HAL
open science

La loi du 5 juillet 2011 relative aux soins sans consentement en psychiatrie : regards croisés d'acteurs de proximité sur un nouveau dispositif

Gentiane Cambier

▶ **To cite this version:**

Gentiane Cambier. La loi du 5 juillet 2011 relative aux soins sans consentement en psychiatrie : regards croisés d'acteurs de proximité sur un nouveau dispositif. Médecine humaine et pathologie. 2013. dumas-00789587

HAL Id: dumas-00789587

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00789587

Submitted on 18 Feb 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université Joseph Fourier GRENOBLE MEDECINE

SICD1 Bibliothèques de l'UJF et de Grenoble INP

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SICD1 de Grenoble : thesebum@ujf-grenoble.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

Année 2013

LA LOI DU 5 JUILLET 2011 RELATIVE AUX SOINS SANS CONSENTEMENT EN PSYCHIATRIE
Regards croisés d'acteurs de proximité sur un nouveau dispositif

Thèse présentée pour l'obtention du
DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)

Par

Gentiane CAMBIER
Née le 17 juillet 1984 à Nice

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine de Grenoble
Le 15 février 2013

Devant le jury composé de :

M. le Professeur Thierry BOUGEROL (Psychiatrie)	Président du jury
M. le Professeur Vincent DANEL (Anesthésie réanimation - SAMU)	Assesseur
M. le Docteur François PAYSANT (Médecine légale)	Assesseur
Mme. le Docteur Christine HEYWARD (Psychiatrie)	Assesseur
M. le Docteur Pierre MICHELETTI (Santé publique)	Directeur de Thèse

REMERCIEMENTS

A monsieur le professeur Thierry BOUGEROL président de mon jury de thèse, vous avez suivi mon cursus d'externe et d'interne et je vous suis très reconnaissante de la grande compréhension dont vous avez fait preuve à chaque moment (difficile ou heureux) de mon parcours.

A monsieur le professeur Vincent DANEL, vous avez accepté sans hésitation d'être membre de mon jury et vous m'avez apporté un autre regard sur cette loi. Merci de l'intérêt que vous avez porté à mon travail.

A monsieur le docteur et maître de conférence François PAYSANT, de membre de jury pour mon premier oral d'externe, tu deviens membre de mon jury de thèse ! Merci d'avoir suivi et ponctué de tes conseils ce long parcours de médecine.

A madame le docteur Christine HEYWARD pour votre participation au jury mais aussi pour vos conseils et votre recul quant à cette loi et sa place dans l'histoire de la psychiatrie française.

A monsieur docteur et professeur de science politique Pierre MICHELETTI, c'est grâce à vous que j'ai pu réaliser ce travail : votre enseignement avec le *synopsis* et votre expérience dans l'encadrement de travaux universitaires ont été pour moi d'une grande richesse.

A monsieur le docteur Patrick IMBERT pour votre disponibilité et vos conseils méthodologiques ainsi qu'à madame le docteur Nicole JANVIER.

A monsieur le docteur Philippe SECHIER. J'ai commencé à réfléchir à mon sujet de thèse avec toi, tu es pour moi ce qu'on appelle un maître.

Aux médecins qui ont apporté chacun un maillon à ma vision et à mon apprentissage de la psychiatrie : Claire BUIS, Jérôme HOLTZMANN, Stéphane CABROL, Virginie NOËL, Lucie PENNEL ainsi qu'à leur équipe respective. Un grand merci à toi Adeline DEMANGEL.

Aux anonymes : médecins, juges, famille et patients qui ont participé aux entretiens pour ce travail.

A mes co-internes et notamment ceux avec qui j'ai partagé des moments de réflexion ou d'apprentissage de la psychiatrie : Nicolas, Zohra, Nadia, Laetitia, Amandine, Maurienne, ainsi qu'à ceux de ma "mini promo" : Alexandre, Pierre et Sophie.

A mes amis de médecine …

Eléa, Pierro, Chloé do Brasil, Dom, Sarah, professeur Thévenon, Adrien, Caro, Liane… long parcours pour arriver jusqu'ici, heureusement j'ai pu compter sur votre belle amitié.

… et d'ailleurs :

Camille et Thibault mes amis d'enfance, les Parisiens, les Grenoblois (le perchoir), les marins (Benoit) et les guyanais (Brisou).

A toute la famille et surtout à Mam et Pakal d'être toujours et vraiment là pour moi,

A mon champion de parapente, mon petit frère Théo.

Aux grands absents d'aujourd'hui : Sarah, Adrien et Papa…

Et aux plus beaux présents dans ma vie : Thibaud et mon petit Johan.

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 a été fortement critiquée et souvent rejetée, avant puis lors de sa parution. Elle est appliquée depuis le mois d'aout 2011.

Notre étude a pour objectif de décrire et de croiser les perceptions de cette loi par des acteurs de terrain, après six mois d'application, puis d'en déduire des pistes d'amélioration.

Cette étude qualitative multicentrique (Isère et Savoie) réalisée auprès de vingt quatre acteurs de proximité, recrutés parmi des psychiatres, juges, patients et familles montre que cette loi n'est pas globalement remise en cause et qu'elle apporte des avantages pratiques : période d'observation, regard extérieur du juge, soins rapides aux personnes isolées en cas de péril imminent, amélioration des certificats ainsi que du suivi ambulatoire. Mais la loi du 5 juillet entraine aussi de nombreuses difficultés : les moyens manquent ; certaines parties du texte ne sont pas claires ; les audiences sont problématiques car précoces, publiques, et parfois réalisées en dehors des établissements hospitalier ; les possibilités de sorties d'essai de moyenne durée ont été abolies ; et les relations justice-psychiatrie sont complexes.

Dix propositions ont pu être dégagées des entretiens et de leur analyse, afin d'améliorer la loi et les conditions de sa mise en œuvre. Ces recommandations relèvent de modifications législatives, de la création de dispositifs complémentaires innovants, d'actions de formations et de l'apport de moyens supplémentaires.

Mots clés : « Psychiatrie », « Loi du 5 juillet 2011 », « Soins sous contrainte », « Perception », « Propositions d'amélioration », « Analyse qualitative ».

ABSTRACT

The Law of the 5th of July 2011 on the rights and protection of persons under psychiatric care and on modalities of their care was heavily criticized and often rejected before and since it was published. The law is now applied since August 2011.

Our study aims to describe and cross the perceptions of the law by peoples concerned by the law, after six months of operation, and then to deduce possible improvements.

This multicenter qualitative study (Isère and Savoie) based on twenty-four interviewee including psychiatrists, judges, patients and families, shows that this law is not totally questioned and provides practical advantages: a period observation, an outside view of the judge, efficient cares for isolated peoples with a risk of a imminent danger, improvement of certificates as well as ambulatory health care.

But the act of the 5th of July leads to many problems: financial difficulties; badly explained parts of the text; problematic hearings because premature, public, and sometimes performed outside of hospitals; no authorization of get out of the hospital more than twelve hours and unaccompanied during hospitalization under constraints; and relationships between justice and psychiatry are complex.

Based on interview analysis, ten proposals are presented in order to improve the law and his application. These recommendations are legislative changes, the creation of innovative organization, training actions and the provision of additional resources.

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

CCA : Chef de clinique assistant

CDSP : Commission départementale des soins psychiatriques

CHU : Centre hospitalo-universitaire

CMP : Centre médico-psychologique

CNCDH : Commission nationale consultative des droits de l'homme

DES : Diplôme d'études spécialisées

HDT : Hospitalisation à la demande d'un tiers

HO : Hospitalisation d'office

JLD : Juge des libertés et de la détention

PH : Praticien hospitalier

PO : Placement d'office

SAMU : Service d'aide médicale d'urgence

SASC : Soins ambulatoires sous contrainte

SDRE : Soins à la demande d'un représentant de l'état

SDT : Soins à la demande d'un tiers

UMD : Unité pour malades difficiles

TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION 7

II. MATERIEL ET METHODES 9

A. CHOIX METHODOLOGIQUES DE L'ETUDE 9
B. ECHANTILLON 10
C. ORGANISATION DE LA COLLECTE DES DONNEES 10
C.1. CONTACT AVEC LES INTERVIEWES 10
C.2. DEROULEMENT DES ENTRETIENS 11
D. ANALYSE DES DONNEES 11
E. STRATEGIES D'ACCROISSEMENT DE LA VALIDITE DE L'ETUDE 11

III. RESULTATS 13

A. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION DE L'ETUDE 13
B. RESULTATS QUALITATIFS 14
B.1. INTERVENTION DU JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION 14
B.2. PERIODE INITIALE D'OBSERVATION DE SOIXANTE DOUZE HEURES 19
B.3. HOSPITALISATION SOUS CONTRAINTE EN CAS DE PERIL IMMINENT 21
B.4. SOINS AMBULATOIRES SOUS CONTRAINTE 23
B.5. AUTRES PERCEPTIONS DES EFFETS DE LA LOI DU 5 JUILLET 2011 26
B.6. SYNTHESE DES NOTIONS TRANSVERSALES ABORDEES DANS LE CORPUS D'ENTRETIENS 27

IV. DISCUSSION 30

A. LES LIMITES DE L'ETUDE 30
A.1. METHODE 30
A.2. POPULATION 30
A.3. ANALYSE 30
B. SYNTHESE DES PERCEPTIONS DE LA LOI DU 5 JUILLET APRES SIX MOIS D'APPLICATION 30
B.1. LES NOUVEAUTES DE LA LOI DU 5 JUILLET 2011 30
B.2. LES AVANTAGES DANS LA PRATIQUE 31
B.3. LES DIFFICULTES IDENTIFIEES APRES SIX MOIS DE PRATIQUE 33
C. DIX PROPOSITIONS D'AMELIORATION DE LA LOI DU 5 JUILLET 2011 39
C.1. PROPOSITIONS 39
C.2. RAPPORT D'INFORMATION N° 4402 SUR LA MISE EN ŒUVRE DE LA LOI DU 5 JUILLET 2011 41

V. CONCLUSION 42

VI. BIBLIOGRAPHIE 44

VII. ANNEXES 47

ANNEXE 1 : REALISATION DU GUIDE D'ENTRETIEN 48
ANNEXE 2 : GUIDE D'ENTRETIEN 52
ANNEXE 3 : RETRANSCRIPTIONS DES ENTRETIENS 54
ENTRETIEN 1 (E1) 54
ENTRETIEN 2 (E2) 63
ENTRETIEN 3 (E3) 70
ENTRETIEN 4 (E4) 77
ENTRETIEN 5 (E5) 84
ENTRETIEN 6 (E6) 91
ENTRETIEN 7 (E7) 96
ENTRETIEN 8 (E8) 103
ENTRETIEN 9 (E9) 110
ENTRETIEN 10 (E10) 117
ENTRETIEN 11 (E11) 124
ENTRETIEN 12 (E12) 131
ENTRETIEN 13 (E13) 138
ENTRETIEN 14 (E14) 144
ENTRETIEN 15 (E15) 149
ENTRETIEN 16 (E16) 154
ENTRETIEN 17 (E17) 159
ENTRETIEN 18 (E18) 164
ENTRETIEN 19 (E19) 168
ENTRETIEN 20 (E20) 175
ENTRETIEN 21 (E21) 180
ENTRETIEN 22 (E22) 187
ENTRETIEN 23 (E23) 191
ENTRETIEN 24 (E24) 195
ANNEXE 4 : TRAVAIL D'ANALYSE THEMATIQUE E1 200

I. INTRODUCTION

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 (1) est venue réformer la loi du 27 juin 1990 et a été adoptée après une troisième lecture à l'Assemblée nationale.

Elle a suscité, de la même manière que ses deux ainées (loi de 1990 et loi de 1838) nombre de controverses et polémiques puisqu'elle devait répondre à un exercice d'équilibre difficile entre soin, respect des libertés individuelles (droits du patient) et sécurité de la personne malade, de sa famille mais aussi de la société (maintien de l'ordre public). Le contexte de sa parution n'a guère facilité les choses. En premier lieu, elle a fait suite à des événements graves et fortement médiatisés, perpétrés par des personnes atteintes de maladies mentales, qui ont donné lieu à un discours présidentiel allant dans le sens d'un regain de sécurité (2). Le projet de loi réalisé alors a entraîné de nombreuses critiques et la mobilisation de professionnels et de syndicats de la santé mentale s'opposant à l'application d'une loi dite « sécuritaire » (3). En deuxième lieu, un nouveau poids est venu peser dans la balance législative suite à deux questions prioritaires de constitutionnalité initiées par des patients ayant fait l'objet de soins sans consentement (4) (5). Ainsi, le juge constitutionnel a imposé une judiciarisation systématique des procédures dès lors qu'une privation de liberté devait être appliquée. Finalement, la « loi relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge », répondant nécessairement à ces deux objectifs différents, a du être mise en pratique par les professionnels de santé dès le premier août de la même année.

Un bref rappel historique concernant l'évolution du droit encadrant la psychiatrie peut permettre de mieux situer encore le contexte de promulgation de la loi du 5 juillet 2011. La première loi encadrant les hospitalisations des malades psychiques remonte au 30 juin 1838 et à la médecine aliéniste d'Esquirol. Elle fait de l'insensé un aliéné et légifère sur les premiers modes d'hospitalisation sous contrainte. Par la suite, cette loi est critiquée tant par les juristes comme étant une loi d'exception incompatible avec le respect des libertés, que par les psychiatres, n'étant pas adaptée à la psychiatrie moderne (sectorisation) (6).
A partir des années soixante, la pratique asilaire des aliénistes est progressivement remplacée par le souci d'intégrer le malade dans la société (7). En témoigne la circulaire du 15 mars 1960 permettant la mise en place progressive du secteur puis la prise en charge du financement de ses dépenses par l'assurance maladie. Ensuite la loi du 3 janvier 1968, portant réforme des droits des incapables majeurs, établit un nouveau régime de protection civile non spécifique aux malades mentaux et une séparation entre traitement médical et régime de protection des biens. Ainsi, l'hospitalisation en psychiatrie, même sous un régime de contrainte, n'est plus synonyme d'interdiction (6).
Il faut attendre le 27 juin 1990 pour que la loi de 1838 soit réformée par la «loi relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation ». Cette dernière manifeste la volonté du législateur de mettre en avant l'hospitalisation libre, de promouvoir les droits des patients, d'instaurer un meilleur contrôle des hospitalisations sous contrainte en psychiatrie et de favoriser la réinsertion sociale. Là encore, de nombreuses critiques accompagnent sa parution. Une enquête d'opinion auprès des psychiatres réalisée en 1992 montre un jugement globalement négatif (8), le manque de moyens est dénoncé (6). La loi est critiquée car elle « dévore du papier et envahit le temps des secrétaires et des

administratifs ». On regrette le texte de 1838 pour « sa longévité, sa souplesse et son utilité » (9). Enfin la « loi Kouchner » du 4 mars 2002 continue de faire évoluer le cadre réglementaire autour de la psychiatrie en mettant le principe du respect de l'autonomie du patient au cœur des relations de soin (10).
C'est donc dans cet espace législatif que doit se tenir la nouvelle loi relative aux soins psychiatriques.

Présentées de manière succincte, les principales nouveautés de la loi sont les suivantes : les Hospitalisations à la Demande d'un Tiers (HDT) sont remplacées par les Soins à la Demande d'un Tiers (SDT) et les Hospitalisations d'Office (HO) deviennent Soins à la Demande du Représentant de l'Etat (SDRE). Trois types de SDT sont possibles : SDT avec deux certificats (« classique ») SDT en cas de péril imminent et SDT d'urgence. Une hospitalisation complète initiale de soixante douze heures est obligatoire, au cours de laquelle doit être réalisé un examen somatique. Le patient doit être transféré au bout de 48 heures dans un établissement agréé pour les soins sous contrainte. Les informations à apporter au patient sont précisées dans le nouveau texte. Après les certificats médicaux d'admission, d'autres certificats doivent être établis : à 24 heures, à 72 heures, entre cinq et huit jours puis tous les mois. La sortie d'hospitalisation complète sans fin de la mesure de contrainte est possible sous deux formes : sortie accompagnée d'une durée maximale de douze heures ou Soins Ambulatoires Sous Contrainte (SASC) assortis d'un programme de soins. Pour tous les patients en SDRE aux antécédents d'irresponsabilité pénale ou de séjour en Unité pour Malade Difficile (UMD) d'au moins un an, les demandes de sorties d'hospitalisation complète nécessitent l'avis d'un collège médico-soignant (et de deux expertises en cas d'irresponsabilité pénale). A noter que cette mesure a été jugée non conforme à la constitution et ne sera plus appliquée à partir du 1er octobre 2013 (5). Le Juge des Libertés et de la Détention (JLD) intervient dorénavant systématiquement en cas d'hospitalisation complète dans un délai de quinze jours maximum puis à six mois. Conformément à la procédure juridique, l'audience du patient (qui peut être assisté par un avocat) est publique. Elle peut parfois sur décision du juge se tenir en chambre du conseil, c'est-à-dire de manière non publique. La nouvelle loi introduit aussi des mesures particulières pour les hospitalisations sous contrainte de plus d'un an et renforce le rôle de la Commission Départementale des Soins Psychiatriques (CDSP). Enfin, elle énonce les dispositions prévues en cas de désaccord entre psychiatre et préfet, elle apporte des nouveautés concernant la prise en charge des patients détenus et elle précise certaines modalités d'organisation territoriale.

Depuis sa parution, certains auteurs ont apporté des explications à priori concernant les modalités d'application de la nouvelle loi, d'autres y exposent leur opinion personnelle et leurs critiques. On reproche au nouveau texte d'être peu précis, plutôt pro-sécuritaire que pro-thérapeutique, d'imposer de nouvelles exigences (nombre de certificats) à effectifs constants, de bafouer les droits du patient : audiences publiques, majoration de la contrainte par les SASC et les SDT sans tiers en cas de péril imminent, de maintenir la double compétence administrativo-judiciaire (11).

Afin d'aller au delà de l'analyse des imperfections théoriques de cet outil législatif et des prises de position individuelles, nous proposons de réaliser une enquête auprès des principaux acteurs de proximité concernés par la loi du 5 juillet 2011 : patients, familles, psychiatres et juges, avec pour objectif de décrire et de croiser leur perception de la loi après six mois d'expérimentation, dans le but d'en déduire des propositions d'amélioration.

II. MATERIEL ET METHODES

A. Choix méthodologiques de l'étude

Afin d'explorer la perception de la loi du 5 juillet 2011 par les acteurs de proximité et d'en dégager des propositions d'amélioration, une approche qualitative nous parait pertinente. En effet, la recherche qualitative est plus adaptée à l'étude des phénomènes sociaux et à la compréhension des sujets dans leur environnement (12). Le modèle de l'enquête sur les représentations et pratiques suppose la production de discours modal (discours qui tend à traduire l'état psychologique du locuteur) et référentiel (discours qui décrit l'état des choses) (13). La forme d'entretiens duels permet de favoriser l'expression d'un discours modal sur une loi qui fait polémique et de ramener les propos du locuteur à son expérience propre. En effet les entretiens individuels, bien que plus chronophages, permettent d'aborder des sujets plus délicats (12). Les entretiens sont de type semi-structuré puisqu'il s'agit de l'instrument principal pour « comprendre » en laissant s'exprimer l'interlocuteur par des questions ouvertes notamment (14).

Le guide d'entretien est réalisé à partir d'un travail préalable (annexe 1). Il s'agit d'une lecture comparative des lois du 27 juin 1990 et du 5 juillet 2011 dans le but de recenser tous les éléments nouveaux du dernier texte (une quinzaine). Puis ces résultats sont confrontés aux articles publiés de manière contemporaine à la mise en application de la nouvelle loi afin de sélectionner un nombre plus limité d'éléments (récurrents dans la littérature) considérés, avant son application, comme les principaux effets de la loi du 5 juillet 2011.
Quatre grandes parties sont ainsi isolées pour le guide d'entretien qui comporte des questions similaires pour l'ensemble de la population de l'étude et porte sur la perception des points suivants :
- L'intervention du **juge des libertés et de la détention** : en plus de sa saisine par le patient toujours possible par requête (loi de 1990) le JLD intervient dorénavant systématiquement dans les mesures de soins sans consentement, dans un délai de 15 jours, au cours d'une audience publique.
- **La période d'observation et de soins initiale** sous la forme d'une hospitalisation complète pendant soixante douze heures au cours de laquelle doit être produit un nouveau certificat (par rapport à la loi de 1990) le troisième jour.
- La nouvelle modalité d'hospitalisation dite « en cas de **péril imminent** » lorsqu'il existe un péril imminent pour le patient et qu'il s'avère impossible d'obtenir une demande d'hospitalisation par un tiers. L'hospitalisation sous contrainte est alors prononcée au vu d'un unique certificat médical établi par un médecin extérieur à l'établissement (non forcement psychiatre).
- Les modalités de sorties d'hospitalisation complète sans fin de la mesure de contrainte : **soins ambulatoires sous contrainte** (nouvelle forme de soins pouvant comporter des visites à domicile) ou, pendant l'hospitalisation, **sorties accompagnées d'une durée maximale de douze heures**.
Le guide d'entretien prévoit une cinquième partie d'ouverture permettant aux interviewés d'apporter librement d'éventuels notions supplémentaires.
Enfin, une sixième partie est prévue dans l'exposition des résultats : elle regroupe l'ensemble des notions transversales abordées en filigrane de manière itérative dans chacune des cinq rubriques précédentes, le but étant d'éviter les répétitions.

B. Echantillon

Dans une étude qualitative, il peut être intéressant de faire varier les interviewés en fonction de leur rapport au problème traité dans le but de croiser des points de vue dont on pense que la différence fait sens (15). Afin de recueillir la perception des effets de la nouvelle loi, est donc ciblée une population hétérogène d'acteurs ayant expérimenté la loi de 2011 sur une durée de six mois, touchés en première ligne par les changements apportés par le nouveau texte : à la fois ceux qui appliquent la loi (psychiatres et juges) mais aussi ceux sur qui s'applique la loi (patients et familles).

Critères d'inclusion

- Pour les psychiatres : être intervenu dans la prise en charge de patients sous contrainte depuis le premier août 2011, en hospitalisation et/ou en ambulatoire, hétérogénéité en terme d'âge. En effet, l'âge peut être identifié comme potentiel facteur de confusion. La place du médecin évolue depuis ces dernières années et la priorité est donnée au respect de l'autonomie du patient, traditionnellement opposé à la bienfaisance ou paternalisme médical (6). L'âge des médecins peut donc avoir un rôle dans leur perception des effets d'une loi qui impose un regard de la justice sur l'activité médicale.
- Pour les juges : avoir une pratique de juge des libertés et de la détention et avoir réalisé des audiences de patients dans le cadre de la loi du 5 juillet 2011.
- Pour les patients : être hospitalisé sous l'un des dispositifs prévus par la loi du 5 juillet 2011 au moment de l'entretien c'est-à-dire être hospitalisé pendant soixante douze heures avant la mise en place des soins ambulatoires sous contrainte, ou bien être hospitalisé sous contrainte et avoir rencontré le JLD. L'état psychique des patients doit être compatible avec une sortie prochaine d'hospitalisation à temps complet, en effet une étude a montré une évolution de la représentation de la contrainte par les patients au cours de l'hospitalisation, avec une moindre variabilité de cette représentation à l'approche de la sortie (16).
- Pour les familles : être représentant de patients ou de familles ou être intervenu en tant que tiers pour l'un des membres de la famille.

C. Organisation de la collecte des données

C.1. Contact avec les interviewés

Les premiers contacts avec les interviewés doivent être réalisés précocement afin d'obtenir des rendez-vous dans la période des six mois d'expérimentation de la loi du 5 juillet 2011. Les entretiens doivent en effet être réalisés sur un laps de temps assez réduit entre eux et par rapport à la publication de la loi pour limiter la survenue de modifications législatives (décrets, circulaires) au cours du recueil des données. Les psychiatres, juges et familles sont contactés par courriel avec présentation succincte du sujet de l'enquête. Si l'accord de principe est obtenu un échange téléphonique fixe la date d'entretien. Pour le recrutement des patients, l'accord est d'abord demandé aux médecins chefs de service, les critères d'inclusion leurs sont précisés et ce sont eux qui recrutent les patients. Au niveau géographique, l'enquête est réalisée en Isère et en Savoie, dans les trois établissements offrant des terrains de stage aux internes en psychiatrie, pour des raisons de faisabilité (accès plus aisé à la population) : Centre Hospitalier Universitaire à Grenoble, Centre Hospitalier Alpes Isère à Saint Egrève, Centre Hospitalier Spécialisé de la Savoie à Chambéry. L'un des

avantages à réaliser une enquête multicentrique réside dans l'hétérogénéité du lieu d'audience : une partie de la population bénéficie des audiences devant le JLD directement dans son centre hospitalier (Saint Egrève, Chambéry) et une autre partie doit faire le déplacement en dehors de l'établissement (CHU de Grenoble).

C.2. Déroulement des entretiens

Les entretiens répondent à une méthodologie d'analyse qualitative. Ils se déroulent en face à face dans un bureau, si possible sans interruption, la durée du rendez-vous ayant été anticipée. L'enquêteur se présente, rappelle le sujet de l'enquête ainsi que l'objectif de l'entretien. Il précise le respect de l'anonymat et la nécessité d'enregistrer l'entretien à des fins méthodologiques, il doit obtenir l'accord pour cet enregistrement (annexe 2). Puis l'enquêteur poursuit l'échange avec les questions du guide d'entretien. Il applique les techniques d'entretien semi-directif avec écoute active. Dans ce contexte le guide est à concevoir non pas comme un outil de planification de l'échange avec l'interviewé mais comme un aide mémoire (17). L'enquêteur doit subtilement rappeler que l'on recherche **la perception** des effets de la loi basée sur **la pratique** de son application et non sur des considérations purement théoriques (recentrage).

D. Analyse des données

L'enquête se poursuit par l'analyse des données afin d'obtenir des résultats répondant aux objectifs de l'étude. Une méthode **d'analyse thématique** est utilisée, il s'agit d'un procédé de réduction des données où l'analyste fait appel, pour résumer et traiter son corpus, à des dénominations que l'on nomme « thèmes » (18). Cette analyse comporte différentes étapes.

- Retranscription : les entretiens enregistrés sont retranscrits intégralement afin de disposer de documents écrits sur lesquels se basera l'analyse. Les retranscriptions littérales sont fournies au lecteur dans ce travail afin que celui-ci puisse rester au plus près de ce qui a été exprimé par les interviewés (annexe 3).
- Lectures et thématisation des entretiens : trois degrés de lecture permettent la définition des thèmes et sous-thèmes abordés par les interviewés. Un exemple du travail de thématisation est présenté en annexe pour le premier entretien (annexe 4).
- Construction des arbres thématiques à partir du relevé des thèmes et de leur confrontation à travers les différents entretiens : il s'agit de réaliser des regroupements thématiques à partir de caractéristiques communes (récurrence, divergence, convergence, opposition…). Les résultats sont ensuite schématisés sous forme hiérarchique horizontale synthétisant les principaux ensembles thématiques saillants (18).

E. Stratégies d'accroissement de la validité de l'étude

Afin d'accroitre la crédibilité d'une étude qualitative, celle-ci doit répondre à certains critères de scientificité de la recherche qualitative (19). Tout d'abord, un second chercheur impliqué dans l'étude mais n'ayant pas été sur le terrain interviewer les participants (directeur de thèse) a participé aux questionnements et a émis son opinion afin d'assurer une plus grande neutralité au processus de recherche. D'autre part, la définition des thèmes et sous-thèmes abordés par les interviewés a été menée de manière continue et progressive assurant une validité scientifique supérieure à une

démarche séquencée (18). Deux entretiens pilotes ont été réalisés afin d'affiner le guide d'entretien. Enfin, dans cette étude le niveau de saturation des données a été atteint : les derniers entretiens apportent moins de dix pour cent d'informations nouvelles par rapport aux entretiens précédents (Figure 1).

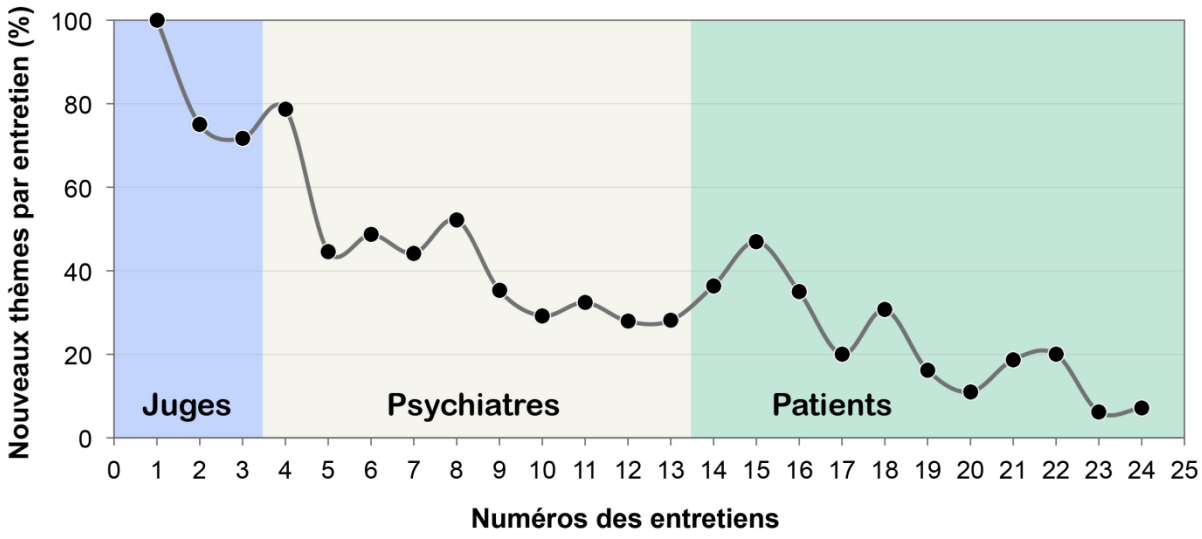


Figure 1 *: Evolution des récurrences au fils de la thématisation des 24 entretiens.*
(Entretien n°24 : famille)

Par contre, pour des raisons de faisabilité (thèse d'exercice pour un doctorat de médecine) seuls de rares entretiens ont bénéficié d'une triangulation par un autre intervenant (relecture et thématisation double). La mise en perspective des résultats et des éventuels biais de l'étude sera traitée dans la discussion.

III. RESULTATS

A. Caractéristiques de la population de l'étude

Les premiers contacts avec les interviewés ont été pris au mois de novembre 2011. Au total, 26 entretiens ont été réalisés entre le 14 décembre 2011 et le 6 février 2012 dans les trois centres prévus (Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble, Centre Hospitalier Alpes Isère, Centre Hospitalier Spécialisé de la Savoie) : 10 psychiatres, 3 juges, 12 patients et 1 famille. Deux patients ont du être exclus car ils ne remplissaient pas les critères d'inclusion (pas d'audience auprès du juge), soit 24 entretiens soumis à l'analyse.

Psychiatres	**Tranche d'âge**	**Pourcentage d'activité intra-/extrahospitalière**	**Type d'activité**	**Nombre de patients contraints (loi 2011)**
E4	50-59 ans	90% intra-	PH	> 30
E5	40-49 ans	100% intra-	PH	10 à 30
E6	29-39 ans	100% intra-	Assistant/CCA	5 à 10
E7	50-59 ans	100% extra-	PH	10 à 30
E8	50-59 ans	70% intra- 30% extra-	PH	> 30
E9	29-39 ans	50% intra- 50% extra-	PH	10 à 30
E10	60-69 ans	50% intra- 50% extra-	PH	> 30
E11	60-69 ans	50% intra-	Attaché	10 à 30
E12	29-39 ans	100% intra-	PH	10 à 30
E13	29-39 ans	100% intra-	Interne	< 5

Tableau 1 *: Caractéristiques de la population des psychiatres.*

Juges

Cette partie de la population est composée des trois juges des libertés et de la détention de Grenoble réalisant des audiences de patients sous contrainte. Elle est réduite par des contraintes matérielles de terrain (il n'y a pas plus de JLD exerçant dans le cadre de la loi du 5 juillet à Grenoble) et par un souci de cohérence des informations recueillies (même zone géographique).

Patients	**Age**	**Modalité de soin sous contrainte**	**Date de l'audience**
E14	57 ans	SASC	5/01/12 (début des soins)
E15	27 ans	SDT « classique »	13/12/11
E16	58 ans	SDRE « classique »	8/12/11
E17	64 ans	SDRE « classique »	21/10/11
E18	50 ans	SDT d'urgence	9/12/11
E19	49 ans	SDRE « classique »	20/12/11
E20	41 ans	SDT pour péril imminent	3/12/11
E21	40 ans	SDT « classique »	10/01/12
E22	27 ans	SDT « classique »	8/11/11
E23	58 ans	SDT « classique »	3/01/12

Tableau 2 *: Caractéristiques de la population des patients.*

Familles

Ce sous-groupe de la population est le dernier à avoir été interrogé. Lors du premier entretien il a rapidement été constaté que l'expérience des familles était lointaine vis-à-vis de cette loi, il était difficile pour l'interviewé de répondre aux différentes questions du guide. D'autre part, le recrutement de cette partie de la population, souvent éloignée géographiquement, n'était pas aisé. Ainsi, un seul entretien a été réalisé et présentait plus de quatre vingt dix pour cent de récurrences.

