiants impliquant une installation d'étudiants en soins infirmiers sur des sites où des patients vivent en appartement et dont le maintien à domicile nécessite une présence à minima. L'Organisation de la Semaine d'Information en Santé Mentale à un niveau régional en collaboration avec Sevrey (71) et Auxerre (89) ainsi que les projets de maison communautaire en partenariat avec les Invités Au Festin (Besançon).

➤ **L'accompagnement aux soins : la réalité de la pratique sur le terrain :**

- Pascal LIEBAUT, Cadre de santé en Centre Médico-Psychologique au Centre Hospitalier La Chartreuse de Dijon

Il y a un partenariat entre justice et psychiatrie notamment par rapport au patient que l'on reçoit en injonction de soins. Je vais prendre l'exemple de l'unité dans laquelle je suis cadre de santé, à savoir, le Centre Médico Psychologique des Coteaux du Suzon. Il s'agit d'un CMP ouvert où, sur 1000 dossiers, les obligations de soins concernent une vingtaine de personnes. Quand une personne arrive au CMP souvent sa demande n'est pas très claire et la première difficulté réside dans le fait que l'on découvre souvent qu'il y a une obligation de soins quand la personne demande un certificat : y a-t-il une demande, et comment peut-on arriver à travailler ? La difficulté réside dans le fait que les patients n'ont pas forcément l'envie ou la conscience de travailler sur leurs troubles. Ils viennent car ils y sont contraints mais dans le sens du soin, on « piétine » beaucoup.

Pour le suivi, nous avons principalement deux cas de figure : soit les personnes viennent régulièrement, soit elles ne viennent plus. Si le patient ne se présente plus, nous prévenons la justice en fonction de sa dangerosité et nous nous désengageons de sa prise en charge.

Une question éthique se pose également lorsque l'on reçoit des personnes qui sont soumis à une injonction de soins : le CMP exerce aussi une activité de victimologie. Il n'est pas impossible qu'un jour, dans la salle d'attente, une victime et son agresseur se retrouvent nez à nez : que faire dans ce cas de figure ?

➤ **La psychiatrie citoyenne et le changement des représentations sociales de la maladie mentale :**

- Docteur William GUICHERD, Psychiatre au Centre Hospitalier La Chartreuse de Dijon - Marie AUDOIN, Psychologue au Centre Hospitalier La Chartreuse de Dijon

I. Les chiffres clé de l'enquête SMPG et les idées reçues dans le site du Psycom 75

Associé aux représentations sociales de la maladie mentale, on retient principalement un constat d'une conception de dangerosité. Dans un article restituant les résultats d'une étude réalisée sur un échantillon de 36 000 personnes représentatives de la population générale française (Roelandt, J.-L. & Col. Représentations sociales du « fou », du « malade mental » et du « dépressif » en population générale en France. L'encéphale (2010), Supplément 1 au n°3, 1-13.), J.L. Roelandt montre que les termes « fou » et « malade mental » (termes pertinents dans le vocabulaire populaire pour décrire ce qui relève du champ de la santé mentale) sont fortement liés aux comportements violents et dangereux (meurtre, viol, agression). Le fou et le malade mental sont décrits comme des êtres anormaux, irresponsables, inconscients, exclus, peu guérissables, à soigner contre leur gré par médicaments et hospitalisation.

Ce phénomène d'enfermement des représentations s'expliquant par le fait que la problématique de la déviance est inhérente à celle de la maladie mentale, les maladies mentales se représentent comme des déviances sociales, stigmatisantes et ce, sans doute encore plus que les autres maladies. Les auteurs associent la stigmatisation à des problèmes de connaissance (ignorance), d'attitudes (préjugés) et de comportements (discrimination).

Face à un autre qu'on ne comprend pas et dont on ne peut maîtriser le comportement, la société pointe du doigt la différence qui se transforme en stigmaté. Pour citer Zarifian, « Par définition, le fou, c'est l'autre ! » (E. Zarifian, 1999, Les jardiniers de la folie, Eds Odile Jacob). La maladie mentale est encore mal connue, incomprise, le manque d'information sur le sujet favorisant un climat d'incertitude.

Quelques chiffres permettent de restituer la réalité de cette dangerosité associée à la maladie mentale dans la croyance générale (Site Psycom75, mythe et réalité):

- Moins de 1% des crimes sont commis par des personnes atteintes de troubles graves de santé mentale.
- Aucune corrélation entre diagnostic psychiatrique et passage à l'acte violent n'a été scientifiquement prouvée.

A contrario, un patient suivi en psychiatrie a 12 fois plus de risques d'être victime d'un crime violent que la population générale... Et 140 fois plus de risque d'être victime de vols = Les patients suivis en psychiatrie sont plus souvent victimes qu'agresseurs.

II. A partir de ce constat que fait-on ? : Présentation de la psychiatrie citoyenne

Parce que les personnes aux prises avec une maladie mentale sont trop souvent victimes de préjugés et d'exclusion et n'ont pas toujours accès aux opportunités sociales qui leur permettraient de se sentir citoyens à part entière et face au constat que l'on fait encore trop souvent porter tout le poids de la réintégration sociale à la personne alors que ce processus devrait être partagé par tous les membres de la communauté, des mouvements citoyens ont vu le jour, tel que le Mouvement international citoyenneté et santé mentale (MICSM), lancé à Besançon en 2010, définissant le concept de Psychiatrie Citoyenne comme une démarche collective visant à ouvrir un espace social et politique afin de permettre à chacun d'assumer sa place comme citoyen au sein de la communauté.

Le Mouvement prône essentiellement l'idée qu'« Il n'y a pas de psychiatrie citoyenne sans implication des citoyens ». Chacun - c'est-à-dire les citoyens « ordinaires », ceux globalement insérés dans la société - étant responsable de tous et particulièrement des plus fragiles. «La folie est chose trop sérieuse pour être laissée aux seuls psychiatres. La souffrance a besoin d'être entendue, acceptée, reconnue au-delà des cabinets et rendez-vous de spécialistes. »

Pour citer différents axes de travail du mouvement:

- Le soutien aux initiatives et services permettant aux personnes, au-delà de la maladie qui les affecte, de se redéfinir comme individus et de se projeter comme membre à part entière d'une communauté en participant activement à la lutte aux préjugés et à la stigmatisation.
- L'accessibilité et l'efficacité des services permettant que les ruptures de la personne avec ses proches et son milieu soient limitées et surtout, que l'empreinte de la psychiatrie soit la plus légère possible.
- La valorisation des attitudes et des comportements mais aussi la promotion des lois et des règlements permettant aux personnes et à leurs proches de se sentir reconnus comme citoyens à part entière et soutenus dans leur processus d'intégration ou de réintégration sociale.

