



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)



## Communications

# Place du directeur d'établissement dans l'application de la loi du 5 juillet 2011. Évaluation de la loi par le directeur

## *Hospital manager's role in the implementation of the law of 5th July 2011. Evaluation of the law by the hospital manager*

Jacques Marescaux

Centre hospitalier Saint-Jean-de-Dieu, 290, route de Vienne, BP 8252, 69355 Lyon cedex 08, France

### INFO ARTICLE

#### Mots clés :

Hospitalisation sur demande de tiers  
 Juge des libertés et de la détention  
 Sectorisation psychiatrique  
 Soins psychiatriques  
 Soins sans consentement

#### Keywords:

Hospitalisation on third requisition  
 Judge of freedom and detention  
 Psychiatric treatments  
 Psychiatric sectorisation  
 Treatment without consent

### R É S U M É

La loi du 5 juillet 2011 n'a pas modifié fondamentalement les responsabilités et les missions du directeur d'établissement ; en introduisant le contrôle judiciaire sur les hospitalisations à temps complet de plus de quinze jours, sans modifier profondément les autres procédures, elle a rendu l'application de la législation plus complexe et lourde, tout en donnant des garanties supplémentaires aux malades. Cette loi a besoin d'être amendée dans le sens d'une simplification et d'une clarification, et d'être complétée par une loi d'organisation générale des soins en psychiatrie.

© 2012 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

### A B S T R A C T

The law of the 5th July 2011 does not modify fundamentally the responsibilities and the missions of the hospital manager. The law introduces a systematic judicial control on the full-time psychiatric hospitalisations over 15 days, but doesn't modify the earlier procedures for admission: it makes more difficult and complicated the implementation of the legislation but gives more guarantees to the patients. This law has to be simplified and clarified and to be completed by an other law organising, more globally, the psychiatrics treatments.

© 2012 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

### 1. Place et rôle du directeur d'établissement de santé dans la loi n° 2011-803 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

Le directeur d'établissement dont il s'agira dans cette intervention est celui qui dirige un établissement de santé, public ou privé, autorisé à soigner les personnes atteintes de troubles mentaux en vertu d'une décision prise par le directeur général de l'Agence Régionale de Santé (ARS) en application de l'article L 3222-1 du code de la santé publique (CSP). Seul l'article L 3222-2 du CSP fait référence au directeur d'établissement de santé non autorisé : il lui fait obligation, lorsqu'un patient admis dans son établissement nécessite la mise en œuvre d'une admission en soins psychiatriques prévue par les articles L 3212-1 et suivants ou

L 3213-1 et suivants du CSP, de mettre en œuvre dans les 48 heures les mesures de nature à permettre cette admission en soins psychiatriques. On peut regretter à cet égard que les obligations de ce directeur d'établissement de santé n'aient pas été plus précisément définies, notamment en matière de délivrance des soins somatiques préalables à la prise en charge psychiatrique, de saisine du préfet en vue de la prise de décision concernant les soins sur décision du représentant de l'État, et, enfin, d'information immédiate du directeur d'établissement autorisé.

Pour terminer ce préambule, une observation générale : la jurisprudence récente confirme que le contrôle systématique des hospitalisations à temps complet de plus de quinze jours par le juge des libertés et de la détention rend absolument indispensable que chaque chef d'établissement définisse précisément et rende publiques les délégations accordées à ses collaborateurs, qu'il formalise ses décisions en conformité avec les dispositions de la loi, et qu'il prenne le soin d'organiser la traçabilité de ses décisions et de ses actions.

Adresse e-mail : [jacques.marescaux@arhm.fr](mailto:jacques.marescaux@arhm.fr)

Dans la loi du 5 juillet 2011, on trouvera 27 références explicites<sup>1</sup> aux attributions et aux obligations incombant au directeur d'établissement de santé autorisé à délivrer des « soins psychiatriques » que le législateur a pudiquement évité de qualifier explicitement de soins sans consentement. Pour l'exposé, j'ai cherché à les regrouper en quelques grandes catégories.

### 1.1. La décision d'admission en soins sur demande d'un tiers, en procédure normale et en procédure d'urgence ; la procédure d'admission en cas de péril imminent ; les décisions subséquentes

#### 1.1.1. L'admission

Comme c'était déjà le cas dans le cadre de la loi du 27 juin 1990, le directeur d'établissement décide de l'admission en soins psychiatriques sur demande de tiers. Il lui incombe aussi de procéder aux vérifications préalables à la décision d'admission, notamment l'identité du demandeur et du patient, l'existence de certificats médicaux justifiant cette décision, la conformité de la demande qui doit comporter des mentions manuscrites obligatoires.

L'innovation introduite, à la demande pressante des associations de familles, de la procédure d'admission sans tiers en cas de péril imminent, place le directeur dans la situation d'avoir à s'assurer qu'il était impossible, pour l'adresseur, de recueillir le consentement d'un tiers. Certains établissements font dans ce cas remplir à l'adresseur une attestation faisant état de la recherche infructueuse de consentement. En contrepartie de cette absence de tiers, le directeur de l'établissement d'accueil doit, dans les 24 heures, faire diligence pour informer la famille ou la personne en charge de la protection juridique du patient ou de toute autre personne connaissant la personne et susceptible de justifier qu'elle agit dans l'intérêt du patient (avant-dernier alinéa de l'article L 3212-1 II du CSP). S'agissant d'une primo-admission, cette information doit être faite de façon à ne pas interférer avec les liens que les services soignants cherchent à tisser avec l'entourage du patient, dès son arrivée, ne serait-ce que pour mieux comprendre la situation. Aussi, cette information est-elle concrètement souvent donnée par les soignants. Mais la démarche soignante qui vise à nouer un lien de confiance et d'alliance n'est pas mise en œuvre dans la perspective d'apporter la preuve pour la justice que la démarche d'information, rendue obligatoire par ce mode d'admission très particulier, a bien été accomplie.

