

Master 1 « *SANTE, POPULATIONS, POLITIQUES SOCIALES* »

Université de Paris XIII

Enquête collective

Séminaire de Lara **MAHI**

*Article de fin de semestre à destination de la
revue santé publique.*

« L'audience comme partie intégrante de la pratique clinique en
psychiatrie. »

J. WYART, N. DJALI, G. RODRIGUEZ ET F. DENIS

PAGE DE TITRE :

- Titre : « l'audience comme partie intégrante de la pratique clinique en psychiatrie. » ;
Title : The audience like an integral part of the clinical practice in psychiatry.
- Nombre de signes de l'article : 36 057.
- Rubrique de publication de soumission : Pratiques et organisation des soins.
- Type de publication de soumission : Recherche originale.

RESUME :

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 » prévoit le contrôle systématique par le juge des libertés et de la détention (JLD), de toute mesure de soins sans consentement. L'audience est ainsi devenue une étape commune à toutes les hospitalisations d'au moins 12 jours. Nous avons décidé d'étudier cette nouveauté en émettant l'hypothèse que l'audience des patients peut être utilisée comme une véritable pratique thérapeutique de par la manière dont les institutions judiciaires et médicales s'en saisissent. Cette étude qualitative a été réalisée en Ile-de-France durant un mois, auprès d'acteurs de proximité concernés par la loi (greffière, juges, avocats, secrétaires médicales, psychiatres, interne en psychiatrie, psychiatres membres de comités de rédaction de revues psychiatriques). Nous avons montrés que les perceptions de la loi de 2011 et ses réformes par les différents acteurs étaient hiérarchisées et en interactions. Nous avons également soulignés le rôle joué par la position des juges, avocats, psychiatres et secrétaires dans la perception de la loi, et l'influence que cela a sur le travail quotidien, spécifiquement la rédaction des certificats et ordonnances. Cela nous a permis de nuancer l'opposition entre institution médicale et judiciaire que pourrait provoquer le contrôle du JLD de la mesure prise par le psychiatre.

- Mots clés : psychiatrie ; loi de juillet 2011 ; santé mentale ; soins sans consentement ; étude qualitative.

SUMMARY :

The law of 5 July 2011 concerning "The Rights and Protection of Persons under Psychiatric Care and Arrangements for their Care" stipulates a compulsory follow-up of any involuntary health treatment by a judge for freedom and detention (JLD). Court hearings have become a common place for every 12-days length hospitalizations. We decided to study this novelty under the assumption that court commitment hearings may serve as a true therapeutic

practice defined by the way that the judicial and medical institutions seize them. This one-month qualitative study was conducted in Ile-de-France, with law enforcers (court registrars, judges, lawyers, medical secretaries, psychiatrists, psychiatry residents, psychiatric editorial advisory board members journal) as population. First, we show that law enforcers' perceptions of the law of 2011 follow a hierarchical schema with interactions within them. Second, we underlined how judges, lawyers, psychiatrists and secretaries' perspectives influence the perception of the law; and their daily work, especially in the writing of certificates and arrest orders. In the light of these findings, we attempted to trace the tension between psychiatrists and JLD surveillance over psychiatric interventions.

- Keywords: psychiatry; law of July 2011; mental health care; involuntary commitment; qualitative study.

Introduction

C'est le 5 juillet 2011 qu'est promulguée une nouvelle loi¹ « relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge » dans le but de changer l'exercice des soins sous contrainte en psychiatrie. Certaines dispositions, censurées par le Conseil constitutionnel, ont été modifiées le 27 septembre 2013². La possibilité de contraindre aux soins étant une des particularités de la psychiatrie puisqu'en médecine « aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment³ ». La loi de 2011 vient réformer celle du 27 juin 1990⁴, qui elle-même venait réformer celle du 30 juin 1838⁵. Comme son titre l'indique, son but est de garantir le droit des patients. Ainsi, le juge des libertés et de la détention (JLD) contrôle systématiquement la nécessité du maintien des mesures de soins sans consentement. Contrairement aux deux précédentes lois, il n'est plus saisi uniquement par les personnes hospitalisées estimant leur internement abusif. Ce contrôle intervient avant le douzième jour à compter de l'hospitalisation et au plus tard deux semaines avant le sixième mois. Le JLD émet son avis à la suite d'une audience durant laquelle le patient est entendu en présence de son avocat (ou représenté par lui en son absence), qui est présent pour l'assister dans sa démarche. L'audience a lieu dans une salle prévue à cet effet à l'hôpital, appelée audience foraine ; ou en salle d'audience, au tribunal de grande instance (TGI). Le juge ordonne la mainlevée de la

mesure d'hospitalisation à temps complet ou la poursuite des soins. La modification de 2013 a entraîné la suppression du recours à la visioconférence pour réaliser les audiences.

