



Disponible en ligne sur  
**SciVerse ScienceDirect**  
[www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

Elsevier Masson France  
**EM|consulte**  
[www.em-consulte.com](http://www.em-consulte.com)



## Communication

# Modalités et impact de la mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011 : de l'impérieuse nécessité de placer le patient au centre de nos préoccupations

## *Modalities and impact of the application of the 5th of July 2011 act: Of the imperious necessity of placing the patient at the center of our preoccupations*

Jean-Louis Senon<sup>a,\*</sup>, Mélanie Voyer<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Faculté de médecine, université de Poitiers, SHUPPM, centre hospitalier Henri-Laborit, 86021 Poitiers, France

<sup>b</sup> SHUPPM, centre hospitalier Henri-Laborit, 86021 Poitiers, France

### INFO ARTICLE

#### Mots clés :

Audience  
 Avocat  
 Hospitalisation sur décision du directeur d'établissement  
 Hospitalisation sur décision du représentant de l'État  
 Juge des libertés et de la détention (JLD)  
 Loi du 5 juillet 2011  
 Programme de soins  
 Soins sans consentement  
 Tiers

#### Keywords:

5th of July 2011 law  
 Care program  
 Care without consent  
 Hearing  
 Hospitalization upon decision of the director of the institution  
 Hospitalization upon decision of a representative of the State  
 Lawyer  
 Liberty and custody judge  
 Third party

### RÉSUMÉ

Dans une démocratie, aucune loi n'est plus difficile à rédiger qu'une loi d'internement. Depuis la création de l'asile, devenu hôpital psychiatrique, notre pays a connu trois lois régissant l'hospitalisation sous contrainte de la personne malade. La loi du 30 juin 1838, portée par Esquirol et Falret, restera un modèle de débat parlementaire. Elle sera effective pendant plus d'un siècle et demi, jusqu'à la loi Evin du 27 juin 1990 qui devait être réévaluée cinq ans après sa promulgation. Depuis cette date, plusieurs projets n'ont pu aboutir et c'est dans l'urgence, sous la pression du Conseil constitutionnel, qu'a été votée 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 loi s'imposait pourtant du fait de la jurisprudence, notamment européenne, mais sa conception, faite dans une période d'affrontement du courant sécuritaire et de celui qui visait à protéger les droits de la personne malade, a été marquée par l'amertume et l'irritation des professionnels. Appliquée en plein été de façon très hétérogène sur le territoire, la loi du 5 juillet 2011 a néanmoins pu, grâce à ses acteurs de terrain, maintenir des soins appropriés aux personnes malades que leur pathologie privait de leur capacité à consentir aux soins. Après avoir rappelé les principes cardinaux de la loi, nous nous focaliserons sur ses acteurs, et notamment sur la personne malade qui doit rester au centre de nos préoccupations.

© 2012 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

### ABSTRACT

In a democracy no law is harder to write than an act. Since the creation of asylums, now known as psychiatric hospitals, our country has known three laws defining enforced hospitalization of the mentally ill. The 30th of June 1838 act, handled by Esquirol and Falret, will remain a model of parliamentary debate. It will be effective for more than a century and a half, until the Evin act on the 27th of June 1990. This latest act should have been reevaluated 5 years after its enactment. Since this date, several projects have not managed to be completed. It is only under emergency conditions and under pressure of the constitutional council that the 5th of July 2011 act was voted "relative to the rights and protection of people concerned by the psychiatric cares and the arrangements for their care". This act imposed itself due to European case law. Its conception however happened during a time of various factions clashing: The "securitarians" and those fighting for psychiatric patient's rights. This battle left professional bitter and frustrated. The 1st of July 2012 law was applied unevenly on the territory. It was applied as best as possible thanks to the field work of the professionals and enabled to maintain a certain standard of care to mentally ill patients who were unable to consent to any form of help due to their pathologies. After reminding the cardinal principles of this act we will focus on its main actors and above all, we shall focus on the person who is ill.