#### 1.1.2. Les décisions de modification et de levée des soins

Le directeur qui prononce la décision d'admission est aussi conduit à prendre, sur proposition du psychiatre qui soigne le malade en hospitalisation complète, la décision de modification ou de levée de la mesure de soins sur demande de tiers ou de soins sans demande de tiers en cas de péril imminent.

Aussi bien pour l'admission que pour les décisions ultérieures, la compétence du directeur est liée par l'avis ou la proposition du médecin psychiatre. À cet égard, la formulation du dernier alinéa de l'article L 3212-4 du CSP est parfaitement explicite : « Lorsque le psychiatre qui participe à la prise en charge de la personne malade propose de modifier la forme de la prise en charge de celle-ci, le directeur de l'établissement est tenu de la modifier sur la base du certificat médical ou de l'avis mentionnés à l'article L 3211-11. » Cette compétence liée était fortement revendiquée à la fois par l'ADESM<sup>2</sup> et les fédérations hospitalières du secteur public et privé non lucratif.

### 1.2. Les attributions et obligations en matière de respect des droits des patients

On distinguera dans ce domaine deux types d'attributions : celles qui sont en rapport avec le contrôle judiciaire exercé sur les hospitalisations complètes de plus de quinze jours, et celles qui sont relatives à l'information des patients sur leur situation et sur leurs droits.

#### 1.2.1. La saisine du juge des libertés et de la détention (JLD)

La loi du 5 juillet 2011 prévoit notamment que le directeur d'établissement doit saisir le juge des libertés et de la détention quand le psychiatre qui soigne le patient estime que l'hospitalisation complète se prolongera au-delà de quinze jours (article L 3211-12-1 I) et en cas de désaccord entre préfet et psychiatre au sujet du maintien en hospitalisation complète (L 3213-5).

Le contrôle systématique des hospitalisations psychiatriques à temps complet initiées sans le consentement du patient et dont la durée probable dépassera quinze jours constitue la principale innovation introduite par la loi du 5 juillet 2011, rendue nécessaire par la décision du Conseil constitutionnel en date du 26 novembre 2010. Même si cette intervention judiciaire constitue pour beaucoup de soignants<sup>3</sup> un « choc culturel » auquel ils n'étaient pas plus préparés que le monde judiciaire, même si cette intervention du juge vient se surajouter à un dispositif d'admission sans s'y substituer et vient donc ajouter un peu de complexité, même si de ce fait dans un contexte de restrictions budgétaires elle introduit une surcharge de travail administratif et soignant non compensée, même si elle peut rendre, à certains égards, le travail d'explication et d'alliance du corps médical et soignant avec le patient et son entourage un peu plus complexe et incertain, même si la confrontation à un juge constitue souvent une source d'interrogations et parfois un traumatisme pour les patients, l'intervention du juge des libertés et de la détention n'en constitue pas moins aux yeux de nombre de collègues un progrès dans la représentation sociale du soin psychiatrique. Les directeurs savent bien que les « internements » arbitraires ne sont pas d'actualité, mais l'instauration d'un contrôle judiciaire garanti, pour la société, le respect des libertés individuelles plus efficacement que la seule parole des psychiatres ou des directeurs d'hôpitaux.

Il reste que, malheureusement, dans 75 % des cas, la rencontre du juge et du patient ne se déroule pas dans les conditions les moins traumatisantes : au palais de justice et en audience publique. Pourtant, comme le soulignait, dans une réunion convoquée par le premier président de la cour d'appel fin septembre 2011, un magistrat du tribunal de grande instance (TGI) de Lyon, les personnes qui comparaissent devant le JLD sont des malades, des personnes souffrantes, et la disposition prise dans le ressort de la cour d'appel de Lyon d'organiser les audiences dans les hôpitaux, sous réserve du respect des règles générales de fonctionnement de la justice civile, trouvait dans cette observation de bon sens sa justification principale.

#### 1.2.2. L'information des patients sur leur situation et sur leurs droits

La loi renforce l'obligation qui était précédemment faite à l'établissement de santé d'informer les patients sur leur situation et sur leurs droits. Ces droits du patient et l'obligation d'information par l'établissement étaient déjà présents dans la loi du 27 juin 1990 ou dans la « loi Kouchner » de 2002. Il ne

<sup>1</sup> Elles sont annexées à cette présentation.

<sup>2</sup> Association des établissements gérant le service public de santé mentale, représentative des directeurs d'établissements publics et privés non lucratifs assurant la sectorisation psychiatrique.

<sup>3</sup> Et pour l'administration sanitaire. Une anecdote à ce sujet : alors qu'une ARS avait saisi le JLD hors délai pour un patient hospitalisé sous le régime de l'article L 3213-7, le représentant de cette administration était convaincu que le JLD ne constaterait pas la mainlevée car le patient concerné était dangereux (meurtrier récidiviste) !

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/314918>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/314918>

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