III. Quelques exemples de pratiques citoyennes locales

- Exemple de la maison communautaire des Invités au Festin à Besançon. Exemple d'un lieu de vie soutenu par l'engagement citoyen :

L'association Les Invités au Festin (IAF), créée par Marie Noëlle Besançon, psychiatre et psychothérapeute, mène depuis bientôt 20 années une expérience s'appuyant sur une nouvelle manière d'être en relation avec les personnes souffrant de difficultés psychologiques et sociales où l'on considère celles-ci avant tout comme des personnes citoyennes et non des malades, sans pour autant nier et négliger leurs troubles.

L'on y vise la réhabilitation de ces personnes, pour qu'elles retrouvent leur place dans la société, en organisant une vie de style communautaire, dans un lieu non médicalisé.

Il s'agit d'une approche globale de la personne, de manière transversale, qui tient compte des 3 niveaux de relation qu'elle entretient avec elle-même, avec l'autre et avec son environnement. Ce qui va permettre de développer les capacités d'auto-guérison des personnes, et le potentiel soignant de l'entourage. On peut parler de co-thérapie relationnelle.

- Exemple de l'évaluation des activités d'un CLSM :

Notre étude a montré que la communication sur la santé mentale par les professionnels est déjà perceptible mais c'est l'implication et le fait que les citoyens puissent donner leur avis qui est source de changement de représentations.

Au niveau des activités CATTP dans la cité, un changement de regard s'est également opéré du côté des animateurs de ces activités.

III. ECHANGES AVEC LA SALLE ET CLÔTURE

Modérateurs : - Claude CONSIGNY, Président du Tribunal de Grande Instance de Dijon.

- Bruno MADELPUECH, Directeur du Centre Hospitalier La Chartreuse de Dijon.

- Docteur Gérard MILLERET, Psychiatre et Chef de Pôle au Centre Hospitalier La Chartreuse de Dijon.

Monsieur Le Président du Tribunal de Grande Instance, Claude CONSIGNY : En première partie de l'après-midi, Maître ESTEVE évoquait une instrumentalisation de l'expert psychiatre par le juge, qui est un vrai danger. Avez-vous Maître ESTEVE des solutions à proposer à ce problème?

Maître Samuel ESTEVE, Avocat au Barreau de Dijon : Le risque se cristallise autour du juge d'instruction, car il maîtrise la procédure et a un avis sur la réalité de son dossier. Il a des certitudes très vite sur la nature de la culpabilité ou non du suspect. Dès lors qu'il a ces certitudes, il a le pouvoir, dont celui de choisir l'expert le plus susceptible d'aller dans son sens.

Docteur Jean-Pierre CAPITAIN, Psychiatre au Centre Hospitalier La Chartreuse de Dijon et Président de la Commission Médicale d'Etablissement : Il y a également le problème du manque d'experts. D'autre part, vous voulez une psychiatrie parfaite, mais nous, psychiatres, avons besoin du dossier pénal quand nous voyons une victime. Si nous n'avons pas les éléments de l'auteur, cela devient compliqué. De plus, il est très intéressant d'avoir les propos de l'auteur. Idéalement, pour faire un bon diagnostic psychiatrique, il faudrait consulter l'entourage.

Monsieur JAN, délégué Régional de l'UNFAM : Le rôle des experts est important lors des procès d'Assises, car ils ont une énorme influence sur l'intime conviction des jurés.

Au sujet de la violence, je suis d'accord avec ce qui a été dit. Il y a effectivement deux populations à risques : le personnel et les familles. C'est un sujet de forte préoccupation et bien souvent, les familles exposées à la violence de leur proche le cache car il y a une part de honte. On demande donc à ce que soit mis en œuvre des solutions de soutien pour les familles. Dans l'association (UNAFAM), nous sommes partie prenante de cette psychiatrie citoyenne. Nous travaillons sur ce point avec le Docteur Besançon et réfléchissons sur un projet de résidence-accueil à Dijon. Ce projet fait écho à l'une des actions de psychiatrie citoyenne : faire sortir, autant que faire se peut, les personnes des institutions, dans le milieu ordinaire, pour une vie significative et citoyenne.

Juliette MESNARD, Avocate au barreau de Dijon : Ce qui me frappe, c'est le risque de violence pour les familles qui est important. C'est le constat que je fais de ma pratique. Avez-vous donc des propositions pour qu'au niveau de la cité, il y ait un relai pour ses familles ?

Docteur Gérard MILLERET, Psychiatre et chef de Pôle au Centre Hospitalier La Chartreuse : Nous proposons, par exemple, des thérapies familiales afin d'aider les familles dans l'accompagnement de leur proche.

Monsieur Bruno MADELPUECH, Directeur du Centre Hospitalier La Chartreuse de Dijon : D'un point de vue d'organisateur et d'Établissement Public Hospitalier, la question que l'on se pose au comité médical est celle du bon équilibre. Celui que l'on va mettre en place en intra hospitalier et en extra hospitalier. Il faut que la psychiatrie publique soit sur le terrain. Il faut oser aller vers et dans les territoires. On peut constater qu'en matière d'accompagnement, il y a encore du travail à faire pour adapter nos organisations.

Docteur Gérard MILLERET, Psychiatre et chef de Pôle au Centre Hospitalier La Chartreuse : Tout le monde peut être touché par la maladie mentale : l'OMS a annoncé que dans quelques années, la première cause de maladie en France serait la dépression, passant devant les maladies cardio-vasculaires. Il n'est évidemment pas question de « psychiatriser » la société mais il est nécessaire de dédramatiser quelque chose qui peut être soigné, pris en charge. Mais cela demande beaucoup de travail sur le terrain.

Monsieur Bruno MADELPUECH, Directeur du Centre Hospitalier La Chartreuse de Dijon : Depuis la loi de 2005 sur l'égalité des chances, les associations de famille essaient de faire reconnaître que les maladies psychiques sont à la source des situations de handicap. Mais nous avons encore un grand travail à faire pour déstigmatiser les maladies psychiques qui sont perçues négativement par la société.

Docteur Gérard MILLERET, Psychiatre et chef de Pôle au Centre Hospitalier La Chartreuse : Et l'on peut dire que c'est notre rôle de déstigmatiser la maladie mentale.

Monsieur Le Président du Tribunal de Grande Instance, Claude CONSIGNY : Pour conclure, je suis ravi d'avoir participé à cette journée. Quand je pense aux traitements des malades mentaux, je ne peux pas m'empêcher de faire un parallèle avec la situation juridique des mineurs, avec notamment pour les malades mentaux, tout le dispositif de curatelle, de tutelle qui s'apparente à bien des égards à l'autorité parentale.

Monsieur Bruno MADELPUECH, Directeur du Centre Hospitalier La Chartreuse de Dijon : Je tiens à remercier l'équipe d'organisation pilotée par Mademoiselle Charlotte GIRAULT, juriste au sein du Centre Hospitalier la Chartreuse, Madame Nathalie CHUPIN, Chargée de Communication au sein du Centre Hospitalier La Chartreuse ainsi que le Docteur William GUICHERD, Psychiatre au Centre Hospitalier La Chartreuse mais aussi Mademoiselle Caroline LOCKS, première auditrice de justice accueillie en stage au sein du Centre Hospitalier la Chartreuse.