L'adoption de cette loi a été accélérée suite à la médiatisation de drames impliquant des patients suivis en psychiatrie, qui a conduit à un discours de N. SARKOZY⁶. Mais elle fait en réalité suite à des débats amorcés à la suite de la loi de 1990 après la publication de rapports critiques à son sujet préconisant des réformes.

Dans la nouvelle loi, le terme soins remplace celui d'hospitalisations. Il existe trois catégories de soins psychiatriques sans consentement (SSC). La première étant les soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SDT, anciennement hospitalisation à la demande d'un tiers - HDT) qui peuvent être demandés en urgence (SDTU). Pour les SDT, deux certificats doivent être rédigés, le premier par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil et le second par un autre médecin, qui lui peut exercer dans cet établissement après avoir vu le patient. Pour les SDTU, un seul certificat médical est nécessaire qui peut être rédigé par un médecin de l'établissement d'accueil ou extérieur.

Cette loi a créé une nouvelle catégorie de SSC, celle des soins psychiatriques en cas de péril imminent (SPI). Mesure qui peut être prise en cas d'impossibilité de contacter un tiers, un seul certificat d'un médecin extérieur à l'établissement d'hospitalisation est alors nécessaire. Ces deux premières modalités de soins que sont les SDT et SPI, sont dites sur décision du directeur d'établissement de santé (SDDE).

Et enfin, une troisième modalité de soins psychiatriques, sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) (qui vient remplacer l'hospitalisation d'office - HO), par décision du préfet directement ou à la suite d'une demande du maire. Le certificat émane d'un médecin extérieur à l'établissement.

La personne admise en SSC fait l'objet d'une période d'observation d'une durée maximale de 72 heures sous la forme d'une hospitalisation à temps complet sans consentement. Dans un délai de 24 heures suivant l'admission, un examen somatique complet est réalisé pour écarter toute cause somatique qui pourrait être responsable de l'état de santé. Il est réalisé soit dans le service d'accueil soit aux urgences si la personne arrive par ce biais. Durant ces 24 heures est rédigé par le psychiatre de l'établissement d'accueil un certificat médical constatant l'état mental du patient. Dans les 72 heures suivant l'admission, correspondant à la fin de la période d'observation, un nouveau certificat médical est établi par le psychiatre de l'hôpital, confirmant ou non la nécessité de maintenir les soins en fonction de

l'évolution de l'état de santé. Ce certificat doit alors stipuler le type de prise en charge : hospitalisation complète ou programme de soins, qui regroupe l'ensemble des mesures hors hospitalisation complète. La réforme de 2013 a réintroduit la possibilité des sorties de courte durée (moins de 12 heures) non accompagnées qui avaient été supprimées par la loi de 2011. Si une sortie de plus longue durée, non accompagnée, doit avoir lieu, ce sera sous la forme d'un programme de soins. Il faudra mettre en place une nouvelle mesure de soins sans consentement si la personne devait être réintégrée en hospitalisation à temps complet. En cas d'urgence ou de péril imminent, le psychiatre rédigeant le certificat des 72 heures devra être différent de celui qui a établi le celui de 24 heures, et différent du rédacteur du premier certificat.

A donc lieu une réorganisation de la division du travail entre milieux médical et judiciaire. N'ayant pas réalisés d'enquête avant la promulgation de la loi, nous ne chercherons pas dans cet article à démêler l'avant / après loi. De par le contrôle systématique du JLD, on comprend donc que l'audience devient une étape commune à toutes les hospitalisations d'au moins 12 jours. Nous avons décidé d'étudier cette nouveauté en émettant l'hypothèse que l'audience des patients peut être utilisée comme une véritable pratique thérapeutique faisant partie intégrante de la pratique clinique de par la manière dont les institutions judiciaires et médicales s'en saisissent. Nous commencerons par aborder les différents points de vue des acteurs interviewés au sujet de cette loi. Pour cela, nous nous focaliserons sur les moments où le patient est à la frontière des institutions judiciaires et médicales, comme l'est l'audience. Puis nous montrerons comment ces perceptions peuvent impacter le travail quotidien de ces groupes professionnels et influencer la prise en charge des patients et le processus de soins.

Méthodologie

Cette étude a été réalisée dans le cadre du séminaire d'enquête collective de première année de Master *Santé, Populations et Politiques Sociales* (SPPS) de l'*Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales* (EHESS). Le terrain a eu lieu du 16 avril au 10 mai 2016.