Durée des entretiens

La durée moyenne des entretiens est de 31 minutes avec une variabilité selon les sous-groupes de la population : pour ceux qui appliquent la loi (3 juges et 10 psychiatres) la durée moyenne est de 40 minutes alors que pour ceux sur qui s'applique la loi (10 patients et 1 famille) elle est de 21 minutes. En effet, une fois que le tour de la question semblait avoir été fait par les patients et famille, il n'était guère possible de prolonger les entretiens plus longtemps.

B. Résultats qualitatifs

Les résultats ont été subdivisés en six rubriques : les quatre premières correspondent aux grandes questions du guide d'entretien (l'intervention du JLD, la période d'observation, l'hospitalisation en cas de péril imminent et les SASC) la cinquième porte sur la partie d'expression plus libre de chaque acteur et la sixième expose les notions transversales retrouvées dans l'ensemble du corpus, ceci afin d'éviter les répétitions. Pour la plupart des rubriques, un ou plusieurs arbres thématiques ont été réalisés, schématisant l'essentiel des thèmes et sous-thèmes abordés par la population de l'étude. Chaque arbre est commenté et approfondi par le biais notamment de citations. Les passages notables sont soulignés. Ces citations sont suivies de l'entretien duquel elles sont issues (exemple : E1 pour le premier entretien).

B.1. Intervention du Juge des Libertés et de la Détention

a. Perception et pratiques

Les différents intervenants ont été invités à s'exprimer sur une nouveauté importante de la loi du 5 juillet 2011 : la judiciarisation des hospitalisations sous contrainte. Ils ont tout d'abord justifié l'intervention du JLD, ils ont aussi exposé leur vision des bénéfices et des difficultés entrainés par cette judiciarisation et se sont enfin prononcés sur certaines pistes d'amélioration (figure 2).

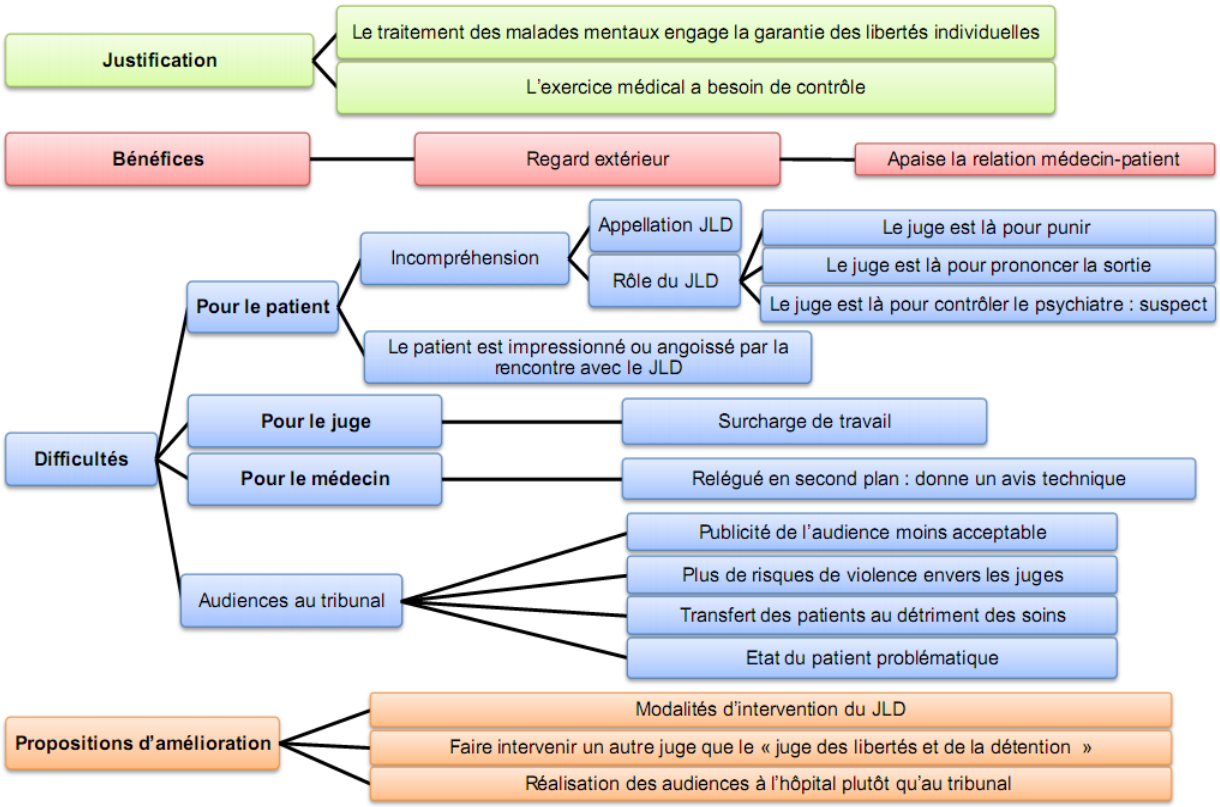


Figure 2 *: Arbre thématique schématisant la perception de l'intervention du JLD pour les hospitalisations psychiatriques contraintes.*

Justifications de l'intervention du JLD

Selon le tiers des interviewés, l'intervention du JLD pour contrôler les hospitalisations sous contrainte est justifiée à plusieurs niveaux. Il est perçu que le traitement des malades mentaux engage la garantie des libertés individuelles, que « la toute puissance médicale a besoin de contrôle » (E1) et ainsi que l'intervention du JLD respecte le droit des patients.

« *Tout le monde s'attendait à ce que le conseil constitutionnel censure la loi de 90 compte tenu que les garanties des libertés étaient insuffisantes. » E1.*

« En même temps aussi, ce qui est intéressant aussi c'est qu'aujourd'hui c'est pas dieu le pape le médecin. Parce qu'avant c'était dieu le pape. » E19.

Cependant plusieurs intervenants déplorent le fait que l'intervention du JLD ne soit pas une réelle garantie des libertés dans la pratique puisque c'est toujours le médecin qui a le pouvoir.

« *On nous laisse* (les psychiatres) *quelque part quand même le pouvoir de décider que madame Machin ou monsieur Untel peut ne pas voir le juge parce nous, on le décide. » E5.*

Bénéfices perçus de l'intervention du JLD

Pour plusieurs interviewés, le juge apporte un regard extérieur qui peut apaiser la relation médecin-patient en légitimant l'hospitalisation et en permettant au psychiatre de travailler plus vite puisqu'il dégage les entretiens de la problématique de la légalité de la contrainte.

« Ça nous permet de travailler plus vite si le JLD maintient l'hospitalisation. On dit : voila, maintenant moi psychiatre j'ai décidé que vous étiez hospitalisé, vous restez à l'hôpital, le JLD n'a pas repéré de dysfonctionnement qui pourrait faire lever le soin sous contrainte. » E4.

Difficultés liées à l'intervention du JLD

De très nombreux entretiens rapportent les difficultés en lien avec l'intervention du JLD. Tout d'abord pour les **juges,** par rapport à leur charge de travail.
« Puis on a un tel travail que notre rôle là-dessus… on est très dubitatif. » E2.
Ensuite, pour les **médecins** qui s'interrogent sur leur positionnement vis-à-vis des autres acteurs (juges, avocats …).
« On se trouve dans une situation où on a l'impression que sont en première ligne des acteurs qui ne sont pas médecins. […] Et le médecin donne un avis technique mais, à la limite, en second. » E11.
Enfin, pour les **patients**. Le sentiment le plus souvent relevé est celui de l'« incompréhension du patient » (retrouvé dans 19 entretiens) qui se joue à plusieurs niveaux :
Tout d'abord une incompréhension sémantique concernant l'appellation « Juge des libertés et de la détention » :
« Le juge il est là pour… Comment il s'appelle ? Le juge des […] de la liberté et de la détention. Donc là, on n'est pas en détention […] On est malade. Donc même en termes de mots… » E19.
Mais aussi une incompréhension concernant le rôle même du juge. Pour certains patients le juge serait là pour punir, de nombreux entretiens montrant un amalgame entre juge des libertés et de la détention et notion de culpabilité : emprisonnement, ancienne histoire de délinquance, sursis :
« Moi j'ai cru que j'allais aller en prison » E18.
Pour d'autres, le juge est là pour prononcer la sortie du patient, ce qui peut renforcer les revendications.
Enfin, pour certains psychiatres, les patients perçoivent l'intervention du juge comme un contrôle de leur activité, le psychiatre est donc suspect :
« Et les patients demandent : mais pourquoi vous me feriez du mal ? » E5.
« En théorie, ça fait planer le doute sur le fait qu'il y aurait des abus de la part des psychiatres » E13.
D'autre part, il est souvent décrit que le patient est impressionné ou angoissé par sa rencontre avec le juge : *« Ça m'a fait terriblement peur » E18.* Il est à noter qu'on retrouve dans plusieurs entretiens la remarque suivante : lorsque le patient est bien informé, ce sentiment d'incompréhension ou d'anxiété disparait.
Pour finir concernant les difficultés en lien avec l'intervention du JLD, nombreux sont ceux qui soulignent la contrainte liée au déroulement des audiences **au tribunal ou à l'extérieur de l'hôpital**. Ainsi, il a été remarqué qu'au tribunal la publicité de l'audience est moins acceptable et le risque de violence envers les juges plus élevé. D'autre part, de nombreux acteurs mettent en avant le fait que le transfert des patients en audience se fait au détriment des soins puisqu'il requiert des moyens humains importants.
« Quand on en a deux qui sont convoqués, […] ça veut dire qu'on est obligé de fermer un CMP » E9.
De plus, certains de souligner que l'état du patient n'est pas toujours compatible avec la réalisation des audiences au tribunal et que celles-ci risquent d'augmenter le sentiment de persécution chez les patients délirants.
« Il y a un certain nombre de nos patients qui ne peuvent pas être présentés parce qu'ils sont quand même trop mal pour y aller, donc eux ils n'ont pas le droit de rencontrer le juge. » E9.

Pistes d'évolution évoquées par la population concernant l'intervention du JLD

Les interviewés ont spontanément proposé des améliorations concernant tout d'abord les **modalités d'intervention du JLD**. Selon certains, il serait préférable qu'un juge intervienne précocement dans la

décision d'hospitalisation (dans les trois premiers jours) éventuellement sur dossier, afin de protéger les droits du patient, puis qu'il rencontre le patient en audience à plus long terme. En effet pour plusieurs interviewés, l'audience devrait être repoussée à trois semaines ou un mois, laissant le temps d'une amélioration clinique.

« Moi ce qui me semblerait plus cohérent c'est qu'il y ait très rapidement, mais juste après le certificat de 72 heures, une étude sur dossier par le JLD. » E5.

Ensuite, il serait opportun de **faire intervenir un autre juge** que le « juge des libertés et de la détention » (président du tribunal ou son juge délégué, juge d'instruction…).

« Donc même en terme de mots […] je me disais que peut-être le juge d'instruction, qui est à charge et à décharge, paraît plus adéquat » E19.

Enfin, il est proposé par plusieurs acteurs la **réalisation des audiences systématiquement sur le lieu d'hospitalisation.**

b. Positionnement du juge des libertés et de la détention

A travers les différents entretiens, la population de l'étude a soulevé la question du positionnement du JLD vis-à-vis du diagnostic médical contenu dans les certificats. Trois types de positionnements sont identifiés : le juge libre de sa décision, se prononçant sur le fond c'est-à-dire sur la clinique ; le juge ayant un regard sur le fond à partir du diagnostic médical contenu dans les certificats ; enfin le JLD s'en tenant à juger la forme (figure 3).

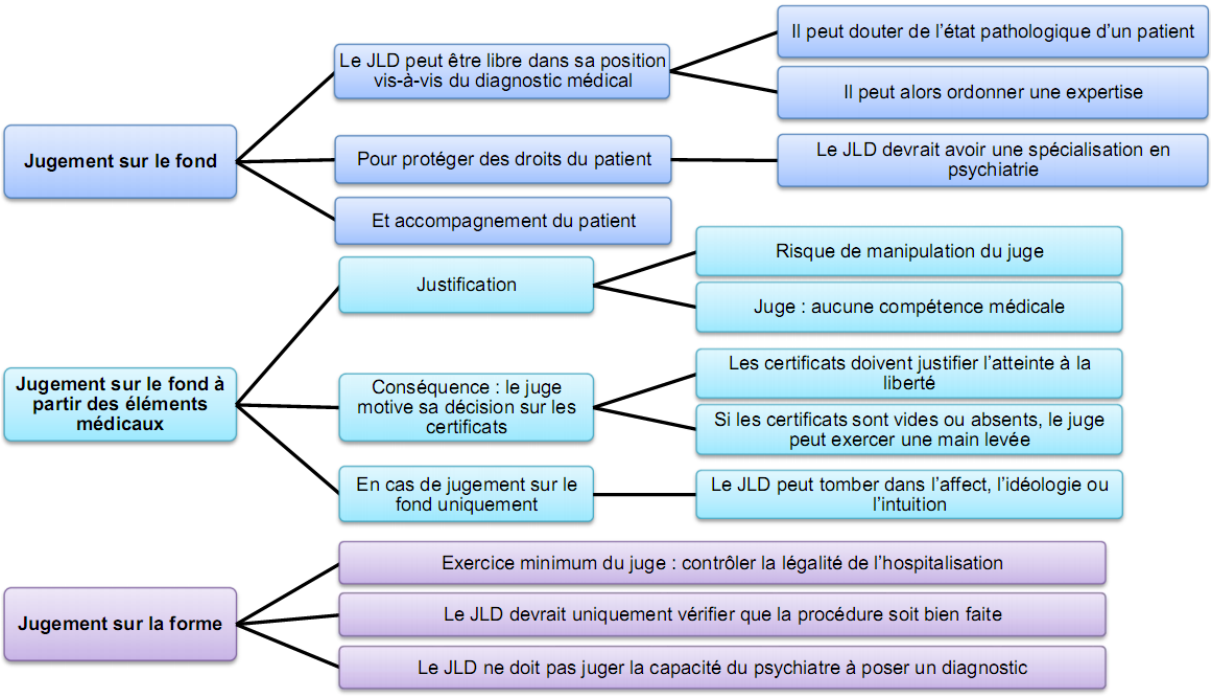


Figure 3 : *Arbre thématique de la perception du positionnement du JLD.*

Le juge est libre de sa décision (jugement sur le fond)

Il peut alors, au vu de l'audience, douter de l'état pathologique du patient et ordonner une expertise.

« J'ai vu un monsieur qui était là uniquement parce qu'il consommait beaucoup trop d'alcool, qui en était conscient, qui voulait vraiment se soigner et dont la famille était présente […]. Bon, eh bien je lui ai donné sa chance. Je lui ai dit : « je vais lever contre l'avis médical ». […] C'était pas ce que

j'appellerais un malade psychiatrique, c'était l'alcool… déception… […] Donc c'est pratiquement le seul cas où je suis allée contre l'avis médical et je n'ai pas eu d'appel. » E3.
Un patient explique que selon lui, c'est la seule manière d'assurer une réelle protection des droits du patient, le jugement sur la forme pouvant être réalisé par « un secrétariat assermenté » : pour cela le JLD devrait avoir une « spécialisation en psychiatrie » qui lui permettrait de juger sur le fond avec une « position de surplomb » (E21). Pour certains JLD ce jugement sur le fond s'accompagne d'un rôle d'accompagnement du patient. L'un des juges explique être embarrassé par ce rôle, pour lui les audiences étant « un dévoiement de la fonction » du JLD : *« donc l'intérêt pour nous, mais on est loin du droit, c'est de convaincre… » E2.*

Le juge s'en réfère au diagnostic médical (jugement sur le fond à partir des certificats)

Ce positionnement est justifié par le risque de « manipulation du juge par le patient » évoqué dans de nombreux entretiens, ainsi que par l'absence de compétences médicales du juge. Ce dernier est donc obligé de se fier à la parole des médecins.
« Mais on n'a aucune compétence médicale » E2.
« Et je vois aussi à travers ça comment ils manipulent… Ils essayent de nous manipuler… » E2.
En conséquence, le juge motive sa décision sur les éléments médicaux qui doivent justifier l'atteinte à la liberté. C'est lorsque les « certificats sont vides » ou absents que le juge peut « exercer sa toute puissance » : main levée (E1). Certains acteurs de relever les risques qu'entraine un jugement directement sur le fond : le juge « peut tomber dans l'idéologie, ou l'affect, ou l'intuition » (E7).

Le JLD juge sur la forme

L'exercice minimum du juge étant de « contrôler la légalité de l'hospitalisation » (E1), pour certains le JLD devrait uniquement vérifier que la procédure soit bien faite. Il ne devrait pas juger la capacité du psychiatre à poser un diagnostic.
« Je le comprends juste sur la question de la forme : est-ce que la privation de la liberté est bien légale ou pas ? Et pas de juger notre capacité à évaluer si les patients sont malades ou pas. » E12.
Ainsi le juge doit s'en tenir à juger, il n'est pas non plus de sa compétence d'énoncer un diagnostic, cela peut entraîner une confusion du patient sur le rôle de chacun.
« Quand vous avez un juge qui dit […] « mais vous n'avez pas l'air malade » voilà un truc qui m'apparaît une grossièreté absolue […] Et puis après, derrière, c'est moi qui gère pendant des mois et des années… » E10.
« Je sais pas mais à un moment donné je me suis demandé si elle était pas médecin aussi » E20.

c. Délai de quinze jours et audiences publiques

La majorité des sujets (12 sur les 15) s'étant prononcés sur l'intervention du JLD **à quinze jours d'hospitalisation complète** (figure 4) aborde ce délai en termes de difficultés : quinze jours correspondent à une situation de crise, non claire cliniquement, au cours de laquelle le traitement est souvent lourd. Ainsi, certains patients ne sont pas en état de se présenter à l'audience ou bien de recevoir l'information avant ou pendant l'audience.
« Ben je me rappelle plus ce qu'elle a dit… En plus j'étais sous médicaments » E18.
« Quinze jours c'est…On comprend pas ce qui se passe » E19.

En ce qui concerne **les audiences publiques**, il est globalement exprimé que la publicité de l'audience se fait à l'avantage des uns : professionnels de santé, étudiants et familles qui peuvent désormais s'y rendre, juges qui sont protégés de la violence potentielle des patients, mais au détriment des patients. En effet, on retrouve dans de très nombreux entretiens (16 sur les 23 interviewés qui se sont prononcés) la notion d'atteinte au secret médical ou à la vie privée.

« Ben ça peut toujours déranger… ça laisse filtrer les choses. » E15.

« Je pense que ça ne devrait pas être complètement public. Il faudrait un infirmier ou un médecin, le juge plus l'avocat et ça suffit […] parce que c'est le respect de la vie privée » E16.

Plusieurs acteurs notent un risque pour le patient qui peut se voir « stigmatisé » (E7) ou en difficulté « pour se réinsérer » (E10) si son état de santé est rendu public. Des patients évoquent une expérience difficile en lien avec la présence de la famille ou du tiers à l'audience. Certains déplorent « une application trop formelle d'un concept juridique » (E7) alors que ne sont pas jugés des actes délictueux mais une privation de liberté.

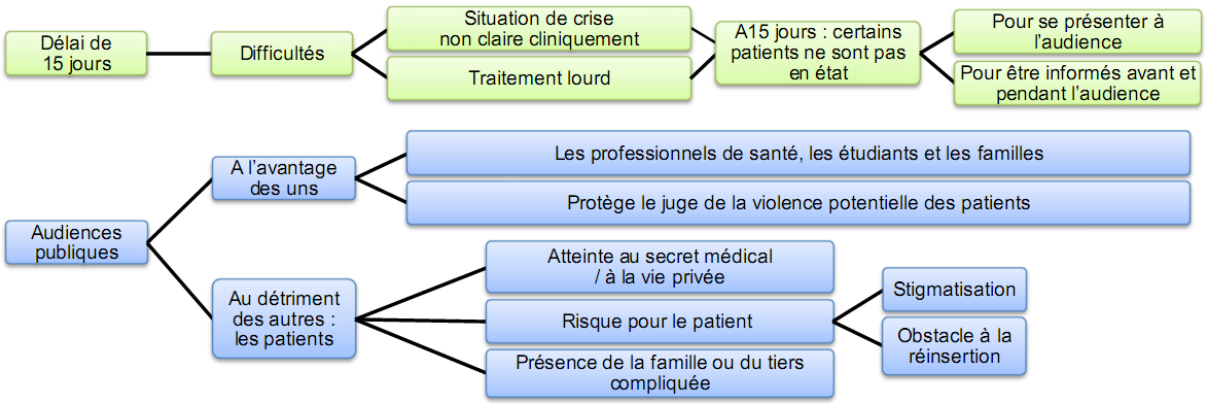


Figure 4 : *Arbre thématique concernant le délai de quinze jours et de la publicité de l'audience.*

B.2. Période initiale d'observation de soixante douze heures

Les interviewés ont abordé l'influence sur la prise en charge de cette période initiale au cours de laquelle les patients sont hospitalisés et observés pendant soixante douze heures avant que la contrainte ne soit confirmée. Ils ont explicité plus spécifiquement leur perception de la rencontre avec plusieurs médecins certificateurs (figure 5).

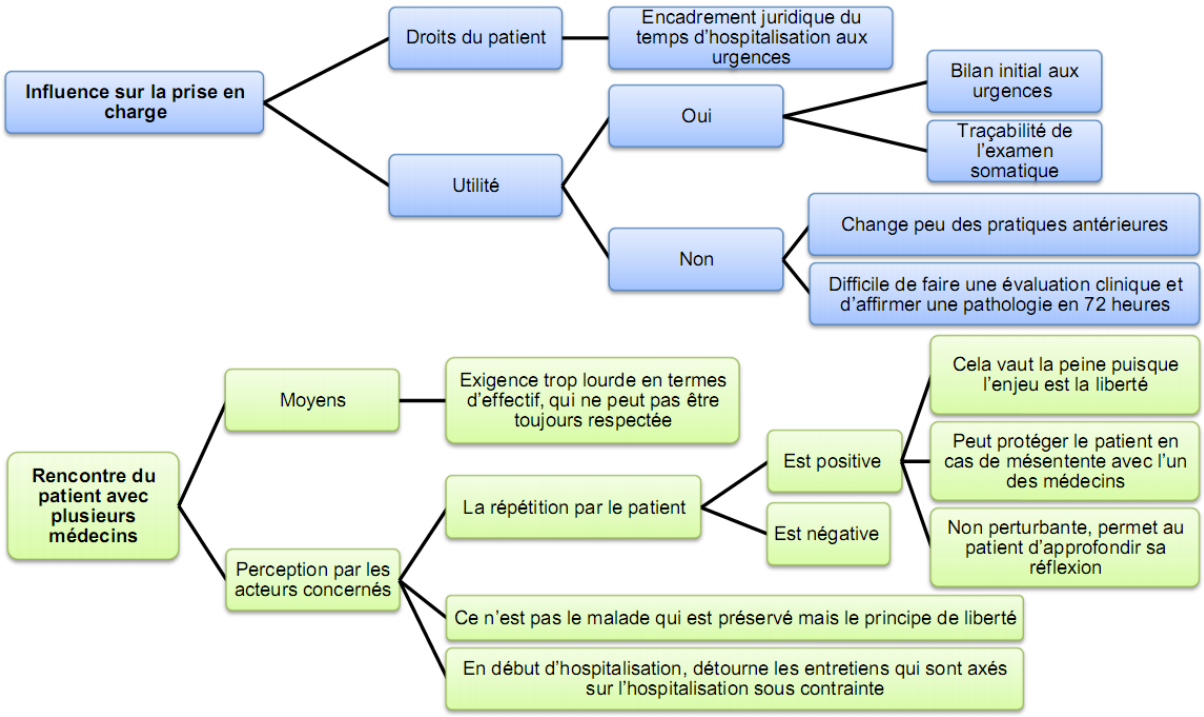


Figure 5 : *Arbre thématique de la perception de la période initiale d'observation de 72 heures.*

a. Influence de la période initiale d'observation et de soins sur la prise en charge

Cette période présente l'avantage pour certains de renforcer le respect du droit des patients en formalisant un « cadre juridique » autour de l'hospitalisation aux urgences (E1). Cependant les avis sont partagés quant à son utilité. Elle permettrait pour beaucoup (9 entretiens) de réaliser le bilan initial aux urgences : confirmation de la pathologie mentale versus diagnostic différentiel, mise en place d'un traitement.

« Je pense que c'est pas mal parce que c'est difficile quand on ne connaît pas un patient et qu'on le voit aux urgences de se faire un avis. » E13.

Un psychiatre et un patient se rejoignent sur l'intérêt de cette période pour la famille, avec qui la contrainte peut ainsi être abordée plus sereinement, de manière moins précipitée. Il est aussi souligné l'intérêt d'une traçabilité de l'examen somatique, maintenant formalisée dans la loi. A l'opposé, plusieurs psychiatres (4 entretiens) ne perçoivent pas de changement par rapport aux pratiques antérieures. Qui plus est, il est difficile selon eux de faire une évaluation clinique et d'affirmer la présence d'une pathologie en soixante douze heures.

b. Rencontre du patient avec plusieurs médecins différents

Lors de la période initiale d'observation, le patient rencontre plusieurs médecins certificateurs. La principale notion évoquée de manière récurrente à cette étape de l'entretien est le problème du manque de moyens : il s'agit d'une exigence trop lourde en termes d'effectif médical, qui ne peut pas toujours être respectée. Par ailleurs, de nombreux interviewés se sont prononcés sur le fait que le patient doive répéter son histoire à chaque entretien (figure 6). Pour les uns cela est **positif** : la répétition vaut la peine puisque l'enjeu est la liberté, la rencontre avec plusieurs médecins différents peut protéger le patient en cas de mésentente avec l'un des médecins ; ces entretiens itératifs ne

sont donc pas perturbants et ils peuvent même, selon certains patients, aider à approfondir la réflexion. Pour un plus grand nombre (psychiatres essentiellement) la répétition est **négative**, cela peut s'avérer « insupportable » « compliqué » « perturbant » « persécutoire » « confusionnant » « barbant » « déstructurant » « angoissant » « énervant » « choquant » …
Certains d'ajouter que « ce n'est plus le malade qui est préservé mais le principe de liberté » (E10) et qu'en début d'hospitalisation ces certifications itératives détournent les entretiens qui sont axés sur l'hospitalisation sous contrainte au détriment de la clinique.

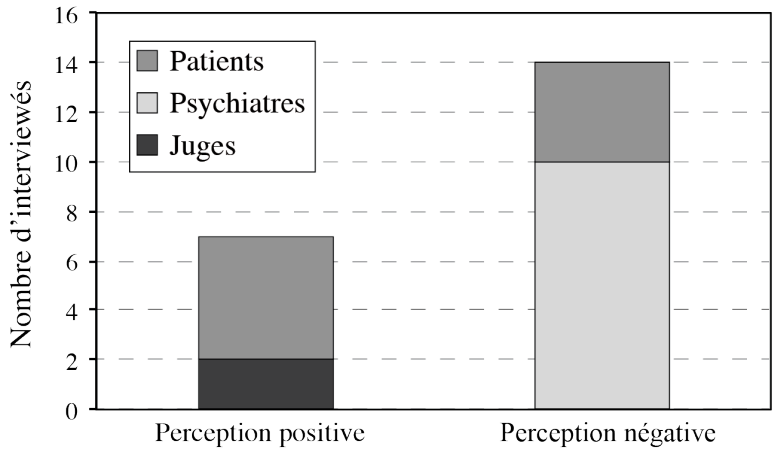


Figure 6 : *Perception de la répétition du patient en entretien lors de la période initiale d'observation.*

B.3. Hospitalisation sous contrainte en cas de péril imminent

La loi du 5 juillet 2011 apporte une nouvelle modalité d'hospitalisation sous contrainte : le SDT en cas de péril imminent, qui est initié par un certificat médical unique rédigé par un médecin extérieur à l'établissement sans demande de tiers. Les interviewés se sont prononcés sur le respect des droits du patient, ils ont évoqué les avantages et les inconvénients de cette modalité d'hospitalisation et se sont positionnés sur le certificateur initial : médecin généraliste ou psychiatre (figure 7).