Par ailleurs, je remercie également Monsieur CONSIGNY et tous les magistrats présents. Les interventions étaient de grande qualité. Nous avons besoin de nous rencontrer. Il y a encore beaucoup de thèmes que nous pouvons aborder ensemble. La protection des majeurs protégés, la question du soin des détenus ou encore l'expertise psychiatrique. Nous choisirons parmi ces sujets pour d'ores-et-déjà programmer un rendez-vous l'année prochaine pour les 2èmes Journées Psychiatrie-Justice.

BIBLIOGRAPHIE



CENTRE
HOSPITALIER
La Chartreuse
Direction des Affaires Générales
documentation@chs-chartreuse.fr
03.80.42.55.80/03.80.42.55.81

Centre de Documentation



Bibliographie

«Psychiatrie&Justice»

Juin 2013

- **Les livres**

THOMAS, Pierre; ADINS AVINEE, Catherine

Psychiatrie en milieu carcéral /; Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française.

Paris : Masson, 2012. - 160

En 30 ans, la psychiatrie s'est progressivement éloignée de son image carcérale et s'est enrichie de nouvelles pratiques basées sur l'alliance thérapeutique. Parallèlement, de plus en plus de détenus souffrant de pathologies psychiatriques sont incarcérés dans les prisons de France et d'Europe, créant des besoins de soins et d'accompagnements au-delà des capacités de réponse des dispositifs en place.

Qu'ont-ils en commun, ces patients qui rentrent en prison et pourquoi 'échappent-ils' aux soins communautaires? Plus de comorbidités, plus de précarité, des actes médico-légaux dont la pénalisation peut parfois paraître démesurée par rapport à l'acte et le contexte dans lequel il a été commis. Pourquoi la prison devient-elle le lieu de vie des patients psychiatriques marginalisés ? Les raisons de cette évolution sont complexes et s'inscrivent dans l'articulation des politiques sociales, pénales et des politiques de santé. Comment délivrer des soins en prison? Quelle interaction est la plus adéquate avec les personnels de l'administration pénitentiaire ? Cet ouvrage rédigé par l'équipe du SMPR de Lille fait l'état des lieux de l'accès aux soins des détenus dans les prisons françaises. Partout, les équipes des secteurs psychiatriques et des services médico-sociaux qui interviennent dans les établissements pénitentiaires ont mis en place à partir des moyens dont elles disposent des dispositifs de soin et d'accompagnement exemplaires. Parfois, ils ont bénéficié d'un cadre légal comme dans les addictions ou dans la prévention des risques, parfois il s'agit de créativité dans le recours aux psychothérapies, à l'abandon de maltraitances, à l'accompagnement périnatal des femmes incarcérées ou encore dans la prise en charge des auteurs de violences sexuelles dans un cadre légal plus flou qu'en milieu ouvert. [Résumé de l'éditeur].

Les intervenants en santé mentale trouveront ici des réponses à toutes les questions soulevées par les pratiques en milieu carcéral, questions qui concernent l'ensemble de la société.

CHEVALIER, P; GREACEN, T.

Folie et justice : relire Foucault

Toulouse : Erès, 2009. - 236.

Suite aux récentes controverses sur l'expertise psychiatrique, la responsabilité pénale des malades mentaux et l'évaluation de la dangerosité, des personnalités du monde psychiatrique, judiciaire et philosophique interrogent l'évolution du droit (modification de l'article 64, suivi sociojudiciaire, rétention de

sûreté, etc.) avec l'œuvre de Michel Foucault comme horizon de réflexion.

Les questions posées par le philosophe au savoir psychiatrique et au pouvoir judiciaire restent d'actualité : à quelle légitimité prétend l'expertise psychiatrique ? Jusqu'où la justice doit-elle se préoccuper de la psychologie des individus ? À quelles stratégies répond le suivi sociojudiciaire des malades jugés " dangereux " ? Ces trois questions sont ici abordées non dans l'objectif de commenter Foucault, mais dans celui d'utiliser certaines de ses grilles de lecture pour analyser l'inquiétude actuelle des professionnels et des usagers de la psychiatrie. Ce livre rassemble des contributions à la fois internationales (Canada, Italie, Portugal, Grande-Bretagne...) et pluridisciplinaires (avocat, procureur, psychiatre, criminologue, historien...). Il donne également la parole aux personnes directement concernées (usagers de la psychiatrie, familles des victimes de crimes), trop souvent reléguées à l'ombre des seuls experts. Ensemble, les différents acteurs proposent de dépasser les oppositions frontales en développant des solutions alternatives : procédures judiciaires nouvelles, redéfinition des champs de compétence, ouverture d'espaces de parole et d'accompagnement...

CANO, Nicole, Directeur de publication; MALZAC, Perrine, Directeur de publication; RICHARD, Blandine, Directeur de publication; LE COZ, Pierre; GROS, Caroline; FELICIAN, Jacques; ZAGURY, Daniel; LIOTTA, Daniel.

Risque et psychiatrie : enjeux éthique

Marseille : Solal, 2009. - 91. - (Ethique et pratiques soignantes).

La notion de risque occupe une place grandissante dans les préoccupations de l'opinion publique, des décideurs politiques, des responsables administratifs et des professionnels de santé. Elle véhicule la menace d'un danger et sa perception en est essentiellement négative. S'il est humain alors de vouloir se prémunir du risque, celui-ci n'est-il pas aussi inhérent à l'entreprise humaine et ne présente-t-il pas des atouts ? N'est-il pas source de changement et de dépassement ? Placer la thématique du risque au cours d'une réflexion pluridisciplinaire sur les pratiques psychiatriques interroge la finalité du soin institutionnel. Elle intéresse aussi la santé mentale soucieuse de rompre avec les usages thérapeutiques de la psychiatrie et révèle ses enjeux sociaux et politiques. Le risque dévoile ainsi les problématiques épistémologiques et éthiques auxquelles la psychiatrie contemporaine est confrontée: ne doit-elle pas définir son champ de compétence et intégrer un questionnement éthique autour de principes fondamentalement liés à la clinique et au soin du sujet ? Des acteurs de différents champs: santé, sciences humaines et sociales, philosophie, sociologie, justice ont débattu de ces questions lors d'un colloque organisé par la Commission Ethique et Psychiatrie de l'Espace Ethique Méditerranéen. [Résumé d'éditeur]

LOPEZ, G; CARIO, R.