© 2012 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [Jean.louis.senon@univ-poitiers.fr](mailto:Jean.louis.senon@univ-poitiers.fr) (J.-L. Senon).

Appliquée en urgence, en plein été, la loi du 5 juillet 2011 a été rédigée par le législateur à la hâte, le Conseil constitutionnel, dans une question prioritaire de constitutionnalité du 26 novembre 2010, ayant déclaré non constitutionnelle, le 1<sup>er</sup> août, l'hospitalisation à la demande d'un tiers de la loi du 27 juin 1990. Depuis Esquirol et la loi du 30 juin 1838, la loi permettant de donner des soins sans consentement est au carrefour de la pratique en psychiatrie. Très discutée dans sa genèse, la loi du 5 juillet 2011 impose une réflexion sur son impact auprès des acteurs de la loi, en plaçant le patient au centre de nos préoccupations. Nous envisagerons le contexte jurisprudentiel qui a prévalu à sa rédaction et la difficile recherche d'équilibre de toute loi de soins sans consentement, avant d'aborder les problèmes posés aux acteurs de la loi, en faisant une place centrale à la personne malade.

## 1. Une réforme qui s'imposait du fait de la jurisprudence

Depuis une décennie, l'impérieuse nécessité de réformer la loi du 27 juin 1990 était reconnue par tous. La loi Evin avait effectivement prévu l'obligation de sa réévaluation en 1995, le législateur de l'époque étant conscient de la nécessité de la faire évoluer rapidement. Une ébauche de réforme a bien eu lieu avec la loi Kouchner du 4 mars 2002 qui précisait le cadre de l'hospitalisation d'office, mais tout restait à faire pour la mettre en conformité avec la législation européenne [2].

Trois points particuliers imposaient une réécriture de la loi :

- le « bref délai » est le point essentiel : la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH) a conclu dans plusieurs jugements à la violation de l'article 5§4 de la Convention par la France du fait du non-respect de l'exigence du bref délai de traitement des demandes de sortie immédiate en matière d'hospitalisation, que ce soit en premier recours ou en appel. Le « bref délai » a été à plusieurs reprises rappelé comme n'étant pas supérieur à 15 jours ;
- la nécessité d'information et l'obligation de recueillir les observations de la personne malade ou en cas d'impossibilité, le constat écrit de celle-ci, sont un deuxième point constant dans la jurisprudence européenne comme nationale. Par exemple, dans un jugement du 9 juillet 2009, la cour d'appel de Lyon estime que les arrêtés d'hospitalisation d'office « ne peuvent intervenir sauf urgence ou circonstance exceptionnelle qu'après que l'intéressé a été mis à même de présenter ses observations ou qu'a été constatée l'impossibilité de les recueillir » (cour d'appel de Lyon, le 9 juillet 2009) ;
- l'articulation des compétences entre le juge judiciaire et le juge administratif est aussi un point crucial et constant de la jurisprudence européenne dans le sillage de l'arrêt Baudoin/France du 18 novembre 2010 qui rappelait que l'articulation entre la compétence du juge judiciaire et celle du juge administratif quant aux voies de recours offertes n'avait pas permis aux requérants d'obtenir une décision d'un tribunal qui ait pu statuer sur la légalité de sa détention et ordonner sa libération, s'il estimait la détention illégale (CEDH 18 novembre 2010, Baudoin/France).