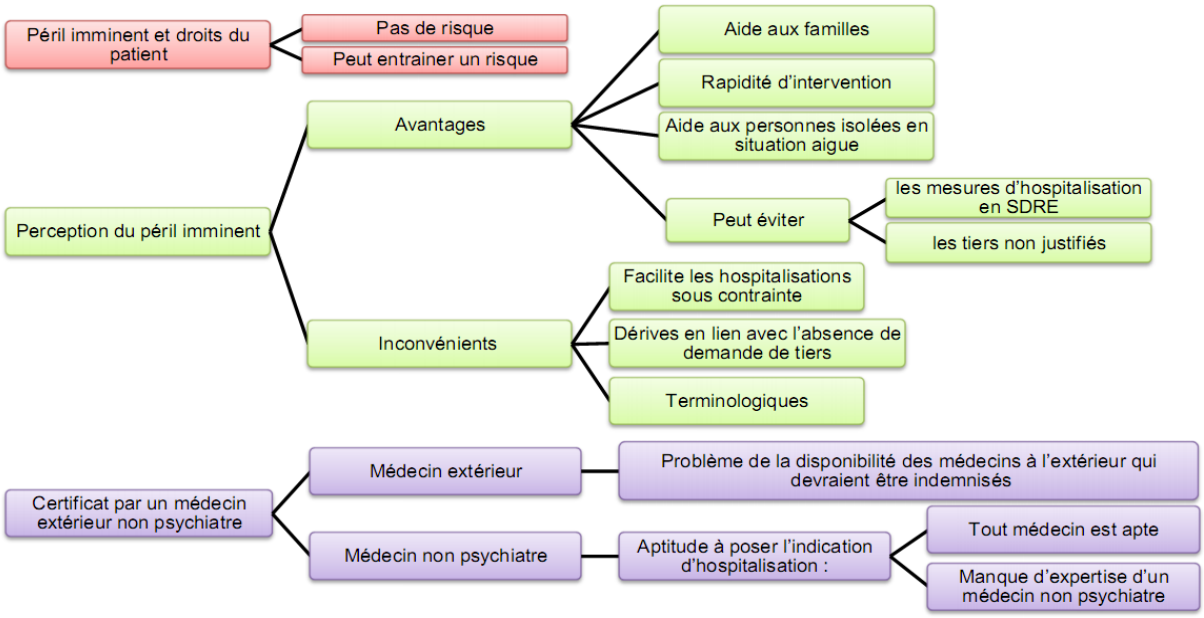


Figure 7 : *Arbre thématique à propos la perception de l'hospitalisation en cas de péril imminent*

a. Hospitalisation en cas de péril imminent et droits du patient

Un plus grand nombre d'acteurs (10 sur 14 entretiens) de la loi de 2011 ne perçoit pas de risque pour les droits du patient en cas d'hospitalisation pour péril imminent, notamment « si le certificat [médical initial] est circonstancié » (E1). Ils soulignent que le patient est protégé par les certificats des psychiatres suivants. A l'opposé, selon une minorité d'interviewés, cette modalité d'hospitalisation peut entrainer un risque puisqu'il devient aisé pour « n'importe quel médecin » d'hospitaliser « qui il veut » (E22) et ce, sans la confirmation du tiers.

b. Avantages de l'hospitalisation en cas de péril imminent

Les avantages rapportés sont une « aide aux familles » ainsi qu'une « rapidité d'intervention » (un seul certificat par un médecin non psychiatre) notamment dans les situations aigües où l'on ne trouve pas de tiers : personnes isolées, également lorsque la famille cautionne le comportement pathologique d'un patient. Cette modalité d'hospitalisation pour péril imminent permettrait aussi d'éviter les mesures d'hospitalisation en SDRE non justifiées (anciennes HO pour des patients isolés) ainsi que les demandes de tiers à la limite de la légalité (signées par des travailleurs sociaux…).

c. Inconvénients de l'hospitalisation en cas de péril imminent

Il a été parfois relevé un risque de **facilitation des hospitalisations** sous contrainte. Un psychiatre craint des hospitalisations rapides sans recul sur la situation clinique. Par ailleurs, a été fréquemment souligné le risque de **dérives liées à l'absence de demande de tiers**. Le péril imminent pourrait être utilisé « sans se donner la peine de chercher le tiers » (E8) ou pour contourner les situations où le tiers « ne veut pas se prononcer » (E5) ou bien lorsqu'il « n'est pas d'accord avec l'hospitalisation » (E9). Plusieurs patients soulignent pourtant l'importance de la présence du tiers comme soutien. Enfin, plusieurs intervenants soulignent la **complexité terminologique** de cette nouvelle modalité d'hospitalisation. Premièrement en ce qui concerne la différence ténue entre péril imminent et SDT d'urgence (modalité d'hospitalisation nécessitant une demande de tiers et un seul certificat initial). Deuxièmement, certains déplorent une manière masquée de palier le manque de tiers et expliquent qu'il aurait été plus judicieux de distinguer le péril imminent d'une modalité d'hospitalisation ouvertement destinée aux patients isolés qui ont besoin de soins mais pour qui on ne trouve pas de tiers. En effet, le péril imminent risque surtout d'être utilisé dans ce but, qui n'est pas sa définition première dans le texte de loi.
« Tarte à la crème ça […] On sait très bien pourquoi ça a été voté. Pour pallier le manque de tiers » E1.
« Mais du coup, on va l'utiliser pour des gens qui ne sont pas dans un péril imminent mais qui n'ont pas de tiers et on va juger que c'est l'absence de tiers qui est le péril imminent […] Voilà, moi j'aurais bien aimé qu'on distingue les deux quoi. » E10.

d. Certificat par un médecin extérieur non nécessairement psychiatre

En ce qui concerne l'intervention d'un **médecin extérieur**, se pose le problème de la disponibilité des médecins en ville, qui devraient être « indemnisés du temps passé pour participer à l'hospitalisation » (E24). Lorsque l'on interroge la population de l'étude sur l'intervention d'un

médecin **non nécessairement spécialisé en psychiatrie**, une minorité (5 sur 16) déclare que tout médecin est apte à gérer une hospitalisation psychiatrique sous contrainte en cas de péril imminent alors que pour la majorité (11 sur 16), un médecin non psychiatre manque d'expertise pour juger cliniquement : *« Bah le médecin généraliste […] le psychique, il n'est pas formé pour ça. » E14.*

B.4. Soins ambulatoires sous contrainte

La question des soins ambulatoires sous contrainte a été divisée en cinq parties. Les quatre premières (figure 8) concernent la perception des SASC en termes d'utilité, de difficultés, d'interrogations à propos du programme de soins ainsi que de questionnements quant à la place du contrat dans les SASC. Une cinquième partie a été dessinée par les nombreuses remarques des interviewés sur les sorties d'une durée maximale de douze heures et forcement accompagnées.

a. Perception des soins ambulatoires sous contrainte

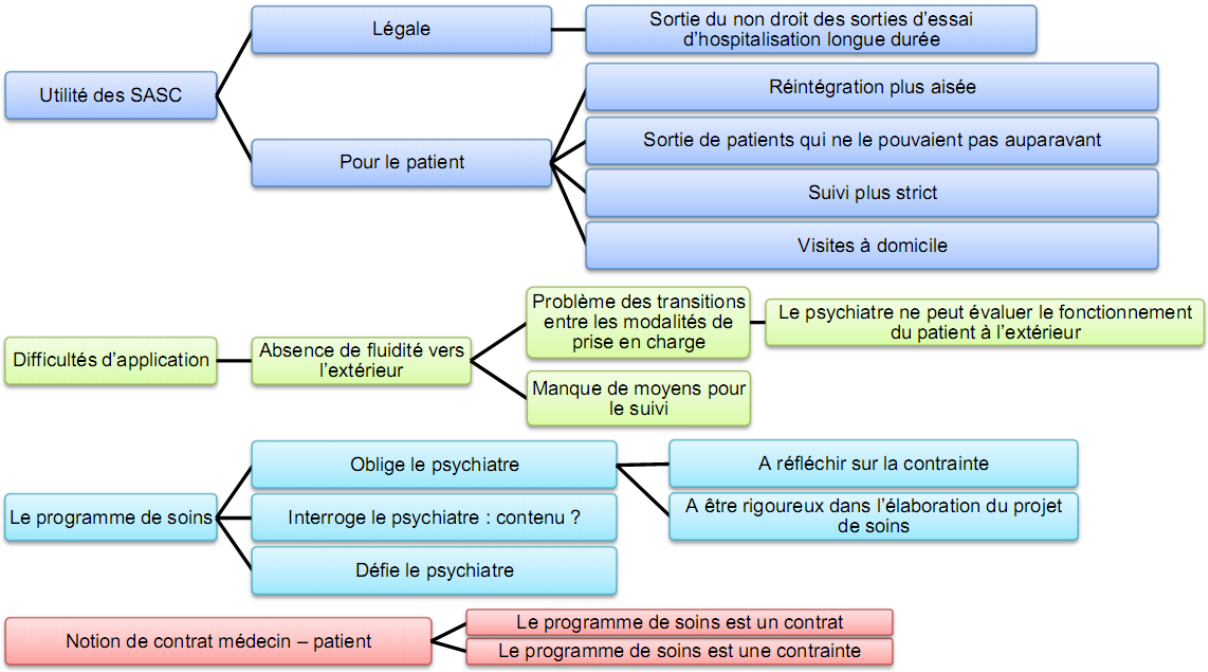


Figure 8 : *Arbre thématique schématisant la perception des soins ambulatoires sous contrainte*

Utilité des soins ambulatoires sous contrainte

Sept intervenants constatent une **utilité légale** : celle de sortir du non droit des sorties d'essai d'hospitalisation longue durée pratiquées sous la loi de 1990.

« Ça a quand même l'intérêt d'être plus clair, plus transparent que les sorties d'essai qu'on faisait avant qui étaient … qui ne voulaient rien dire » E4.

Les SASC présentent aussi une **utilité pour les patients** : d'une part ils favorisent une réintégration plus aisée en cas de décompensation et un relai de l'hospitalier vers l'ambulatoire puisque les SASC permettent de faire sortir des patients qui ne le pouvaient pas auparavant (ayant besoin d'être tenus par la contrainte même à l'extérieur). D'autre part de nombreux acteurs, qu'ils soient psychiatres ou patients, soulignent une aide à la prise en charge ambulatoire par la formalisation d'un suivi plus strict et la possibilité de mise en place de visites à domicile.

« Oui, c'est une bonne chose. Ça va m'aider […] Pour vérifier si je prends bien le médicament. » E14.

« Mais en plus, je pense que ça s'est perdu les visites à domicile. Et là ça peut revenir. » E13.
A noter que pour trois interviewés, les SASC sont **peu utiles** car ils ne changent en rien des sorties d'essai longue durée si ce n'est qu'ils compliquent les choses (plus de certificats).

Difficultés d'application des soins ambulatoires sous contrainte

Les SASC permettent une prise en charge extrahospitalière des patients. Cependant, une fois dehors, il « manque les moyens » d'un réel suivi ambulatoire contraint : manque d'hôpitaux de jour et d'une coordination entre les services médicaux et les services sociaux et médico-sociaux.
« On fait partir des gens […] avec une surveillance demandée par la société, le juge et tout le monde, et on les fait sortir avec une simple consultation … ça ne se fait absolument pas ! » E7.

Le programme de soins

Pour les acteurs concernés par la loi du 5 juillet 2011, le programme de soin **oblige** le psychiatre « à réfléchir sur la contrainte » et à être rigoureux dans l'élaboration du projet de soins.
Mais il **interroge** aussi plusieurs psychiatres quant à son contenu.
« Seul problème qui est énorme c'est qu'il faudrait que dans tous les hôpitaux on réfléchisse sur ce qu'est un programme de soins […] Le contenu. » E7.
Enfin il est exprimé un sentiment de **défiance** de la part des psychiatres vis-à-vis du programme de soins.
« Donc là, c'est plus un contrôle du fonctionnement des équipes » E10.
« Moi j'ai toujours eu des programmes de soins pour les patients, ils n'étaient pas forcément sous la forme et sous la régularité impliquée par la loi, mais ils étaient […] Tandis que là, c'est caricaturer le système. » E10.

La notion de contrat médecin-patient à travers le programme de soins

Il a été demandé aux interviewés s'ils percevaient le programme de soins comme un contrat établi entre le psychiatre et son patient. Les avis sont partagés : pour la moitié des personnes s'étant prononcées sur la question **le programme de soins est une contrainte** pour le patient et non un contrat. En effet, un interviewé affirme que « ça s'impose au patient » (E11) et un autre d'ajouter qu' « un contrat ça suppose quand même un consentement » (E3). Pour l'autre moitié **le programme de soins peut s'apparenter à un contrat.** Ainsi un patient explique qu'il s' « engage à prendre les médicaments » et en échange le psychiatre le « laisse sortir » en SASC (E14). A noter cependant que plusieurs de ces interviewés hésitent avant de répondre, et se montrent parfois ambigus :
« Oui, programme de soins pour moi c'est aussi un programme qu'on fait ensemble […] Bon c'est un peu faussé quand même parce qu'on impose certaines choses » E4.
« Je pense que c'est ça qui est intéressant. C'est de le faire sous la forme d'un contrat et pas uniquement une obligation. Bon c'est une obligation. Le résultat c'est que c'est une obligation » E5.

b. *Sorties de douze heures systématiquement accompagnées*

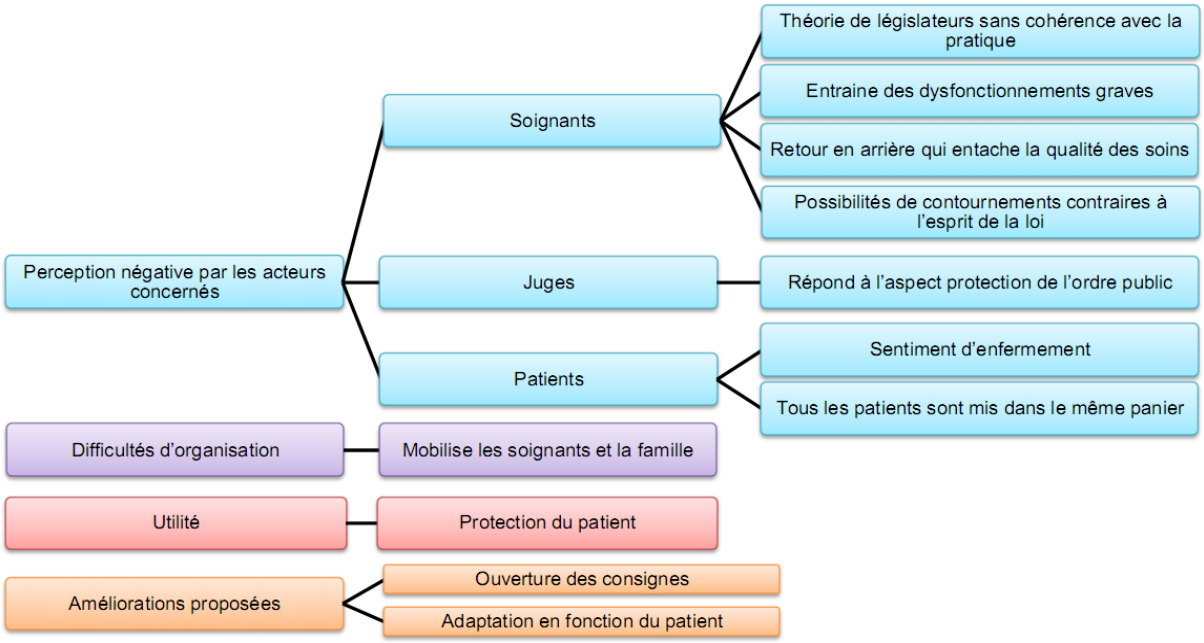


Figure 9 : *Arbre thématique schématisant la perception des sorties accompagnées de douze heures*

Il est à noter que c'est la seule question du guide d'entretien abordée par la totalité des 24 interviewés (figure 9). Et tout d'abord, ils sont très nombreux à avoir constaté une diminution des sorties des patients (surtout pour les patients isolés) depuis l'application de la loi du 5 juillet 2011. Pour nombre de **soignants** cette mesure de limitation des sorties d'essai : douze heures et toujours accompagnées, est la plus problématique de la loi.

« Ça entraîne des dysfonctionnements graves, c'est impraticable ! […] ça devient une espèce de truc qui perd de vue l'intérêt des personnes… » E11.

« Ça c'est l'énorme inconvénient de la loi ! C'est aberrant. C'est un retour en arrière […] Ça entache la qualité des soins de façon majeure. » E12.

« Ils ont fait de la théorie sans avoir vu ni la psychiatrie ni… » E12.

Le problème de la « fluidité » entre les différents modes de prise en charge revient de manière récurrente dans les entretiens : plusieurs psychiatres déplorent « ne plus pouvoir évaluer le fonctionnement de leurs patients à l'extérieur » avant une sortie définitive du fait de la diminution du temps de sortie autorisé par la loi. Le patient passe donc du tout hospitalier aux SASC sans transition. De nombreux psychiatres dénoncent des possibilités de contournement de ces sorties de moins de douze heures faisant fi de l'esprit initial de la loi. En effet certains sont tentés, afin d'évaluer l'état clinique de leurs patients à l'extérieur sur une durée plus importante, de faire un programme de soins avec temps d'hospitalisation et temps de sortie.

Les **juges** se prononcent avec plus de parcimonie en expliquant que ce chapitre de la loi répond à l' « aspect ordre public » (E1).

Les **patients** rapportent un sentiment d'enfermement difficile à vivre. Ils énoncent qu'il est dommage d'avoir mis tous les patients « dans le même panier », de leur avoir « collé une étiquette qui fait peur […] aux gens » (E20).

Par ailleurs, il est très fréquemment dénoncé par l'ensemble des acteurs concernés la nécessaire et contraignante mobilisation des soignants et de la famille.

« Ben, c'est pas facile à organiser … Pareil ça peut mobiliser du CMP, des soignants. » E6.
« Quand il n'y a pas de famille, ce doit être un soignant et bon ça démunit aussi les services en infirmiers. » E8.
A l'opposé, de rares intervenants trouvent une utilité à la limitation des sorties d'essai notamment pour **protéger** le patient de la société, ou bien de lui-même.
Enfin certaines **pistes d'évolution** sont spontanément proposées : juges, psychiatres et patients se rejoignent pour demander une ouverture des consignes concernant les sorties d'essai (plus longues, non systématiquement accompagnées) ainsi que des possibilités d'adaptation en fonction du patient (patients isolés) car pour plusieurs acteurs « les permissions sont thérapeutiques » (E12).
« Pour ceux qui n'ont pas de frère et sœur […] Il faudrait qu'ils aient quand même des sorties régulièrement. » E17.

B.5. Autres perceptions des effets de la loi du 5 juillet 2011

L'objectif de cette partie du guide d'entretien était de laisser libre cours à la parole et ainsi de recueillir d'autres perceptions positives ou négatives concernant les points de la loi non abordés dans les quatre premières rubriques. Devant le faible nombre de thèmes apportés, l'arbre thématique n'est pas présenté.

a. Points positifs de la loi du 5 juillet 2011

De manière générale, on relève peu de thèmes récurrents concernant les autres intérêts de la loi du 5 juillet 2011. Le seul point notable est le suivant : la moitié des interviewés se rejoint pour apprécier l'amélioration de l'information du patient. D'une part grâce à l'intervention du JLD : information concernant les droits de recours et lecture d'extraits de certificats lors de l'audience, d'autre part du fait de la rencontre avec plusieurs médecins différents lors de la période d'observation, enfin grâce à l'élaboration du programme de soin.

b. Perceptions négatives récurrentes de la loi du 5 juillet 2011

On retrouve un plus grand nombre de perceptions négatives de la part de la population de l'étude. Le **manque de clarté** du texte est dénoncé, son application étant ainsi donnée à l'appréciation de chaque établissement.
« Personne connaît la loi, il y a juste le juge qui la connaît et encore. Tout est flou […] c'est une justice de brousse ! » E19.
Par ailleurs, il se dessine un **sentiment de défiance** vis-à-vis des psychiatres.
« Contrôler les psychiatres … parce que l'idée qui est derrière, c'est quand même ça hein, c'est qu'on fait n'importe quoi ! » E7.
« Donc effectivement, tu te dis, il y a quelque chose de l'ordre d'une défiance à l'égard de la profession avec une espèce d'autocontrôle qui est demandée au sein même. » E8.
« C'est de dire voilà on fait pas confiance au médecin c'est pour ça qu'on met une loi pour essayer de l'encadrer lui aussi. » E19.

B.6. Synthèse des notions transversales abordées dans le corpus d'entretiens

Certaines notions ont été abordées de manière récurrente à travers les cinq grandes parties du guide d'entretien. Les citer dans chacune des parties eut été redondant, nous les avons donc regroupées ici. Ainsi, la population de l'étude a itérativement évoqué le manque de moyens pour appliquer le texte, la question des certificats médicaux dans la loi du 5 juillet 2011 et enfin la complexité des relations justice – psychiatrie, abordée spontanément par les interviewés (figure 10).

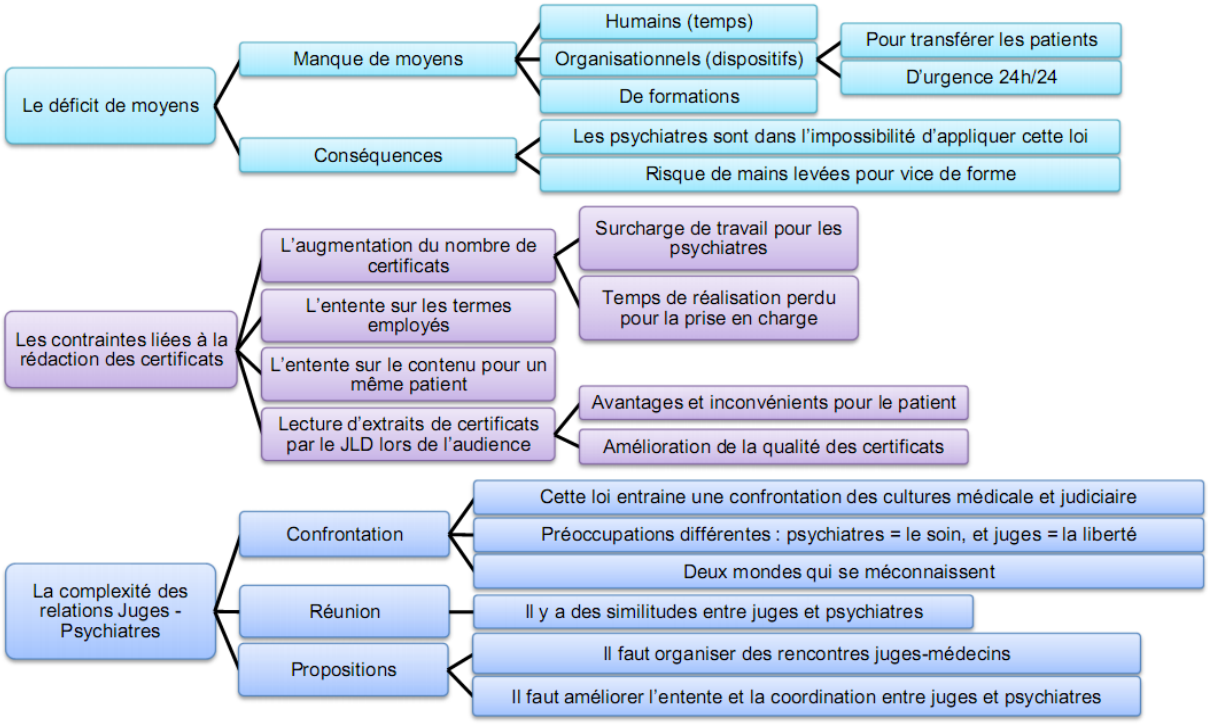


Figure 10 : *Arbre thématique concernant les notions transversales du corpus*

a. Les moyens pour l'application de la loi du 5 juillet 2011

De nombreux acteurs de la loi du 5 juillet s'accordent pour dénoncer le **manque de moyens** mis à disposition pour l'application de cette loi, tant au niveau judiciaire que psychiatrique. Les psychiatres déplorent qu'ils « n'ont pas le temps » pour réfléchir et échanger sur les pratiques psychiatriques (E4). Plusieurs intervenants dénoncent aussi le manque d'un dispositif pour transférer du domicile à l'hôpital les patients que l'on veut hospitaliser sous contrainte ou que l'on souhaite réintégrer.
« Il ne veut pas venir, on a le certificat, le tiers, mais comment je fais pour qu'il vienne à l'hôpital ? Qu'il n'y ait pas eu de réflexion sur un dispositif pour aller chercher mes patients à leur domicile. » E4.
Les professionnels du SAMU sont ainsi sollicités « ce qui n'est pas non plus leur rôle » (E9). Manque également d'un dispositif d'urgence permettant au patient d'avoir un « correspondant la nuit ou le jour » lorsqu'il est en soins ambulatoires sous contrainte (E16). D'autre part, certains intervenants dénoncent le manque de formations, tant chez les juges que chez les psychiatres ainsi que chez les médecins généralistes (notamment en ce qui concerne l'hospitalisation en cas de péril imminent pour laquelle ils sont en première ligne). Là encore le SAMU est très souvent sollicité par téléphone pour donner des conseils. Les psychiatres dénoncent les **conséquences de ce manque de moyen** : ils sont parfois « dans l'impossibilité d'appliquer cette loi » (E7) voir même « hors la loi » par exemple

« parce que les certificats ne vont pas être produits dans les temps » (E8). Enfin, ils déplorent « le risque [de levées de mesures] pour non-respect de la réglementation » (E8).

b. Les certificats dans la loi du 5 juillet 2011

D'une part, l'ensemble des psychiatres de la cohorte s'accorde pour dénoncer **l'augmentation du nombre de certificats** qui représente une surcharge de travail importante, le temps de réalisation de ces certificats étant perdu pour la prise en charge des patients.
« Surtout dans les périodes de congé où on ne peut plus voir de patients en dehors de ceux à qui on fait des certificats. » E5.
De plus, ces certificats multiples sont trop rapprochés et « ne protègent pas vraiment le patient » puisqu'il y a peu de chance que le « certificateur [suivant] prenne le contre-pied de son collègue » E8.

D'autre part, plusieurs interviewés se sont interrogés sur **les termes** à utiliser dans les certificats : pour certains les certificats doivent être rédigés « avec des termes médicaux » (E3) :
« Je n'emprunte pas un langage que le juge comprend, c'est un certificat médical ce n'est pas un certificat pour le juge. » E9.
Tandis que pour d'autres ils doivent être « compréhensibles par les juges » (E4) :
« Si je fais quelques efforts sur les certificats […] c'est vis-à-vis du juge, pour arriver à lui faire piger les choses telles que j'ai envie qu'elles soient entendues. » E10.

Ensuite les remarques se sont portées sur la manière de rédiger **les certificats successifs pour un même patient** notamment au cours de soixante douze premières heures. Là encore, certains juges expliquent que les certificats ne doivent pas forcement être très différents si l'évolution clinique est lente alors que pour d'autres JLD il faut forcement « qu'il y ait une évolution » (E3). Plusieurs psychiatres expliquent cependant qu'« il faut beaucoup d'imagination pour changer les mots » et pour montrer une évolution clinique au début de la prise en charge (E4).

Enfin lors de l'audience, **certains extraits de certificats sont parfois lus par le juge** au patient. La perception de ces lectures en audience a été recherchée. Il a été relevé que cela permettait d' « amener une cohérence » des certificats entre eux aux yeux du patient (E5) ainsi que de rendre « le patient plus acteur » (E4) même s'il a été parfois évoqué le risque de le « perturber » (E3). Par ailleurs, cette relecture des certificats par le juge est souvent appréciée pour avoir amélioré la qualité des certificats médicaux. En effet, le psychiatre est plus attentif à leur réalisation, il y a une diminution des copier-coller, une réflexion sur des termes à employer, ainsi qu'un échange entre psychiatres, « les certificats sont clairement plus détaillés » « des mots clefs apparaissent » (E5).

c. Les relations justice – psychiatrie

De nombreux acteurs de la population de l'étude ont spontanément abordé le thème des relations entre justice et psychiatre. La majorité d'entre eux envisage ces relations en termes de confrontation mais certains trouvent des points communs entre ces deux institutions. Plusieurs interviewés proposent des pistes pour améliorer ces relations.

Confrontation

Pour de nombreux intervenants, cette nouvelle loi entraine une **confrontation des cultures médicale et judiciaire**. On peut relever différentes intensités dans la perception de cette confrontation.
« Ça va être la confrontation des cultures. » E1.
« Le monde de la justice c'est leur monde à part, le monde de la psychiatrie ou même de la médecine c'est un monde à part, et vous êtes [patient] ballotté entre les deux. » E19.
« Si les médecins n'arrivent pas à nous convaincre [juges] de ce qui justifie l'atteinte à la liberté, il va y avoir des enjeux de pouvoir. » E1.
« Mais je reconnais que les médecins et les juristes ne se sont jamais entendus. » E3.
« Voilà, bon alors effectivement, on va s'affronter… » E10.
En effet, nombreux parmi les professionnels appliquant la loi sont ceux qui soulignent des préoccupations différentes entre ces deux instances : la préoccupation du psychiatre est le soin tandis que celle du juge est la liberté. L'exemple cité est celui des mains levées du JLD pour vice de forme : sous l'angle de vue du psychiatre, s'il arrive quelque chose au patient il a « la responsabilité médicale de ne pas l'avoir protégé » (E5) alors que pour le juge la main levée est prononcée quelque soit le danger pour le patient, puisque le rôle du JLD est de garantir la liberté du patient et non sa santé. Certains dénoncent la cohabitation de deux mondes qui se méconnaissent : d'une part des médecins mis à mal car ils ne connaissent pas les rouages de la justice et d'autre part des juges en difficulté car « ils ne sont pas non plus très habitués » aux problématiques psychiatriques (E6).

Réunion

L'un des interviewés relève des similitudes entre les métiers de juge et psychiatre dans la démarche intellectuelle et la posture humaine.
« On fait un peu le même métier. C'est pas pour rien que les uns et les autres on rend des ordonnances, qu'on pose des diagnostics. Définir la culpabilité de quelqu'un, c'est poser un diagnostic. Et la démarche intellectuelle est comparable. Et moi je pense que la posture humaine a aussi des similitudes.» E1.

Propositions

Nombreux interviewés proposent d'organiser des rencontres juges-médecins dans le but d'améliorer l'entente et la coordination entre ces deux instances. D'autant déplorent que la loi n'ait pas formalisé des réunions régulières.
« Au bout de six mois il faut impérativement organiser la rencontre entre juges et médecins. » E1.
« Il faudrait surtout, à mon avis, qu'il y ait des échanges plus réguliers […] avec les JLD pour qu'ils comprennent aussi quelle est notre logique et du coup qu'il y ait une meilleure entente. » E5.

IV. DISCUSSION

L'étude de la perception 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 a pour but d'identifier l'effet de l'application de cette loi (avantages et difficultés) sur les acteurs concernés pour en proposer des pistes d'amélioration.

A. Les limites de l'étude

A.1. Méthode

Le choix d'entretiens semi-directifs duels peut s'accompagner d'un biais : ils sont réalisés par un seul enquêteur ce qui peut induire un risque lié à la directivité (réponses induites, biais de courtoisie).

A.2. Population

La population de l'étude est hétérogène, composée de sous-groupes non équivalents en termes d'effectifs. Ainsi, les résultats peuvent être extrapolés à la population des acteurs de proximité dans son ensemble et on ne peut tirer de conclusions par stratification c'est-à-dire par sous-groupe. Les résultats en sous-groupe peuvent permettre de pressentir certaines tendances mais n'ont pas vocation à être représentatifs de la sous-population.

A.3. Analyse

L'analyse qualitative des données par une seule personne est une limite de ce travail, mais un encadrement par des médecins expérimentés a permis de la guider. Il s'agit d'une thèse de médecine, il était donc difficile de trouver un volontaire pour cet exercice de triangulation (et les thèses à plusieurs ne sont pas encore monnaie courante dans le DES de psychiatrie).

B. Synthèse des perceptions de la loi du 5 juillet après six mois d'application

B.1. Les nouveautés de la loi du 5 juillet 2011

Le travail préalable à la rédaction du guide d'entretien avait permis d'isoler quatre éléments nouveaux apportés par la loi du 5 juillet 2011 et considérés, avant son application, comme les principaux effets de la loi. À ces quatre points (intervention du JLD, période d'observation de 72 heures, hospitalisation pour péril imminent et SASC) les résultats de cette étude permettent d'ajouter deux éléments de nouveauté du texte notables dans la pratique :

- L'amélioration de l'information du patient, retrouvée uniquement dans deux des huit articles analysés (annexe 1).
- La formalisation de la réalisation d'un examen somatique systématique lors de la période initiale d'observation de soixante douze heures.

B.2. Les avantages dans la pratique

a. Une perception complexe et nuancée de la loi du 5 juillet 2011

Il est intéressant de constater que la plupart des interviewés ne rejette pas la loi de manière globale contrairement à ce qui pouvait être pressenti à la lecture de la littérature lors de la parution du texte du 5 juillet 2011, notamment dans les articles non scientifiques : presse écrite, tribunes d'opinion, communiqués sur le net etc. En effet de nombreux médecins, patients, associations de familles s'étaient réunis pour rejeter le projet de loi dans son ensemble, jugé sécuritaire et liberticide (20), le texte ayant même été qualifié d'inapplicable (21). Pourtant lors de la préparation de la réforme, certaines commissions d'évaluation telles que le rapport Strohl (22) avaient prôné bien d'autres valeurs, réaffirmant que la psychiatrie devait « se situer dans une logique sanitaire et sortir définitivement de la logique sécuritaire », qu'il fallait éviter toute confusion entre soins et punitions, et formulant des recommandations concernant le renforcement des droits du patient. C'est dans cet état d'esprit que les auteurs de ce rapport demandaient la simplification des procédures administratives d'hospitalisation, l'instauration d'une période d'orientation et d'observation de 72 heures (afin d'éviter au maximum les procédures de contrainte souvent décidées dans l'urgence) ainsi que les soins ambulatoires sous contrainte. Il est remarquable que la nouvelle loi reprenne nombre de ces propositions, sur lesquelles un consensus aurait probablement été trouvé si le texte n'était pas sorti dans un contexte politique de connotation sécuritaire (8). Les résultats de cette étude montrent que la perception de la loi du 5 juillet 2011 après six mois d'application est plus nuancée, les entretiens rapportant à la fois les nombreuses difficultés liées au nouveau texte mais aussi certains avantages dans la pratique.

b. Les avantages de la loi du 5 juillet 2011 au regard des acteurs de proximité

Le regard extérieur du juge

Après six mois d'application, l'intervention du JLD apporte l'intérêt d'être un « regard extérieur » qui peut apaiser la relation médecin-patient en légitimant l'hospitalisation et en permettant au psychiatre de travailler plus vite puisqu'il dégage les entretiens de la problématique de la légalité de la contrainte. Lors de l'audience, le juge peut aussi lire au patient des extraits de certificats permettant d'amener une cohérence des certificats entre eux aux yeux du patient et ainsi de le rendre plus acteur de sa propre prise en charge. Cette « tiercéisation » de la relation médecin-patient par la justice sera abordée de manière plus détaillée dans la suite de la discussion.

Soixante douze heures pour prendre la décision de contraindre

Les résultats montrent que, contrairement à la perception de « garde à vue psychiatrique » souvent évoquée autour du projet de loi (23), la période de soixante douze heures d'observation est perçue comme un temps de soins qui permet de réaliser le bilan initial aux urgences, de rechercher les diagnostics différentiels (il est difficile d'affirmer une pathologie psychiatrique en 72 heures), de mettre en place un traitement et d'aborder plus sereinement la question de la contrainte avec la famille. Cette période présente aussi l'avantage pour la population de l'étude de renforcer le respect du droit des patients en formalisant un « cadre juridique » autour de l'hospitalisation aux urgences.

L'hospitalisation pour péril imminent : une prise en charge rapide des personnes isolées

Les résultats de cette étude rapportent certains avantages dans la pratique de l'hospitalisation en cas de péril imminent. Cette modalité d'hospitalisation sous contrainte permet une rapidité d'intervention notamment dans les situations aigües où l'on ne trouve pas de tiers : personnes isolées ou non soutenues par leur famille, ou encore dont la famille est éloignée géographiquement (l'hospitalisation pour péril imminent étant alors une aide à la famille). En effet, dans la pratique, il est souvent difficile de trouver dans l'environnement quelqu'un qui accepte de s'engager et l'on sollicitait, sous la loi de 1990, des tiers en situation professionnelle notamment l'assistante sociale ou le cadre de santé des urgences (24). Lorsqu'aucun tiers n'était trouvé, il arrivait que la solution choisie soit l'utilisation de l'hospitalisation à la demande du préfet (HO/SDRE). Il est à noter que ce problème ne date pas d'hier puisqu'une étude à propos de la loi de 1838 avait rapporté que 83% des patients en Placement d'Office (PO, devenu HO dans la loi de 1990) l'étaient par absence ou éloignement de la famille, le préfet jouant alors un rôle social, imposant un placement d'office là où un placement sur demande de l'entourage aurait suffit (25). Ainsi, il est intéressant d'observer que l'hospitalisation en cas de péril imminent de la loi de 2011 répond à cette ancienne problématique puisqu'elle permet, comme l'a souligné la population de l'étude, d'éviter les mesures d'hospitalisations en SDRE non justifiées ainsi que les demandes de tiers à la limite de la légalité. Enfin, bien que certains sujets craignent des hospitalisations rapides et sans recul, la majorité des interviewés ne perçoit pas de risque pour les droits du patient notamment si le certificat médical initial est circonstancié et s'il est confirmé par les certificats des psychiatres suivants.