Parmi les quinze étudiants de la formation, cinq sont allés observer le personnel soignant de l'unité d'hospitalisation à temps plein (UHTP) d'un secteur d'un établissement public de santé mentale (EPSM) d'Ile-de-France. Deux étudiants étaient au secrétariat de ce secteur, ce qui leur a permis de se pencher sur les dossiers des patients n'étant plus hospitalisés. Ces dossiers sont stockés au secrétariat pour être classés et archivés. Les deux

étudiants ont été attentifs aux documents qu'ils contenaient, spécifiquement à la rédaction des différents certificats par les psychiatres et les ordonnances émanant du tribunal. Cinq étudiants ont assisté aux audiences pendant laquelle la personne hospitalisée est entendue par le JLD. Ces audiences ont lieu dans un bâtiment construit dans l'enceinte d'un hôpital psychiatrique public. Il date de la fin d'année 2015. Enfin, un dernier groupe de quatre étudiants a établi un corpus de documents principalement à partir de revus psychiatriques en ayant recouru à des portails de revues en sciences humaines et sociales tel que *cairn.info* par exemple ou grâce à *em-consule*. Ils ont réalisé cela dans le but d'étudier les débats qui ont accompagné l'adoption de la loi de 2011.

Ces différentes observations étaient toutes directes non-participantes à découvert. Pour le tribunal, les audiences étant publiques, après avoir obtenue l'autorisation du juge siégeant lors de notre présence, il a fallu demander individuellement à chaque patient son accord pour que nous puissions être présents, démarche similaire à toute personne souhaitant participer à ce genre d'audiences. En ce qui concerne l'hôpital, nous avons été autorisés à observer dans le service après avoir établie une convention de stage grâce à une sociologue – chargée d'études dans un hôpital public psychiatrique.

Nous avons complétés ces observations sociologiques et travail sur documents par seize entretiens sociologiques semis-directifs⁷, pour la majorité enregistrés avec un dictaphone en ayant l'autorisation préalable de l'interviewé puis retranscrits manuellement mots à mots sur un traitement de texte. Nous les avons réalisés auprès de : une greffière du tribunal où a eu lieu les observations ; deux JLD de ce même tribunal ; trois avocats de personnes hospitalisées rencontrés au tribunal ; trois secrétaires médicales de deux secteurs psychiatriques d'Ile-de-France, dont celui observé ; deux psychiatres rédigeant des certificats ; un interne en psychiatrie ; trois psychiatres membres de comités de rédaction de revues psychiatriques. Nous avons préalablement rédigés différents guides d'entretien (un pour chaque groupe d'enquêtés), ce qui nous a permis de croiser les réponses des différentes personnes interrogées. Nous avons pris contact auprès d'eux directement sur nos différents lieux d'observations, ou par mail pour le groupe de trois psychiatres.

Résultats

1. La perception du personnel médical et judiciaire de la loi de 2011 et ses réformes et la conséquence dans leur travail quotidien.

a) Hiérarchisation de ces perceptions.

Notre enquête a mis en évidence des points communs et des oppositions entre les perceptions des différents professionnels confrontés à la réforme.

Tout d'abord, le manque de moyens lié à l'application de la loi est fréquemment mis en avant. Notamment le transfert du patient à l'audience qui engendre des problèmes d'ordre organisationnel. Le transport requiert des moyens humains importants qui ne sont pas mis à disposition. Ce personnel n'est donc plus présent dans l'UHTP au détriment des autres personnes qui y sont prises en charge. L'abandon de la visioconférence par la réforme de 2013 est quant à lui apprécié par les psychiatres du fait que cela pouvait amener des patients à être auditionnés par le juge alors que les médecins ne les évaluaient pas en état de l'être.

Les psychiatres et les secrétaires soulignent aussi la surcharge de travail du fait de l'augmentation du nombre de certificats qu'aurait engendrée la loi. Une secrétaire décrit bien cet aspect :

surcharge de travail, énormément, surcharge parce que faut, être vigilante à tous les documents qu'on nous remet, bon c'est ce que je disais hier, rappeler les établissements quand y a une erreur, rappeler un tiers quand y a une erreur sur la demande de tiers, on peut mettre huit heures pour pouvoir finaliser un dossier parce que on a pas le bon certificat, le temps que l'établissement nous renvoie, le médecin n'est pas là, celui qu'était de garde, c'est euh, c'est très très contraignant. Plus les certifs qu'on doit refaire quand y a une petite coquille, quand euh, y a une erreur de date, quand euh, ça nous arrive aussi de faire des erreurs donc c'est une surcharge de travail (secrétaire).