Psycho-criminologie : clinique, prise en charge, expertise

Paris : Dunod, 2008. - 445. - (Psychothérapies)

La psychocriminologie s'intéresse à la fois aux auteurs et aux victimes d'infractions pénales. Éclairer la pratique clinique, aider au positionnement des professionnels, répondre aux questions de l'expertise psychiatrique pénale et de l'examen médicopsychologique pénal des auteurs et victimes, tels sont les objectifs de cet ouvrage. Introduction générale Statistiques criminelles et victimologiques, présentation du modèle théorique psychodynamique avec les auteurs, problèmes d'interprétation clinique... Agressologie Dangerosité, clinique du passage à l'acte, comportements déviants, clinique des auteurs de violences sexuelles, adolescents difficiles, responsabilité pénale, examen médico-psychologique, violence des malades mentaux, outils d'évaluation, facteurs criminogènes, injonction de soin... Victimologie Évolution de la pensée victimologique, définition de la victime, instruments internationaux, mouvements associatifs, dispositif de protection de l'enfance, droits des victimes, réparation des préjudices, accompagnement social, expertise médico-psychologique, justice restaurative... [résumé d'auteur]

PHAM, TH, Directeur de publication.

L'évaluation diagnostique des agresseurs sexuels / Sprimont : Mardaga, 2006. - 238. - (Pratiques psychologiques, évaluation et diagnostic)

Depuis plus d'une décennie, les agresseurs sexuels font la une de l'actualité judiciaire et confrontent les professionnels de terrain à des défis de taille. D'une part, nos sociétés veulent se protéger contre la récidive sexuelle, et des dispositions légales ont été prises dans de nombreux pays pour encadrer le suivi de ces délinquants particuliers. D'autre part, l'hétérogénéité des agresseurs sexuels sur les plans criminologique et clinique est évidente. Elle implique une réactualisation de leur évaluation clinique à la lueur des recherches récentes. Cet ouvrage présente très concrètement les spécificités cliniques et criminologiques des agresseurs sexuels telles qu'elles apparaissent au travers des méthodes actuelles d'évaluation. Les auteurs proposent aussi un regard critique sur des méthodes potentiellement prometteuses, soit déjà validées, soit en cours de validation. L'ouvrage fait le point sur les connaissances actuelles dans plusieurs domaines interdépendants : les expériences vécues durant l'enfance ; les troubles de la personnalité ; les préférences sexuelles ; la récidive. Il revisite l'agression sexuelle à la lumière des techniques projectives et présente les instruments prometteurs pour l'évaluation et la gestion du risque de récidive ; à partir des outils standardisés, il traite de l'évaluation du déni, des distorsions cognitives et de l'empathie. Le livre aborde aussi le domaine encore peu connu des particularités neuropsychologiques des agresseurs sexuels. Finalement, il examine les particularités de l'évaluation clinique des agresseurs sexuels déficients mentaux. [résumé d'éditeur]

GREGOIRE, J; HALIMI, Y; NECCHI, G; PIDOLLE, A.

Le souci de sécurité en psychiatrie : un droit des patients, un droit des soignants, un droit des citoyens

Le Château d'Olonne : Ed. d'Orbestier, 2005. - 237

Il s'agit de la retranscription des travaux du 6 avril 2005 qui avait réuni un grand nombre de professionnels du soin, de la justice et de la sécurité intérieure, des usagers et des élus sur la spécificité de la violence en psychiatrie

ARCHER, E, Directeur de publication.

Agressions sexuelles : victimes et auteurs

Paris : L'Harmattan, 1998. - 409 p.. - (Sexualité humaine - Mémoire du temps)

Il s'agit de réflexions, d'échanges et de propositions sur le traitement judiciaire, médico-psychologique, socio-éducatif des auteurs et des victimes d'agressions sexuelles : du passage à l'acte à la prise en charge de la victime, au suivi de l'agresseur et à la prévention de la rechute, mais aussi du dépôt de plainte à l'exécution des peines et à la prévention de la récidive.

- **Les articles**

DELTEIL, Pierre

Psychiatrie et justice à la recherche de la vérité

in ANNALES MEDICO PSYCHOLOGIQUES vol 170 n°2 (2012). - 69-74

Les conceptions moralisantes et essentiellement sécuritaires, basées sur le respect du maintien de la cohésion sociale et sur le principe de punir le criminel selon son degré de responsabilité, ont pour conséquence une politique pénale inefficace et parfois même nocive. Les délinquants, dont l'opposition aux normes sociales est la conséquence d'anomalies mentales, sont en effet peu sensibles à la répression pénale qui, telle qu'elle est pratiquée, accentue leurs tendances antisociales. La politique anticriminelle proposée dans ce texte vise à resocialiser ces délinquants anormaux mentaux en les plaçant dans des centres de traitement et de réadaptation spécialisés afin de transformer leur personnalité et de neutraliser leurs tendances antisociales

pour faciliter leur réinsertion. Des actions préventives concernant les prédélinquants, par un maillage social performant, sont de même nécessaires. Cette politique pénale à visée restauratrice serait extrêmement satisfaisante sur le plan humain et économique par la diminution des dépenses engendrées par les séjours en prison des récidivistes et du coût pour la société des conséquences d'une criminalité inefficacement combattue. [résumé d'auteur]

BERNARD REQUIN, Michèle

La recherche de la vérité en psychologie et psychiatrie judiciaires. La psychologie dans la décision judiciaire

in ANNALES MEDICO PSYCHOLOGIQUES vol 170 n°2 (2012). - 124-126

Le juge a le devoir de rendre une décision et de le faire en toute impartialité. La 'psychologie de la décision judiciaire' ici traitée concerne le comportement du juge dans l'acte de jugement. En matière criminelle et correctionnelle, les mécanismes psychologiques du magistrat ont une incidence notable sur la recherche de la vérité. Le praticien a voulu illustrer ici comment, durant toute la procédure, depuis le choix des dossiers jusqu'au prononcé du verdict, la personnalité du magistrat (le président de la cour d'assises en particulier) pèse sur la décision judiciaire et quelles sont les leçons à tirer de cet état de fait. [résumé d'auteur]

ALMENDROS, Cécile

Psychiatrie : juges et patients : rencontre délicate

in INFIRMIERE MAGAZINE n°285 (2011). - 6-7

La réforme des soins sans consentement a bousculé les hôpitaux au cours de l'été. Les audiences avec le juge, notamment, sont complexes à organiser. Témoignages sur un mois de rodage [résumé d'auteur]

BALLOUARD, Christian

Que faire de la dangerosité ? Et quand elle est confiée au psychologue ?

in JOURNAL DES PSYCHOLOGUES n°290 (2011). - 70-74

Le psychologue, spécialiste de la parole et de la mise en mots des situations, participe à l'endiguement collectif de la dangerosité. Le repérage de facteurs de risque ne peut être opérationnel qu'à partir d'analyses spécifiques et personnalisées du fonctionnement des personnes et des institutions où elles travaillent ou séjournent. L'injonction de soins et l'expertise sont des exemples d'un nouage entre psychologie et justice. [résumé d'éditeur]