Les SASC : un suivi extrahospitalier plus strict remplaçant les sorties d'essai longue durée

La question d'un suivi ambulatoire contraint a fréquemment été soulevée par le passé. En 1995, G. Vidon affirmait qu'il était paradoxal de tourner la psychiatrie vers l'extrahospitalier sans disposer des moyens de s'assurer du traitement des patients en ambulatoire (26). Les SASC étaient aussi défendus en 2005 par J-L. Senon pour le maintien durable d'un suivi longitudinal du patient (27). En effet, S. Hodgins, dans un travail publié en 2004 (28) avait montré qu'un des facteurs prédictifs de violence chez le patient souffrant de schizophrénie est la rupture de prise en charge avec arrêt du traitement. Par ailleurs, les commissions chargées des bilans de la loi du 27 juin 1990 dénonçaient la pratique courante des sorties d'essai prolongées et demandaient une solution intermédiaire de « liberté assortie d'injonction thérapeutique » au cours de laquelle il pourrait être ordonné des retours en milieu hospitalier en cas de non suivi des soins ambulatoires (3). Les sorties d'essai utilisées comme obligation de soins ambulatoires sans aucun cadre légal et au mépris des droits de la personne traitée contre son gré avaient été dénoncées (29). Dans cette étude, il a été souligné l'intérêt des SASC après six mois de pratique : sortir du non droit des sorties d'essai longue durée pratiquées sous la loi de 1990 et assurer une meilleure prise en charge de certains patients en ambulatoire par la formalisation d'un suivi plus strict (avec réintégration en cas de décompensation) mais aussi plus réfléchi (puisque le psychiatre ne peut plus faire l'économie de la réflexion autour de l'élaboration du programme de soins). Il est notable que les interviewés prônant l'aide d'un suivi plus strict par la contrainte soient autant des patients que des psychiatres. En pratique, certains ont aussi rapporté l'intérêt des SASC comme une ouverture vers l'extrahospitalier pour des patients qui ne le pouvaient pas auparavant (ayant besoin d'être tenus par la contrainte même à l'extérieur) allant donc à l'opposé de ceux qui s'offusquaient de l'atteinte des libertés par les SASC, instaurés « dans une logique sécuritaire » (20).

Des psychiatres plus attentifs à la rédaction des certificats

Les bilans de la loi du 27 juin 1990 avaient fait état de certificats médicaux souvent insuffisamment circonstanciés (3). Dans cette étude, il a été plusieurs fois rapporté, souvent par les psychiatres eux-mêmes, l'amélioration de la qualité des certificats médicaux : diminution des copier-coller, réflexion et échange sur les termes à employer. Ceci étant rapporté à la relecture systématique des certificats par un tiers externe : le juge.

B.3. Les difficultés identifiées après six mois de pratique

a. Une loi sans les moyens pour l'appliquer

La première difficulté mise en avant de manière récurrente dans cette étude est le manque de moyens mis à disposition pour l'application de la loi du 5 juillet 2011, tant au niveau judiciaire que psychiatrique. Cet état de fait était connu et reconnu avant même la promulgation de la loi par son rapporteur au Sénat, Jean-Louis Lorrain, qui avouait l'existence d'« un vrai problème de moyens qu'on devra ajuster à l'usage » (30). En matière judiciaire, une étude d'impact avait été réalisée en mai 2011, elle concernait l'évaluation des besoins nouveaux de la justice découlant de l'application du texte : il aurait fallu créer 79 postes de JLD pour l'année 2011, sachant que de surcroit, 76 magistrats sont partis à la retraite cette même année (30). La promulgation d'une loi sans augmentation concrète de moyens n'est hélas pas une nouveauté. S'agissant de la loi de 1838, F. Caroli explique qu'elle « n'avait rien résolu au début tant que les moyens nécessaires n'avaient été prévus » (6), quant au texte de 1990, J-L. Senon s'interrogeait déjà : sans moyens nouveaux, comment assurer la prise en charge de patients présentant des troubles du comportement et des accès de violence (27) ?

Des moyens humains sont évidemment indispensables (rédaction des certificats s'agissant des psychiatres et du personnel administratif, audiences à 15 jours et six mois pour les JLD, accompagnement des patients en sorties d'essai ou aux audiences pour les infirmiers, temps de prise en charge de l'urgence psychiatrique pour les médecins généralistes etc.) et ont déjà été demandés à la fin de l'année 2011 par les établissements hospitaliers (31). Mais cette étude rapporte d'autres besoins spécifiques dans la pratique :

- Offre de soins en ambulatoire : hôpitaux de jour et coordination médico-sociale entre l'hôpital et les structures d'accueil en ambulatoire, dispositif d'urgence permettant au patient d'avoir un correspondant vingt quatre heures sur vingt quatre lorsqu'il est en SASC.
- Dispositif de transfert des patients de leur domicile à l'hôpital.
- Médecins généralistes disponibles et rémunérés pour les hospitalisations sous contrainte, coûteuses en termes de temps.

Enfin, il est déploré le manque de formations à la fois pour les médecins (spécialistes et non spécialistes) mais aussi pour les juges. Ces formations avaient déjà été demandées lors de l'élaboration du projet de loi (32). Les psychiatres de l'étude dénoncent les conséquences de ce manque de moyen : le risque de détournement de la loi par impossibilité de l'appliquer.

b. De fausses solutions

Dans la pratique, c'est donc le SAMU qui est sollicité, tant par les médecins généralistes lorsqu'ils prennent en charge une situation d'urgence psychiatrique (demandes d'explications sur la manière de procéder avec la nouvelle loi) que par les élus et les forces de police. Le manque de formation entraine une demande de guidance auprès du centre 15, qui doit ainsi superviser les hospitalisations sous contrainte et parfois organiser le transport (33).

c. Un texte manquant de clarté

Le manque de clarté de la loi du 5 juillet 2011 a été dénoncé par les interviewés, son application étant donnée à l'appréciation de chaque établissement. On retrouve cette critique lors de la parution de la loi de 1990, M. Bénézech parlait de confusion terminologique, de manque de clarté de certains articles (34). Etait-ce propre au temps d'appropriation d'un nouveau texte de loi ? Toujours est-il que certains éléments ont été précisés par la jurisprudence ultérieure : contenu du programme de soins (35), déroulement des audiences (36), utilisation des soins ambulatoires sous contrainte etc. mais que d'autres éléments restent à préciser (confère ci-dessous : péril imminent et rapports justice-psychiatrie).

d. Une intervention de la justice parfois problématique

Cette étude a montré les difficultés occasionnées par l'intervention du JLD à 15 jours d'hospitalisation. Pour le patient il s'agit de difficultés de compréhension quant au rôle du juge, avec un amalgame fréquent entre juge et jugement. Le juge serait là pour punir le patient, cette confusion étant accentuée par le nom de « juge des libertés et de la détention » d'où la proposition de faire intervenir un autre juge. L'audience est souvent marquée ou précédée d'un sentiment d'anxiété du patient. L'incompréhension du patient peut être mise en lien avec une autre difficulté : le délai d'intervention du JLD (15 jours). En effet, cela ne laisse pas le temps d'une amélioration clinique ainsi que d'un allégement des traitements. Comment informer et rassurer un patient à propos de l'audience s'il manifeste les symptômes aigus d'un trouble psychotique bref par exemple, ou bien s'il bénéficie d'un traitement anxiolytique fort en attendant l'efficacité d'un antidépresseur sur un épisode dépressif majeur ? Toute proposition d'information du patient dans le but d'améliorer sa compréhension ne peut donc faire abstraction de son état clinique. Ainsi, pour les sujets de cette étude, il serait plus efficient de repousser l'audience à trois semaines voire un mois pour un réel échange entre juge et patient, et une meilleure information et compréhension de ce dernier. Le problème qui se pose alors est le délai d'intervention du juge pour protéger les droits du patient. Ainsi, une solution intermédiaire proposée serait de faire intervenir un juge précocement dans la décision d'hospitalisation (dans les trois premiers jours) éventuellement sur dossier, afin de protéger les droits du patient, puis le patient rencontrerait le juge à trois semaines un mois, laissant le temps d'une amélioration clinique.

Par ailleurs, cette étude a rapporté clairement la difficulté de la réalisation des audiences à l'extérieur de l'hôpital : moyens importants liés au transport, état clinique du patient parfois incompatible avec son déplacement, accroissement de l'incompréhension et de l'anxiété du patient ;

mais aussi de manière publique : atteinte à la vie privée, risquant de stigmatiser le patient et pouvant entrainer des situations de confrontation patient-famille parfois douloureuse.

La problématique liée à l'intervention de la justice pour les hospitalisations sous contrainte avait déjà été abordée au sortir de la loi par A. Guellec qui la qualifiait de louable mais impliquant certaines difficultés pratiques : manque de personnel médical et surcroit de travail pour la justice, déstabilisation des patients par les audiences au tribunal, difficultés de transport des patients, principe des audiences publiques en contradiction avec l'intimité de la vie privée du patient (37).

e. L'hospitalisation pour péril imminent : un flou terminologique

Dans cette étude, de nombreux acteurs prônent l'intérêt de cette modalité d'hospitalisation dans les situations où le patient est isolé. Alors pourquoi, comme le souligne l'un des interviewés, ne pas avoir appelé cette modalité de contrainte « hospitalisation en cas d'absence de tiers » ? En effet, cela aurait évité les questionnements sur la différence entre péril imminent et procédure d'urgence, et aurait permis de formaliser les règles d'une hospitalisation sans tiers de manière plus claire, permettant ainsi de lutter contre les dérives craintes par la population de l'étude : utilisation sans se donner la peine de chercher le tiers ou pour contourner les situations où le tiers ne veut pas se prononcer ou bien lorsqu'il n'est pas d'accord avec l'hospitalisation.

f. La plus grande entrave de cette loi : la limitation des sorties d'essai

La difficulté dominante pour la population de cette étude est la limitation des sorties pour les patients hospitalisés sous contrainte : moins de douze heures et systématiquement accompagnées, avec le problème que cela entraine (au delà du sentiment d'enfermement du patient) celui de la fluidité entre les différents modes de prise en charge. En effet, le patient passe du tout hospitalier aux SASC sans transition et sans évaluation de son état clinique à l'extérieur. Pourtant l'intérêt des sorties d'essai est depuis longtemps reconnu, notamment par la jurisprudence de 1967 sous le motif que la réadaptation des malades mentaux hospitalisés sous contrainte doit passer un jour ou l'autre par le risque de l'essai d'une mise en condition de vie normale au milieu de la population (38). Ces sorties non accompagnées peuvent permettre d'évaluer la compliance du patient, sa capacité à respecter un cadre thérapeutique et à s'impliquer dans un contrat de soins, elles représentent « un entre-deux thérapeutique, transitionnel » (39). Avec la loi de 2011, A. Guellec souligne qu'il demeure des situations dans lesquelles l'établissement de SASC n'est ni possible ni opportun et pour lesquelles la disparition du principe des sorties d'essai est regrettable, cette disparition entrainant le risque de détournement des programmes de soins comme « autorisations de sortie déguisées » ou le risque de raréfaction des sorties des patients (37). Ces deux dérives ont été dénoncées par la population de l'étude. Finalement, la nouvelle loi a « légalisé » les sorties d'essai longue durée par l'instauration de SASC mais a supprimé ce que G. Massé identifie comme les « essais de sorties » (40). Un vide juridique a été laissé par le législateur s'agissant de ces sorties « de moyenne durée » (37). Ce vide n'a pas été comblé par la jurisprudence récente qui a tenté de mettre fin aux dérives d'utilisation des programmes de soins comprenant des autorisations de sorties alternant avec des hospitalisations contraintes séquentielles, en spécifiant « il n'est donc pas possible d'imposer des soins ou des séjours en établissement sans que la prise en charge du patient ait été préalablement transformée en hospitalisation complète » (41). Sous la loi de 1990, il était difficile de légiférer sur la question

puisque les sorties d'essai du patient en HDT ou HO présentaient une discordance statutaire avec la définition même de ces modalités d'hospitalisation qui ne pouvaient être instaurées qu'à partir du moment où le patient nécessitait des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier. Cependant, le texte de 1990 a été modifié dans la loi de 2011 qui ajoute « assortis soit d'une surveillance médicale constante justifiant une hospitalisation complète, soit d'une surveillance médicale régulière » afin d'introduire les SASC. Dès lors, il était probablement possible d'élargir les essais de sortie à plus de douze heures, si la loi n'avait eu à répondre à ce que les juges de cette étude désignent comme l' « aspect ordre public ».

g. Un grand nombre de certificats médicaux

La plupart des psychiatres de l'étude dénoncent un nombre trop important de certificats médicaux et documents administratifs (programmes de soins), chronophages et se faisant au détriment des soins. Cette question avait déjà été soulevée lors des débats parlementaires autour de la loi de 2011 mais les certificats médicaux représentent une garantie des droits du patient aux yeux du conseil constitutionnel (9). Cependant, la population de l'étude note que ces certificats multiples sont trop rapprochés et ne protègent pas réellement le patient étant donné qu'il y a peu de chances qu'un certificateur prenne le contre-pied d'un collègue qui vient de rédiger le certificat précédent.
Il est aussi relevé que la rédaction de ces multiples certificats, notamment dans les 72 premières heures, nécessite la rencontre du patient avec de nombreux médecins certificateurs. De manière étonnante, ce ne sont pas les patients qui s'en plaignent le plus. Pour eux, la rencontre avec plusieurs psychiatres différents peut les protéger en cas de mésentente avec l'un des médecins et les aider à approfondir la réflexion. Ce sont donc surtout les psychiatres qui le déplorent en présentant ces rencontres comme très pénibles pour les patients. On peut s'interroger sur la part de projection des médecins devant ces rencontres chronophages, imposées par la loi sans aucune augmentation des moyens humains et détournant les entretiens qui sont axés sur l'hospitalisation sous contrainte au détriment de la clinique.

h. La "tiercéisation" de la relation médecin-patient par la justice : du paternalisme médical vers l'avènement du patient-usager.

Parmi les difficultés apportées par le texte du 5 juillet 2011 figure une problématique plus « symbolique » : le nouvel aménagement du rôle et de la place de chaque acteur de la loi. En effet, la relation médecin-patient évolue progressivement du paradigme de l'assistance médicale vers celui du patient-usager, sujet de droit. Et l'intervention du JLD est un maillon de cette évolution. La judiciarisation introduit un tiers dans la relation médecin-patient, complexifiant de fait les rapports entre justice et psychiatrie.

La fin de l'assistance médicale

Le texte de 1838 a vu le jour du temps d'Esquirol, qui souhaitait une loi représentant un système d'assistance contrôlé légalement. Depuis Esquirol, de nombreux évènements ont fait évoluer cette vision médicale paternaliste. D'abord l'avènement de la chimiothérapie, qui a fait « basculer définitivement le soin de la notion d'assistance à celle de traitement » (2). Puis la sectorisation, avec des pratiques de plus en plus extrahospitalières (42). Ainsi s'est développé un modèle ambulatoire inscrit dans un courant libertaire dénonçant les internements comme autant d'atteintes aux libertés

individuelles (27). La place du patient s'est peu à peu modifiée, avec notamment l'introduction de la réhabilitation psychosociale ayant pour objectif de le faire progresser vers plus de conscience de sa pathologie (43). Enfin, la loi du 4 mars 2002 (confirmation et formalisation de l'information et du consentement, accès direct du patient au dossier etc.) a modifié les repères et les rapports entre les soignants et les patients, devenus des usagers plus exigeants et des citoyens protégés par le droit (42). Ainsi, la transition actuelle a lieu entre deux modèles : l'un protecteur vis-à-vis de l'individu vulnérable et l'autre basé sur la promotion de l'individu et de ses droits (42). Chaque acteur voit sa position redéfinie, en psychiatrie l'exercice est d'autant plus difficile qu'elle n'offre pas l'image d'un patient-usager consommateur de soins comme les autres. Des exigences nouvelles s'imposent au psychiatre qui doit justifier de ses actes, en informer le patient. La loi de 1990 avait déjà suscité des réactions : il avait été dénoncé une atteinte à la liberté du médecin dont les initiatives thérapeutiques étaient davantage suspectées puisqu'il fallait fournir plus de justificatifs (44). La loi de 2011 a été écrite dans cette mouvance : « la logique du soin au malade, considéré comme usager, doit remplacer la logique de l'institution » (22).

Dans notre étude, on retrouve des indices de cette évolution. L'ancienne perception du médecin détenteur de la connaissance et bienfaisant est de plus en plus mise en doute : les patients craignent que l'hospitalisation pour péril imminent permette à « n'importe quel médecin » de faire « ce qu'il veut ». Pour une majorité des interviewés un médecin généraliste n'est pas apte à juger cliniquement dans une situation d'urgence psychiatrique. Les médecins ont aussi changé d'approche et le rapport hiérarchique médecin-malade a été remplacé par un rapport d'engagement réciproque médecin-patient à travers la notion de contrat utilisée dorénavant couramment par les psychiatres. Ainsi, sous la loi de 1990, les sorties d'essai longue durée répondaient à cette notion de contrat tacite : elles pouvaient être considérées comme une « faveur » accordée par le psychiatre qui prenait un risque puisqu'il était à la limite de la légalité, et qui demandait un engagement au patient en retour (respect des soins). La CNCDH a d'ailleurs dénoncé cet état de fait (45) et le texte de 2011 est venu changer ces pratiques : il s'agit maintenant de SASC, institués dans la loi et qui sont une obligation, une contrainte pour le patient. Ce changement récent (du contrat des sorties d'essai à l'obligation de SASC) explique peut-être les réponses hésitantes ou ambiguës à la question de l'utilisation du programme de soins comme un contrat.

L'avènement du patient-usager par la judiciarisation

C'est dans ce mouvement prônant les libertés individuelles qu'intervient la judiciarisation des hospitalisations sous contrainte en psychiatrie. La loi du 5 juillet 2011 introduit l'intervention systématique du juge des libertés et de la détention pour toute hospitalisation complète de plus de 15 jours. Comme s'interroge D. Leguay, on peut se demande si cette judiciarisation ne va pas « dans le sens de l'histoire », qui crédite chacun d'un droit à être citoyen et donc à être défendu en particulier dans le registre des libertés individuelles (43). Par cette loi, il est mis fin au colloque singulier, c'est-à-dire au rapport duel entre médecin et patient (42). Par cette loi aussi, comme le déplore R. Ferreri, le médecin perd de son pouvoir d'action : « lorsqu'on est psychiatre on peut se battre contre une décision de préfet, en tout cas beaucoup plus que contre la vérité de l'expert ou de la justice » (46). Une partie des psychiatres s'est de tout temps opposée à une intervention tierce pour décider des hospitalisations : Esquirol s'insurgeait déjà contre une commission qui statuerait préalablement à l'hospitalisation « entrave pour la prompte exécution des mesures […] et instrument d'intrigues » (47). Et il est intéressant de voir que cette opposition médicale à une intervention tierce

était déjà elle-même dénoncée : concernant la loi de 1838 Gambetta évoquait « la résistance acharnée de la médecine aliéniste qui fait la loi, qui l'applique et qui en vit » et proposait d'introduire un jury compétant pour contrôler les hospitalisations contraintes (un avocat, un conseiller médical et six jurés) (6). Plus tard, le projet de loi Cavaillet, antérieur à la loi de 1990, proposait pour l'admission d'un patient plusieurs pièces dont une ordonnance produite par le Tribunal d'Instance (48).
Dans notre étude, les acteurs de la loi justifient l'intervention du JLD dans cet esprit de défense des libertés individuelles et de crainte de la toute puissance médicale. Selon le tiers des interviewés, l'intervention du JLD est justifiée puisque le traitement des malades mentaux engage la garantie des libertés individuelles, que « la toute puissance médicale a besoin de contrôle » et ainsi que l'intervention du JLD respecte le droit des patients. Plusieurs intervenants déplorent même le fait que, dans la pratique, l'intervention du JLD ne soit pas une réelle garantie des libertés puisque « c'est toujours le médecin qui a le pouvoir ».
Ainsi, le juge intervenant pour vérifier l'activité médicale et le respect des libertés du patient, on peut comprendre les tensions existant entre psychiatrie et justice.

La complexité des rapports justice – psychiatrie

Avec la loi du 5 juillet 2011, le juge vient donc « tiercéiser » la relation médecin-patient et contrôler l'activité médicale. Les résultats de cette étude montrent bien le sentiment de « défiance » ressenti par les psychiatres quant à cette intervention perçue comme un contrôle de leur activité. Certains médecins expriment même la sensation d'être relégué au second plan, uniquement là pour donner un avis technique. Ce sentiment était déjà évoqué dans la littérature contemporaine à la parution de la loi (21).

La complexité des rapports justice – psychiatrie est exacerbée par le manque de clarté de certaines parties du texte de loi :
1. Il ne définit pas clairement le rôle du juge (49) :
- Doit-il juger sur le fond et contrôler la compétence du psychiatre à poser un diagnostic (c'est pour certains patients la seule manière de garantir leurs droits) ? Avec le risque d'une confusion des rôles : un juge qui énonce le diagnostic et « accompagne » le patient.
- Doit-il s'en tenir à juger sur la forme et uniquement contrôler la légalité procédurale de l'hospitalisation (ce que souhaiterait une partie des psychiatres) ?
- Ou bien une position médiane ne serait-elle pas plus intéressante : jugement sur le fond en s'appuyant sur les certificats médicaux ce qui évite de confondre les rôles de chacun, puisque le travail diagnostic est celui du psychiatre et que le juge n'a pas de compétence médicale et risque de se faire manipuler (comme l'expliquent eux-mêmes les JLD de cette étude).
2. Cette étude montre que la loi ne détermine pas dans quels termes doivent être rédigés les certificats médicaux relus par le juge.
- S'agit-il d'un exercice de vulgarisation médicale afin de rendre les certificats compréhensibles par le JLD ?
- Ou bien les certificats ne doivent-ils pas plutôt être rédigés en des termes médicaux et suffisamment circonstanciés pour que le juge puisse se faire une idée de la situation du patient, sans forcement énoncer le diagnostic.
3. Concernant les certificats successifs pour un même patient, la population de l'étude rapporte qu'il existe une discordance entre les juges quant à ce qui est attendu du psychiatre : pour certains juges

les certificats ne doivent pas forcement être très différents si l'évolution clinique est lente alors que pour d'autres il faut qu'une évolution apparaisse. Plusieurs psychiatres exposent cependant leurs difficultés à montrer une réelle évolution clinique au début de la prise en charge.
Toutes ces interrogations ne vont pas dans le sens d'une entente et d'une bonne coordination entre juges et psychiatres. Ainsi, de nombreux interviewés parlent de « confrontation des cultures médicale et judiciaire ». Nombreux parmi les professionnels appliquant la loi sont ceux qui soulignent les préoccupations différentes de ces deux instances : le soin pour les psychiatres (et la responsabilité médicale qui l'accompagne), la liberté pour les juges (respect du droit d'aller et venir librement). Enfin, la population de l'étude souligne la méconnaissance mutuelle de ces deux instances.

Pourtant, les patients ne peuvent qu'être gagnants d'un équilibre entre justice et psychiatrie et d'une détermination précise du rôle de chacun (confère propositions ci-dessous). D'autant que, comme le souligne l'un des interviewés, il existe des similitudes entre les métiers de juge et psychiatre dans la démarche intellectuelle et la posture humaine. Ainsi, la population de l'étude met en avant l'intérêt d'organiser des rencontres juges-médecins dans le but d'améliorer leur entente et leur coordination. En effet, M-O. Bertella-Geffroy souligne l'importance d'une formation des médecins et des magistrats sur les relations humaines et l'éthique ainsi que d'une formation respective de droit et de médecine pour chaque instance, puisqu'après tout « ces deux professions sont immergées dans l'humain » (50).

C. Dix propositions d'amélioration de la loi du 5 juillet 2011

Le croisement des perceptions de la loi du 5 juillet 2011 par des acteurs de proximité après six mois d'application nous permet de proposer des pistes d'amélioration du dispositif. Celles-ci sont issues à la fois des propositions faites spontanément par les sujets de l'étude, elles sont aussi le fruit d'une réflexion sur les difficultés rapportées. Il existe d'une part des marges d'amélioration au niveau de la formation et de l'organisation. D'autre part des éléments sont à ajouter : de nouveaux dispositifs peuvent être aménagés et des moyens peuvent être apportés afin d'améliorer l'application du texte de loi. Nous les présentons ici sans aucune forme de hiérarchisation.

C.1. Propositions

FORMATION

1. **Développer l'information sur la loi du 5 juillet 2011 :**
- Journées de formation interdisciplinaires pour les professionnels de la santé et du droit afin d'améliorer leur compréhension mutuelle et leur coopération.
- Fiches informatives afin de diffuser l'information auprès des médecins non spécialistes quant aux modalités d'hospitalisation sous contrainte.

ORGANISATION

2. **Modifier les modalités d'intervention du JLD :**
- Intervention du juge précocement dans la décision d'hospitalisation (dans les trois premiers jours) et jugement sur dossier sans convocation du patient,
- Puis tenue de l'audience avec rencontre du patient par le juge à un mois d'hospitalisation.
3. **Systématiser la tenue des audiences :**
- **A l'hôpital** pour soulager les équipes du transport, augmenter le nombre de patients se présentant en audience, diminuer la déstabilisation et l'incompréhension du patient.
- **En chambre du conseil** (non publiques) afin d'éviter d'attenter au respect de la vie privée du patient.
4. **Apporter des précisions sur le positionnement du juge en audience et la rédaction des certificats qui lui sont destinés :**
- Positionnement du juge : jugement sur le fond à partir des informations médicales contenues dans les certificats.
- Rédaction des certificats : circonstanciés en termes médicaux sans énoncer le diagnostic.
5. **Supprimer l'un des certificats médicaux :** le certificat de vingt quatre heures ou de soixante douze heures ou bien de huitaine, trop proches pour se contredire.
6. **Remplacer l'appellation "hospitalisation en cas de péril imminent" par celle "d'hospitalisation en cas d'absence de tiers"** avec définition de ce qu'est réellement une absence de tiers (différente d'un tiers non consentant ou d'un tiers non recherché).
7. **Instaurer la possibilité de sorties moyenne durée (jusqu'à 72 heures par exemple) non accompagnées** pour les patients hospitalisés sous contrainte, dont la décision est laissée à l'appréciation médicale en fonction de l'état clinique du patient.

NOUVEAUX DISPOSITIFS

8. **Créer un SAMU psychiatrique** : à la fois dispositif d'urgence offrant un correspondant vingt quatre heures sur vingt quatre aux patients en SASC, mais aussi dispositif de transfert des patients de leur domicile à l'hôpital en cas de décompensation, et assistance aux médecins généralistes pour gérer l'urgence psychiatrique.
9. **Promouvoir le développement de la prise en charge des patients en SASC** : hôpitaux de jour, coordination services médicaux – services sociaux et médico-sociaux : objet d'un projet de décret en attente (51).

MOYENS

10. **Réfléchir sur une méthode d'indemnisation des médecins généralistes** pour les heures passées à une hospitalisation psychiatrique.

C.2. Rapport d'information n° 4402 sur la mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011

Lors de la rédaction finale de cette thèse et d'une dernière session de recherche bibliographique, j'ai pris connaissance du rapport des députés et médecins Serge BLISKO et Guy LEFRAND (52). Le rapport fait une analyse du contenu des dispositions réglementaires et revient sur les six premiers mois de mise en œuvre de la loi, ayant donc le même cadre temporel que ce travail. Il se décompose en deux parties : la première fait état des textes publiés et des circulaires édictées ; tandis que la seconde partie formule huit propositions d'amélioration, prises sur la base d'auditions qui ont été menées et d'observations que les rapporteurs ont effectué lors de leurs déplacements. Mon travail de thèse diffère donc de ce rapport en termes méthodologiques : une méthode d'analyse des données (analyse qualitative) a été utilisée et la population de l'étude est composée de moitié par des acteurs sur qui s'applique la loi (dix patients). Cette thèse se veut ainsi représentative d'un vécu et d'une mise en pratique de la loi du 5 juillet 2011 au quotidien par des acteurs de proximité : juges, patients, psychiatres, famille. Il est intéressant de voir que ce rapport, qui s'appuie sur les témoignages d'éminents représentants (hôpitaux, administration, psychiatrie, justice, représentants de patients et familles) arrive peu ou prou à des propositions identiques (six de leurs huit propositions sont semblables). Ainsi, ces approches à différentes échelles se rejoignent, laissant espérer que des solutions seront trouvées afin d'améliorer la loi du 5 juillet 2011, son application, et le quotidien de l'ensemble des acteurs concernés.

V. Conclusion

Notre étude qualitative multicentrique réalisée auprès de psychiatres, juges, patients et famille a permis de décrire la perception de la loi relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, après six mois de mise en pratique.

Cette loi promue dans la précipitation et sous un climat sécuritaire fut vivement critiquée et rejetée lors de sa parution. Cependant, l'analyse qualitative d'entretiens d'acteurs de proximité ayant expérimenté le nouveau texte ne retrouve pas uniquement des inconvénients et révèle même certains avantages pratiques : les soins sous contrainte sont précédés d'une période d'observation qui permet de les mettre en place plus sereinement, l'intervention du juge y apporte un regard extérieur, ils peuvent être instaurés rapidement même pour les personnes isolées (péril imminent), les certificats qui les accompagnent sont de meilleure qualité, enfin ils peuvent être mis en place en ambulatoire afin d'assurer un meilleur suivi.

Par ailleurs, l'analyse de la perception des acteurs ayant appliqué la loi du 5 juillet pendant six mois a permis d'affiner la description des difficultés qu'elle entraîne, liées en premier lieu au manque de moyens, mais aussi au manque de clarté du texte. De même, les audiences sont problématiques car précoces (difficultés de compréhension du patient) publiques (atteinte à la vie privée) et en dehors des établissements hospitaliers. De plus, il n'existe plus de modalité de transition entre l'hospitalisation complète et les soins ambulatoires sous contrainte : sorties d'essai de moyenne durée. Enfin, l'introduction de la justice amène un regard tiers dans la relation médecin-patient souvent perçu comme un contrôle de l'activité du psychiatre.

Ainsi, les difficultés et les attentes exprimées par les acteurs ayant expérimenté la loi du 5 juillet 2011 permettent de proposer des pistes d'amélioration du nouveau texte. Tout d'abord, elles relèvent d'un renforcement de l'information autour de la loi. Mais aussi de modifications organisationnelles : intervention précoce du juge sur dossier puis audience à un mois, positionnement de ce dernier sur le fond à partir des éléments médicaux contenus dans les certificats, tenue des audiences à l'hôpital et sans publicité, suppression d'un certificat médical, remplacement du « péril imminent » par l'hospitalisation « en cas d'absence de tiers » et réintroduction de sorties d'essai moyenne durée. Ensuite de nouveaux dispositifs pourraient être créés : SAMU psychiatrique, structures d'accueil des patients en SASC. Enfin, des moyens pourraient être apportés afin notamment d'indemniser les médecins généralistes participant aux hospitalisations psychiatriques.

Au-delà des modifications pouvant être apportées afin d'améliorer la mise en pratique de la loi du 5 juillet 2011, cette étude nous a permis d'appréhender l'intervention de la justice en psychiatrie sous un autre angle. En effet, le psychiatre foncièrement bienfaisant est remis en doute, le paradigme du paternalisme médical s'efface devant celui du patient-usager, le malade psychique est ainsi défendu dans ses libertés. Il reste à espérer que celles-ci ne seront pas exercées au détriment des soins, c'est tout l'intérêt d'une amélioration de la connaissance mutuelle entre justice et psychiatrie.

LA LOI DU 5 JUILLET 2011
RELATIVE AUX SOINS SANS CONSENTEMENT EN PSYCHIATRIE
Regards croisés d'acteurs de proximité sur un nouveau dispositif

Thèse soutenue par Gentiane CAMBIER

CONCLUSION

Notre étude qualitative multicentrique réalisée auprès de psychiatres, juges, patients et famille a permis de décrire la perception de la loi relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, après six mois de mise en pratique.

Cette loi promue dans la précipitation et sous un climat sécuritaire fut vivement critiquée et rejetée lors de sa parution. Cependant, l'analyse qualitative d'entretiens d'acteurs de proximité ayant expérimenté le nouveau texte ne retrouve pas uniquement des inconvénients et révèle même certains avantages pratiques : les soins sous contrainte sont précédés d'une période d'observation qui permet de les mettre en place plus sereinement, l'intervention du juge y apporte un regard extérieur, ils peuvent être instaurés rapidement même pour les personnes isolées (péril imminent), les certificats qui les accompagnent sont de meilleure qualité, enfin ils peuvent être mis en place en ambulatoire afin d'assurer un meilleur suivi.