Concernant les certificats, les questions en lien avec leur terminologie sont communes aux différents groupes professionnels. Un JLD revient sur ce qui lui permet de comprendre les certificats médicaux :

d'une part on a une formation psychiatrique qui (...) nous permet justement d'appréhender les cas. Ca ne veut pas dire que quelque fois je vais pas voir sur Google ou autre ce que signifient certains termes. Mais globalement à l'ENM [*Ecole Nationale de Magistrature*] on a une formation psychiatrique pas mal. Et comme moi,

j'ai toujours fait du pénal, et j'ai fait aussi beaucoup d'assise. Et donc on a évidemment des rapports psychiatriques et cetera (...) dans le cadre de mes fonctions j'ai été quasiment tout le temps en relation avec des experts psychiatres. Du coup le vocabulaire le plus courant signifie quelque chose pour moi et m'est familier (JLD).

Au sujet de la circulation de ces certificats d'un milieu à l'autre, un psychiatre remarquait :

Oui mais c'est le paradoxe, c'est un certificat médical donc il est fait mais celui qui a accès n'est pas un médecin (psychiatre).

Nombreux sont les professionnels qui s'inquiètent de l'amalgame entre audiences devant le JLD et une idée de punition.

C'est problématique, que ça peut induire des confusions dans la tête des patients (psychiatre).

Certains critiquent également la place laissée à l'interprétation de la loi par l'administration. Ainsi, un psychiatre certificateur parle de « zèle par rapport à la loi » en ces termes :

par exemple, à X (nom de l'hôpital), (...) si je fais une sortie de courte durée seul pour un patient, normalement je peux la faire le jour même, l'SPDRE dans la loi c'est marqué quarante-huit heures avant, pour quelqu'un en SPDT c'est pas marqué ça, donc tu peux le faire le jour pour après dans la mesure où ton administration est ouverte, bien évidemment, mais à X ils disent : « non, c'est quarante-huit heures avant, le temps que ce soit relu et évalué », ainsi la loi, elle est interprétée. De manière juste... ou pas (...) c'est soumis à interprétation des administrations (psychiatre certificateur).

Au sujet des différentes interprétations de la loi, le rédacteur en chef d'une revue psychiatrique souligne lui la variabilité concernant le travail des JLD :

y en a [*des positions de juges*] qui sont très formelles : il manque une pièce, y a un truc qui est en retard, ou je sais pas quoi, ils ordonnent la levée du placement. Et puis il y en a d'autres qui tiennent compte des circonstances extérieures (...) nous sommes devant des jurisprudences complètement disparates (...) l'application de la loi est très dépendante du juge (psychiatre).

b) Interaction de ces perceptions.

Par ailleurs, l'idée d'une confrontation entre le psychiatre, qui défendrait le soin ; et le juge, qui protégerait la liberté, est fréquente dans les différents discours. Un JLD rappelle ainsi les difficultés qui incombent à sa fonction :

quelques fois on est très très mal à l'aise. Moi quand j'ai dû faire une main levée, c'était pour quelqu'un qui était hospitalisé à la demande du représentant de l'Etat, qui était quelqu'un de dangereux. Euh... bien sûr que ça fait pas plaisir. Mais à la fois nous sommes des juristes et c'est aussi ça un Etat de Droit sinon c'est l'arbitraire. On peut dire ah bah oui cette nullité elle est évident mais monsieur est dangereux donc... c'est plus une démocratie ça. (JLD)

Un avocat interrogé évoque lui de potentiels abus de la part des psychiatres :

A l'extérieur, on doit savoir s'il n'y a pas une atteinte à la liberté de la personne, et si d'un point de vue médicale, si l'hospitalisation est bien nécessaire. Il y a eu des abus certainement dans le passé. (avocat)

2. Le rôle joué par la position des différents acteurs dans la perception de la loi.

a) Les juges.

L'influence des juges est décisive dans les SSC, étant donné qu'ils peuvent lever à tout moment une mesure. Leur rôle premier est de veiller à ce que les droits des patients aient été respectés, dans le but de garantir l'« Etat de droit », pour reprendre les mots d'un juge :

Euh...bien sûr que ça ne fait pas plaisir. Mais à la fois nous sommes des juristes et c'est aussi ça un Etat de Droit sinon c'est l'arbitraire (JLD).

Une telle surveillance ne se limite pas à la bonne exécution du processus judiciaire mais cela concerne également, et avant tout, la sécurité des personnes concernées. Même si cela implique d'ignorer la présence d'erreurs formelles dans le processus. Un des juges interrogés nous éclaire à ce sujet avec une anecdote :

J'ai eu une situation comme ça, pour une jeune fille suicidaire, très gravement suicidaire, c'était un cas d'école, une jeune femme qui avait tenté plusieurs fois de mettre fin à ses jours, pas seulement des appels aux secours, elle avait échoué de peu. D'après les médecins et ce que j'avais aussi pu constater à l'audience, elle était encore très suicidaire. L'avocat a soulevé un problème de forme dans le dossier. Si on aurait pratiqué la loi purement sans se préoccuper de la situation, j'aurais dû dire que « la procédure est irrégulière je ne prononce pas le maintien de l'hospitalisation et la jeune fille sort ce soir ». Sauf que dans l'état où elle était, à mon avis elle n'aurait pas vu le lendemain.