VOYER, M; PAILLARD, C; JAAFARI, N

Dangerosité criminologique : données contextuelles, enjeux cliniques et experts

in INFORMATION PSYCHIATRIQUE vol 85 n°8 (2009). - 719-725

Dans une société devenue de plus en plus sécuritaire, alors que les droits pénaux européens abandonnent le modèle welfare pour un modèle néolibéral, les psychiatres sont expressément sollicités pour l'évaluation de la dangerosité ou plutôt du risque de violence. Depuis la nouvelle pénologie et surtout les critiques apportées par les travaux de Monahan, l'évaluation clinique individuelle est abandonnée dans tous les pays anglo-saxons mais aussi européens. Après la loi rétention de sûreté de février 2008 et le rapport Lamanda de mai 2008, la justice exige des psychiatres experts français une évaluation actuarielle de la dangerosité. [résumé d'éditeur]

SALAS, D

Libertés ou sécurité : l'hésitation française

in PRATIQUES EN SANTE MENTALE vol 55 n°1 (2009). - 4-9

ROELANDT, JL

Pour en finir avec la confusion entre psychiatrie et justice, hôpital psychiatrique et prison, soins et enfermement

in INFORMATION PSYCHIATRIQUE vol 85 n°6 (2009). - 525-535

Après un bref rappel historique sur l'évolution du statut du fou, du système asilaire et de la notion de dangerosité, cet article tente d'éclairer les confusions persistantes qui règnent dans notre pays entre justice et psychiatrie, prison et hôpital psychiatrique, délinquance et maladies mentales. Il répond ensuite par une argumentation chiffrée à quatre grandes idées reçues qui contaminent le débat sur la situation de la psychiatrie en France. Enfin, des réponses concrètes sont proposées pour sortir de l'impasse, en clarifiant les pouvoirs de la justice et de la psychiatrie en faisant évoluer les pratiques de soins vers un plus grand respect des citoyens ayant des problèmes de santé mentale. [résumé d'auteur]

[s.n.]

Relations psychiatrie-justice pour les soins sans consentements

in PERSPECTIVES PSY vol 48 n°1 (2009). - 31-37

Des relations complexes lient la société aux personnes présentant des troubles mentaux. Assistance, protection, soins, coexistent avec rejet, contraintes, ségrégation, invalidation, dans un mouvement globalement toutefois humaniste mais avec des périodes plus difficiles dans le contexte actuel. La criminalisation des malades mentaux accompagne le développement de soins sous contrainte d'origine judiciaire par les obligations et injonctions de soins, tandis que dans le champ sanitaire les hospitalisations sous contrainte régies par l'autorité administrative, croissent dans une confusion entre le soin et la défense sociale. Des modalités de garantie, de retour, des clarifications s'imposent à travers des orientations déterminées. Les garanties individuelles, les droits des libertés sont conjoncturellement questionnés, dans une spécificité hexagonale minoritaire dans l'espace européen. [résumé d'auteur]

LACHAUX, B; MICHAUD, L; HOUSSOU, C; GAUTIEZ, D

Crédibilité et expertise psychiatrique

in INFORMATION PSYCHIATRIQUE vol 84 n°9 (2008). - 853-860

La place de l'expertise psychiatrique dans les procédures judiciaires a été récemment remise en cause à la suite de la tragique « affaire d'Outreau ». Dans le cadre de l'expertise de crédibilité des victimes, l'expert reste un auxiliaire de la justice et donne un avis prudent. Il doit être compréhensible et accessible pour renseigner les juges et éventuellement les jurés sur des connaissances spécifiques médicales et psychologiques que ces derniers ne possèdent pas. Il est interrogé sur la crédibilité d'une personne et non pas sur la véracité de ses déclarations. Il doit évaluer si les pathologies éventuellement présentées sont compatibles avec les faits allégués, ou s'il peut y avoir exagération ou simulation pour l'octroi d'avantages ou par désir de nuire à quelqu'un. L'expert ne doit pas oublier que sa légitimité est basée sur ses compétences professionnelles, c'est-à-dire ici pour les médecins, sur la clinique. Il répond davantage sur la personnalité de la victime, la cohérence de son discours, sa suggestibilité, voire sa pathologie, que sur sa crédibilité. Il pourra s'aider, dans les cas les plus difficiles et afin de rédiger ses conclusions, de tests psychométriques, confrontés à la clinique. Actuellement sa désignation reste floue. Elle prend place dans un processus décisionnel, et se fait par une personne indépendante de lui. Il pourrait être intéressant de rediscuter les critères de nomination et la procédure à suivre. Ainsi il pourrait être exigé, de la part de l'expert, une formation plus solide et une expérience clinique variée, aussi bien en matière de psychiatrie, de criminologie, de victimologie, ou en réparation du dommage corporel. On pourrait imaginer un tirage au sort parmi tous ces experts compétents, ou la désignation par un collège qui répartit de façon équitable toutes les expertises. Enfin il paraîtrait normal, afin d'obtenir des expertises de qualité, de revoir la rémunération de celles-ci, actuellement peu attractives. [résumé d'éditeur]

RAPPARD, P

La fin du non-lieu judiciaire et son incidence sur le but des institutions psychiatriques médico-légales

in ANNALES MEDICO PSYCHOLOGIQUES vol 166 n°7 (2008). - 569-574

"Les problèmes de fond qui caractérisent les rapports de la psychiatrie et de la justice en France, ou mieux de la psychose et du droit, sont abordés avec pertinence et pragmatisme dans le projet de loi relatif à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental, adopté par l'Assemblée nationale le 10 janvier 2008. Le principe de l'irresponsabilité pour cause de trouble mental est bien sûr maintenu (puisqu'il inscrit dans le droit le principe du libre arbitre et fonde par là même la psychiatrie légale) ; mais il n'en résulte plus le non-lieu judiciaire, qui faisait échapper le malade mental criminel ou délinquant au tribunal (ce qui pouvait être opportun), mais qui le faisait du même coup échapper à la justice (ce qui n'était pas forcément opportun). Le Code pénal reste donc ce qu'il est, mais c'est le Code de procédure pénale qui est ajusté, en vue de la mise en place des dispositions concernant les mesures de sûreté. Le psychiatre pourra dès lors traiter la tendance antisociale, sans devoir prévenir le passage à l'acte et sans avoir à maintenir dans les institutions psychiatriques les sujets internés par-delà la période de soins. Faute d'une prédiction scientifique de la récidive, l'autorité judiciaire prendrait en charge la situation des personnes pénalement irresponsables en raison d'un trouble mental. En ce qui concerne la rétention préventive et l'obligation de soins appliquées aux infracteurs dangereux responsables, la question est plus complexe. La mesure n'étant pas considérée comme une peine, elle vient la compléter, après qu'elle a été effectuée dans son intégralité, pour prévenir une récidive, et ce pour une durée relativement indéterminée. C'est là où le bât blesse, car cette mesure peut apparaître comme une sentence absolument indéterminée, qui ne précise pas la durée. Ce système n'a jamais été admis en France, bien qu'il soit admis dans certains pays anglo-américains. Nous voici confrontés en France à deux positions : celle de la défense sociale et celle de la judiciarisation du placement sous contrainte de sujets dangereux dans les établissements psychiatriques ou dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté. [résumé d'auteur]"

