

Réflexion autour de la rencontre singulière entre le patient hospitalisé sans consentement et le juge des libertés et de la détention

Camille Garnier

(auteur principal)
Médecin psychiatre,
Service médico-psychologique régional,
maison d'arrêt des
Baumettes, Assistance
publique hôpitaux de
Marseille

Pascale Giravalli

Médecin psychiatre,
Service médico-psychologique régional,
maison d'arrêt des
Baumettes, Assistance
publique hôpitaux de
Marseille

Catherine Paulet

Médecin psychiatre,
Chef du Service médico-psychologique régional,
maison d'arrêt des
Baumettes, Assistance
publique hôpitaux de
Marseille

Nous assistons depuis quelques années maintenant à une volonté affirmée de protection des droits individuels au sein d'une société hyper judiciaire. Que la justice s'invite également dans le milieu de la psychiatrie est ainsi un événement non surprenant et porteur de sens.

La récente mission de contrôle attribuée au Juge des Libertés et de la Détention (JLD) à l'hôpital psychiatrique matérialise l'idée d'une application du droit commun dans les établissements psychiatriques au même titre que dans tout autre lieu¹. Le contrôle judiciaire des hospitalisations sans consentement est une idée ancienne qui figure dans plusieurs recommandations européennes depuis les années 80^{2,3}. Le principe même du contrôle judiciaire de la privation de liberté est fondateur

du droit français en vigueur puisqu'énoncé dans la constitution française de 1958 : « *Nul ne peut être arbitrairement détenu. L'autorité judiciaire, gardienne de la liberté individuelle, assure le respect de ce principe dans les conditions prévues par la loi* »^{4,5}.

L'hospitalisation sans consentement en psychiatrie est, au regard du droit, une privation de la liberté d'aller et venir. La mise en lumière de l'immense pouvoir dont dispose l'institution psychiatrique sur la liberté des patients peut être dérangeante. Mais il serait sans doute encore plus dérangeant d'en nier l'existence.

Depuis l'adoption de la loi du 5 juillet 2011 le contrôle judiciaire de cette privation de liberté consiste pour chaque patient hospitalisé sans son consentement à se voir proposer dans un délai de 15 jours une audience avec un juge.

Le profond changement que cette rencontre suscite a entraîné de nombreux débats et de vives prises de positions aussi bien dans le monde médical que dans celui de la magistrature^{6,7}. Qu'en est-il du côté des patients ? Comment vivent-ils leur rencontre avec le JLD ? Quel sens prend-elle pour eux dans ce moment si particulier de décompensation de la maladie mentale et de grande vulnérabilité ? L'audience est-elle source d'aggravation de l'état clinique ? C'est en accompagnant plusieurs patients aux audiences judiciaires et en recueillant leur impressions que nous avons souhaité approcher avec eux ces questions⁸.

Il est en premier lieu important de préciser qu'il n'a pas été constaté d'aggravation à court terme de l'état clinique. Il existe pour les patients que nous avons rencontrés une anxiété avant

l'audience que l'on peut considérer comme réactionnelle et adaptée à la situation. Elle est accompagnée de questionnements d'ordre protocolaire sur le déroulement de l'audience : « *il faut se lever quand le juge arrive ?* », « *je vais devoir jurer sur la bible ?* » Notre rôle de soignant est sans doute à ce niveau d'assurer accompagnement, réassurance et explications.

Le point sans doute le plus à souligner si on se place en clinicien, et aux côtés du patient, est l'intrication entre la comparution et l'histoire personnelle des malades. Elle est majeure et retrouvée chez tous les patients accompagnés. Il semblerait que la notion de jugement soit entendue et intégrée à l'histoire singulière du malade au niveau d'un sentiment de culpabilité récent ou plus ancien, mais qui viendrait prendre sens à travers cette rencontre avec la justice. Pour Mr. B., hospitalisé pour un accès maniaque, il s'agirait du passage à l'acte agressif sur sa mère et ayant conduit à l'hospitalisation. Le personnage du juge apparaît pour lui intégré dans un « *procès familial* » l'opposant à sa maman, présente à l'audience et appelée par le juge avec lui. La notion de culpabilité face à ce geste qu'il a porté sur sa mère est très présente et vient parfaitement prendre sens avec le scénario du procès.

Un autre patient, Mr G. y voit une convocation en lien avec le divorce de ses parents il y a 10 ans.

Mr L, jeune patient schizophrène, cherche quant à lui longuement une cause et n'en trouvant pas, suggère celle du « *délit d'anormalité* », qu'il aurait commis.