Par ailleurs, l'analyse de la perception des acteurs ayant appliqué la loi du 5 juillet pendant six mois a permis d'affiner la description des difficultés qu'elle entraîne, liées en premier lieu au manque de moyens, mais aussi au manque de clarté du texte. De même, les audiences sont problématiques car précoces (difficultés de compréhension du patient) publiques (atteinte à la vie privée) et en dehors des établissements hospitaliers. De plus, il n'existe plus de modalité de transition entre l'hospitalisation complète et les soins ambulatoires sous contrainte : sorties d'essai de moyenne durée. Enfin, l'introduction de la justice amène un regard tiers dans la relation médecin-patient souvent perçu comme un contrôle de l'activité du psychiatre.

Ainsi, les difficultés et les attentes exprimées par les acteurs ayant expérimenté la loi du 5 juillet 2011 permettent de proposer des pistes d'amélioration du nouveau texte. Tout d'abord, elles relèvent d'un renforcement de l'information autour de la loi. Mais aussi de modifications organisationnelles : intervention précoce du juge sur dossier puis audience à un mois, positionnement de ce dernier sur le fond à partir des éléments médicaux contenus dans les certificats, tenue des audiences à l'hôpital et sans publicité, suppression d'un certificat médical, remplacement du « péril imminent » par l'hospitalisation « en cas d'absence de tiers » et réintroduction de sorties d'essai moyenne durée. Ensuite de nouveaux dispositifs pourraient être créés : SAMU psychiatrique, structures d'accueil des patients en SASC. Enfin, des moyens pourraient être apportés afin notamment d'indemniser les médecins généralistes participant aux hospitalisations psychiatriques.

Au-delà des modifications pouvant être apportées afin d'améliorer la mise en pratique de la loi du 5 juillet 2011, cette étude nous a permis d'appréhender l'intervention de la justice en psychiatrie sous un autre angle. En effet, le psychiatre foncièrement bienfaisant est remis en doute, le paradigme du paternalisme médical s'efface devant celui du patient-usager, le malade psychique est ainsi défendu dans ses libertés. Il reste à espérer que celles-ci ne seront pas exercées au détriment des soins, c'est tout l'intérêt d'une amélioration de la connaissance mutuelle entre justice et psychiatrie.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

LE DOYEN
J.P. ROMANET

Grenoble, le 16/1/2013

LE PRESIDENT DE LA THÈSE
Pr. BOUGEROL

VI. 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.
2. Sarkozy N, L'hospitalisation en milieu psychiatrique. Discours d'Antony. 2 décembre 2008.
3. Durand B, Soins psychiatriques : le retour de la contrainte et de la stigmatisation. Les tribunes de la Santé. 2011;32:43-54.
4. Décision n°2010-71 du Conseil Constitutionnel suite à une QPC du 26 novembre 2010.
5. Décision n° 2011-135/140 du Conseil Constitutionnel suite à une QPC du 9 juin 2011.
6. Caroli F, Hospitalisation psychiatrique, ancienne et nouvelle loi. PUF. 1991, 128p. Collection Nodules.
7. Clemente M, Premier bilan de la loi du 27 juin 1990. Nervure. 1996;IX:68-71.
8. Escolier J-C, Gominet P, Patris M-F, et al. Enquête sur la loi du 27 juin 1990 auprès des psychiatres des hôpitaux. L'information Psychiatrique. 1992;6:558-562.
9. Bourgeois M, Beaussier J-P, Verdoux H, et al. Des PO-PV (loi du 30 juin 1838) aux HO-HDT (loi du 27 juin 1990) Bilan préliminaire de la pratique de la nouvelle loi sur l'hospitalisation sous contrainte (HSC). Société Médico-Psychologique. Séance du 17 décembre 1990;357-361.
10. Berthon G, Le paradoxe du respect du consentement dans les soins sous contrainte : entre norme juridique et éthique psychiatrique. L'information psychiatrique. 2011;87:459-465.
11. Godfryd M, Réforme des soins psychiatrique : les points clefs. Santé Mentale. 2011;160:8-14.
12. Aubin-Augeri I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrilliart L et al, Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008;84:142-5.
13. Schneider D, Séminaire "Introduction à la démarche et aux méthodes de recherche". [en ligne]. In : Institut de hautes études en administration publique, Lausanne. 2006. Site disponible sur : http://tecfa.unige.ch/guides/methodo/IDHEAP/
14. Olivier de Sardan J-P, L'enquête socio-anthropologique de terrain : synthèse méthodologique et recommandations à usage des étudiants [en ligne]. In : Laboratoire d'études et recherches sur les dynamiques sociales et le développement local. 2003. Site disponible sur : http://www.ird.ne/lasdel/pub/13methodologie.pdf
15. Blanchet A, L'entretien. 2e éd. Paris : Editions Armand Colin, 2010, Collection 128.
16. Pommier C, Salve A, Pagenel J-E et al. Une évaluation de l'hospitalisation sous contrainte par auto-questionnaire. Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale. 2003, vol. 7, 65:59-62.
17. Temporal F, Larmarange J, Séminaire méthodologique : Le déroulement d'une enquête en sciences sociales. [en ligne]. In : Facultés de sciences humaines et sociales Université Paris 5. 2006. Site disponible sur : http://joseph.larmarange.net/?Seminaire-methodologique-M1-M2.
18. Paille P, Mucchielli A, L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. 2e éd. Paris : Editions Armand Colin, 2008, Collection U Sciences Humaines.
19. Gohier C, De la démarcation entre critères d'ordre scientifique et d'ordre éthique en recherche interprétative. Recherches qualitatives. 2004, Vol. 24, pp. 3-17.
20. Martin JP, Consentement aux soins et servitude contrainte. Vie Sociale et Traitements. 2011;112:112-116.
21. Boillet D, Welniartz B, La loi du 5 juillet 2011 : une loi de défiance à l'égard des malades et de leurs médecins. Perspectives Psy. 2011;50:207-209.
22. Strohl H, Clemente M, Rapport du groupe national d'évaluation de la loi du 27 juin 1990. Mission SA/AC/GT/950013. Septembre 1997.

23. Zagury D, La loi sur la psychiatrie est l'indice d'un Etat qui préfère punir que guérir. Le Monde. 21 mars 2011.

24. Devers G, Faut-il l'hospitalisation d'office. Objectif soins. 2010;183:8-10.

25. Vidon G, Caroli F, Muldworf L, Caroli F, Le PO en question, à propos de 147 dossiers. Synapse. 1985, 17:89-91.

26. Vidon G, Pour des soins obligatoires en ambulatoire. Nervure. 1995, VII:65-68.

27. Senon JL, Soins ambulatoires sous contrainte : une mise en place indispensable pour préserver une psychiatrie publique moderne. L'information psychiatrique. 2005;81:627-634.

28. Hodgins S, Muller-Iserner R, Preventing crime by people with schizophrenic disorder: the role of psychiatric services. Br J Psychiatry. 2004;185:245-250.

29. Hage G, Proposition de résolution n°1459 tendant à la création d'une commission d'enquête sur la progression du nombre d'internements psychiatriques en France. Enregistrée le 25 février 2004.

30. Destal M, Réforme de la psychiatrie: l'angoisse nouvelle des magistrats. *Libération*. 28 juin 2011.

31. Soins sans consentement: les établissements hospitaliers réclament 50 millions d'euros supplémentaires en 2012. Dépêche APM, Paris, 21 décembre 2011

32. Winter E, Quelques enjeux actuels en psychiatrie : à propos de la réforme de la loi de 1990. [en ligne]. In : Le post archives, Newsletter collectif des 39 du 18.09.2010. 2010. Site disponible sur : http://archives-lepost.huffingtonpost.fr/article/2010/09/18/2226638 _quelques-enjeux-actuels-en-psychiatrie-a-propos-de-la-reforme-de-la-loi-de-1990-par-dr-elie-winter-pour-le-collectif-des-39.html

33. Pr. Danel V, SAMU de Grenoble, communication personnelle.

34. Benezech M, Rager P, Tignol J, Réflexions médico-légales théoriques et pratiques sur la loi du 27 juin 1990 relative à l'hospitalisation des malades mentaux. Communication présentée à l'Assemblée Générale des médecins du CHS Charles Perrens de Bordeaux le 14 septembre 1990. Société médico-psychologique, 1990;348-352.

35. Décret n° 2011-847 du 18 juillet 2011 relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.

36. Circulaire n°DGOS/R4/2011/312 du 29 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.

37. Guellec A, Réforme des soins psychiatriques sans consentement, de la rénovation à l'imperfection. Revue hospitalière de France. 2011;542:48-52.

38. Deschamps JL, Le rôle des juges quant à la liberté et à la protection des malades mentaux. Inf Psychiatr. 2002;72:162-166.

39. Decker M, Autorité et responsabilités dans la prise en charge des patients hospitalisés d'office. Inf Psychiatr. 2011;87:475-8.

40. Masse G, Zwingenberger M, Les sorties d'essai : évolution et perspectives. Inf Psychiatr. 2006;82:481-93.

41. Décision n° 2012-235 du Conseil constitutionnel suite à une QPC du 20 avril 2012.

42. Lachaux B, La loi du 05 juillet 2011 ou la défense du sujet passant de la médecine au droit. Psychiatrie Sciences Humaines Neurosciences. 2011;9:177-180.

43. Leguay D, Soins sans consentement : y a-t-il un sens de l'histoire. Perspectives Psy. 2009;48:13-21.

44. Houillon M, Discussion en Annexe de la séance du 17 décembre 1990. Société médico-psychologique. 1990;p.361

45. Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme. Etude sur la maladie mentale et les droits de l'homme. 2008;p10.

46. Ferreri R, Lorsque vous mettez un fou à l'isolement, ce n'est pas pour son bien. [en ligne]. In : Interview de Favereau E. pour Libération à l'occasion des états généraux contre la nuit sécuritaire,

Villejuif. 2010. Site disponible sur : http://www.liberation.fr/societe/ 01012292409-lorsque-vous-mettez-un-fou-a-l-isolement-ce-n-est-pas-pour-son-bien

47. Esquirol E, Examen du projet de loi sur les aliénés. Paris, chez J-B. Baillère, librairie de l'académie royale de médecine, 1838.

48. Demay J, Le projet de réforme de la loi de 1838 de M. Cavaillet, Sénateur. Information Psychiatrique. 1979;55:101-108.

49. Jourdain D, Le juge, l'avocat, le psychiatre … et le patient. [en ligne]. In : Infirmier.com. 2011. Site disponible sur : http://www.infirmiers.com/actualites/actualites/psychiatrie-juge-avocat-psychiatre-et-patient.html

50. Bertella-Geffroy MO. L'évolution des rapports justice-santé. Les tribunes de la santé. 2004;5:21-29.

51. Soins sous contrainte en ambulatoire: le contenu des conventions défini dans un projet de décret. Dépêche APM. Paris, Lundi 9 janvier 2012.

52. Blisko S. et Lefrand G. Rapport d'information n° 4402 sur la mise en œuvre 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. Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 22 février 2012.

VII. ANNEXES

ANNEXE 1 : REALISATION DU GUIDE D'ENTRETIEN 48

ANNEXE 2 : GUIDE D'ENTRETIEN 52

ANNEXE 3 : RETRANSCRIPTIONS DES ENTRETIENS 54

ENTRETIEN 1 (E1) 54
ENTRETIEN 2 (E2) 63
ENTRETIEN 3 (E3) 70
ENTRETIEN 4 (E4) 77
ENTRETIEN 5 (E5) 84
ENTRETIEN 6 (E6) 91
ENTRETIEN 7 (E7) 96
ENTRETIEN 8 (E8) 103
ENTRETIEN 9 (E9) 110
ENTRETIEN 10 (E10) 117
ENTRETIEN 11 (E11) 124
ENTRETIEN 12 (E12) 131
ENTRETIEN 13 (E13) 138
ENTRETIEN 14 (E14) 144
ENTRETIEN 15 (E15) 149
ENTRETIEN 16 (E16) 154
ENTRETIEN 17 (E17) 159
ENTRETIEN 18 (E18) 164
ENTRETIEN 19 (E19) 168
ENTRETIEN 20 (E20) 175
ENTRETIEN 21 (E21) 180
ENTRETIEN 22 (E22) 187
ENTRETIEN 23 (E23) 191
ENTRETIEN 24 (E24) 195

ANNEXE 4 : TRAVAIL D'ANALYSE THEMATIQUE E1 200

Annexe 1 : Réalisation du guide d'entretien

Travail préalable

Le premier objectif de la recherche est de recueillir la perception des effets de la loi du 5 juillet 2011 (dans le but d'en dégager des points d'amélioration) et non la perception des soins sous contrainte en général. Il est donc nécessaire de cibler les éléments nouveaux apportés par la loi afin de les aborder en entretien et d'éviter les hors sujet. Pour cela, on peut procéder de la façon suivante :
- Dans un premier temps, il s'agit de lire de manière approfondie la loi du 5 juillet 2011 en la comparant points par points à la loi du 27 juin 1990. Il est alors possible de recenser tous les éléments nouveaux du texte du 5 juillet 2011 (confère ci-après : **Lecture de la nouvelle loi, comparaison avec celle de juin 1990**). Mais il se pose une difficulté : on retrouve une quinzaine de points différents. Hors il serait matériellement trop long et rébarbatif pour les interviewés d'en aborder la totalité.
- Il faut donc, dans un second temps, sélectionner un nombre plus limité d'éléments à approfondir en entretien. Pour cela, on peut partir d'une analyse de la littérature : articles consacrés à la loi du 5 juillet 2011 ne datant pas de plus d'un mois après sa parution, donc exposant les points présupposés comme étant les principaux effets du nouveau texte de loi.

Ces deux approches conjuguées permettent :
- de diminuer le nombre de points à aborder en entretien en se référant aux éléments considérés de manière récurrente dans la littérature comme étant les principaux effets de la loi de juillet 2011,
- tout en s'appuyant sur le travail préalable de lecture du texte de loi, ce qui permet de vérifier que les éléments relevés y sont bien présents et énoncés en tant que tels : **tableau 1**.

Il existe un premier biais à cette approche : si l'on sélectionne uniquement des textes de revues médicales ou juridiques, on ne retrouve que l'éclairage du sous groupe de la population qui applique la loi (psychiatres et juges). Pour tenter de minimiser ce biais il nous faut donc inclure dans l'analyse de la littérature les articles qui rapportent des éléments provenant du sous groupe qui se voit appliquer la loi : familles, patients et leurs représentants (tribunes, brèves …). Le deuxième biais est le suivant : par ce processus, on construit un guide d'entretien comprenant quatre grands thèmes nouveaux apportés par la loi du 5 juillet. Or, dans cette étude, on recherche la perception des effets de la loi du 5 juillet après expérimentation. On peut donc être taxé d'apporter des résultats « à priori » à la question de recherche. Pour éviter ce biais, on utilise une méthodologie qualitative qui implique des entretiens semi structurés au cours desquels le discours peut se dérouler de manière relativement libre (questions ouvertes …). Les interviewés sont donc amenés dans un premier temps à s'exprimer sur les quatre effets de la loi dégagés a priori, puis ils peuvent apporter librement des éléments supplémentaires dans une cinquième partie.

Lecture de la nouvelle loi, comparaison avec celle de juin 1990

1. Nouvelle forme de soins psychiatriques sous contrainte : les soins ambulatoires, pouvant comporter des soins à domicile, dès que le patient ne relève plus d'une hospitalisation à temps complet. Pour les sorties de moins de douze heures avec hospitalisation à temps complet : « sorties de courte durée » systématiquement accompagnées.
Intitulé comme suit dans le **tableau 1** : « *SASC, sorties < 12h* »
2. A l'admission : période d'observation initiale sous la forme d'une hospitalisation complète durant soixante douze heures. Dans les soixante douze heures un nouveau certificat médical (CM) est demandé aux psychiatres. Il doit être établi par un psychiatre différent des deux médecins ayant réalisé les deux premiers certificats. Puis avis de deux psychiatres pour la saisine du juge des libertés et de la détention. Augmentation du nombre de certificats (ajout du certificat à 72h) et donc du nombre de médecins vus par le patient (ajout d'un médecin) et du nombre d'avis.
« Période d'observation de 72 heures + CM »
3. Dans les vingt quatre heures, un médecin réalise un examen somatique complet.
« Examen somatique »
4. Transfert sous quarante huit heures d'un établissement de santé vers un établissement agrée pour les soins sous contrainte.
« Transfert à 48h »

5. Précision sur les informations à apporter au patient (décisions le concernant, droits, situation juridique, voies de recours), recueil de ses observations par tout moyen, recherche de son avis.
« Information patient »
6. Mise en place d'un collège médico-soignant.
« Collège »
7. Mesures particulières pour les patients irresponsables pénaux, les soins sous contrainte à la demande de l'autorité judiciaire et les patients ayant fait l'objet de soins en UMD (intervention du collège, pour la sortie : 2 expertises)
« Mesures patients UMD … »
8. Saisine systématique du juge des libertés et de la détention à quinze jours et à six mois puis tous les six mois, avec débat contradictoire au cours d'une audience publique (au tribunal ou à l'hôpital) ou par visioconférence. Possibilité d'accompagnement par un avocat.
« JLD systématique »
9. Nouvelle modalité d'entrée en soins sous contrainte : le péril imminent (un seul certificat d'un médecin extérieur à l'établissement, pas de demande de tiers).
Transformation possible d'un soin à la demande d'un tiers en soin pour péril imminent en cas de demande de levée de la mesure par le tiers mais refus du médecin.
« Péril imminent »
10. Mesures particulières pour les soins sous contrainte de plus d'un an (surveillance par le collège et la Commission Départementale des Soins Psychiatriques).
« Mesures soins > 1 an »
11. Rôle accru de la Commission Départementale des Soins Psychiatriques : informée de tous les soins à la demande d'un représentant de l'état, des soins sous contrainte de plus d'un an, des soins sous contrainte pour péril imminent.
« CDSP »
12. Précisions concernant les modalités de procédure en cas de désaccord entre psychiatre et préfet : deuxième avis psychiatrique, intervention possible du juge des libertés et de la détention en cas d'avis divergents.
« Contentieux psychiatre/préfet »
13. Pour les patients détenus : communication avec le psychiatre référent et possibilité de prise en charge en établissement non spécialisé en l'absence d'autre possibilité.
« Patients détenus »
14. Organisation territoriale : établissements agréés pour les soins sous contrainte désignés par le DG ARS pour chaque territoire de santé et développement d'un dispositif de réponses aux urgences psychiatriques, redéfinition des modalités d'entrée en UMD.
« Organisation territoriale »
[15. à noter une nouvelle Question Prioritaire de Constitutionnalité en octobre 2011 : abolition de la notion de notoriété publique dans les causes d'hospitalisation à la demande d'un représentant de l'état.]

Confrontation à la revue de la littérature

Dans le tableau qui suit (tableau 1) : en abscisse sont replacés les points nouveaux issus de la lecture comparative des lois de juillet 2011 et de juin 1990 que nous venons de citer, en ordonnée sont analysés dix articles : cinq rédigés par des psychiatres ou des juges et cinq provenant de la presse écrite ou bien de sites internet d'associations. Dans ces articles sont relevés les points nouveaux de la loi du 5 juillet 2011, abordés par l'auteur. Pour chaque point, on obtient un total qui permet de mettre en évidence les éléments considérés le plus souvent dans la littérature contemporaine à la parution de la loi du 5 juillet 2011, comme les effets principaux de celle-ci.

Eléments relevés à la lecture du texte de loi	SASC, sorties < 12h	période d'observation de 72 heures + CM	examen somatique	transfert à 48h	information patient	collège	mesures patients UMD ...
Juges et psychiatres							
Devers, Objectif soins (08.2011)	X	X				X	X
Godfryd, Santé Mentale (09.2011)	X	X	X	X	X	X	X
Guellec, revue hospitalière de France (09.2011)	X	X					
Lachaux, Psychiatr. Sci. Hum. Neurosci. (11.2011)	X				X		
Martin, Vie sociale et traitements (04.2011)	X	X					
Patients, familles, associations							
Bitton, CRPA, (28.06.11) et Le Monde (2.08.2011)	X						
Finkelstein FNAPSY, APM (26.05.2011)	X						
Sud, sud-sante.org (5.09.2011)	X	X				X	X
UNAFAM, unafam.org (3.05.2011)	X						
VIP, vip-en-psy.e-monsite.com (2011)	X	X					
TOTAL	**10**	**6**	**1**	**1**	**2**	**3**	**3**

Eléments relevés à la lecture du texte de loi	JLD systématique	péril imminent	mesures soins > 1 an	CDSP	contentieux psychiatre/préfet	patients détenus	organisation territoriale
Juges et psychiatres							
Devers, Objectif soins (08.2011)	X						
Godfryd, Santé Mentale (09.2011)	X	X	X	X	X		
Guellec, revue hospitalière de France (09.2011)	X	X			X		
Lachaux, Psychiatr. Sci. Hum. Neurosci. (11.2011)	X	X					
Martin, Vie sociale et traitements (04.2011)	X						
Patients, familles, associations							
Bitton, CRPA, (28.06.11) et Le Monde (2.08.2011)	X						
Finkelstein FNAPSY, APM (26.05.2011)	X						
Sud, sud-sante.org (5.09.2011)	X	X			X		
UNAFAM, unafam.org (3.05.2011)		X					
VIP, vip-en-psy.e-monsite.com (2011)	X	X					
TOTAL	**9**	**6**	**1**	**1**	**3**	**0**	**0**

Tableau 1: Confrontation de l'analyse de la littérature à la lecture de la loi du 5 Juillet 2011.

Conclusion – Génération des thèmes

Les quatre points de la loi du 5 juillet 2011 mis en relief par l'analyse de la littérature sont les suivants :

- Soins ambulatoires sous contrainte et sorties de moins de 12 heures
- Période d'observation initiale de soixante douze heures en hospitalisation complète avec rédaction des certificats médicaux suite à des entretiens réalisés par des psychiatres différents
- Intervention systématique du juge des libertés et de la détention pour toute mesure d'hospitalisation complète supérieure à quinze jours puis à six mois, avec audience publique
- Nouvelle modalité d'entrée en soins sous contrainte en cas de péril imminent, sans nécessité de tiers, et avec un certificat médical initial unique par un médecin extérieur à l'établissement d'accueil.

Nous avons donc quatre grands thèmes à aborder en entretien, auxquels sera ajoutée une question finale ouverte : « Avez-vous quelque chose à ajouter concernant d'éventuels points intéressants ou difficiles des effets de cette loi ? ».

Annexe 2 : Guide d'entretien

« Bonjour, Gentiane CAMBIER, interne en psychiatrie. Je vous rencontre aujourd'hui dans le cadre de ma thèse de médecine pour échanger à propos 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. J'ai souhaité vous rencontrer en tant qu'acteur ayant expérimenté cette loi, je vais rencontrer en effet des psychiatres, des patients, des familles et des juges, dans le but de recueillir votre perception des effets de cette nouvelle loi (qui s'applique aux soins sous contrainte en psychiatrie). L'objectif sera ensuite de dégager d'une part les points positifs et d'autre part ceux qui pourraient être améliorés. Votre anonymat sera préservé, cet entretien est enregistré dans un but méthodologique pour éviter de perdre des données, êtes-vous d'accord pour l'enregistrement ?

Guide d'entretien à ceux qui appliquent la loi (psychiatres et juges)

1. **Que pensez-vous de l'intervention systématique du juge des libertés et de la détention pour toute hospitalisation sous contrainte de plus de 15 jours ?**
- Est-ce une garantie des libertés des patients ?
- En quoi cette intervention du JLD peut-elle être une difficulté ?
- Quels sont les retours que vous avez eus des patients concernant les audiences, leur vécu ?
- Avez-vous quelque chose à dire sur le fait que les audiences soient publiques ?

2. Comment percevez-vous la période initiale d'observation de 72 heures en hospitalisation complète ?
- Que pensez-vous de l'augmentation du nombre des certificats et de leur relecture ?
- Que pensez-vous du fait que les patients doivent rencontrer trois médecins différents en 72h ?
- Comment cette période de 72 heures peut-elle aider à la prise de décision ?

3. Qu'apporte la nouvelle possibilité d'hospitalisation pour péril imminent ?
- Pensez-vous qu'elle puisse aider dans certaines situations ? Lesquelles
- Peut-elle entraîner des risques pour les droits du patient ?
- Que pensez-vous de la rédaction d'un seul certificat par un médecin extérieur à l'établissement d'accueil (médecin généraliste par exemple)?

4. Que pensez-vous des soins ambulatoires sous contrainte ?
- Comment percevez-vous les programmes de soins ?
- Associez-vous la notion de soins ambulatoire sous contrainte à celle de contrat entre le patient et son médecin ?
- Y a-t-il un risque d'atteinte aux droits des patients ?
- Lorsque le patient doit sortir plus de 12 heures, il faut réaliser un programme de soins, si c'est moins de 12 heures, il s'agit d'une sortie de courte durée accompagnée. Que pensez-vous de cet aspect de la loi ?

Avez-vous quelque chose à ajouter concernant d'éventuels points intéressants ou difficiles des effets de cette loi ?

Merci de votre participation.

Guide d'entretien aux patients et aux familles

Avez-vous entendu parler de la loi du 5 juillet 2011, qui a modifié les anciennes HDT et HO ?
Famille : comment avez-vous été confrontés à cette loi ?

1. **Que pensez-vous de l'intervention systématique du juge des libertés et de la détention pour toute hospitalisation sous contrainte de plus de 15 jours ?**
- Est-ce une garantie de vos libertés *(de ses libertés)* ?
- En quoi cette intervention du JLD peut-elle être une difficulté ?
- Comment avez-vous vécu votre audience ?
- Avez-vous quelque chose à dire sur le fait que les audiences soient publiques ?

2. Comment percevez-vous la période initiale d'observation de 72 heures en hospitalisation complète ?
- Pensez-vous qu'elle puisse aider le psychiatre à orienter votre *(sa)* prise en charge ?
- Que pensez-vous de l'augmentation du nombre des certificats demandés aux psychiatres et de leur relecture par le JLD et par les patients ?
- Que pensez-vous du fait que vous ayez dû (*les patients doivent)* rencontrer trois médecins différents en 72h ?

3. Qu'apporte la nouvelle possibilité d'hospitalisation pour péril imminent ? (À expliquer éventuellement)
- Pensez-vous qu'elle puisse aider dans certaines situations ? Lesquelles
- Peut-elle entraîner des risques pour vos droits *(les droits du patient)* ?
- Que pensez-vous de la rédaction d'un seul certificat par un médecin extérieur à l'établissement d'accueil (médecin généraliste par exemple) ?

4. Que pensez-vous des soins ambulatoires sous contrainte ?
- Comment percevez-vous les programmes de soins ?
- Associez-vous la notion de soin ambulatoire sous contrainte à celle de contrat entre le médecin et le patient ?
- Y a-t-il un risque d'atteinte à vos droits *(aux droits des patients)* ?
- Lorsque quelqu'un doit sortir plus de 12 heures, il faut réaliser un programme de soins, si c'est moins de 12 heures, il s'agit d'une sortie de courte durée accompagnée. Que pensez-vous de cet aspect de la loi ?

Avez-vous quelque chose à ajouter concernant d'éventuels points intéressants ou difficiles des effets de cette loi ?

Merci de votre participation

Annexe 3 : Retranscriptions des entretiens

ENTRETIEN 1 (E1)

- En Italique : verbatim de l'enquêteur
- En gras : grands thèmes du guide d'entretien

- ***Alors ma première question c'est ce qui vous concerne le plus : qu'est-ce que vous pensez de l'intervention systématique du juge des libertés et de la détention à 15 jours d'hospitalisation complète ?***

- Alors d'abord, qu'est-ce que je pense de l'intervention du juge dans les soins sous contrainte. L'histoire de la psychiatrie française nous enseigne que globalement il n'y a pas eu d'utilisation de l'enfermement psychiatrique à d'autres fins que des fins sanitaires.

- *Oui, comme des fins arbitraires…*

- Voilà. Comme on a pu le constater dans d'autres pays. Néanmoins, depuis la révolution française, le législateur se rend quand même bien compte que le traitement des malades mentaux pose question au regard des libertés individuelles. Alors, à l'avènement du XIXe siècle, on s'est posé déjà la question de l'intervention du juge. À l'époque, les juges n'en ont pas voulu.