JAAFARI, N

La loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté : ne faudrait-il pas clarifier et établir des priorités dans les rapports entre psychiatrie et justice ?

in INFORMATION PSYCHIATRIQUE vol 84 n°6 (2008). - 511-518

La loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté a été l'occasion de vifs débats parlementaires sur le positionnement entre psychiatrie et justice. La nature de la rétention a été très centrale : la rétention doit-elle être prononcée par une juridiction et réalisée dans une structure pénitentiaire, ou faut-il utiliser l'hospitalisation d'office dans une structure hospitalière ? Le problème de l'évaluation de la dangerosité par deux experts et une institution spécialisée a été aussi très largement débattu. Dans ce contexte, il est important de rappeler que crime et maladie mentale ne se superposent pas et que le traitement psychiatrique et psychologique de tout auteur de crime n'a pas fait la preuve de son efficacité dans nombre de pays étrangers. Ces nouvelles sollicitations de la justice vis-à-vis de la santé imposent une hiérarchisation des interventions de la psychiatrie auprès des personnes sous main de justice. [résumé d'auteur]

DAVID, M

Loi de rétention de sûreté. Lecture des dangerosités. Histoire de leur appropriation politique et psychiatrique

in INFORMATION PSYCHIATRIQUE vol 84 n°6 (2008). - 519-526

La loi relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale du 25 février 2008 s'inscrit dans la succession des nombreuses lois sécuritaires promulguées depuis le début du siècle. Elle prévoit la possibilité d'une rétention perpétuelle de condamnés ayant exécuté leur peine pour éviter une probable récidive en relation avec un trouble grave de la personnalité. L'appréciation de la dangerosité et son traitement impliquent de manière importante les psychiatres. La délinquance et la maladie mentale se trouvent à nouveau réunies, avec la volonté politique d'une neutralisation maximale de tout risque à laquelle devraient contribuer les psychiatres. [résumé d'auteur]

PONTE, C

Quelle responsabilité pénale pour les personnes atteintes de troubles mentaux ?

in SOINS PSYCHIATRIE n°254 (2008). - 5-7

DEVERS, G

Responsabilité et soins en psychiatrie

in OBJECTIF SOINS - OBJECTIF SOINS ET MANAGEMENT n°167 (2008). - 8-10

VACHER, F

Rétention de sûreté, irresponsabilité pénale et éthique des soins

in SOINS PSYCHIATRIE n°255 (2008). - 5-7

JONAS, C

L'expertise psychiatrique pénale : commentaires et réflexions sur le rapport de la commission d'audition tenue les 25 et 26 janvier 2007

in NERVURE : JOURNAL DE PSYCHIATRIE vol 20 n°9 SUPPL (2007). - 31-36

FRANCO, H

Punir n'est pas guérir : justice et psychiatrie à l'épreuve du sécuritaire

in NERVURE : JOURNAL DE PSYCHIATRIE vol 20 n°9 SUPPL (2007). - 8-11

[s.n.]

Droit et santé mentale : un tournant ?

in INFORMATION PSYCHIATRIQUE vol 81 n°7 (2005). - 657-660

BEAUREPAIRE C, de

A propos de la prévention de la dangerosité psychiatrique chez les sortants de prison : intérêt d'une consultation extra-pénitentiaire

in PERSPECTIVES PSY vol 44 n°3 (2005). - 219-225

AJZENBERG, D

Psychiatrie et justice, alliances et paradoxes

in PSYCHIATRIES n°144 (2005). - 65-70

PARIENTE, G

Dangerosité

in JOURNAL FRANCAIS DE PSYCHIATRIE n°23 (2004). - 18-20

La sécurité se mesure en termes de repérage de la dangerosité, argument capital pour prolonger au maximum la durée de l'enfermement, éviter les récidives.

JEAN, T, Directeur de publication

Qu'appellez-vous dangerosité ?

in JOURNAL FRANCAIS DE PSYCHIATRIE n°23 (2004). - 1-23

Discussions de psychiatres, psychanalystes, avocats, autour du thème de la dangerosité, de la violence ordinaire ou pathologique, du rôle des psychiatres dans l'expertise de criminels par rapport à la justice, au risque de récidive. Le double crime de l'hôpital de Pau étant au centre des discussions.



CENTRE
HOSPITALIER
La Chartreuse
Direction des Affaires Générales
documentation@chs-chartreuse.fr
03.80.42.55.80/03.80.42.55.81

Centre de Documentation



Bibliographie

«Psychiatrie citoyenne»

Juin 2013

- **Les livres**

BESANCON Marie Noëlle, JOLIVET Bernard.

Arrêtons de marcher sur la tête ! Pour une psychiatrie citoyenne.

Paris : Atelier ; 2009.

Quelle est la place des personnes souffrant de troubles psychiques dans notre société ? De quels soins et de quelles aides peuvent-elles bénéficier ? La psychiatrie, chargée d'y répondre, est en crise, dit-on ; et depuis plusieurs années on s'efforce par des plans et des mesures successifs d'y remédier sans grand succès. Au point que l'on pourrait penser que la société 'marche sur la tête' et refuse de voir et d'entendre. Il est urgent de changer radicalement de perspectives. Ce livre, écrit par deux praticiens ayant une longue expérience de la psychiatrie publique, privée et associative, remet en cause les systèmes anciens pour oser des constructions nouvelles. La reconnaissance de la pleine citoyenneté des personnes souffrant de troubles psychiques est à la base de leur démarche. Il s'agit en effet de penser une organisation qui allie soins et vie sociale au cœur même de la Cité. Inspiré par l'expérience pionnière de l'association 'les Invités au Festin' à Besançon, enrichi aussi par celles - multiples - en France et en Europe, ce livre formule des propositions afin qu'il adienne une psychiatrie citoyenne. La seule qui puisse redonner du sens aux pratiques des soignants, à la vie des soignés et à celle de leur famille. [résumé d'éditeur].

JOLIVET Bernard, BESANCON Marie Noëlle.

Les soins en psychiatrie : une affaire citoyenne.

Paris : Les éditions de l'atelier/Les éditions ouvrières ; 2011.

Dans une société où de plus en plus d'hommes et de femmes souffrent de difficultés et parfois de troubles psychiques, Bernard Jolivet et Marie-Noëlle Besançon, deux psychiatres, proposent de changer radicalement le contenu et l'organisation des 'soins de l'âme' en associant patients (et parents), soignants, élus et citoyens à leur élaboration. Comment faire face à cette souffrance vécue par un grand nombre de nos contemporains ? Doit-on compter sur les médicaments, soigner le comportement ou avoir recours à la psychanalyse ? Faut-il passer par l'hôpital psychiatrique ou développer des soins de proximité plus insérés dans la cité ? Les auteurs osent, dans cet essai, sortir la psychiatrie d'un enfermement sur elle-même qui donne aux patients, à leurs familles et plus largement au citoyen une impression d'illisibilité et d'impuissance. Après avoir relaté la perception que les citoyens et les soignants ont de la psychiatrie, cet ouvrage décrit et analyse de façon pertinente les différents types de soins proposés en psychiatrie aujourd'hui, leur réussite, leur échec et leur devenir. Les auteurs invitent ensuite à organiser autrement ces soins dans des unités territoriales reliées à la vie de la cité avec la participation des citoyens. [Résumé d'éditeur]

ROELANDT Jean Luc, DESMONS Patrice, CARIA Aude Coord., KOUCHNER Bernard Préf.