Cette notion de culpabilité est forte et persiste même après des explications fournies sur les raisons de la présentation au juge. Il reste que dans l'imaginaire collectif, le tribunal est un lieu où l'on juge et punit. Il apparaît au cours de ces entretiens qu'on est face à une grande incompréhension pour les patients des raisons de cette procédure, d'où le besoin psychique de lui trouver un sens qu'ils vont chercher dans leur histoire.



Pour reprendre le titre et l'idée princeps de la loi dite « *relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge* », nous avons abordé le thème de la protection et du respect des droits des malades. La notion d'accusation figure au premier plan chez les patients et laisse peu de place à celle de protection des droits. Il existe une confusion entre JLD et Juge d'instruction ; la tenue vestimentaire est au yeux des patients représentative de figure de justice qui punit « *ça m'a quand même fait un choc de voir les gens en toge, en mode procès* » « *ça reste des juges, il avait le tablier* ». « *un juge, ça sert à mettre quelqu'un en prison* ». Le thème de la liberté ou celui du droit des personnes n'est à aucun moment soulevé par les patients qui utilisent beaucoup plus volontiers des mots appartenant au champ lexical de la justice pénale : « *procès, verdict, sentence, prison, police, juger, code pénal, reproche,*

casier judiciaire, délits, crimes, défense... »

Mr G. nous dira d'ailleurs, en recevant et en lisant sa convocation : « *le juge c'est pour les crimes, les délits, les choses comme ça, donc ça ne me concerne pas* ». Il refusera de se rendre à l'audience.

L'audience est ainsi vécue comme un procès, ou l'on aurait à répondre d'un acte commis. Elle prend, à ce titre, sens à niveau individuel et singulier pour chaque personne. On peut alors s'autoriser à parler d'une réelle limite de la compréhension du dispositif. Celle-ci peut être mise en lien avec l'existence d'une pathologie symptomatique, mais aussi sans doute avec le MOMENT de la tenue de l'audience. La superposition du temps du soin, de la présence du magistrat et de la pathologie mentale décompensée altèrent sensiblement la compréhension du dispositif et de ses implications.

Plusieurs exemples permettent d'illustrer le décalage existant entre le sens commun de l'audience judiciaire et le sens et la valeur qu'elle prend pour les patients.

Nous avons pu observer une absence de contestation de l'hospitalisation devant le juge. Hospitalisés sans consentement, et donc en toute logique opposant aux soins, les patients que nous avons suivis n'ont pas manifesté outre mesure, devant le juge, et lorsque la parole leur est donnée leur opposition à l'hospitalisation. Il existe très certainement un effet d'intimidation ou les patients sont impressionnés par le personnage du juge et le protocole qui l'entoure, mais il existe aussi probablement une absence de compréhension du dispositif en lien avec les difficultés d'abstraction qui peuvent toucher les patients psychotiques. En effet, raisonner sur la symbolique du contrôle judiciaire de leur privation de liberté leur restent très peu accessibles.

L'ambivalence psychotique peut aussi être en lien avec l'absence de contestation de l'hospitalisation. Cela peut paraître du même registre que lorsque nos patients viennent tous les jours prendre leur traitement médicamenteux tout en disant qu'ils ne sont pas malades. Il ne sont de la même façon pas d'accord avec l'hospitalisation, mais ne la contestent pas dans le lieu prévu pour.

De la même manière, on retrouve un désintéressement face à la proposition du huis clos faite par le juge. La question du secret médical ou plutôt de l'atteinte à l'intimité qui avait suscité beaucoup de craintes chez les soignants ne semble pas faire partie de leurs préoccupations. Mr L, ce jeune homme schizophrène répond très gentiment au juge :

« *JLD : Est ce que vous souhaitez un huis clos, c'est à dire que les personnes présentes ici quittent la pièce ?*

M. L. : Comme vous voulez

JLD : C'est vous qui me dites

M. L. : Ça ne me dérange pas. »

On peut ici se poser la question de la valeur de cette réponse, ou pour être plus exact de la capacité pour le patient, à ce moment là, à mesurer l'importance de cette question et à se positionner en conséquence. Il est ici important de préciser que les certificats médicaux (qui contiennent des éléments cliniques) peuvent être lus par le juge et que l'audience est publique.

Le contrôle de la privation de liberté apparaît aujourd'hui incontournable pour les patients souffrants de troubles mentaux dans notre société de droit. Nous avons cependant voulu pointer à quel point il peut être compliqué d'y impliquer les patients au regard de leur symptomatologie⁹. La rencontre apparaît en effet déconcertante, probablement autant pour les patients que parfois pour les juges. Les situations cliniques nous donnent la mesure de la complexité du croisement entre

le monde médical de la clinique psychiatrique et le monde judiciaire.