- *D'accord.*

- Donc c'est resté… alors, avec la loi emblématique de 1838, autour du critère d'atteinte à l'ordre public… et c'est quand même une loi qui a connu une stabilité tout à fait exemplaire. Assez unique même, puisqu'il faudra attendre plus d'un siècle pour que ce texte soit réformé, ce qui n'a pas empêché des évolutions et des critiques de la prise en charge des malades mentaux. Ce qu'on observe quand même, c'est que le législateur a souhaité un droit de regard de tout un tas d'instances sur ce qui se passe dans les hôpitaux psychiatriques. C'est que donc, en sous-entendu, il doit s'y passer des choses. C'est-à-dire qu'on n'envoie pas tout un tas d'organismes de contrôle, des instances de contrôle, dans les hôpitaux généraux. Le maire, le préfet, le juge d'instance, le président du tribunal, le procureur de la république et puis dernièrement, dans la loi de 1990, il y a la fameuse commission départementale des hospitalisations psychiatriques. Tous ces contrôles ont révélé des choses. Et il y a quand même eu des critiques à la fois du monde médical mais aussi de l'extérieur, sur la qualité de la prise en charge des malades mentaux. Et les hôpitaux psychiatriques ont connu, en termes de prise en charge, les mêmes évolutions que l'hospitalisation générale avec la loi de 1990 : le principe que l'hospitalisation devrait être l'exception, la règle c'est les soins ambulatoires avec sectorisation, CMP… Le bilan que l'on fait de la loi de 90 c'est un bilan extrêmement mitigé. C'est-à-dire que, non seulement ça n'a pas fait disparaître les hospitalisations mais il y a quand même des inégalités sur le plan du territoire quant à la mise en place des secteurs. Et puis est arrivé ce qui devait arriver avec la réforme constitutionnelle. Tout le monde s'attendait à ce que le conseil constitutionnel censure la loi de 90 compte tenu que les garanties des libertés étaient insuffisantes. Certes, la loi de 90 avait prévu la requête devant le JLD, moi je peux vous assurer que […] la CDHP ont distribué de façon extrêmement fréquente des requêtes pour saisir le JLD. […] Alors moi, je pense que le monde hospitalier, la loi de 2002 sur les droits des malades, n'est pas suffisamment incité. Moi je me souviens avoir organisé un colloque où le Dr F. du Vinatier est venu nous interroger en disant : « mais comment dire à un fou qu'il est fou ? ». Et on voit bien que les soins contraints sont dans cette problématique, c'est-à-dire que si c'est contraint c'est qu'il n'y a pas de discernement. Bon, et l'information du malade ça nécessite malgré tout un minimum de discernement. Bon, donc est arrivé la QPC et la censure du conseil constitutionnel qui est venue télescoper tout un tas d'objectifs politiques. Alors il y avait en projet la réforme de la loi de 90, et une sorte de loi programme sur la réforme des soins psychiatriques, et puis des questions d'ordre public notamment l'affaire de Pau, l'affaire de Grenoble… Et donc tout ça s'est télescopé et voilà, le sentiment que j'ai c'est que le conseil constitutionnel a coupé la poire. Moi je trouve que ce délai de 15 jours je ne sais pas d'où il sort…

- *Oui, c'est ce que j'allais vous demander.*

- C'est un délai complètement arbitraire…

- *Oui, dans la pratique c'est…*

- Qui, dans la pratique, contraint quasiment le juge à s'abandonner à l'appréciation médicale. Parce qu'on voit bien que ce délai de 15 jours c'est un délai dans lequel on est encore en crise, et légitimement les médecins, notamment pour un patient qu'ils ne connaissent pas, peuvent dire « mais nous on n'y voit pas bien clair, on ne sait pas quelle évolution va avoir cette pathologie, on repère bien des éléments qui laissent à penser qu'il a besoin de soins… ». Donc moi j'aurais… enfin je pense qu'il aurait été plus opportun… mais tout ça s'est fait dans une précipitation… on subordonnait l'hospitalisation à une décision judiciaire et on organisait la compétence du juge. Et moi j'ai été très intéressé, et j'espère pouvoir obtenir un stage à la fin de l'année, par l'expérience québécoise où

le juge décide de la contrainte mais il est assisté par deux médecins psychiatres.
- *D'accord. En tant qu'experts, du coup ?*
- Voilà, mais c'est-à-dire qu'ils sont capables de l'éclairer sur la pathologie que présente le malade, quelles sont ses conséquences au regard de son intégrité physique à lui, et dans ses relations avec autrui. Parce qu'il n'y a pas simplement les questions d'ordre public, il y a aussi les risques suicidaires, les risques de passage à l'acte… Et nous, les juges, on est très démuni là-dessus. Alors déjà que c'est très compliqué en matière de criminalité, mais là on a une certaine pratique, c'est-à-dire que si on présente au JLD un type qui a dix condamnations à son casier judiciaire, c'est pas très compliqué de motiver un risque de réitération. Si les éléments dont on dispose nous disent qu'il n'a pas de domicile, qu'il est complètement en déshérence, les garanties de représentation sont inexistantes. Tout ça on sait le motiver. Sur une pathologie mentale c'est très compliqué. Et on voit bien qu'il y a des risques de manipulation. Le seul cas que moi j'ai vu avec la CDHP c'était une hospitalisation abusive dans un contexte de divorce. C'est-à-dire que c'est le mari qui voulait se débarrasser de sa femme et qui a demandé son hospitalisation. Bon, les médecins qui faisaient partie de la commission, notamment les médecins psychiatres, ont dit : « mais cette femme n'a rien à faire à l'hôpital, on voit bien que c'est un conflit conjugal et qu'on a instrumentalisé une pathologie qui n'est même pas avérée ».
- *Oui, donc dans ces cas-là, qu'un juge statue au début de l'hospitalisation ça aurait pu éviter une hospitalisation.*
- Voilà. Moi je pense qu'il y a l'urgence à traiter, et c'est un des buts de la réforme de juillet, c'est-à-dire ces 72 heures où on se donne un temps d'observation, moi j'aurais très bien vu que le juge arrive au bout de ces 72 heures et ré intervienne, je ne sais pas moi, au bout d'un mois, deux mois.
- *Oui, un peu plus à distance.*
- Voilà. 15 jours c'est bâtard. Et moi je vois bien dans les certificats médicaux, que les médecins sont très embarrassés pour renseigner le juge sur cette période.
- *Oui d'accord.*
- Et je ne sais pas d'où c'est sorti ces 15 jours.
- *Il me semblait que c'est sorti d'études statistiques : combien cela ferait d'audiences…*
- Je n'en sais fichtre rien. Parce qu'il y a des pratiques médicales tellement différentes. Moi je fais le pari que l'intervention obligatoire du juge ça va contraindre les médecins à sans doute élaborer un projet de soins de manière un peu plus rapide. Bon, mais c'est une hypothèse. Peut-être que les médecins ne vont pas modifier leurs pratiques et puis vont prendre acte de ce que décide le juge. Parce que le juge, par rapport à ce contrôle de 15 jours, il peut avoir plusieurs attitudes. C'est-à-dire que soit il exerce… alors bien sûr le minimum qu'on exige de lui c'est le contrôle de la légalité.
- *Oui, que ce soit daté…*
- Voilà : est-ce que les certificats ont bien été produits dans les délais prévus par la loi. Ça c'est le contrôle à minima. Après, soit le juge exerce sa toute-puissance et s'autorise à être critique sur le choix thérapeutique, parce que l'hospitalisation ça n'est qu'un choix thérapeutique.
- *Et ça, ça aurait pu être formalisé dans la loi ? La position du juge, son rôle justement, le fait que le juge n'utilise pas sa toute-puissance…*
- Eh bien ça on va voir, c'est la jurisprudence qui le dira.
- *Et ça aurait pu être noté dans la loi ?*
- Et non. Non, parce qu'on ne peut pas contraindre le juge. C'est-à-dire qu'on ne peut pas écrire : le juge doit accéder au diagnostic médical ou… Bon, sinon il n'y a pas besoin de faire venir le juge. Vraisemblablement la Cour de Cassation se refusera à un contrôle de fond. C'est-à-dire, elle dira « le juge du fond est souverain pour apprécier si l'hospitalisation était nécessaire ou pas ». Je le vois venir… Parce qu'on a des critères de comparaison : par exemple le juge des enfants qui décide du placement d'un mineur, la Cour de Cassation se refuse depuis la création du juge des enfants à exercer son contrôle sur la pertinence de la décision. Elle n'arrête pas de dire : « c'est le juge du fond qui détermine si la mesure de placement, par rapport à la situation de l'enfant, est nécessaire ou pas ». Mais elle exige du juge des enfants qu'il motive, c'est-à-dire qu'il explique pourquoi il a abouti à cette conclusion. Bon. Et c'est là la responsabilité des médecins. C'est-à-dire que si les certificats sont vides, c'est la porte ouverte pour que le juge exerce sa toute-puissance. Il lui sera facile d'écrire : aucun des certificats médicaux n'établit l'existence d'un péril imminent, l'incapacité du patient à accéder aux soins, ou en quoi ses troubles risquent d'entraîner une atteinte à l'ordre public etc.
- *D'où l'intérêt de la relecture des certificats.*
- Oui, c'est-à-dire que le juge n'a besoin que d'être convaincu.
- *D'accord.*
- Si on a des certificats sibyllins : psychose délirante. Je veux dire il y a plein de délirants qui sont dans les rues. Ce n'est pas parce qu'il y a l'existence d'une psychose délirante qu'il y a nécessairement besoin d'atteinte à la liberté. Et là je crois que ça va être la confrontation des cultures. C'est-à-dire que nous, les juges, quand on nous demande d'intervenir, on exerce le pouvoir

qui nous est donnée par la constitution. Si les médecins n'arrivent pas à nous convaincre, de ce qui justifie l'atteinte à la liberté, il va y avoir des enjeux de pouvoir. C'est-à-dire que le juge va exercer son pouvoir.

- *Du coup il va poser des questions au patient directement…*

- Voilà. Et il va se faire éventuellement abuser par un discours très adapté du patient. Un bon parano, il peut tenir un discours très cohérent et très convaincant, séduisant…

- *Mais comme il n'aura pas l'appui des certificats…*

- Le juge est le symbole de la balance. Il convient aussi en cette matière. Je veux dire que si du côté du patient il y a une force de conviction : « J'ai rien à foutre à l'hôpital, j'ai un domicile, je m'engage à aller au CMP » et qu'en face on nous dit « psychose délirante », la balance elle aura vite fait de… Et c'est pour ça que moi l'approche que j'ai du contrôle c'est une approche très pragmatique. Si j'ai des certificats circonstanciés je ne vois pas pourquoi j'irais exercer mon imperium et dire « les médecins sont des abrutis, ils passent leur temps à porter atteinte à la liberté des gens… »

- *Oui, s'il y a des certificats circonstanciés…*

- Alors 15 jours, moi je me sens piégé par ce délai de 15 jours parce que je vois bien que même les médecins ils n'y voient pas trop clair.

- *Oui, c'est sûr que 15 jours ça pose question. Et par rapport à ce que vous me disiez, « le choc des cultures », le fait que les audiences soient publiques vous en pensez quoi ?*

- Ça il faut poser la question au législateur. Alors les médecins sont horrifiés parce que c'est une atteinte au secret médical. Bon, ils n'ont qu'à venir à une session d'assise et ils verront ce qu'on fait du secret médical. L'accusé, il est déshabillé de la tête aux pieds. Moi en correctionnel, parce que j'ai un pouvoir de direction des débats peut-être plus important, j'évite. Je sais que tel prévenu présente telle pathologie. J'évite, mais il y a des avocats qui n'hésitent pas.

- *Vous évitez pour préserver la vie privée du patient ?*

- Oui, c'est-à-dire que, dans une audience pénale, si la pathologie n'a pas un lien direct avec l'infraction, sincèrement, je ne vois pas ce qui peut justifier de porter atteinte à ce qui appartient effectivement au respect de la vie privée. S'il y a un lien direct, si par exemple, je ne sais pas moi, un type cambriole une pharmacie parce qu'il présente une pathologie qui entraîne des souffrances importantes, et qu'il cambriole une pharmacie pour aller piquer de la morphine, là il y a un lien direct. On ne va pas faire l'économie de parler de la pathologie. Mais de dire qu'un prévenu souffre d'un cancer, du sida… Sauf à faire pleurer dans les chaumières… ça on peut, nous, en parler en délibéré…

- *Mais pas en public.*

- Pas en public.

- *Mais là, ce qu'il y a c'est que ce sont des prévenus, il y a une idée de faute. Mais les patients, ils sont hospitalisés…*

- Oui mais là, il faut aller voir le législateur. Le législateur n'avait qu'à dire que les audiences se tiendront, comme les audiences de tutelle, comme les audiences chez le juge des enfants, comme les audiences familiales, en chambre du conseil.

- *Et pourquoi…*

- Moi je n'en sais fichtre rien pourquoi ils ont décidé ça ! La règle c'est la publicité.

- *Et l'intérêt de la publicité, c'est ?*

- Eh bien… c'est tout ce qui… c'est-à-dire que le… On a beaucoup critiqué le JLD parce que jusqu'en… c'est l'affaire d'Outreau, ça doit être 2007 ou 2008, tout se tenait en chambre du conseil. Bon, c'est-à-dire que la décision de placer ou pas en détention se donnait en chambre du conseil, et les voies de recours devant la chambre de l'instruction se tenaient aussi en chambre du conseil. Bon, l'affaire Outreau a suscité des débats et on a trouvé ça scandaleux. Donc on a décidé de la publicité. Bon, moi je pense que le législateur n'a pas percuté. C'est-à-dire qu'il a dit : on donne ça au JLD, comme pour le JLD, en matière de détention, les audiences sont publiques, il n'y a qu'à dire que les audiences sont publiques. Bon, moi je trouve anormal qu'on ait confié cette fonction au JLD. Qu'on la confie à un juge, par exemple au président du tribunal ou son juge délégué. Mais moi je me mets à la place des patients que je vais voir demain, qui sont hospitalisés à la demande d'un tiers, je ne vais surtout pas leur dire que je suis le juge de la détention ! Je vais leur dire que je suis le juge, et parce que je suis juge, je suis garant de la liberté.

- *Oui, c'est ce que vous me disiez, au niveau sémantique c'est un peu délicat de dire « juge de la détention ». Et au niveau du vécu, vous avez des retours pendant l'audience par rapport à ça ? Ils vous disent : « mais qu'est-ce que j'ai fait ? »*

- Il y en a, oui, bien sûr. Mais je leur dis : « non vous n'avez rien fait si ce n'est que vous êtes malade » voilà… « Et moi je viens vous dire est-ce que votre maladie justifie qu'on porte atteinte à votre liberté » voilà pas plus. Mais moi je me plie… vous savez, les juges, contrairement à ce qu'on pense, ils sont très très respectueux de la loi. Moi on me dit : audience publique, audience publique. C'est vrai qu'à Saint Egrève, c'est quand même une publicité assez restreinte. Sauf à ce que les gens qui sont dans la salle d'attente tendent l'oreille… Mais je ne peux pas refuser à quelqu'un de rentrer dans la salle.

- *Sauf quand c'est décidé de statuer en huis clos…*
- Voilà, parce qu'il y a des risques d'atteinte à l'ordre public… Mais c'est le régime général.
- *Et s'il y a une demande du patient c'est possible aussi ?*
- Bof.
- *Pas forcément ?*
- Il faudrait que je regarde le texte mais je ne crois pas.
- *D'accord…*
- Mais est-ce qu'il se débat vraiment des choses… C'est-à-dire que l'ordonnance que je rends, le malade il en fait ce qu'il veut. C'est-à-dire qu'il peut la laisser traîner dans son pavillon et, je veux dire, il y a des choses très intimes. Parce que le juge il faut bien qu'il motive sa décision. Et il va la motiver sur quoi, sur des éléments médicaux. Et les éléments médicaux bien évidemment ça appartient à la vie privée.
- *Et vous les donnez au patient, systématiquement.*
- Oui.
- ***Et ce que vous disiez par rapport à la période d'observation de 72 heures en hospitalisation complète, vous percevez comment cette nouveauté de la loi ?***
- Moi je pense que c'est une garantie supplémentaire. C'est-à-dire qu'avant, une fois que l'admission avait été prononcée on partait pour 15 jours. Bon c'est-à-dire que le patient n'était obligatoirement revu qu'au bout de 15 jours. Là on a réduit ce délai. Bon, nous l'expérience qu'on a, parce qu'on est souvent allé au CHU et on a eu quelques discussions musclées avec le professeur des urgences, on voit bien qu'il peut y avoir, associé à des troubles du comportement, éventuellement des pathologies mentales mais aussi des pathologies somatiques. Moi, en tant que juge, j'ai toujours été horrifié, et je ne me suis pas gêné pour le dire, que des gens restent dans les locaux des urgences plusieurs jours, parfois entravés, en tout cas enfermés, sans qu'il y ait un cadre juridique qui garantisse tout ça. Bon moi j'ai bien expliqué au docteur des urgences que la puissance du juge c'est de raconter l'histoire telle qu'elle aurait due se passer quand il y a eu un incident. Bon, imaginons qu'un patient meurt brûlé dans une chambre fermée aux urgences, moi je peux vous dire que la responsabilité du chef de service, je ne sais pas si elle sera engagée mais en tout cas elle sera recherchée.
- *Et d'autant plus maintenant avec cette loi.*
- Voilà, donc aujourd'hui il y a un cadre. Et donc moi je trouve que c'est assez pertinent 72 heures, il y a l'air d'avoir un consensus là-dessus pour évaluer. D'abord ça permet aux gens, notamment ceux qui sont dans des conduites additives, les remettre à l'état zéro. De faire un bilan somatique, et effectivement d'établir : un, qu'il y a une pathologie mentale et deux, que cette pathologie justifie une mesure d'hospitalisation. En tout cas que le patient n'est pas en état de se prononcer sur cette modalité de soins.
- *Et par rapport au fait qu'il y ait trois certificats qui soient demandés, est-ce qu'il n'y a pas un peu des répétitions ?*
- C'est là qu'on voit la limite de ces 15 jours. C'est-à-dire qu'on voit bien qu'il y a des patients dont l'état de santé évolue très doucement. Mais il y en a d'autres dont l'état de santé évolue rapidement. Il y en a eu un mardi, ce monsieur qui avait pris du Temesta, une fois qu'il est revenu dans un état normal, à l'évidence, en tout cas moi je n'ai pas trouvé dans le dossier d'éléments qui pouvaient justifier son maintien d'hospitalisation. Bon.
- *Oui, ça dépend des patients.*
- Voilà, évidemment. Mais il faut que le juge trouve… encore une fois, moi je ne demande qu'à être convaincu. Si dans le certificat de huitaine on me dit que ce délai est encore trop court pour pouvoir se prononcer sur l'évolution de la pathologie, qu'on observe encore, je ne sais pas, une réticence à entrer en communication…
- *Même s'il y a encore quelques répétitions, du moment que…*
- Oui.
- *C'est parce que ça évolue doucement.*
- C'est parce que ça évolue doucement.
- *Le but n'est pas forcément de faire des certificats différents à chaque fois.*
- Non, mais qu'on nous dise.
- *D'accord. Et du coup, les patients doivent voir trois médecins différents, je ne sais pas si vous avez un avis là-dessus.*
- C'est comme chez nous les délibérés. Il vaut mieux délibérer à trois que délibérer tout seul. Parce que si c'est le même médecin qui le revoit trois fois, alors je ne veux pas mettre en cause la rigueur scientifique du médecin, mais je comprends bien qu'il a autre chose à foutre, et que s'il n'y a pas d'évolution significative… Et puis vous serez d'accord avec moi pour considérer que la psychiatrie n'est pas une science dure.
- *Oui. Avec le fait que, pour les patients, de tout répéter à chaque fois c'est pas forcément évident.*
- Oui mais voilà.
- *D'accord.*
- L'enjeu est quand même la liberté ! Alors moi je pense que ça va modifier quand même les pratiques médicales, c'est-à-dire qu'il va falloir que chacun de ces médecins explique au patient le pourquoi de cet entretien. « Je ne suis pas votre médecin traitant, je vais être obligé d'établir à l'intention d'un juge un certificat médical sur votre état de santé, ne soyez pas contrarié de devoir me

répéter ce que vous avez dit à un autre parce que ce qui est en jeu c'est votre liberté. »
- *Ça permet de renforcer en plus l'information qui est donnée.*
- Voilà.
- ***D'accord. Je voulais parler aussi du péril imminent. Qu'est-ce que…***
- Tarte à la crème ça.
- *Oui ? Qu'est-ce que vous en pensez ?*
- On sait très bien pourquoi ça été voté ça. Pour pallier le manque de tiers.
- *Mais dans la loi ce n'est pas très explicite, c'est juste dit « péril imminent ».*
- Là aussi, moi mon expérience […] m'a montré qu'il y avait quand même tout un tas de travailleurs sociaux des hôpitaux qui devenaient des tiers : des assistantes sociales… C'est pas vraiment ça un tiers. Un tiers c'est un proche. On sait très bien qu'il y a des proches qui sont dans des conflits de loyauté insolubles, pour qui c'est trop difficile de demander une hospitalisation.
- *Oui, ou des gens très isolés.*
- Normalement, le péril imminent doit être caractérisé. C'est-à-dire que ça ne se définit pas…
- *Par absence de tiers.*
- Eh oui. Mais il faut nous expliquer en quoi : un, il est en péril et deux, en quoi ce péril est imminent. Il y a un arrêt du conseil d'état célèbre sur l'urgence. Et le conseil d'État a dit « l'urgence ne se définit pas elle se constate ». Et c'est ce qu'on appelle des certificats circonstanciés. Voilà, quelles sont les circonstances qui laissent à penser que ce monsieur est en péril et que ce péril est imminent. Tentative de suicide, errance, clochardisation. Voilà, c'est pas compliqué. Mais au fond, ça va être utilisé pas vraiment pour le fait qu'il y ait un péril imminent mais parce que… Voilà, parce qu'on n'a pas de tiers.
- *Et ça entraîne un risque pour les droits du patient ? Parce que du coup il suffit d'un seul certificat.*
- Oui, je sais bien.
- *Enfin je ne sais pas… Peut-être que ça peut plutôt aider…*
- Si le certificat est circonstancié… Moi j'aurais plutôt tendance à dire : allez voir le directeur de l'hôpital qui accepte d'hospitaliser quelqu'un alors que le certificat est plein de vent.
- *Oui, si le certificat est circonstancié…*
- Je peux vous en montrer un … bon, moi j'ai fermé les yeux. Ecoutez : péril imminent, certificat médical d'admission « …avoir constaté les troubles suivants : délire persistant non critiqué, pas d'adhésion aux soins » et le directeur derrière il prend une décision d'admission. Bon…
- *Et il y a des possibilités de retour de la part du directeur ?*
- Eh bien ça, allez lui demander, moi je pense que oui. C'est une décision administrative qui fait grief ça.
- *Est-ce que le directeur peut appeler le médecin en disant « refaites-moi votre certificat » ?*
- Bien sûr, voilà, j'espère !
- *Il faudrait que je me renseigne.*
- Enfin ça, c'est pas un certificat qui justifie une admission pour péril imminent.
- *Oui, on ne voit pas l'imminence du péril.*
- Moi j'ai fermé les yeux…
- *Parce qu'après il y avait d'autres certificats qui explicitaient plus ?*
- Parce qu'après j'ai un certificat de 24 heures qui est très circonstancié.
- *D'accord.*
- Je veux dire, où il y a un risque de passage à l'acte, un risque suicidaire.
- *D'accord. Parce que justement, le premier certificat est fait par un médecin extérieur, pas forcément un psychiatre. Et ça vous en pensez quoi ?*
- Ça c'est la loi, moi je n'en pense rien. Est-ce qu'un médecin est capable…
- *Mais vous, au niveau de votre expérience, dans le certificat que vous avez, est-ce que ça pose un problème ?*
- C'est mieux quand c'est un psychiatre.
- *Parce qu'il a l'expérience ?*
- Évidemment. Le certificat que je vous lisais, c'est les urgences du CHU.
- *Oui, donc ça pose un peu ce souci là. Le certificat moins circonstancié…*
- En quoi un médecin urgentiste est-il capable d'évaluer un « délire persistant non critiqué » ? Persistant depuis quand ? Comment ? Il se caractérise comment ce délire… ? Enfin moi je serais directeur d'hôpital, je n'accepterais pas ça. Mais je ne suis pas directeur d'hôpital. Mais à partir du 1er janvier 2013, je serai aussi juge de la légalité des décisions administratives. Et là j'aime autant vous dire que ça va cartonner.
- *D'accord.*
- Les gens n'ont qu'à faire leur boulot. Péril imminent, la loi dit : on doit établir des certificats circonstanciés. Ce n'est pas compliqué de dire… de caractériser ce délire non ? Alors je sais bien que les urgences au CHU c'est un peu à la bourre…
- ***Et le dernier pan que je voulais aborder, c'est par rapport aux soins ambulatoires sous contrainte. De votre expérience est-ce que…***
- Moi je pense que si ça peut éviter un maximum d'hospitalisations c'est bien. Ça va empiéter, et d'ailleurs la loi les a interdites, sur ces sorties interminables.
- *Les sorties d'essai longue durée.*

- Les sorties d'essai qui durent trois ans… Il faut être sérieux ! Soit il est dedans soit il est dehors. Et moi je pense que c'est aussi de nature à mobiliser le service social, parce qu'on voyait bien qu'il y avait des gens qui restaient hospitalisés parce qu'il n'y avait pas de structure d'accueil à l'extérieur.
- *Oui, mais du coup il n'y en a toujours pas.*
- Oui mais… Bon… Ces programmes de soins externes… alors vous me direz : il peut y avoir des hospitalisations ponctuelles, bon. Au moins ce n'est pas en continu. Non mais ça c'est sûr que le gros déficit de notre système c'est l'absence de fluidité…
- *De relais vers l'extérieur c'est ça ?*
- Moi, au mois d'août, j'ai vu un type qui me dit « mais moi je veux aller dans un foyer, j'en ai marre de l'hôpital psychiatrique » ça faisait quatre ans qu'il était là. Et tous les certificats établissaient qu'il pouvait.
- *Mais il manquait le moyen ?*
- Moi j'ai hésité à lever l'hospitalisation. Parce que si je la lève, et s'il refuse une hospitalisation libre, il est à la rue, il est clochard. Bon ce n'est pas ça le but de la manœuvre. Mais moi je n'ai pas le pouvoir de…
- *Donc là, l'avantage c'est que ça permet quand même de contraindre, mais à l'extérieur.*
- Voilà.
- *Tout en restant dans la légalité, du coup.*
- Voilà, absolument. Parce qu'avant on était dans une espèce de non-droit. Alors ça a posé la question des gros déficitaires. […] Moi je pense que les grands déficitaires il ne faut plus les mettre en hospitalisation sous contrainte. Parce qu'on sait qu'ils ne seront jamais en état d'exprimer leur point de vue. Cent pour cent de ces personnes bénéficient d'une mesure de protection judiciaire. Il appartient donc à leur représentant légal, leur tuteur, d'être vigilant sur les conditions d'hospitalisation.
- *Oui, et de décider si… Plutôt que de prendre une mesure d'hospitalisation sous contrainte.*
- Ce sont des hospitalisations libres à la demande du tuteur. C'est la position qu'on a adoptée.
- *Oui. Et par rapport au programme de soins que doit établir le psychiatre avec son patient, est-ce que vous l'entendez comme un contrat ?*
- Ah non, c'est une contrainte. Alors ça pose la question de quelle compétence a le juge de contraindre à l'élaboration d'un programme de soins. Puisqu'il peut différer sa décision de 24 heures. Moi j'ai eu un échange avec un docteur sur ce point, il me dit « mais vous pouvez me dire qu'il faut faire un programme de soins mais si je vous dis qu'il a besoin d'être hospitalisé je ne mettrai pas en place un programme de soins. Il sortira et… »
- *Et donc ça c'est possible.*
- Ah ben oui, on ne peut pas contraindre. C'est-à-dire qu'au bout de 24 heures, programme de soins ou pas il sort. Voilà.
- *D'accord, c'est juste un délai pour que si…*
- Voilà, au cas où… Mais c'est bizarre.
- *Oui, c'est quand même particulier.*
- Oui, c'est une ingérence thérapeutique du juge alors qu'il n'en a absolument pas les compétences. C'est-à-dire que si les médecins disent que son état justifie qu'il reste à l'hôpital, c'est indiscutablement un choix thérapeutique qu'impose le juge. Et quelle est sa compétence pour l'imposer ? Moi je l'ai décidé une fois mais je ne suis pas contrarié si les médecins me disent : « non, on ne met pas en place de programme de soins et le type il sort » voilà.
- En fait ils ne sortent pas, parce qu'aussitôt on embraye sur…
- *Oui, sur une autre mesure.*
- Voilà. Mais un jour ça va tomber ça.
- *Oui, ça va être légiféré ?*
- Eh bien ça va être censuré, c'est sur.
- *Ce n'est pas possible que ça continue comme ça… donc ça va être réglementé ?*
- Ah non non, il va y avoir des arrêts de la Cour de Cassation parce que ça c'est un contrôle de forme. Quand je vous disais tout à l'heure que la Cour de Cassation ne se prononcera pas sur le fond…
- [Coup de téléphone]
- *Vous me parliez de la Cour de Cassation.*
- Oui, la Cour de Cassation ne va pas exercer son contrôle sur le fond mais sur la forme. C'est-à-dire que si elle se rend compte que le juge ordonne la levée de l'hospitalisation et que le type ne sort pas et qu'on a simplement changé les modalités de l'hospitalisation, et qu'il y a des recours sur la deuxième mesure, alors là elle va dire que c'est un détournement de la loi.
- *D'accord. Et du coup, il peut y avoir des modifications apportées par rapport à ça ?*
- Ah non. Les hôpitaux vont devoir s'incliner. C'est-à-dire que le directeur d'hôpital refusera l'arrêt d'hospitalisation. Non parce qu'il faut quand même savoir, je ne sais pas si vous avez lu la loi jusqu'au bout, les hospitalisations arbitraires c'est quand même puni de peines d'enfermement.
- *Oui.*
- C'est-à-dire que si le juge dit « il sort » et qu'on constate qu'il ne sort pas, ça peut ressembler étrangement à une hospitalisation arbitraire. Donc moi je l'ai dit aux médecins : c'est à vos risques et périls. Je veux dire que s'ils tombent sur des avocats un peu vigilants…
- *Oui, ça risque d'être compliqué. Après il y a la question de non-assistance à personne en danger.*

C'est-à-dire que si la personne sort et qu'il lui arrive quelque chose…
- Oui mais, alors ça c'est bien une remarque de médecin ! Les règles de la détention provisoire sont rythmées par un certain nombre de délais. Si par exemple une personne qui est détenue, un criminel hyper dangereux qui a déjà trucidé trois personnes, il fait une demande de mise en liberté, le juge des libertés a dix jours pour statuer sur sa demande de mise en liberté. S'il n'a pas statué au 10ème jour, il sort. Bon.
- *Il faut dormir tranquille après !*
- Alors je ne dis pas que ça arrive tous les jours, mais ça arrive. Ça c'est dans notre culture. Bien sûr qu'on n'est pas ravi. Et ça, ce n'est pas dans la culture des médecins.
- *Voilà, ça c'est sûr.*
- Voilà, parce que leur préoccupation c'est les soins, et nous notre préoccupation c'est la liberté.
- *Eh oui, il y a un conflit.*
- Mais je suis très respectueux des préoccupations du médecin. Mais il n'a qu'à convaincre le malade se faire soigner.
- *Ce n'est pas toujours facile !*
- Je sais, surtout quand il est fou…
- *Et mon dernier point sur les soins ambulatoires sous contrainte, c'est pour les sorties de plus de douze heures mais les sorties de moins de douze heures doivent être accompagnées.*
- Moi je constate. Dans le dossier dont je vous parlais, le patient était hospitalisé depuis presque six mois et il a eu, je ne sais plus, une douzaine de sorties accompagnées. Mais ça c'est l'aspect ordre public. Comme je le disais tout à l'heure, cette loi elle est venue essayer de résoudre la confrontation de tout un tas d'objectifs. C'est-à-dire le contrôle de l'atteinte à la liberté, l'organisation des soins, et des éléments d'ordre public.
- *Et elle n'a pas demandé à ce qu'un juge vérifie les procédures de soins ambulatoires sous contrainte ? Puisqu'il y a aussi notion de privation de liberté.*
- Si, le patient peut faire une requête. Mais il n'y a pas de contrôle obligatoire. Parce que la liberté d'aller et venir est garantie.
- *D'accord, c'est pour ça.*
- La liberté fondamentale c'est celle-là. Un type qui est incarcéré, normalement, la seule liberté à laquelle on porte atteinte c'est celle d'aller et venir. Bon, l'état de nos prisons fait que… il y a bien d'autres libertés qui sont atteintes. Mais là c'est le même raisonnement. Si la personne ne veut plus aller au CMP, elle écrit au juge en disant « j'en ai marre de prendre des cachetons ». Parce que […] c'est ça quoi, c'est les critiques sur les effets secondaires des médicaments. En général les patients ont une certaine conscience de leur pathologie, ne se plaignent pas vraiment des conditions de l'hospitalisation, mais ils se plaignent d'être shootés…
- *Surtout les premiers jours…*
- Voilà, et puis même ceux qui sont soignés au long cours.
- *Mais du coup, pour ceux-là, s'ils échappaient aux sorties d'essai et qu'ils ne se présentaient plus au CMP, ils se perdaient dans la nature, alors qu'avec les soins ambulatoires sous contrainte ce n'est plus possible.*
- Si, ils peuvent disparaître dans la nature. Bien sûr. Après la sanction ça va être l'arrêt d'hospitalisation. Mais une fois qu'ils sont dehors…
- *Oui, parce que ce n'était pas la même chose avec les sorties d'essai…*
- Parce que c'est quoi le programme de soins, c'est d'aller au CMP une fois par mois…
- *Ça dépend des moyens du service.*
- Voilà. Là, les Québécois sont un peu plus performants. Parce qu'il y a un vrai suivi, c'est-à-dire que c'est les soignants qui vont à domicile, il y a des rencontres extrêmement fréquentes, régulières, mais ça après c'est vrai que c'est une question de moyens.
- *Ça c'est le problème des moyens. D'accord.*
- C'est un peu l'échec de la loi de 90 qui, à la sectorisation, n'a sans doute pas mis assez de moyens médicaux et aussi médico-sociaux. Je veux dire des appartements thérapeutiques…
- *Mais c'est un peu une question générale : qu'on fasse des lois et qu'on ne mette pas forcément les moyens pour les appliquer…*
- Oh oui, c'est typiquement français ça !
- *Mais pour vous aussi, parce que vous vous retrouvez à…*
- En matière de criminalité c'est pareil. Quelqu'un qu'on place en sursis avec mise à l'épreuve, celui que j'ai vu mardi et pour lequel j'ai levé l'hospitalisation, il relève d'une prise en charge par le service pénitentiaire d'insertion et de probation. Dans l'inconscient collectif on s'imagine que ces gens sont suivis à la culotte, qu'on les voit tous les jours… Ils sont convoqués une fois par mois !
- *On n'a pas les moyens d'appliquer…*
- Non. Le type va venir avec son certificat mensuel comme quoi il s'est présenté au CMP, mais ça ne va pas l'empêcher aussi bien à 15 jours de refaire une connerie. Non, là-dessus je suis sans illusion. On est une machine qui s'auto alimente. Alors il y a certains collègues qui sont très désabusés par rapport à cette loi, en disant « ça ne sert à rien, c'est du boulot en plus». Moi je suis moins sévère, moi je pense que pour des malades c'est bien qu'il y ait un regard extérieur. Alors après, il y a le déroulement de l'audience, la capacité d'empathie… Il y a autant de manières de conduire les audiences qu'il y a de juges. Moi j'ai des

collègues à Bonneville ils y vont en robe avec tout le pataquès…
- *Ils se déplacent déjà…*
- Ils se déplacent… mais c'est violent ! Vous les voyez arriver avec la robe, pourquoi pas mettre le code pénal sur la table !
- *Oui c'est sûr que ce doit être difficile pour les patients.*
- Non, moi je pense qu'il faut que le juge ait tout à fait intégré qu'il a en face de lui un malade.
- *Ce qui n'est pas forcément facile, parce qu'il y en a qui n'ont pas d'expérience. Et vous avez des formations ?*
- Pour l'instant rien. Moi je suis allé à un séminaire au mois d'avril. Si, on a un enseignement de psychiatrie à l'école de la magistrature.
- *Ah oui ?*
- Historiquement c'est un truc qui fait débat et c'est pas pour rien. Quand moi j'étais en formation c'était très nosographique quoi. On nous disait « voilà, un parano c'est ça, un maniaco-dépressif c'est ça, la différence entre une psychose et névrose… » ce qui fait qu'on avait l'impression d'être savant. Mois après je prenais le bus et je disais « lui il a une tête à être parano, il a une tête à être schizophrène… » ce qui était absurde. Et quand moi j'étais enseignant à l'école de la magistrature, la commande qu'on avait passée au psychiatre, à laquelle il avait adhéré, c'était de présenter aux futurs juges comment se construisait la personnalité psychique. De l'intra-utero…
- *C'est pas simple ! On ne sait pas tout…*
- Justement. Ce psychiatre avait cette humilité là, en disant « voilà, moi je vous propose ça, à telle étape de la construction il peut y avoir tel accident qui peut se manifester de telle manière, voilà les soins qu'on peut proposer » alors c'était extrêmement angoissant pour le futur juge. Parce que ça les renvoyait à leur propre fonctionnement psychique. Mais moi je suis très partisan que les juges soient ébranlés quant à leur fonctionnement psychique. Parce que chez nous il y a des paranos qui s'ignorent.
- *Chez nous aussi je pense.*
- Eh bien oui ! Et moi je trouvais que c'était très riche. Et on avait même inventé une activité pédagogique qu'on appelait « de double lecture ». C'est-à-dire qu'on prenait un dossier très trash, un type qui tue ses gamins, et le groupe de futurs juges réfléchissait en la présence d'un magistrat d'expérience et soit d'un psychologue soit d'un psychiatre d'expérience. Et on essayait de voir comment pouvait se confronter, s'allier, les deux approches. Quel sens pouvait avoir sur un plan psychique le passage à l'acte, sur un plan criminologique…
- *Et ça a changé quelque chose ces cours ?*
- Bof. La dimension humaine de l'acte de juger est encore en panne.
- *Sa prise en compte ?*
- La dimension technique de l'acte de juger est très satisfaisante. Les collègues sont de très bons techniciens du droit. Ils sont suffisamment sélectionnés pour qu'on ait la crème. Mais c'est pas parce qu'on a la tronche bien faite, pleine de connaissances, que… Il y a tout un tas de fonctions où il y a une dimension humaine qui est aussi importante sinon plus.
- *Oui, c'est vraiment intéressant parce que nous c'est un peu la même problématique, à part que nous on est un peu plus sensibilisé peut-être parce qu'on est renvoyé directement…*
- Mais il y a des médecins qui sont dans la toute-puissance.
- *Mais voilà, il y en a aussi, c'est la même problématique. Y a-t-il des pays dans lesquels les juges ont une supervision ?*
- Bien sûr.
- *Ce n'est pas notre culture.*
- Non. Et puis surtout on est un des rares pays où on devient juge très jeune. Dans ma promotion la plus jeune est devenue juge à 20 ans. Quand on dit ça notamment aux anglo-saxons… chez les Anglo-Saxons on devient juge à 45 ans. Après une carrière… Alors je ne dis pas que c'est mieux. Moi j'ai l'habitude de dire que la jeunesse ça passe mais la connerie ça reste.
- *Oui, mais on a peut-être un peu plus de recul et d'expérience sur soi-même.*
- Voilà. C'est-à-dire qu'on a accumulé la conscience de la difficulté qu'il y a à entrer en relation. Et toute la déclinaison des modalités d'entrée en relation. Et moi je dis souvent aux médecins qu'on fait un peu le même métier. C'est pas pour rien que les uns et les autres on rend des « ordonnances », qu'on pose des « diagnostics ». Définir la culpabilité de quelqu'un, c'est poser un diagnostic. Et la démarche intellectuelle est comparable. Et moi je pense que la posture humaine a aussi des similitudes. C'est-à-dire s'entretenir avec un malade c'est un peu comme s'entretenir avec un prévenu. Par exemple le minimum, c'est de se présenter à l'arrivée des patients en audience. C'est le minimum. Ces patients, ils ne vont pas bien, on leur demande de venir…
- *Oui, qu'ils sachent à qui ils ont à faire.*
- C'est le minimum. Et chez les toubibs il y a aussi du boulot.
- *Du coup cette loi elle…*
- Voilà, elle ne fait que créer un petit peu de culture du contradictoire et moi je pense que la toute-puissance médicale a besoin de contrôle. Voilà. La loi de 2002, renversant la charge de la

preuve a été quand même une révolution. Vous devez me dire de façon suffisamment détaillée ce que j'ai, pourquoi vous décidez de me soigner, pourquoi vous décidez de cette manière plutôt que d'une autre…