La loi ne prévoit pas ça. Si on s'occupe du respect des formes légales dans le dossier, il y avait des irrégularités dans la procédure, mais bon, j'ai pris mes responsabilités. Juridiquement ma décision pouvait être contestable. Je considérais que le premier droit de cette femme est le droit à la vie. Pour moi le plus importante était qu'elle soit maintenue à l'hôpital parce qu'il n'y avait pas d'autre solution pour qu'elle puisse être

sauvée d'elle-même. Si j'avais appliqué la loi comme j'aurais dû appliquer, j'aurais dû la laisser sortir. Si elle mourait, moi j'avais appliqué la loi (JLD).

Dans le processus de prise de décision, les juges tiennent comptes non seulement des certificats médicaux, bien que certains soient qualifiés de difficilement compréhensibles.

Oui ça arrive que le certificat ne soit pas assez précis. Et qu'on nous parle de... du trouble... sans nous dire de quoi il s'agit. De trouble... de troubles du comportement ça signifie quoi ? Et quelque fois même dans la genèse du dossier, on n'a pas ça. On ne comprend pas trop pourquoi. Parfois c'est l'audience qui nous aide (JLD).

Ils apportent également de l'intérêt à la parole de l'auditionné qui se trouve en face de lui. Cependant la confiance du juge dans de jugement médical reste évidente.

Moi je suis toujours très prudente... parce que les patients ont vu au moins trois fois des psychiatres qui à chaque fois fait un constat et fait un certificat. Donc il y a trois psychiatres qui disent que la personne a présenté tel trouble ; même si elle se présente devant moi avec un discours adapté... (JLD)

b) Les avocats.

L'avocat apparait comme la figure de la protection du droit des patients. Son rôle n'est pas pour autant clairement défini. Il est présent auprès du patient pour garantir la « régularité de la procédure » judiciaire et pour aider à la compréhension de celui-ci. Il expose au juge la décision de la personne bénéficiant de soins (sortir de l'hôpital ou maintenir les soins) qui en a fait part au juge durant l'audience. Un des avocats nous parle de sa fonction :

L'avocat est là pour vérifier la régularité de la procédure, pour écouter les personnes...ce qu'ils disent, et le magistrat il tranche après sur le demande surtout de la personne (avocat).

Selon la loi, l'avocat a la possibilité de se rendre à l'hôpital pour rencontrer le patient, son client. Or, lors de nos observations, nous avons pu constater que cette rencontre se faisait le jour même avant l'audience à l'arrivée du patient au tribunal. Ce qui ne laisse que très peu de temps aux avocats pour préparer la défense des patients. Il se concentre sur l'étude des certificats que contient le dossier du patient. Un psychiatre nous évoque à ce propos :

Oui, ils cherchent des vices dans les dossiers : des vices de forme, des vices de procédure (psychiatre).

c) Personnel soignant d'UHTP.

Selon certains psychiatres questionnés, la réforme les a amenés à réfléchir plus attentivement sur leur pratique :

Il y a un juge dans l'histoire qui est le garant de la liberté et de la légitimité des mesures de contraintes, bien qu'il n'ait pas de formation clinique. Ça nous oblige quand même à... à ne pas maintenir une contrainte de manière euh... excessive à titre de précaution (psychiatre).

Le moment de la rédaction des certificats est là aussi propice à réflexion :

Ça il faut bien le détailler si le patient est rentré en SDRE, normalement c'est « troubles de l'ordre public ». Est-ce qu'il existe toujours ? Où il en est ? (psychiatre, chef de secteur)

Cependant d'autres médecins critiquent la réforme médicale notamment pour son aspect sécuritaire et car elle contribuerait à la stigmatisation de la maladie mentale :

Moi je suis plutôt opposée à la loi, parce que je trouve qu'elle est très sécuritaire et qu'elle nous met dans une position qui nous demande finalement de faire ce qu'on ne sait pas faire, c'est-à-dire, de potentiellement pouvoir évaluer la dangerosité des patients. C'est très clairement pour ça que cette loi est faite. Notamment le programme de soins. Parce que si tu dis de quelqu'un qu'il peut sortir mais que tu laisses la contrainte, au fond ça n'a pas vraiment de sens clinique, parce que à un moment il faut prendre une décision. Soit la personne a besoin de soins à l'hôpital, soit pas, ou soit un entre-deux mais en tout cas tu peux obliger quelqu'un à être dans une unité hospitalière avec la loi et la porte est fermée (psychiatre certificateur).