Manuel de psychiatrie citoyenne : l'avenir d'une désillusion.

Paris : In Press ; 2002.

SANTE MENTALE/POLITIQUE DE SANTE/HOPITAL PSYCHIATRIQUE/20E SIECLE/HISTOIRE DE LA PSYCHIATRIE/EXPERIENCE/SECTORISATION PSYCHIATRIQUE/PATHOLOGIE PSYCHIATRIQUE/ALTERNATIVE A L'HOSPITALISATION/HABITAT/ART/RECHERCHE/SANS DOMICILE FIXE /REPRESENTATION/DESINSTITUTIONNALISATION

Où en est le système de psychiatrie français ? Sur quelles bases, sur quels principes fonctionne-t-il ? Cet ouvrage dresse un état des lieux de la psychiatrie française et critique un système reposant sur une pratique ségrégative, issue directement du XIXe siècle. Les auteurs militent pour une psychiatrie intégrée dans la cité, étroitement articulée au tissu local, politique, sanitaire, social et culturel. Ce livre est aussi un témoignage. Il relate une initiative menée depuis 1979 dans un service de psychiatrie publique de Lille.

- **Les articles**

BESANCON Marie-Noëlle.

De la psychiatrie citoyenne en France au mouvement international Citoyenneté et Santé mentale.

RHIZOME 2012 ; (45) : 24-9.

http://www.orspere.fr/IMG/pdf/rhizome_45.pdf

En France, un nouveau courant a pris naissance récemment, la 'Psychiatrie citoyenne' qui œuvre pour promouvoir la pleine citoyenneté des personnes souffrant de troubles psychiques. L'auteur fait le bilan de ce mouvement et évoque ses perspectives d'avenir. [d'après le texte de l'auteur]

ROUSSEL Céline, GIRAUD BARO Elisabeth, PASSERIEUX Christine, DEDENON Cécile, DEFRAIN Florence, BAPTISTE René, et al.

La réhabilitation aujourd'hui : les pratiques.

PLURIELS 2012 ; (96-97) : 1-16.

<http://www.mnasm.com/files/uploads/Publications/RevuePluriels/revue-pluriels-561.pdf>

Ne sont tracés ici succinctement que quelques-uns des axes qui peuvent contribuer à ces différents leviers de réhabilitation, qu'ils restent dans le domaine du soin comme les programmes spécifiques de psychoéducation, de remédiations cognitives ou d'entraînement aux habiletés sociales, ou qu'il s'agisse du rôle des services d'accompagnement de la personne, pour restaurer la capacité à habiter son logement, à retrouver le chemin d'une insertion professionnelle et à participer à la vie sociale et citoyenne. [extrait de l'éditorial]

NAUDET Jean-Benoît.

Ethique professionnelle ou éthique citoyenne ? La psychiatrie face à sa conscience.

NERVURE : JOURNAL DE PSYCHIATRIE 2011 ; 24(1) : 10-1.

LEFEBVRE Caroline.

Réconcilier psychiatrie et citoyenneté.

LIEN SOCIAL 2011 ; (1010) : 10-7.

<http://www.lien-social.com/spip.php?article3431>

Un mouvement international de la psychiatrie citoyenne a été créé début décembre à Besançon, à l'issue d'un colloque participatif visant à donner une vraie place aux malades psychiques dans la société. Des propositions ont été envoyées aux pouvoirs publics. [résumé d'auteur]

BESANCON Marie Noëlle.

Quel bénévolat pour un nouveau militantisme en santé mentale ?

PRATIQUES EN SANTE MENTALE 2011 ; 57(3) : 21-9.

MILITANTISME/BENEVOLAT/SANTE MENTALE/PSYCHIATRIE
SOCIALE/ASSOCIATION/DEMOCRATIE/CITOYENNETE/ENQUETE/TEMOIGNAGE/SOCIETE

Après la publication de son livre *On dit qu'ils sont fous et je vis avec eux*, l'auteure, psychiatre, relate une expérience innovante de - psychiatrie citoyenne È, concrétisée dans l'association - Les Invités au festin È, dont elle est la co-fondatrice, et qui a pour buts de prévenir l'exclusion des malades psychiques, de favoriser la réhabilitation psychosociale de ces personnes, de recréer le lien social, de changer le regard de la société sur les personnes en souffrance et, pour reprendre les propres termes de Lucien Bonnafé, de - rendre la folie à la société et de développer le potentiel soignant du peuple È. Elle en est sûre : le militantisme en santé mentale se situe surtout du côté du bénévolat. Elle illustre sa conviction en rapportant des témoignages de bénévoles et de salariés. [résumé d'auteur]

RODRIGUEZ DEL BARRIO Lourdes.

Nouveaux paramètres pour l'élaboration des pratiques de soutien communautaire : contribution des organismes communautaires et alternatifs au Québec.

SANTE MENTALE AU QUEBEC 2011 ; 36(1) : 35-56.

Cet article examine l'origine et le contexte du projet d'implantation du suivi dans la communauté selon la perspective des organismes communautaires et alternatifs en santé mentale au Québec. L'auteure présente les résultats d'une recherche sur les pratiques de ces organismes qui ont développé un dispositif spécifique qui intègre les composantes essentielles du modèle de suivi communautaire. L'auteure examine six paramètres qui permettent de caractériser les dispositifs, les approches et les pratiques : 1) l'approche dans l'accompagnement ; 2) le rapport volontaire à l'organisme ; 3) la place du traitement biomédical ; 4) la flexibilité dans la durée et l'intensité ; 5) la dimension individuelle et collective de l'accompagnement ; 6) et, la participation citoyenne. [résumé d'auteur]

GUERROUDJ Djawad.

Handicap psychique et citoyenneté : le SAMSAH « Antonin Artaud ».

PRATIQUES EN SANTE MENTALE 2011 ; 57(4) : 13-6.

Dans l'article, l'auteur présente le service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH), dont il est le médecin responsable et qui est rattaché au centre hospitalier Édouard-Toulouse de Marseille (Bouches-du-Rhône). Il définit les objectifs de cette structure nouvelle, puisque créée en 2009, et complémentaire du dispositif sectoriel : l'accompagnement et la réhabilitation des personnes en situation de handicap psychique, et plus particulièrement de celles souffrant de troubles psychiatriques sévères (psychoses, troubles bipolaires). Il insiste sur l'indispensable relation de confiance qui doit s'établir et s'entretenir entre ces personnes et les membres de l'équipe du SAMSAH (composée, en plus d'un médecin, de trois infirmiers, de deux éducateurs, d'un psychologue, d'un assistant de service social, d'un cadre de santé et d'un secrétaire). Puis il indique que le « challenge » consiste à aider la personne à accéder à un logement et à un emploi, à se reconstruire une identité tant intime que sociale et citoyenne.