- *Et le fait que vous lisiez des passages de certificats, qu'il y ait un juge pour faire ça, ça systématise l'information…*
- Mais vous avez vu que c'est possible !
- [Coup de téléphone]
- ***Bon, et du coup sur cette loi, est-ce qu'il y a d'autres points qui vous semblent importants ?***
- On n'a pas assez de recul.
- *D'autres, qui ont posé souci de votre pratique ?*
- Non, moi je me suis bien mis dans les chaussures. […] Mais au bout de six mois il faut impérativement organiser la rencontre entre juges et médecins.
- *Oui, pour voir…*
- Sur le plan administratif c'est à peu près rôdé, mais sur le plan des certificats médicaux on n'y est pas.
- *Pour dire qu'est-ce que vous attendez, citer des exemples, des choses comme ça…*
- Voilà. Pour dire qu'on veut des certificats circonstanciés.
- *Mais je pense que les médecins sont en demande. Parce que c'est vrai que ça leur pose problème d'avoir des certificats à rédiger à 24 et 72 heures parce qu'ils disent : « mais qu'est-ce qu'on peut mettre de différent ? » pour eux vous attendez quelque chose de forcement différent. Alors que c'est pas forcement ça.*
- Mais pas nécessairement ! Qu'on nous dise que l'état de santé n'a pas évolué de façon significative… ça on peut l'entendre.
- *D'où l'intérêt d'en discuter.*
- Je veux dire, c'est comme quelqu'un qui a une pathologie somatique, qui est aux urgences, son état est qualifié de stationnaire. On n'est pas abruti, on peut le comprendre. Non, si les médecins sont prêts, et de manière honnête sur le plan intellectuel, à accepter le débat contradictoire, moi je pense qu'il n'y aura aucune difficulté. Mais sincèrement, quand j'écris dans une ordonnance que je lève une mesure parce que, dans les certificats, il n'y a aucun élément qui me permet d'apprécier la justification à une privation de liberté, ma plume ne tremble pas. …Bon, en en reste là ?
- *D'accord. Merci beaucoup !*

ENTRETIEN 2 (E2)

En Italique : verbatim de l'enquêteur
En gras : grands thèmes du guide d'entretien

- ***Alors mon premier point, j'aurais aimé savoir ce que vous pensez de l'intervention systématique du juge des libertés et de la détention pour toute hospitalisation sous contrainte de plus de 15 jours.***
- Alors sur ce point là, je pense qu'on pourrait simplifier. Comme c'est de pure forme…
- *C'est-à-dire « de pure forme » ?*
- C'est-à-dire qu'on ne fait que pointer le bon enchaînement formel des certificats médicaux.
- *D'accord, donc au niveau des dates et cætera…*
- Au niveau des dates, au niveau du nombre des… Par exemple, le certificat de huitaine qui est toujours fait par deux personnes… je pense qu'il y a toujours un petit point nécessaire entre deux médecins. On pourrait se dispenser, comme c'est de pure forme, on pourrait se dispenser de se rendre… de convoquer la personne, de la rencontrer, parce qu'on pourrait le faire sur document, dans son cabinet…
- *Oui ?*
- Et je plaide fortement pour ça parce que d'abord on perturbe énormément le comportement du patient…
- *Oui, comment vous voyez que…*
- Ils ne comprennent pas…
- *Parce qu'ils posent des questions qui sont à côté ?*
- Oui : ce qu'on vient faire, si on vient là c'est uniquement pour ouvrir la porte… alors qu'en principe on est bien loin au bout de 15 jours de leur ouvrir la porte. Notre rôle est très perturbateur pour eux. Ils ne comprennent pas, ils ne saisissent pas pourquoi ils doivent venir voir un juge qu'ils n'ont pas demandé
- *Hum*
- C'est très basique comme raisonnement et en plus, nous, très souvent ils sont dans des états… on est en incapacité d'apprécier le fond médical.
- *Oui. Oui, c'est ça que j'allais vous demander parce que vous dites « c'est de pure forme » est-ce que vous leur lisez le contenu du certificat ?*
- Bien sûr ! Toujours, toujours. On le lit oralement à la personne, qui ne comprend pas tout, mais on le lit.
- *Et vous vous basez sur ça pour votre décision ? Sur le contenu du certificat au niveau justification médicale ?*
- Mais on n'a aucune compétence médicale. On a en face de nous des gens qui viennent par SOS-Médecins, qui viennent pour réintégration, parce qu'ils sont en rupture de soins, qui viennent par péril imminent, qui sont complètement sous camisole chimique…
- *C'est-à-dire ?*
- Dans les 15 jours ils sont au plus fort du traitement, tous. Ils ne sont pas dans le traitement soft où enfin la personnalité de la personne va se révéler. Donc c'est un peu frustrant…
- *Oui ? Dans le sens où vous ne pouvez pas juger ?*
- Alors on peut… Même l'évolution, que voulez-vous… Parce que l'évolution elle est parlante sur un mois à minima.
- *Oui, donc il faudrait… si c'était fait à un mois, ça aurait été peut-être plus intéressant pour vous ?*
- Oui déjà. Je trouve que… Et puis on a un tel travail que notre rôle là-dessus, on est très dubitatif. L'enchaînement formel, c'est tout.
- *Donc qui pourrait se faire sur dossier.*
- Qui pourrait se faire sur dossier. Et puis allons même jusqu'au bout, quand bien même je serais, et ça s'est déjà produit, je serais… je n'aurais pas le certificat requis mais que j'aurais la preuve que la personne est en chambre d'isolement, que voulez-vous que je fasse d'autre ? Voilà, il y a des évidences qui s'imposent. Je trouve que là on pourrait vraiment éviter des démarches complètement inutiles pour la personne, parce qu'elle ne comprend absolument pas notre rôle, elle n'est pas toujours en état de pouvoir parler, ou alors elle est dans le déni complet pour x raisons. Mais en tout cas on intervient que sur la forme. On est incapable de juger sur le fond. Le fond il nous est révélé après, dans l'évolution du dossier. On voit une amélioration, la personne est un peu plus dégagée de cette camisole chimique, et il y a une discussion qui s'installe. On peut apprécier le déni, s'il est fondé, pas fondé. Au bout d'un mois on a un dégagement de la personnalité. Alors je suis extrêmement dubitative sur les premiers 15 jours.
- *D'accord, d'accord.*
- C'est très très négatif.
- *Et si c'était à un mois, est-ce que vous pourriez… Parce que vous dites « on peut voir se dégager la personnalité » mais est-ce que ça c'est le rôle du juge ou du psychiatre ?*
- Alors, sur l'intérêt de venir au bout d'un mois, c'est qu'on aura le certificat de huitaine et on aura le certificat mensuel récapitulatif. Et puis on aura toute l'antériorité récitative de l'évolution de l'état. Indépendamment, là aussi, de voir la personne déjà. Donc c'est plus constructif. Ensuite on aura une plus grande richesse d'appréciation par rapport à l'individu en face… mieux nous faire confiance, mieux se trahir. Je dis « se trahir » parce qu'il va un peu plus se lâcher, on est dans une recherche de spontanéité avec ces gens-là. Il y a tellement peu de spontanéité dans les premiers 15 jours, il y a tellement de doses médicamenteuses en face de nous, que ça m'échappe complètement l'intérêt de ça. Par contre je me suis rendue

compte que, pour x raisons, quand j'avais des personnes que je n'avais pas vues dans la première quinzaine et que j'avais une antériorité d'un mois, c'est infiniment plus parlant. L'intérêt du contact est bien majeur.

- *L'intérêt pour vous pour juger ?*

- L'intérêt du contact parce que si le médecin nous dit qu'il y a un déni, qu'il me dit encore qu'il y a un déni au bout d'un mois… parce que le déni fait quand même bien partie de la personnalité de l'individu qui veut tout le temps sortir, donc il dénie, il dit qu'il va très bien madame la marquise. Donc vous êtes le juge et vous le faites sortir : « je vais très bien, je ne suis pas malade, je suis là mais je n'ai pas compris pourquoi, j'ai toujours suivi mes soins, c'est le médecin qui ne sait pas ce qu'il dit… ». Donc qu'il soit dans cette violence là les 15 premiers jours, mon dieu oui. Au bout d'un mois c'est infiniment plus parlant sur la personne s'il y a un véritable déni. Ce déni-là il est quelquefois un peu… un véritable déni parce qu'il veut sortir. Il dénie donc il veut sortir. Ou si vraiment, j'ai eu souvent ces contradictions là, s'il se protège. Il va dénier pour se protéger mais en même temps il va vous dire : « je veux rester ».

- *Hum …*

- Il y a là déjà… On est dans des contradictions qui font bien voir qu'il commence à émerger un petit peu de son problème.

- *D'accord, et dans ces cas-là vous, ce que vous dites, c'est qu'il n'a plus besoin d'être sous contrainte c'est ça ?*

- Ah non pas du tout ! Non non. Parce que la contrainte c'est… ce n'est pas parce que l'individu va dire qu'il peut se passer des soins qu'on légitime l'absence de contrainte.

- *Oui, mais la situation où vous m'avez dit : « il dénie sa maladie pour se protéger mais il est d'accord pour rester hospitalisé » là dans ces cas-là vous prenez quelle décision plutôt ?*

- Ah oui mais là, justement, le dialogue s'installe et je vais au bout de son raisonnement. On a déjà des bribes de construction. Je vais lui dire : « vous pensez que vous avez quand même besoin d'être là, vous allez me dire… Ne me demandez pas de sortir ? » On va jusqu'au bout, il faut qu'il le formalise. Ils ont besoin des soins. Quant à dire qu'ils ne veulent pas sortir…

- *D'accord.*

- Il y a toute une… Il y a toutes les nuances qui s'installent. Donc ils sont dedans… On peut pousser le raisonnement, la conversation, ça devient beaucoup plus fin. Et c'est là qu'on voit toute l'ambiguïté de la personnalité qui peut dire tout le contraire, ou déjà une ébauche du raisonnement qui fait que l'individu, on a probablement peu de chance de le retrouver dans un mois parce qu'il sera en ambulatoire. Donc vraiment là, il y a la personnalité, on voit bien cette personnalité là qui va venir en disant : « je n'ai pas besoin de ça parce que je vais bien, mais il faut encore que je reste un peu ». Donc on dialogue, on va dire : « Bon alors vous ne demandez pas de sortir tout de suite ? » On les prend au piège. Alors là ils vont dire : « mais est-ce que vous ne pourriez pas me faire un soin ambulatoire ? ». On est beaucoup plus constructif. Il y a l'échange qui devient réel au bout d'un mois. Mais pas avant.

- *D'accord.*

- Pas avant. On a des gens qui commencent… Le traitement se stabilise, on se dégage même certaines fois d'overdoses… Je simplifie hein, de choses très lourdes au niveau des neuroleptiques.

- *D'accord.*

- On a quand même un individu en face qui reprend des capacités. S'il n'en reprend pas… Mais au bout d'un mois, il y a déjà un point qu'on peut faire. C'est pour ça que je suis très très dubitative sur les 15 jours.

- *D'accord. Et est-ce que vous pensez quand même que le fait qu'il y ait un juge qui prenne position sur l'hospitalisation sous contrainte ça garantit les libertés individuelles ? Est-ce que vous pensez que c'est important qu'un juge ait un regard sur l'hospitalisation sous contrainte ?*

- Oui, pour certains cas très particuliers, surtout pour les… ceux qui ont… qui ont une lourde antériorité. Parce que ceux-là, en général, ils sont systématiquement en rupture de soins parce que quand ils reviennent c'est à cause de ça. Ça peut être une rupture de soins de plusieurs mois, donc ils sont à nouveau en totale, comme disent les médecins, décompensation. C'est un retour sur l'état antérieur complet. Et quelquefois, on a recours à l'expertise judiciaire dans ce cas de figure là par ce qu'il y a une telle défiance de la personne qui rechute systématiquement, elle a une telle défiance envers les autres, envers les médecins qui l'ont coincée une fois de plus dans son incapacité à respecter son engagement. Elles sont dans un tel mal-être, et espèrent tellement du juge. Parce que là, ils connaissent par cœur leur maladie ces patients. Ils savent très bien leurs faiblesses. Très souvent même, au bout de 15 jours, parce qu'on connaît bien le traitement, ils sont à nouveau sur pied pour rouspéter à tout crin. Donc au plus fort, le juge des libertés est vraiment pris à partie parce que « les médecins n'y connaissent rien » nous disent les malades, parce que « s'ils rechutent c'est la faute à un psychiatre qui n'a pas compris, qui ne veut pas modifier un traitement », donc on est avec des gens beaucoup plus calés sur leur état. Ils sont aptes à nous demander une expertise judiciaire. Souvent c'est ceux là qui, dès lors qu'on

ne leur fait pas droit, vont après nous saisir en boucle, tous les 15 jours. Donc là, l'expertise… le recours au juge pour cette population de réintégrés, population qui a bien l'habitude de sa maladie, des rouages, peut-être des limites de l'hôpital psychiatrique aussi… Ils jouent aussi là-dessus, ils deviennent suffisamment malins pour jouer sur ce qu'ils peuvent faire et ne pas faire. Ils veulent aller dans tel CMP et pas un autre, ils veulent tel psychiatre et pas un autre, tel traitement et pas un autre… Ils veulent avoir un œil tiers aussi, d'expert judiciaire. On est dans des rapports différents. Là alors on se garde bien… parce qu'il faut tout le temps leur servir le même fait : qu'on n'est pas dupe, pas plus que le médecin, que s'ils sont en rechute, s'ils sont dans un état pareil, d'abord qu'ils commencent par s'en prendre à eux avant de s'en prendre à toute la nomenclature psychiatrique. Parce qu'alors là on est dans d'autres schémas.

- *D'accord.*
- Donc il y a matière. Sur ce point là oui.
- *D'accord. Donc vous m'avez déjà dit un petit peu tout à l'heure que ça perturbait beaucoup les patients…*
- C'est vrai, c'est extraordinaire ça.
- *Vous avez quelques exemples en audience qui vous montrent que ça le perturbe ?*
- La première chose pour eux : je suis un juge donc je vais prendre le contre-pied des médecins. Premièrement.
- *Donc déjà ils se positionnent de manière…*
- Tout de suite. Si je suis là, moi je leur dis que je n'ai pas de compétence médicale, pour bien cadrer tout de suite. Ils disent : « alors vous êtes là pour qu'on parte ». Alors après, je leur dis texto, parce que j'ai eu des médecins qui venaient pour voir un petit peu, surtout les premiers temps… Je leur livre tout ce que disent les médecins, quelquefois de façon assez dure, sur les certificats médicaux puisque nous on en a besoin. Et la grande surprise des médecins… Parce que moi je m'abrite derrière ces motifs médicaux, pour leur dire : « je ne suis pas médecin, il a dit ça le médecin ».
- *Hum hum…*
- Donc la grande surprise des médecins c'est qu'ils ne leur en veulent pas tellement. Je ne sais pas s'ils comprennent tout, je les questionne, je leur dis : « Vous savez ce que ça veut dire un trouble bipolaire ? ». Ils ont, en tout cas pour certains, ils ont une bonne maîtrise de ce qu'est un trouble bipolaire, schizophrène, parano, le déni… Il y a quelque vocabulaire aussi assez technique que je ne connaissais pas : un potomane… Je me suis dit : « fichtre qu'est-ce que c'est qu'un potomane ? ». Il y a plein de subtilités qu'ils maîtrisent très très bien. Et je vois aussi à travers ça comment ils manipulent… Ils essayent de nous manipuler… Ils ont tout à fait raison, je vois aussi que les neurones fonctionnent ! Donc c'est bien aussi qu'ils essaient de manipuler. Ce jeu du chat et de la souris ça fait parti de la vie.
- *Oui, d'accord.*
- Donc, et puis ça nous permet, avec ça, de prendre un fil, de s'y accrocher tous les deux pour dire qu'ils ont raison, que quelque part ils savent très bien analyser, et s'ils savent si bien analyser il faut qu'ils se rendent compte que leur état pour l'instant mérite bien cet encadrement. C'est un peu une espèce de… Je cherche toujours beaucoup l'adhésion à ce que je fais. En tout cas pour les 15 premiers jours. Après c'est différent. Les 15 premiers jours je ne peux faire autrement que d'emporter leur adhésion pour qu'ils supportent un peu plus loin. Donc pour revenir bien à ce qu'il se passe tout de suite dans l'audience, ils ne sont pas du tout effrayés de leur état. Pas du tout effrayés. Ils n'en veulent pas au médecin. Ils me soutiennent, tout en n'arrivant pas à tenir debout, qu'ils sont capables de partir et que si je suis là, puisque je n'ai pas de compétence médicale, ils me prennent au mot : « eh bien alors vous êtes le juge, je pars ». Voilà, c'est basique « puisque vous n'avez pas de compétence médicale qu'est-ce que vous faites là ? Si vous êtes le juge c'est pour ouvrir les portes ».
- *D'accord. Et c'est là que vous expliquez que vous êtes là pour vérifier que la procédure…*
- Voilà, alors là je vais un peu plus loin, je leur explique l'évolution de leur état. Quand je leur dis : « eh ben voyez les certificats, le premier jusqu'à celui de huitaine et de quinzaine c'était un stand-by continu, vous n'évoluez en rien, vous êtes même infernal pour les services »… Faut le dire ! « Comment ça je suis infernal ? ». Ou alors « vous continuez à entendre des voix », « mais oui il y en a des voix ici dans le pavillon, c'est les autres qui les entendent pas, il y en a plein des voix ». Donc il faut bien que, petit à petit je le amène à dire « essayez un peu de vous contredire, vous croyez toujours que c'est le médecin qui vous en veut mais vous avez demandé aux autres s'ils entendaient les voix ? » Alors là… On est… Je ne suis même pas juge, je ne fais même pas du droit là …
- *Et ça ne vous pose pas souci du coup ?*
- Un peu…
- *Un peu.*
- Et les avocats aussi, les avocats ils sont ahuris !
- *Ah oui, parce que du coup vous êtes dans une position qui n'est pas vraiment votre position habituelle au niveau professionnel…*
- Absolument. On est vraiment en porte-à-faux les 15 premiers jours.

- *Et est-ce que la loi aurait pu formaliser plus précisément votre rôle ? Quand vous me disiez « on statue sur la forme » mais que vous dites qu'il est aussi…*
- Ça viendra. Je suis sûr que l'évolution du texte va faire… Vraiment les 15 premiers jours c'est bénéfique pour la personne de ne pas nous voir.
- *D'accord.*
- C'est radical, à quelques exceptions près, mais c'est bénéfique.
- *D'accord*
- Le formalisme on le fait dans notre cabinet avec les dossiers.
- *Voilà, OK, donc il faudrait que ce soit bien spécifié qu'au début c'est formel, parce qu'il n'y a pas lieu de faire autre chose, et que donc ça peut se faire sur dossier.*
- Voilà. Et je ne suis pas la seule. Sauf les réintégrations, sauf certains dossiers où il y a une antériorité importante.
- *Oui, comme vous disiez. D'accord. Et par rapport au fait que les audiences soient publiques, est-ce que vous avez quelque chose de particulier à dire ?*
- Non il le faut.
- *Oui ?*
- Justement les malades ils n'aiment pas ça. Ils voudraient fermer la porte. Alors qu'on a du mal aussi à leur faire comprendre qu'on est dans une audience de justice. Au palais de justice tout est ouvert. Et ils veulent… Quand il y a quelqu'un qui est là,… Ils veulent avoir…
- *Parce qu'il y a le secret médical qui leur a été accordé… depuis la loi Kouchner…*
- Oui mais il n'empêche que le médecin il est bien obligé de me dire un minimum sur l'état de l'individu.
- *Oui.*
- Et que moi je… On est… C'est l'histoire du serpent qui se mort la queue. Moi, pour motiver le fait que pour l'instant il reste là, je lui dis qu'il est dans un état pas possible.
- *Oui et par rapport au public par exemple, le fait qu'un public… Si jamais il a une vie on va dire normale, même si je n'aime pas ce mot, et qu'il est bipolaire, qu'il décompense, et que c'est public et que son patron peut venir à son audience, c'est délicat non ? Enfin je ne sais pas*
- En tout cas c'est une audience de justice.
- *D'accord.*
- C'est le principe. C'est une audience de justice et elle est ouverte à tous. Et j'ai eu beaucoup beaucoup d'étudiants en médecine qui viennent, qui eux-mêmes disent : « mais c'est vraiment pas facile ce que vous faites, cet équilibre ». Les étudiants en droit ne viennent pas. Tant mieux pour eux parce qu'ils n'auraient aucun intérêt de ça. Parce qu'on n'en fait pas.
- *Ah oui ? D'accord, vous ne faites pas du droit…*
- Je vous le livre vraiment très sincèrement. On ne fait pas du droit. Les avocats diront la même chose. Parce que c'est ce qui ressort quand on est sincère, au terme de l'audience, en tout cas pour les 15 premiers jours.
- *D'accord.*
- Je n'ai jamais fait sortir quelqu'un. Alors par contre si, j'ai fait sortir quelqu'un sur le papier parce qu'il me manquait des certificats médicaux.
- *D'accord. OK.*
- Voilà, donc j'ai dit mainlevée. Et vous savez aussi bien que moi que… la personne, je ne savais pas, ou on ne me l'avait pas dit de façon suffisamment précise, elle était en chambre d'isolement donc évidemment tout de suite le médecin a repris la main en reprenant le dossier derrière.
- *Il a refait une mesure ?*
- Il a refait une mesure. Mais il était très ennuyé parce que son information n'était pas suffisamment pertinente pour le juge donc là on est plutôt dans le rapport de médecin à juge. On me disait, pour reprendre cet exemple, « bah la personne de temps en temps est en chambre d'isolement », de temps en temps, chambre d'isolement partielle, le certificat médical était motivé de huit jours avant, même pas le jour de l'audience, en me disant il ne pourra pas être là. Huit jours avant. Alors qu'on sait très bien, vous le savez aussi bien que moi sinon mieux, que les états décompensatoires peuvent évoluer très vite. Surtout pour ceux qui ont une antériorité. Moi à ce moment-là, vous ne justifiez pas qu'on ne pouvait pas amener la personne le jour même devant moi.
- *D'accord.*
- Mainlevée ! Donc là c'était un cas de figure de… C'était un dossier de réintégration. Le médecin, l'après-midi même, a téléphoné en disant, en expliquant, en disant qu'il était désolé… Et est-ce qu'on pouvait revenir sur la décision ? Alors c'est pareil, c'est une décision de justice, les médecins ont beaucoup de mal… parce que on fait appel.
- *Ah oui, mais nous on ne connaît pas tous les rouages.*
- On fait appel !
- *Eh oui, du coup il n'y a rien à faire contre une mainlevée, il faut refaire…*
- Le juge… C'est pas parce que je fais un jugement entre un bailleur et un locataire et il y en a un qui n'est pas content pour x raisons, il a peut-être certainement raison pourquoi pas, il ne vient pas voir le juge en disant : « mais non il faut rectifier ». Non, c'est terminé. Donc ça c'est une culture tout à fait nouvelle pour les médecins.
- *Tout à fait.*
- On ne peut pas revenir dessus. On fait appel. C'est pour ça que quelques fois ils viennent vers le

procureur et ils disent : « mais vous ne pouvez pas dire au juge ? ». Le procureur il n'a aucun pouvoir sur nous.
- *D'accord.*
- Donc ça c'est une discipline par contre, que les médecins ont de plus en plus : ils motivent de plus en plus pertinemment les certificats.
- ***D'accord. C'est mon deuxième point justement par rapport à cette période d'observation de 72 heures. Donc il a été mis en place une période d'observation de 72 heures au cours de laquelle on doit faire des certificats. Au moins trois, par trois médecins différents. Par rapport à ça, le fait que les certificats soient relus par le juge et par le juge aux patients, est-ce que vous pensez que ça a changé les choses, est-ce que vous pensez que ça un intérêt ?***
- Eh bien je crois que c'est une voix tierce pour les malades. Il y a le médecin qui me dit que je suis malade, il y a les soignants qui disent que je suis malade, mes parents disent que je suis malade, et le juge me dit que je suis malade. C'est pour ça qu'il faut un peut emporter la confiance… On ne peut pas aller très vite dans ces audiences. Parce que si on leur balance en cinq minutes « oui vous êtes malade, au revoir et merci » c'est pas très… L'adhésion aux soins elle n'y est pas du tout. Déjà qu'elle y est très peu, elle n'y est pas du tout. Donc l'intérêt pour nous, mais on est loin du droit, c'est de convaincre…
- *Donc c'est délicat…*
- C'est un dévoiement de notre fonction.
- *D'accord.*
- C'est fort comme mot mais je trouve que c'est un dévoiement de notre fonction.
- *D'accord.*
- C'est comme moi si à l'audience j'expliquais que… Je partais comme une assistante sociale, à expliquer : « bah vous savez, le locataire il faut le laisser, il n'a pas de sous, vous le mettrez au rapport dans deux mois ». Voilà. Donc on est limite.
- *Oui. C'est intéressant. D'accord. Et le fait que vous relisiez le certificat en tant que juge, est-ce que vous avez l'impression comme vous me disiez que la qualité des certificats a changé.*
- Ah oui, beaucoup progressé. Beaucoup beaucoup progressé. Ils sont plus précis, plus circonstanciés. Ils font en sorte de bien montrer, au moins au bout d'un mois, une évolution. C'est pas sûr qu'ils ne l'auraient pas fait si ce n'était pas un juge qui cherchait ça précisément. Parce que si c'est pour me dire du premier jusqu'au 30e jour il est toujours aussi malade, avec juste que quelques petites… Là il y a un vrai progrès sur l'autocensure… Je ne vais pas dire l'autocensure, mais sur ce que se demande le médecin, sur son traitement, peut-être aussi la personnalité du malade. Comment il réagit… Comment il va réagir devant le juge, qu'est-ce que va lui apporter le juge qu'il n'a pas, lui médecin, su voir, par sa personnalité indépendamment de… Est-ce que c'est quelqu'un qui, par son tempérament, est tout le temps remonté contre tout ou est-ce que c'est quelqu'un qui… On a un peu de tout, on a des violents de chez violent, ils ont déjà un casier judiciaire par exemple. Il est clair qu'on ne sera pas dans l'adhésion là. Même au bout d'un mois. Par contre on a des gens qui ont rechuté, qui vont dire, parce que vous serez arrivé à leur dire en tant que tiers : « oui mais enfin le fait de jeter une télévision par la fenêtre ce n'est pas anodin quand même ! » « Je n'ai pas jeté de télévision par la fenêtre » alors je dis « mais qu'est-ce qu'il a dit le maire, il a dit qu'il y avait des débris de télévision, il faut être concret, il y avait des débris sur le trottoir », et il a dit « ho oui peut-être, ho oui peut-être mais de toute façon j'étais en colère parce que je suis allé voir l'épicier et l'épicier il essaie de me piquer ma femme ». Alors on part dans des délires, ce n'est pas possible après. Mais ils essaient vraiment, les médecins, de donner beaucoup d'explications.
[Coup de téléphone]
- *Une dernière question sur ces 72 heures, vous savez que les certificats doivent être faits par des médecins différents, est-ce que vous pensez que c'est nécessaire ou que c'est utile aux patients de voir trois médecins différents ?*
- Au début moi je trouve que quand même on a un regard croisé. On a un regard croisé. Pour autant qu'on soit sûr de l'indépendance d'un collègue par rapport à l'autre. Mais c'est plus riche quand même. C'est plus riche. Quelquefois on a des petites nuances qui sont plus fines, moins à l'emporte-pièce.
- *D'accord, OK.*
- Donc c'est… je sais bien que c'est lourd pour… je sais bien. Mais c'est comme une collégialité pour avoir une décision. Du débat contradictoire nait souvent beaucoup beaucoup plus de choses.
- ***D'accord, OK. Bon alors le troisième point c'est sur le péril imminent : qu'apporte selon vous la nouvelle possibilité d'hospitalisation pour péril imminent ?***
- Bof… Peut-être une rapidité d'intervention. Une rapidité d'intervention. Le péril imminent c'est tout de suite évidemment l'arrêté préfectoral municipal derrière… Euh… Pas tout le temps non, parce que je crois qu'il y a aussi des fois le médecin ?
- *Oui, en SDT aussi. Ça peut être juste un certificat d'un médecin extérieur sans tiers. Et après il y a le certificat à 24 heures et à 72 heures par deux médecins différents encore.*
- Oui oui tout à fait… La rapidité.