Certains ont également évoqués des critiques à l'égard de la manière dont est appliquée la loi qui plutôt que le contenu de la loi en elle-même :

D'un côté, je suis autorisée d'aller contraindre un SDT et de l'autre, à tout moment la mesure peut être levée. Ce paradoxe me rend folle. Et nous psychiatres...Ce n'est pas la loi qui nous rend en colère. Ce sont les aberrations dans l'application (psychiatre certificateur, chef de secteur).

d) Les secrétaires.

La position des secrétaires dans le processus de soins des patients correspond à un rôle de garant de l'exactitude et de la véracité des informations contenues dans les certificats. En d'autres termes, ce sont elles qui sont responsables de l'examen du contenu des différents documents rédigés par les psychiatres. L'une d'elle nous déclare :

Après il faut bien vérifier s'il est bien conforme. S'il est bien daté, s'il y a l'heure, ça c'est important, s'il y a bien le cachet de l'hôpital, si c'est un SAU [*service d'accueil et d'urgence*] (secrétaire).

Une secrétaire nous expliquait par exemple qu'elles prennent systématiquement le temps de vérifier la nature de la personne agissant en tant que tiers

Ce point de vue a été partagé par l'un des internes interrogés :

Elle [*la secrétaire*] a l'habitude d'en faire tous les jours, donc tu te fies aussi à l'avis des secrétaires qui ont le regard pour te dire si là ça pue du cul ou pas quoi, si ça va passer ou si ça va pas passer (interne).

Cependant le travail des secrétaires ne se limite pas à la vérification de la forme de certificats, mais aussi le fond de celui-ci.

Au niveau du texte qui doit être rédigé par le médecin, il faut que ça soit très précis, détaillé, surtout quand c'est des programmes de soin. Quand c'est aussi des [*certificats*] mensuels, bien détailler l'état clinique (secrétaire).

Le rôle des secrétaires dans le suivi du processus administratif concernant les soins devient prédominant dans certaines situations. Tel est le cas de la levée d'une mesure de soins sans consentement à cause de l'absence de la signature du patient concerné.

Donc après il faut récupérer ces papiers signés par le patient, (...) Si c'est pas signé, par exemple si la notification d'admission n'a pas été signée par le patient, si après le patient passe au JLD, ils peuvent lever le SPDT parce que le patient n'a pas été informé de l'hospitalisation sous contrainte (secrétaire).

Le contrôle de la rédaction et l'envoi des certificats dans le temps imparti sont d'autres exemples du rôle des secrétaires :

C'est nous qui leur rappelons. Tel dossier à faire pour tel jour. On leur appelle, qu'on leur voit arriver, et qu'on a toujours pas de certificat, on les relance (secrétaire).

3. L'influence de cette perception sur les pratiques (certificats, prise de décision du juge)

L'influence de la position de ceux qui sont impliqués dans le processus de soins est particulièrement prégnante dans la rédaction des certificats. On observe l'utilisation d'un langage clair et concis, dans la plupart des cas, adapté à un public extérieur au domaine médical, à savoir, les avocats et les juges.

Monsieur est un jeune homme de 22 ans, admis dans le service suite à des troubles du comportement avec altercation verbale et agressivité physique dans un contexte familial (le patient vit avec sa mère et sa soeur cadette). Le patient aurait un outre tenté d'étrangler son chat (extrait de certificat).

Lors d'échanges informels, certains psychiatres nous ont évoqué avoir été informés de la manière de vulgariser les certificats lors d'une réunion avec un juge et un représentant de l'UNAFAM, qui s'est déroulée dans l'enceinte de l'hôpital observé.

Ainsi on trouve dans les certificats rédigés par les psychiatres, des éléments appartenants au milieu judiciaire et dans les ordonnances en provenance du TGI, des éléments appartenant au milieu médical.

Il résulte des pièces du dossier, et notamment, que...présent des troubles mentaux qui nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes et/ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public (extrait d'ordonnance).

Le dossier du patient étant finalement le lieu de rencontre et de contact de ces deux types de documents.

Discussion

Dans cette discussion, nous commencerons par exposer les limites de notre enquête qui nous amènerons à proposer quelques pistes de réflexion.