D'autres faiblesses avaient été pointées dans les évaluations de la loi de 1990, notamment dans plusieurs rapports d'inspection générale :

- l'absence récurrente de tiers faisait l'objet de remarques critiques constantes depuis le jugement du conseil d'État du 3 décembre 2003 en référence à une situation du centre hospitalier spécialisé de Caen quand il était rappelé que seules les personnes ayant des relations antérieures à l'admission avec le malade peuvent

valablement rédiger la demande d'hospitalisation. Il était ainsi rappelé que la pratique visant à solliciter le directeur de garde de l'hôpital somatique n'avait plus lieu d'être, quand un tiers ne pouvait être retrouvé pour signer une HDT. Dans ce contexte, le détournement de l'HDT vers l'hospitalisation d'office était régulièrement dénoncé ;

- la nécessité de favoriser le développement des modes de soins autres que l'hospitalisation complète est une critique régulièrement émise depuis 1990 ;
- dans certains départements, l'utilisation abusive de l'HDT pour obtenir une hospitalisation complète quand l'hôpital est à pleine charge est une pratique condamnée dans plusieurs rapports ;
- un problème nouveau a été dénoncé par le contrôleur général des lieux privatifs de liberté, notamment depuis la circulaire santé-justice de janvier 2010 : rien n'était prévu dans la loi de 1990 pour le réexamen à bref délai de la situation de la personne hospitalisée en cas de divergence entre le psychiatre traitant et le préfet. Dans nombre de départements, des patients hospitalisés d'office étaient maintenus par le préfet, alors même que le psychiatre traitant et deux experts étaient favorables à la sortie.

C'est dans ce contexte de réforme attendue mais toujours repoussée, que le Conseil constitutionnel, après deux questions prioritaires de constitutionnalité (QPC), a déclaré une double inconstitutionnalité pour l'HDT dans une décision du 26 novembre 2010 et pour l'hospitalisation d'office dans une décision du 9 juin 2011. Le Conseil constitutionnel avait donné comme date d'inconstitutionnalité le 1<sup>er</sup> août 2011, ce qui imposait une écriture à la hâte d'une nouvelle loi et une application d'urgence en plein été.

## 2. Une genèse suscitant amertume et irritation dans une fragile recherche d'équilibre

Après l'exceptionnelle qualité du débat parlementaire qui avait prévalu pour la loi du 30 juin 1838 autour d'Esquirol et de Falret, après l'insatisfaction relative du législateur de la loi de 1990, c'est l'amertume et l'irritation qui ont prévalu dans la rédaction finale de la loi du 5 juillet 2011 dans un marathon qui ne faisait aucune place à la concertation. Il faut dire que de multiples tentatives de réforme de la loi de 1990 n'avaient pu aboutir. Des rapports d'inspection générale avaient pourtant tracé le chemin, des travaux de commissions avaient cerné les grands axes d'une possible réforme, mais d'emblée s'affrontaient vivement et de façon peu conciliable des objectifs sécuritaires et la volonté de réaffirmer les droits des patients. Le séisme du projet de loi « prévention de la délinquance », qui dans ses articles 18 à 24 réformait sur le fond la loi de 1990, avait ravivé les craintes de la profession et fixé des positions peu conciliables. La confusion entre délinquance et maladie mentale, la substitution d'une loi de sécurité intérieure à une loi sanitaire, ont amené l'ensemble de la profession à revendiquer, de façon déterminée et unanime, le retrait des articles 18 à 24 de la loi de prévention de la délinquance, ce que le ministre de l'Intérieur de l'époque devait accepter au tout dernier moment, avant le vote à l'Assemblée nationale. Le discours du président de la République à l'hôpital d'Anthony avait aussi ravivé les inquiétudes quant à une bascule sécuritaire dans le domaine des soins psychiatriques, ce que devait confirmer la circulaire Santé Intérieur de janvier 2010 permettant au préfet de maintenir, contre l'avis du psychiatre traitant, des patients en hospitalisation d'office.

Depuis 1838, les cliniciens comme les juristes savent bien à quel point il est difficile d'écrire une loi d'internement qui revient en quelque sorte, dans une République, à concilier l'inconciliable. La loi du 5 juillet 2011 peut être considérée comme une bien fragile recherche d'équilibre. Cela est évident pour ce qui concerne l'équilibre entre protection de la liberté de la personne malade et

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/314911>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/314911>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)