D'un point de vue social, l'audience judiciaire signe la reconnaissance au patient atteint de troubles mentaux du statut de citoyen de droit commun mais elle met à l'occasion de cette rencontre, la folie dans une position de normalité. Dans un contexte très légitime de mise en avant du droit des patients, le malade mental bascule d'un droit d'exception au droit commun. Ce changement de statut est le témoin d'une évolution sociétale à l'égard de laquelle la psychiatrie se doit de rester vigilante pour ses patients. En effet l'accès acté à une position de normalité des patients peut, peut-être, comporter des risques notamment au regard de la reconnaissance des situations d'irresponsabilité pénale en raison de troubles mentaux¹⁰.

La loi du 5 juillet est pleine de paradoxes mais elle a le mérite de

mettre en exergue la question de la contrainte aux soins. Les médecins, infirmiers, et soignants de manière globale, pris entre les rouages de l'institution psychiatrique et les méandres de la folie peuvent perdre de vue, peu à peu et sans bruit, l'immense pouvoir dont l'institution psychiatrique et surtout le médecin disposent au regard des patients et de leurs libertés. Lorsque la situation l'exige, savoir mettre en place une mesure de contrainte est légitime et du devoir de chaque psychiatre. Mais, bien peser les indications d'hospitalisation sans consentement, travailler le consentement aux soins, réinterroger la nécessité de la contrainte en fonction de l'évolution clinique doivent rester une priorité dans l'abord d'un malade. Quelles fonctions peut on attribuer à la loi du 5 juillet 2011 ? Celle de replacer la folie sur la scène publique ? Celle d'accroître la protection des droits fondamentaux de la personne ?

Le dispositif de la loi du 5 juillet 2011 pourrait également avoir comme fonction celle de resituer auprès des équipes soignantes, médecins y compris l'existence de la contrainte. L'intervention systématique de l'autorité judiciaire viendrait nous rappeler que la contrainte est bel et bien là, et qu'elle est une privation de liberté quel que soit son objectif. Il permet peut-être aussi de réinterroger et réévaluer plus souvent la nécessité d'une mesure de contrainte et de garder à l'esprit qu'hospitaliser un patient sans son consentement n'est pas quelque chose de banal et ne doit jamais le devenir. Le rôle des soignants serait alors ici de savoir comment encadrer et accompagner au mieux les malades face à cette nécessité, de les aider à protéger leurs droits à un moment de grande vulnérabilité ou ils sont dans l'incapacité de consentir aux soins et de se protéger eux-mêmes. ■



BIBLIOGRAPHIE

- 1 - 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. 2011-803 juill 5 ; 2011.
- 2 - Conseil de l'Europe Conseil des ministres. Recommandation Rec (2004) 10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux ; 2004.
- 3 - Conseil de l'Europe Conseil des Ministres. Recommandation n° R (83) 2 du comité des ministres aux Etats Membres sur la protection juridique des personnes atteintes de troubles mentaux et placées comme patients involontaires ; 1983.
- 4 - Constitution de la République Française, article 66. oct 4 ; 1958.
- 5 - Conseil Constitutionnel. Décision n° 2010-71 QPC du 26 novembre 2010.
- 6 - 18. Welniarz DB, et B. « La loi du 5 juillet 2011 : une loi de défiance à l'égard des malades et de leurs médecins ». Perspectives psy. 1^{er} sept 2011;Vol. 50(3):207-209.
- 7 - Naudin J., Lancon C., Bouloudnine S. « Il faut traiter la folie avec ou sans le consentement du malade » [Internet]. L'express.fr. Disponible sur: http://www.lexpress.fr/actualite/sciences/sante/il-faut-traiter-la-folie-avec-ou-sans-le-consentement-du-malade_990947.html
- 8 - Garnier C., 2012, La contrainte en psychiatrie et la loi du 5 juillet 2011: entre théorie et rencontres cliniques [Thèse d'exercice]. [2012-, France] : Aix-Marseille Université, Faculté de Médecine ; 2012.
- 9 - Valmy G., Levy C., Barucq E., Riffaud S., Davignon G., Senon J-L. « Impact psychologique de l'audition devant le Juge des Libertés et de la Détenition (JLD) chez des patients hospitalisés suivant les conditions définies par la loi du 5 juillet 2011 ». Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. déc 2012;170 (10) : 731-737.
- 10 - Rechtman R. « Souffrances psychiques et évolutions de la psychiatrie ». Études. 2011 oct 1; Tome 415(10) : 329-39.