RHENTER Pauline, FRAPPAS Mylène, FORTIN Mathieu, WOJNAROWSKI Mireille, DEBART Anne, ARTHUR Maïté, et al.

Les conseils locaux de santé mentale.

PLURIELS 2011 ; (87-88) : 1-12.

<http://www.mnasm.com/files/uploads/Publications/RevuePluriels/revue-pluriels-495.pdf>

Dans ce numéro, nous allons vous présenter, après un panorama synthétique de ce qui est en cours de constitution au plan national, quelques exemples illustratifs, non exhaustifs. [extrait de l'introduction]

PERRON Amélie, HOLMES Dave.

La citoyenneté des malades mentaux.

SANTE MENTALE 2010 ; (147) : 17-22.

Le concept de citoyenneté est souvent évoqué pour illustrer la situation précaire de nombreuses personnes souffrant de trouble mental. Le présent article s'intéresse à l'articulation de ce concept avec celui de maladie mentale, et à examiner les implications de l'expérience citoyenne pour les personnes atteintes de trouble mental. [résumé d'auteur]

BOURGEOIS D, COHEN AS.

Fragments d'une psychiatrie éco-citoyenne à l'hôpital de Montfavet. Actualité de la psychiatrie institutionnelle.

PSY-CAUSE 2007 ; (48-49) : 71-5.

RHENTER P.

Evaluer les effets d'un conseil local de santé mentale.

RHIZOME 2009 ; (34) : 13-4.

http://www.orspere.fr/IMG/pdf/Rhizome_34.pdf

Un certain nombre de municipalités et de secteurs psychiatriques ont développé des conseils locaux de santé mentale conçus comme des instances de concertation et de coordination.

GAMOT I, LEGAUT J.

Engagement social et politique.

PSYCHIATRIES 2009 ; (152) : 159-72.

Cet exposé vise à rendre compte d'un travail mené de façon concertée par le service santé de la ville de Grenoble, et un psychiatre libéral dans le cadre d'un Conseil Local de Santé Mentale, et cela afin de rendre l'accès aux soins possible pour des personnes en grande précarité qui ne sont plus à même d'initier une démarche vers les soins [résumé d'auteur]

ROELANDT, JL; CLERY MELIN, P; KOVESH MASFETY, V; COLLECTIF

Psychiatrie citoyenne et promotion de la santé mentale. Suivi de:/Plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale

REVUE FRANCAISE DES AFFAIRES SOCIALES 2004 ; (1) : 205-220

ROELANDT JL.

Peut-il exister une psychiatrie citoyenne ?

SANTE MENTALE 2003 ; (74) : 22-3.

LE PAPE, AF; JAEGER, M; ANTOINE, JM; COLLECTIF

Santé citoyenne

VST 2002 ; (73) : pp 12-24

UNE JOURNÉE D'ÉCHANGES ENTRE PSYCHIATRIE ET JUSTICE : UN RAPPROCHEMENT NECESSAIRE POUR UN PLUS GRAND RESPECT DES DROITS DU PATIENT.

Une journée d'échanges Psychiatrie & Justice a été organisée le vendredi 7 juin 2013, par le Centre Hospitalier La Chartreuse en collaboration avec la Préfecture, l'Agence Régionale de Santé et l'Ordre des Avocats. Celle-ci a permis de réunir les principaux acteurs de la Justice et de la Psychiatrie dans le contexte particulier de la mise en place de la loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. Cette réforme a indéniablement modifiée les rapports entre la Justice et la Psychiatrie, et a permis d'amorcer une réflexion plus générale sur la place de la personne en souffrance psychique dans la Cité.

Le Directeur du Centre Hospitalier La Chartreuse, Bruno MADELPUECH, ainsi que le Président du Conseil de Surveillance, Roland PONSÂA ont eu le plaisir d'accueillir environ 90 participants pour la première édition de la journée d'échanges Psychiatrie & Justice.

De nombreux responsables régionaux se sont succédés à la tribune tels que Christophe LANNELONGUE, Directeur de l'Agence Régionale de Santé de Bourgogne, Sébastien HUMBERT, Sous-Préfet, Directeur de Cabinet de la Préfecture de Côte d'Or, Henry ROBERT, Premier Président de la Cour d'Appel de Dijon, Marie-Christine TARRARE, Procureur de la République de Dijon, Claude CONSIGNY Président du TGI de Dijon ou encore Kheira BOUZIANE, députée de la Côte d'Or.

- Bilan un an après l'application de la loi du 5 juillet 2011 sur les soins sans consentement : Une salle d'audience au sein du CH La Chartreuse comme symbole de l'union entre la psychiatrie et la justice pour un plus grand respect des droits des patients.

La première table ronde a en effet eu pour objectif de dresser un bilan de l'application de la loi relative aux soins sans consentement et notamment revenir sur l'aménagement d'une salle d'audience au sein du CH La Chartreuse dans le cadre du renforcement des contrôles automatiques assurés par le Juge des Libertés et de la Détention. Ce nouvel espace de 78 m² a été pensé et réalisé en étroite collaboration avec le Tribunal de Grande Instance de Dijon, conformément aux prescriptions ministérielles émises sur le plan technique.

La salle d'audience, inaugurée il y a un environ an, a été spécialement aménagée pour accueillir, deux fois par semaine, les audiences du Juge des Libertés et de la Détention dans le cadre des soins sans consentement, créant une véritable justice de proximité.

Cette date anniversaire fut l'occasion parfaite de permettre aux différents acteurs d'échanger sur leurs pratiques.

- Préjugés autour de la maladie mentale : une conciliation nécessaire entre justice et psychiatrie pour que les personnes en souffrance psychique retrouvent leur place de citoyen.

La seconde table ronde, centrée sur la thématique « **Justice, santé mentale et citoyenneté** », a permis aux élus locaux, magistrats, avocats et personnels médicaux et soignants d'échanger à travers les thèmes des expertises psychiatriques, du suivi socio-judiciaire ou encore des modalités d'accompagnement des personnes en souffrance psychique dans la Cité. Autant de démarches juridiques et médicales permettant à la personne souffrant de troubles mentaux de se réapproprier pleinement son statut de citoyen. Cette nécessité s'inscrit suite au constat qu'il existe de nombreux préjugés sur la maladie mentale, souvent assimilée à la dangerosité et aux comportements déviants.

Cette journée, gage des bons rapports qu'entretiennent psychiatrie et justice, fut une réussite puisque les professionnels de la psychiatrie et de la justice ont pu confronter leur point de vue et dissiper les incompréhensions qui parfois séparent ces deux univers.



PRÉFET DE LA CÔTE-D'OR