1. Limites de l'étude.

Le contexte de notre enquête a été la première source de limites. En effet, cette étude ayant été réalisée dans le cadre d'un séminaire de notre Master, nous avons été contraints de réaliser le terrain sur une courte durée. Cette temporalité et l'ouverture limitée de notre terrain fait que nous n'avons pu observer que dans un seul tribunal et un service d'UHTP. Du fait de leur emploi du temps, nous n'avons pu nous entretenir qu'avec deux juges. Ce qui ne nous a pas permis d'aborder en profondeur les points escomptés. Tous les lieux d'observations et d'exercice de toutes les personnes interrogées se situent en Ile-de-France. Le travail sur les dossiers des patients n'a pu être possible que pour le seul service cité précédemment, ce qui limite le nombre de patients. Nous voulions également évoquer certains refus d'autorisation d'assister à des audiences de la part des juges malgré celle accordée par le sans pouvoir autant en connaître la cause. Nous pensons qu'avoir connaissance de la raison de ces refus aurait pu

éclairer certains aspects de sa pratique. Il faut aussi prendre en compte le fait que nous n'avons pas eu recours et pas produits de données quantitatives.

D'autres limites sont quant à elles directement liées à la méthodologie choisie. En effet, nous avons été introduits sur le terrain hospitalier auprès de la chef de service et de la cadre de santé par l'intermédiaire d'une sociologue. Ce qui nous a permis de commencer notre terrain très rapidement. A certains moments, nous avons également été assimilés à la direction de l'établissement. Nous avons été soupçonnés de repérer les irrégularités du fonctionnement du service pour les répéter à la hiérarchie. Un travail plus important de présentation auprès du personnel soignant aurait peut-être dû être fait de la part de certains étudiants. Notre présence au sein d'un service d'UHTP ou dans une salle d'audience ne passait pas inaperçue. Ce qui a pu nous empêcher de prendre connaissances de certaines informations. Ces limites renvoient en fait à la place du sociologue à l'hôpital. Ainsi, Arborio⁸, rappelle que pour Peneff :

l'enquête sociologique par une voie officielle, où l'on annonce ses titres de chercheur, obtient des soutiens ou des crédits, mais détermine un type d'études et de résultats peu satisfaisants en imposant aux interlocuteurs rencontrés, les problématiques et les questions du chercheur, en réduisant sa liberté, son indépendance et sa neutralité. (Arborio, 2007, p. 28)

Ces limites, au regard du fait que comme précisé dans l'introduction, nous n'avons pas réalisés d'enquête en amont de la loi, font que nous n'avons pas prétention à tirer des généralités de notre étude mais que nous avons voulu dégager les différences dans les discours et les pratiques des acteurs.

2. Pistes de réflexion.

Nous tenions tout d'aborder à revenir sur la surcharge du travail évoquée par les psychiatres et secrétaires qu'aurait provoquée la loi étudiée. En effet, nous n'avons pas été en mesure de connaître le nombre de certificats qui devaient être rédigés avant la promulgation de la loi et ses réformes. Lors de discussions informelles, les secrétaires imputant également cette surcharge à des contraintes organisationnelles : baisse des effectifs, évolution des relations avec certains psychiatres, nombre de patients dans le service. En effet, lors de notre mois d'observation, le service n'était pas complet, ce qui laissait le temps aux secrétaires d'effectuer l'archivage des dossiers. La rédaction des certificats n'occupant pas la majorité de leur temps. Le rapport Bedolis⁹ précise la nature de cette surcharge qui est d'ordre

administrative : « plus de vérifications et de préparations de décisions sont à effectuer. Ces procédures administratives chronophages peuvent produire des effets indésirables. » (p. 18)
Ce rapport signale également que l'importance plus grande de la dimension juridique est aussi perçue « comme une injonction supplémentaire, essentiellement administrative et chronophage, réalisée au dépend des temps de soin. » (p. 19)

Cette loi autorise la tenue d'audiences foraines. Ce qui permettrait de pallier au manque de moyens, telle que la monopolisation de soignants pour l'accompagnement des patients. Cambier et al.¹⁰ qualifient ce manque de moyens dans leur étude comme un point noir de la loi. Or, pour le secteur d'UHTP observé, le juge ne s'y déplace toujours pas. Il est question d'aménager une salle mais sur un autre site de l'EPSM. Ce qui finalement réintroduiraient les difficultés évoquées précédemment, tout comme la possibilité de convention entre établissements pour mutualiser les salles d'audience.

La loi de 2011 réformée en 2013 énonce notamment le fait que le patient doit être informé de ses droits et voies de recours. Cela doit être fait si son état le permet. Or, les patients hospitalisés pour SSC sont en UHTP car ils ne sont plus en pleine possession de leurs moyens. On comprend donc l'aspect paradoxal qui se dégage entre devoir énoncer des droits à quelqu'un qui n'est pas en capacité de les comprendre. Une feuille doit être remplie par l'équipe médicale attestant avoir énoncé ses droits au patient. Cette feuille peut être signée par un infirmier comme un psychiatre. Ainsi, il arrive que les psychiatres se contentent d'expliquer aux patients les soins qui leur sont prodigués. Enonciation des droits au patient ne veut pas pour autant dire explication de toute la loi et le pourquoi de la présentation au juge. Le juge ne présente son rôle au patient que rapidement au début de l'audience. On peut alors se demander sur quoi se base l'équipe médicale pour évaluer la présentabilité d'un patient ? Et si le JLD ou l'avocat a les moyens de remettre en cause cette décision ? Le refus d'envoyer le patient au tribunal doit être motivé par un certificat rédigé par le psychiatre. Certains secteurs refusant encore catégoriquement l'envoi des patients au tribunal. Le secteur observé va à l'encontre de la politique du Conseil Médical d'Etablissement qui refuse systématiquement l'envoi des patients. En effet, bien que l'audience soit utilisée comme outil thérapeutique, l'amalgame peut être fait entre présentation à un juge et justice pénale avec parfois la crainte d'être envoyé en prison.

Par l'instauration de cette loi, c'est le JLD qui est en position d'autorité en se prononçant sur la mainlevée de la mesure ou la poursuite des soins. Or, nous avons pu

remarquer durant cette étude que dans la majorité des cas, il ne remettait pas en question l'avis du psychiatre. Le rapport Bedolis met également en avant ces bonnes relations entre juge et psychiatre étant donné que la compétence du JLD n'est pas remise en cause, il prend sa décision à partir des éléments donnés par le psychiatre. Le juge se prononce alors sur la forme (rédaction des certificats) et non sur le contenu. Son rôle reste donc limité. Ce flou autour de ses manières d'intervention est également mis en avant par Cambier et al. « le texte ne définit pas clairement le positionnement du juge en audience » (p. 800)

Conclusion

Notre étude a permis de montrer qu'en dépit de la confrontation apparente entre le monde médical et le monde judiciaire que pouvait introduire le contrôle systématique des mesures de SSC par le JLD, il existait une coopération entre les deux institutions à la source d'une cohérence dans le travail quotidien permettant la prise en charge des patients atteints de troubles mentaux. Cette cohérence, particulièrement visible à l'audience, se retrouve dans l'usage d'un langage compréhensible dans la rédaction des documents par le psychiatre à destination du juge. Cela provoque également une réorganisation des tâches entre les groupes professionnels perçue par certains comme une surcharge de travail administratif. Dans ce sens, le personnel administratif (secrétaires) devient un élément décisif pour faire le lien entre les deux mondes.

D'autre part, bien que la réforme de la loi de 2011 ait donnée une plus grande importance au milieu judiciaire devenu incontournable dans la pratique psychiatrique, nous notons que ces changements ont pu être utilisés comme un moyen de légitimation de la pratique médicale quotidienne. La figure du juge devient décisive dans les rares cas où il existe des doutes quant au respect des droits des patients pour des cas cliniques précis. Dans toutes les autres situations, les critères cliniques dont fait état le psychiatre sont pris en compte par le juge et respectés. Les psychiatres interrogés soulignant ce rôle de garant des libertés du JLD, d'où leur volonté de présenter le maximum de patients. Les salles d'audience deviennent des espaces de régulation des conflits qui persisteraient entre mondes judiciaire et médicale. Elles peuvent donc être interprétées comme un espace d'extension des soins psychiatriques.

REFERENCES :

¹ République Française. 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. JORF n° 0155 du 6 juillet 2011 page 11705, texte n° 1.

² République Française. Loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de 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. JORF n° 0227 du 29 septembre 2013 page 16230, texte n° 1.

³ Article L.1111-4 du code de la santé publique

⁴ République Française. Loi n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation. JORF n° 150 du 30 juin 1990 page 7664.

⁵ Monarchie constitutionnelle française. Loi du 30 juin 1838 sur les aliénés. Recueil Duvergier. P. 490.

⁶ Sarkozy N. L'hospitalisation en milieu psychiatrique. Discours d'Antony. Paris : Public Sénat ; 2 décembre 2008.

⁷ A ce sujet, voir Combessie, JC. La méthode en sociologie. 5e éd. Paris, Éditions La Découverte, Collection Repères; 2007

⁸ Arborio A-M. L'observation directe en sociologie : quelques réflexions méthodologiques à propos de travaux de recherches sur le terrain hospitalier. Rech Soins Infirm. 2007;90:26-34

⁹ Bedolis K., Bruxelles O., Buttet, P. et al. Impact de la loi du 5 juillet 2011 réformant les modalités d'admission en soins sans consentement des personnes atteintes de troubles psychiques sur les droits des usagers et les pratiques en psychiatrie. Rapport du module interprofessionnel de l'EHESP. 2013.

¹⁰ Cambier G, Bougerol T et Micheletti P. Enquête qualitative sur la loi du 5 juillet 2011 en psychiatrie. Santé publique. 2009 ; 25 : 793-802.