- *Et par rapport aux droits des patients, qu'en pensez-vous, vous pensez que ça peut entraîner un risque ?*
- Oui, automatiquement puisque ça va plus vite, puisque c'est l'avis d'un seul. Mais bon vous savez, je suis étonnée, la façon dont ils ressentent quelquefois la demande d'un tiers, où ils pensent vraiment que la personne leur en veut… Il faut bien minimiser ça : l'atteinte… Ils ont toujours de toute façon, en tout cas pour les 15 premiers jours, parce qu'ils ne saisissent pas tout ce qui leur arrive, ils auront toujours cette approche d'une atteinte profonde à leurs droits. Alors qu'elle soit par péril imminent ou… Tant qu'ils n'ont pas toute leur clarté intellectuelle pour pouvoir apporter une contradiction pertinente là-dessus, alors qu'il y a des éléments qui sont dans un état pas possible, ils mettent en danger non seulement leur vie mais la vie des autres… Non, non il faut être pragmatique aussi.
- ***D'accord. Et alors mon dernier point c'est sur les soins ambulatoires sous contrainte : comment vous percevez les soins ambulatoires sous contrainte ?***
- Oui, alors c'est vraiment très important pour encourager les malades à persévérer dans l'acceptation dans un premier temps de l'hospitalisation en milieu fermé, à l'hôpital, et puis de leur laisser entrevoir que rapidement… Parce que c'est très « boosteur » pour eux, souvent ils nous le redisent en boucle, de commencer par ne serait-ce que des balades dans le parc, accompagnées de… Évidemment ça demande beaucoup beaucoup de support du personnel…
- *Eh bien oui, à propos de ça, depuis cette loi on peut sortir plus que douze heures et forcément accompagné.*
- Oui, c'est… Bon. Je crois que ça c'est quelque chose, les soins ambulatoires, c'est quelque chose à parfaire pour mieux les ouvrir, mieux les adapter aux personnes malades.
- *Parfaire… Qu'est-ce qu'on pourrait faire du coup ?*
- Ce qu'on pourrait faire c'est… Je vous le livre un peu comme je pense quelquefois… Puisqu'il faut vraiment du personnel soignant, pourquoi tout le temps le personnel soignant dans la mesure où quelqu'un de la famille pourrait être là pour faire ces… peut-être quelquefois ne serait-ce que se balader dans le parc. Parce qu'il faut un personnel soignant pour se balader dans le parc. Là je ne comprends pas tout.
- *Oui, c'est peut-être un peu trop restreint ? Les douze heures ? Il faudrait peut-être élargir à plus longtemps ?*
- Oui, je pense que là il y a une plus large ouverture à faire sur ces soins ambulatoires. Parce qu'ils en sont très demandeurs et ils souffrent énormément en tout cas d'être entre quatre murs.
- *Oui, et puis alors là ce qu'il se passe c'est que soit ils sont hospitalisés de manière complète et là ils ne peuvent sortir que douze heures, soit ils sont en soins ambulatoires avec le problème que ce n'est plus du tout de l'hospitalisation. Donc c'est vraiment deux choses complètement différentes et la transition entre les deux est parfois…*
- Elle n'existe pratiquement pas dans les textes. Et ça, ça devrait, la loi devrait bien évoluer là-dessus, il y a vraiment des choses à faire. J'ai connu moi, mais il y a très longtemps, des personnes qui vivaient… qui étaient grandement atteintes mais pas du tout méchantes et qui étaient mélangées à la population, un petit peu comme ce qui se passe au Canada, et qui étaient prises en charge même par la population parce qu'on les connaissait… Mais évidemment on est dans des schémas totalement différents, on connaissait cette personne, on savait qu'elle était déficiente mentale, mais elle n'était pas… On adaptait son suivi parce que justement elle n'était pas dangereuse, elle n'était pas susceptible de passer dans la dangerosité. Cette approche là je ne sais pas si la loi l'a bien intégré pour ouvrir un peu plus largement sur des gens qui ne sont pas foncièrement dangereux. Parce que ce n'est pas parce qu'on est malade qu'on est dangereux. Enfin… dangereux alors peut-être pour soi, mais pour les autres il y a une marge. Mais en tout cas dangereux pour soi parce qu'on va être en rupture de soins, c'est uniquement ça. Donc il y a peut-être le contrôle des soins qui peut se faire matin midi et soir, mais pourquoi les maintenir en hospitalisation ?
- *D'accord. Et est-ce que vous pensez qu'il aurait fallu que le juge continue à statuer sur les soins ambulatoires sous contrainte ou ce n'est pas nécessaire ?*
- Non, je pense que ce n'est pas nécessaire. Je pense que ce n'est pas nécessaire. À partir d'un moment, chacun prend ses responsabilités. C'est pour ça qu'au niveau de la réintégration c'est important que le juge soit là. Mais je pense qu'à un moment donné on a décidé, on l'a décidé en toute connaissance de cause. Non. Je ne suis pas preneur.
- *D'accord, ce n'est pas la peine qu'il y ait en plus un juge qui vérifie les soins ambulatoires sous contrainte…*
- Non, je ne suis pas preneur. Il y a un CMP, il y a des médecins qui seront à nouveau là, qui feront l'alerte.
- *Oui. Ce n'est que la privation de la liberté d'aller et venir finalement, et pas la privation…*
- Oui.

- *D'accord, OK. Donc vous, c'est un peu comme un contrat finalement les soins ambulatoires, c'est-à-dire qu'on dit au patient : « vous êtes hospitalisé là mais on va éventuellement vous faire sortir à condition que vous preniez bien vos traitements »… Vous voyez les choses comme ça, c'est ça ?*
- Oui. Alors je sais bien qu'il faut chaque fois remettre le couvert. Puisqu'on a beaucoup beaucoup de réintégrations. Mais la progression elle passe par là.
- ***D'accord. OK. Et par rapport à cette loi, quels sont les autres points qui vous semblent importants, soit compliqués soit intéressants ?***
- Je crois qu'on a… Je ne peux pas vous dire… Je n'ai pas encore assez de recul au bout de six mois.
- *Qu'est-ce qui vous a posé le plus de problèmes par exemple à l'expérience ?*
- Ce qui me pose le plus problème c'est justement notre intervention les 15 premiers jours. Ça m'interpelle beaucoup.
- *C'est le rôle, quel rôle vous avez…*
- Oui. Ça c'est ce qui me pose le plus problème. Et au niveau de la déontologie, et au niveau de…
- *Et ce que vous me disiez c'est que ce n'est plus un problème de droit.*
- Oui. Ça peut être même néfaste pour les malades. Il n'y a pas beaucoup de pertinence à être là.
- *D'accord. Donc ça c'est le plus compliqué.*
- *…*
- *D'accord d'accord.*
- Vraiment.
- *Eh bien merci beaucoup.*

ENTRETIEN 3 (E3)

En Italique : verbatim de l'enquêteur
En gras : grands thèmes du guide d'entretien

- ***Donc mon premier point c'est : que pensez-vous de l'intervention systématique du JLD à 15 jours d'hospitalisation sous contrainte ?***
- C'est pas… Ce n'est pas évident. Disons que, sur le principe, c'est une très bonne chose parce qu'il a pu y avoir des internements abusifs et c'est vrai qu'il est préférable d'intervenir dans les 15 jours dans cette hypothèse parce que tout délai qui se prolonge sous médicaments ça peut être très dangereux pour des patients qui n'ont pas nécessairement besoin de soins. C'est ça là en fait l'idée. Maintenant c'est vrai qu'actuellement les patients ce sont vraiment des malades et ça peut être aussi parfois leur donner de faux espoirs. Alors c'est à double tranchant. Soit ils voient un juge, bon, leurs droits vont être protégés d'autant qu'il y a un avocat qui les assiste. Mais ils peuvent aussi se dire : « dans ces conditions je vais être sauvé, on ne va pas me garder à l'hôpital ». Ou alors, c'est quand même un juge des libertés et de la détention qui vient et il y en a quelques-uns qui m'ont dit : « ah mais je ne veux pas rester en prison ».
- *Oui, il y a une confusion qui peut se faire.*
- Oui.
- *D'accord.*
- Oui, c'est sûr qu'on a quand même à faire à des personnes parfois en grosse difficulté mentale.
- *Oui. Et par rapport aux 15 jours, vous avez l'impression qu'il faudrait que ça soit à un autre moment ou pas nécessairement ?*
- Non, c'est ce que je vous disais, si on reste dans l'esprit de protéger les patients entre guillemets victimes il vaut mieux le faire dans les 15 jours.
- *D'accord.*
- Je pense que ça me paraît préférable d'intervenir rapidement.
- *Et en pratique, vous avez été confrontée à des patients qui n'étaient pas suffisamment bien pour vous voir ?*
- Ah oui, oui oui. Encore vendredi, deux patients ne sont pas venus parce qu'ils étaient incapables de sortir. Certains sont en isolement… en…
- *En contention ?*
- Voilà, en contention, je ne trouvais plus le terme, oui. Donc il y a vraiment des personnes bien malades. Oui ça c'est certain, et qui ne peuvent pas être présentes. Puis il y en a qui ont peur, c'est vrai que…
- *Qui refusent de venir ?*
- Oui.
- *Ah oui, d'accord.*
- Il y en a qui refusent aussi l'assistance d'un avocat. Alors est-ce qu'ils ont peur de devoir payer ? Parce que parfois il y en a un ou deux à qui j'ai dit : « mais c'est parce que vous ne voulez pas faire de frais ? » « Ah parce que c'est gratuit ? Alors là je veux bien ».
- *D'accord.*
- Peut-être qu'ils ne sont pas toujours suffisamment informés aussi.
- *D'accord, d'accord.*
- Mais sinon, globalement ils sont assez satisfaits de parler. Alors c'est peut-être pas mal justement de les rencontrer dans un délai assez bref pour voir qu'ils ne sont pas abandonnés.
- *D'accord. Et quand vous statuez, vous statuez sur quoi par rapport à votre décision de justice ?*
- Eh bien disons que je regarde si les délais ont été respectés, bien sûr si la loi est respectée, après, comme je le dis à chaque fois, je ne suis pas médecin. Moi, si un médecin me dit : « ce patient ne peut pas rentrer chez lui, il faut qu'il reste sous contrainte parce qu'il y a des risques pour sa santé et sa vie ou son entourage » je n'ai pas le choix, même si le patient me dit : « je vais très bien ». Donc je suis obligée… Alors si vraiment, j'ai déjà vu dans des problèmes d'alcoolisme, j'ai vu un monsieur qui était là uniquement parce qu'il consommait beaucoup trop d'alcool, qui en était conscient, qui voulait vraiment se soigner, et dont la famille était présente et a dit : « s'il rentre chez nous, nous nous en occuperons et je vous assure qu'il n'y aura plus d'alcool à la maison ». Bon, eh bien je lui ai donné sa chance. Je lui ai dit : « je vais lever contre l'avis médical ». Donc si vraiment… C'était pas ce que j'appellerais un malade psychiatrique, c'était l'alcool… déception… rupture qui l'avait fait boire et puis… Donc c'est pratiquement le seul cas où je suis allée contre l'avis médical et je n'ai pas eu d'appel.
- *D'accord, d'accord. Oui, parce que c'est compliqué la position du juge par rapport… Enfin je ne sais pas ce que vous en pensez ?*
- Non mais il faut être logique, je n'y connais rien. Le domaine psychiatrique c'est quand même un domaine très spécial. C'est certain que… Je ne désavoue pas les médecins, vraiment… Bon, on a la possibilité de demander des expertises aussi. Alors si vraiment on a un doute, parce qu'il y a certains patients qui vous donnent l'impression d'aller bien. Bon c'est vrai que souvent ils sont bons comédiens. Alors donc, dans ces cas-là, je leur dis : « bon bah écoutez on va ordonner une expertise ». En général les médecins experts…
- *D'accord, oui oui donc…*
- Ils disent que ça ne va pas. Mais bon, on a quand même cette issue quand vraiment les malades ont l'air d'aller bien.

- *D'accord OK.*
- Et c'est vrai qu'il y a de bons comédiens aussi. C'est fou ça. Alors il faut s'en méfier.
- *Oui, surtout en une fois, une audience…*
- En un quart d'heure !
- *Oui, voilà. Et par rapport au vécu, vous avez l'impression que pendant l'audience ils peuvent être perturbés, ou après l'audience ?*
- Quand ils arrivent, toujours. Toujours ils sont très perturbés.
- *Comment ça se…*
- Ils sont intimidés. Bon à la limite je peux les comprendre, quand vous voyez un inconnu, même si vous allez bien, on ne sait pas comment réagir. Puis il y a beaucoup de personnes…
- *Et un juge…*
- Oui, non mais c'est vrai, il y a beaucoup de personnes qui vont bien, qui n'ont rien à se reprocher et qui sont intimidées. Donc c'est pas extraordinaire. Alors c'est pas toujours simple, il faut les mettre en confiance.
- *D'accord.*
- Enfin j'essaye au maximum de leur parler comme à des personnes qui vont bien, surtout pas les maltraiter, pas les brusquer. J'essaye, enfin c'est vrai que j'ai fait pendant quatre ans des tutelles pour majeurs, ça aide bien à savoir parler à ces personnes.
- *Oui. Et vous leur réexpliquez votre rôle, votre intervention dans la procédure ?*
- Oui. Je leur dis, en résumé parce que ça sert à rien de rentrer dans le détail qu'ils ne comprendraient pas, je leur dis que je suis là pour… en principe ils ont déjà été prévenus, parce qu'ils voient presque tous l'avocat, et l'accompagnant leur dis aussi, mais sinon je leur répète que je ne suis pas un juge qui va les punir, les mettre en prison. Ça, pour beaucoup, le juge met en prison.
- *Eh oui, du coup…*
- Oui ce n'est pas…
- *Ils sont impressionnés… D'accord. Et est-ce que vous avez quelque chose à dire sur le fait que les audiences soient publiques ?*
- Le secret médical n'est pas respecté du tout ! Alors ça je suis d'accord.
- *Et ça, par rapport à vous ?*
- Moi ça ne me dérange pas ! Il n'y a que le patient qui peut ne pas être d'accord.
- *Parce que vous, pour faire une bonne audience, il faut qu'il y ait un débat contradictoire avec possibilité d'avoir du public, c'est ça ?*
- Eh bien disons qu'on suspecte toujours les audiences en chambre du conseil, je ne sais pas pourquoi parce qu'il y a quand même pas mal de domaines où on est en chambre du conseil, notamment le droit de la famille, en matière prud'homale… Mais oui, en principe la justice doit être connue de tous. Bon c'est vrai que pour les patients, de toute façon il n'y a personne. Il n'y a que le personnel médical de l'hôpital qui peut entendre, qui a le dossier sous les yeux et qui en sait plus que moi. Pour les patients nous sommes, vous avez vu, dans un cabinet comme ici. La seule chose c'est que la porte est ouverte, ils ont pas l'impression que personne entend. Alors c'est amusant car je parle comme je parle en ce moment et en fait les personnes qui sont au bout du bureau me disent : « ah oui on a entendu ce que vous avez dit ». Alors bon quelquefois je fais attention, je baisse un peu la voix mais… De toute façon je ne rentre jamais dans les détails médicaux.
- *Oui ? Mais il y a des portions de certificats qui sont parfois relues ?*
- Je ne les lis jamais. Non non, il y a certains de mes collègues qui les lisent, même au pénal dans les expertises psychiatriques je ne lis jamais, parce que je considère que ça perturbe plus qu'autre chose les patients.
- *D'accord.*
- Alors je leur résume, je leur dis : « bon, vous avez fait une tentative de suicide, pourquoi… » ou des choses comme ça, mais je ne rentre jamais dans le détail.
- *D'accord.*
- Mais ça c'est un choix, après chacun fait ce qu'il veut. D'abord parce que j'estime que je n'ai pas moi non plus à rentrer dans le secret de leur vie, quelque part ça reste confidentiel pour eux, et puis deuxièmement je ne veux pas les perturber davantage. Une fois j'ai eu la malencontreuse idée de dire à un jeune homme : « c'est votre maman qui est le tiers qui vous a fait hospitaliser » et il a traité sa mère de tous les noms. Alors j'ai dis bon c'est terminé, je n'en parlerai plus jamais. Non, il y a certaines choses qu'ils ne savent pas et qu'il vaut mieux qu'ils ne sachent pas.
- *D'accord. OK.*
- Mais je vous dis, ça c'est pour moi, personnel.
- *Oui. Et quand vous disiez… par exemple vous parliez de la justice familiale, qui est rendue en huis clos…*
- Eh bien tout ce qui est droit de la famille c'est en chambre du conseil.
- *Et en chambre du conseil ça veut dire que ça serait obligé d'être au tribunal ou ça veut juste dire que c'est un huis clos ?*
- C'est un huis clos.
- *D'accord, OK. Et le fait que ça n'est pas été défini en huis clos pour ce genre de…*
- Non c'est bien indiqué justement que ça ne l'est pas. Mais enfin bon, disons que si c'était dans une salle d'audience au tribunal comme la loi le prévoyait je pense que ça serait très difficile. Mais

ici ils restent dans leur domaine, ils restent à l'hôpital.
- *D'accord. Donc ça doit être difficile, j'imagine, dans les autres endroits où ça se fait au tribunal. Parce qu'il y a des endroits en France où ça se fait au tribunal.*
- Non mais ça, c'est vrai que nous ça ne nous arrange pas, il faut être logique. On perd un temps fou à aller courir à Saint Egrève. Mais on a dit : « on n'a pas le choix, si on ne fait pas comme ça ce sera une catastrophe ». D'abord il y a certains risques, il y a quand même des patients qui peuvent être violents, et on ne sait pas comment ils peuvent réagir. Il n'est pas question de les encadrer de la police, ce sont des malades. Donc c'est beaucoup mieux, et ça se passe généralement très bien. J'ai eu très très peu de personnes agitées. Il y a quelques fantaisistes…
- *D'accord. Bon. Sur intervention du juge c'est à peu près tout dans mes questions, je ne sais pas si vous avez des choses à rajouter.*
- Non.
- ***Mon deuxième point : comment percevez-vous la période initiale d'observation de 72 heures en hospitalisation complète ? Ils restent 72 heures et le médecin…***
- Le premier certificat est au bout de 24 heures et après 72 heures et huit jours c'est ça ?
- *Oui.*
- Eh bien je pense quand même que c'est indispensable, parce que quelqu'un qui arrive à l'hôpital, quel que soit son affection d'ailleurs, il faut quand même faire un bilan, mettre en place un traitement… On ne peut pas, je pense, je ne suis pas médecin mais je pense, qu'on ne peut pas trouver la solution avant un délai raisonnable. Donc je pense que 72 heures c'est correct.
- *Oui. Et par rapport au fait que les patients doivent voir, du coup, au moins trois médecins différent ? Parce qu'il faut des certificats de trois médecins différents…*
- Alors ça, trois médecins différents, en règle générale il y en a au moins un qui fait trois certificats.
- *Mais normalement dans la loi on ne peut pas.*
- Oui.
- *Mais vous en avez quand même ?*
- Oui. Mais ça se comprend. Quand on voit ce que ça représente le nombre de malades qu'il y a à Saint Egrève comment voulez-vous tourner sur les médecins ? Et puis parfois on tombe sur un week-end donc c'est pour le médecin de permanence.
- *Ah oui ? Du coup c'est…*
- Non mais du coup ce n'est pas gênant ça. De toute façon, on a eu quelques clashs avec un médecin une fois mais dans l'ensemble moi je les respecte, moi ce que je leur demande c'est de me respecter. Ça s'est assez mal passé une fois mais sinon je ne vais pas leur faire des méchancetés pour ça.
Enfin les trois médecins différents ce n'est pas respecté, ça je vous le confirme…
- *D'accord. Et par rapport au contenu des certificats, vous attendez quoi vous ?*
- Eh bien ce serait bien que l'on ait une évolution. C'est-à-dire que le patient rentre, il est dans un tel état 24 heures après : soit c'est pareil soit ça a évolué, mais en général dans les trois certificats on a la même chose, et en conclusion : « le traitement doit être continué ». Il n'y a pas, il y a une petite évolution : « Il va mieux mais il est toujours dans le déni »… Ça reste très vague. Ça serait parfait qu'on ait quelque chose de beaucoup plus précis mais je veux bien admettre que…
- *Eh bien des fois ce n'est pas évolutif…*
- Ce n'est pas évolutif. Il y a des personnes qui ne changent pas. C'est sûr.
- *Mais idéalement vous attendriez que, s'il y a une évolution, on la voit bien.*
- Voilà, qu'elle soit beaucoup plus apparente.
- *Oui. Et avec des termes médicaux ou des termes…*
- Eh bien je ne vous cache pas que maintenant je m'y suis faite, mais bon on est tous les mêmes, on a les termes de son métier et il y a certains termes il faut prendre un dictionnaire médical pour les comprendre. Mais bon, on y arrive quand même.
- *Oui, vous n'attendez pas forcément que tout soit explicité ?*
- Ah non non, d'ailleurs je pense que ça ne serait pas bon. Non, il faut vraiment… C'est dans le domaine médical… enfin pour moi… avec des termes médicaux.
- *OK. D'accord. Et on vous a déjà… et vous avez déjà eu des plaintes de patients qui n'avaient pas compris parce qu'ils avaient vu pleins de médecins différents ?*
- Oh oui ! Ça a… Parce que souvent, certains vont un petit peu mieux, à mon sens, donc je leur suggère de faire une demande auprès de leur médecin traitant pour avoir des permissions de sortie. Parce qu'effectivement il n'y a qu'eux qui peuvent leur autoriser les sorties de quelques heures.
[Coup de téléphone]
Alors ils me disent : « oui, mais qui est mon médecin psychiatre ? » Je leur dit docteur X ou Y « ah mais je ne le connais pas, ce n'est pas celui-là qui me suit ». Et c'est vrai que souvent ce sont des internes qui les suivent et les responsables de service ne les connaissent pas. Mais bon je pense que ce ne peut pas être dans tous les hôpitaux…
- *Oui, donc il peut y avoir une petite confusion entre les différents médecins.*

- Voilà, par contre il y en a qui savent très bien, qui disent : « ah non, c'est le docteur X qui est mon médecin » et qui le connaissent très bien. Alors ça vient de la personnalité du malade qui a plus de mémoire qu'un autre.
- *Suivant son état …*
- Surtout à Saint Egrève je vois, les médecins, je connais tous leur nom si vous voulez, maintenant il n'y en a pas de nouveaux pour moi. Alors je pense que ça doit être quand même relativement facile de suivre pour les patients.
- ***Oui ? D'accord. Pour le troisième point : qu'apporte la nouvelle possibilité d'hospitalisation pour péril imminent ?***
- …
- *Parce que du coup, ça c'est vraiment une nouveauté : il n'y a plus besoin de tiers, il y a besoin juste d'un certificat d'un médecin extérieur.*
- Oui.
- *Ça, par rapport aux droits du patient…*
- Voilà, moi… bon, déjà les premiers temps ça m'a gêné un peu.
- *Oui ? Par rapport à quoi ?*
- Ça me gêne toujours d'ailleurs. Le médecin qui fait le certificat de péril imminent en général n'est pas un spécialiste en psychiatrie, c'est un médecin traitant, un médecin de quartier. On peut avoir un doute effectivement… Là je pense que notre rôle après est important parce que : est-ce qu'il ne s'est pas affolé sous l'empire d'un… Parce que souvent il y a beaucoup de consommations de stupéfiants ou d'alcool alors qu'en fait les gens ne sont pas pour autant psychotiques. Alors là ça me gêne un peu effectivement que ce soit fait de façon aussi brutale.
- *Par expérience vous en avez eu des certificats comme ça ?*
- Pour l'instant… On en a très peu.
- *Ah oui ? De péril imminent ?*
- Ah oui. Bon, alors c'est vrai que c'est déguisé si vous voulez. Vous avez le médecin qui vient le voir et qui dit : « oh la la ! Péril imminent : il faut l'hospitaliser » il demande au père, à la mère, au frère, à la sœur : « faites moi une attestation en tant que tiers, comme quoi vous demandez l'hospitalisation de… ». Ça revient au même, on est d'accord. Mais bon. Sinon, à part ça, péril imminent pur et simple on en a… je crois que j'en ai eu… dans la semaine j'ai dû en avoir deux sur 30 dossiers à peu près. Non, ce n'est pas ce qu'on a le plus.
- *D'accord. Donc au début ça vous inquiétait par rapport à…*
- Eh bien ça m'inquiète toujours. Ça m'inquiète toujours sur le principe parce que je trouve que c'est brutal mais à la limite, vous savez, les arrêtés préfectoraux c'est presque pire. Parce qu'un médecin, même médecin généraliste, il est plus à même d'apprécier.
- *Oui, l'arrêté préfectoral du coup c'est pas les mêmes enjeux, c'est pour trouble de l'ordre public.*
- Oui. Mais enfin, ça peut être aussi… Le péril est pour qui ? Il est pour le tiers ou pour les malades ?
- *Dans ce cas-là il sera plus pour la société…*
- Oui, donc on en est à peu près au même… Non, mais de toute façon rien n'est jamais… la solution miracle.
- *Oui, c'est clair. Du coup vous m'avez répondu par rapport au fait que ce soit un médecin qui ne soit pas forcément un psychiatre.*
- Ce n'est pratiquement jamais un psychiatre. C'est le médecin soit de SOS-Médecins, soit le médecin de famille.
- *Oui, il aurait peut-être fallu à ce moment-là que ce soit un psychiatre vu qu'il n'y a qu'un certificat ?*
- Oui, oui mais alors vous savez les difficultés… on voit quand on cherche un psychiatre pour les certificats médicaux ! Imaginez-vous qu'il y ait vraiment un péril, le temps de chercher le médecin il peut arriver n'importe quoi. Donc c'est… C'est pas simple. Je reconnais que c'est le médecin le plus proche qui est le plus à même d'agir dans l'urgence.
- *Oui. Oui, ça n'aurait pas aidé dans les situations de péril imminent.*
- Non. Mais c'est sur, on voit les mises sous tutelle, puisqu'il faut un médecin spécialiste en plus du médecin traitant pour les tutelles, je vois les difficultés qu'on a pour trouver un médecin spécialiste, le temps qu'ils mettent à faire leur certificat parce qu'ils sont débordés, alors je pense que là ce serait une catastrophe !
- *Oui. D'accord.*
- Étant entendu que finalement, dès qu'il rentre à l'hôpital, le spécialiste le prend en charge.
- *Eh oui, donc il y a des certificats qui sont faits par-dessus, donc vous pouvez voir leur cohérence, donc il y a quand même une protection.*
- Voilà, je pense qu'effectivement cette protection est quand même rapide, même si ce délai de 15 jours pour nous est court, pour le malade ça répond un peu à ce qu'on disait au début, c'est pas si mal. C'est un moindre mal à mon avis.
- ***D'accord. OK. La suite c'est sur les soins ambulatoires sous contrainte. Pour les soins ambulatoires sous contrainte vous n'avez pas à intervenir…***
- Non.
- *Qu'est-ce que vous en pensez de ça ?*
- Oh moi je trouve que c'est pas mal. Et les patients, d'après ce que j'ai ressenti, en sont très satisfaits. Parce qu'ils ont le sentiment d'être libres et on les tient quand même parce qu'il est certain que ceux qui rentrent chez eux, surtout s'ils sont

seuls, dès que ça va à peu près, ils arrêtent leur traitement. Alors là il y a quand même… on peut les surveiller. D'autant que s'ils ne se présentent pas, on peut demander une hospitalisation.

- *Et vous, vous les revoyez après dans le cas des réintégrations, à 15 jours…*

- Voilà, c'est ça. Et malheureusement souvent ils reviennent, oui, effectivement. Donc à ce moment-là on les revoit.

- *D'accord. Et les retours que vous avez sont plutôt positifs par rapport aux patients sur les soins ambulatoires ?*

- Eh bien en général ils prennent très mal de devoir revenir…

- *Oui oui, mais par rapport aux soins ambulatoires sous contrainte ?*

- Oui. Il y en a avec des piqûres retard, ça ils en sont très contents. Parce qu'en fait ils n'ont rien à faire. Ils ont leur injection et puis après ils sont tranquilles. Oui ça a l'air de leur convenir. Ça dépend peut-être des affections aussi.

- *D'accord. Et par rapport au fait qu'ils ne voient pas de juge alors qu'ils sont quand même contraints dans leurs soins, est-ce que c'est cohérent ?*

- Si on veut vérifier la nécessité des soins… que le juge des libertés vérifie... peut-être… mais à côté de ça, est-ce que ça vaut la peine d'imposer à des malades que le juge vienne contrôler alors que, du fait des soins, ils vont plutôt bien ? S'ils sont en ambulatoire ils rentrent chez eux, ils ont une vie à peu près normale… Non je pense que ce serait, à mon sens, plus un poids qu'une aide.

- *D'accord, OK. Est-ce que vous associez un programme de soins à la notion de contrat avec le médecin, entre le médecin et le patient, ou ça ne relève pas du contrat ?*

- C'est un contrat moral... Disons que si… effectivement comme son nom l'indique il y a quand même une contrainte, c'est-à-dire qu'il est déjà arrivé qu'on aille les chercher avec l'ambulance parce qu'ils se conduisent mal. Parce que s'ils arrêtent les traitements ils se conduisent mal. Mais c'est toujours pareil, on est dans un monde quand même difficile. On ne peut pas, alors tant que… c'est ce que je pense mais je n'y connais pas grand-chose… avec le traitement retard à la fin de la durée ça n'agit plus beaucoup. Donc soit ils sont suffisamment lucides et ils se disent : « oui, il faut que je retourne faire ma piqûre parce que je me sens pas bien » soit ils perdent complètement le fil et ils n'y vont pas parce qu'ils ne se rappellent plus qu'il faut la faire. Alors est-ce qu'on peut dire qu'il y a un contrat ? Il y a quand même des cas où ils ne se rappellent pas. Ça c'est sur.

- *Oui, et il ne s'agit donc pas vraiment d'un contrat mais plutôt d'une contrainte ?*

- Oui. Parce qu'un contrat ça suppose quand même un consentement.

- *Oui. D'accord. Et alors par rapport aux soins ambulatoires sous contrainte qui sont pour les sorties de plus de douze heures… mais du coup les patients ne peuvent sortir lorsqu'ils sont hospitalisés plus que maximum douze heures et toujours accompagnés.*

- Donc ça c'est quand ils ne sont pas en ambulatoire hein ?

- *Oui voilà. C'est quand ils sont hospitalisés. Et du coup, ça, qu'est-ce que vous en pensez ?*

- Pour certains patients, je trouve ça très bien pour les réhabituer à être dehors.

- *Oui ? Souvent ce qui est dit c'est que ce n'est pas assez long douze heures.*

- Oui. Je sais bien. Mais c'est aussi une sécurité parce qu'il y en a… Bon, d'abord vous avez les patients suicidaires, vous avez ce qui s'alcoolisent, qui prennent des stupéfiants, si vous les laissez même douze heures non accompagnés, toutes les bêtises seront possibles. J'en ai vu un qui était sorti librement pour aller chez lui, il est allé au supermarché et s'est acheté une bouteille de whisky. Alors je pense que c'est bien qu'ils soient accompagnés même douze heures, au moins au début. Il faut quand même que quelqu'un les cadre.

- *Et alors le problème c'est qu'après on n'a pas vraiment de forme de transition dans le sens où, si l'on veut qu'ils sortent un peu plus longtemps, il faut faire des soins ambulatoires sous contrainte. Mais est-ce que ça a une cohérence ?*

- Alors là j'avoue que c'est du domaine qui n'est plus médical… Peut-être que ce qui serait pas mal serait que le médecin s'entende avec les familles pour essayer… quand ils sont pendant les douze heures… avoir un tout petit peu d'autonomie pour voir comment ils se comportent.

- *Oui mais ça du coup dans la loi c'est interdit.*

- Eh bien oui je sais bien. Donc… Mais… C'est toujours pareil, on fait toujours pour que ce soit le moins mal possible. Alors qu'ils soient encadrés me paraît plus judicieux que de les laisser dans la nature.

- *D'accord.*

- Mais il me semble quand même que si ça se passe bien, parce que la famille voit quand même quel est leur comportement à la maison, si ça se passe bien, après les soins ambulatoires sont mis assez rapidement en place.

- *Le problème c'est qu'après on doit faire des soins ambulatoires sous contrainte mais un patient n'a pu faire que des permissions de douze heures, il n'a pas pu passer le week-end chez lui et du coup ça passe directement en soins ambulatoires sous contrainte où il ne peut pas être hospitalisé. Enfin*

ça ce sont des arrangements locaux mais l'idée de la loi, si j'ai bien compris, c'est que quand on est sous soins ambulatoires sous contrainte on n'est pas hospitalisé et en sortie tous les week-ends.
- Bien sûr !
- *Enfin il y a des médecins qui font ça. Mais je ne suis pas sûr que…*
- Non, mais c'est sûr que le principe c'est entre guillemets la liberté. Oui, mais alors quelle solution trouver ? Il y aurait sans doute des solutions… Le faire progressivement, petit à petit, leur laisser un peu d'autonomie. De toute façon c'est certain que le législateur n'a pas pensé à tout. On ne pense jamais à tout et tout est améliorable.
- *Oui. C'est sûr que ce n'est pas facile.*
- Ce n'est pas facile. Surtout qu'on est quand même dans un monde presque parallèle, un malade physique toutes les solutions sont possibles. Là on a vraiment des cas où on ne sait pas comment ils vont résonner…
- *Il manque des éléments concrets, on est obligé de faire à peu près.*
- Oui, il y a des personnes qui ont l'air d'aller très très bien, on se dit : « qu'est-ce qu'ils font là » et puis un tout petit détail et ils partent et vous dites : « bon d'accord j'ai compris pourquoi ils sont là ». C'est fou… c'est le cas de le dire, c'est ahurissant. Mais malgré tout je trouve qu'ils sont touchants. Il y a un côté humain qui n'est pas du tout inintéressant.
- *Dans les audiences ?*
- Oui.
- *D'accord. Et finalement pour vous quelle est la difficulté… enfin qu'est-ce qui vous pose le plus de difficulté dans cette loi ?*
- Oh… Il n'y a pas de… À partir du moment où chacun fait son travail il n'y a pas de difficulté particulière. Après c'est le… Peut-être le côté matériel parce que c'est toujours pareil on fait de plus en plus avec de moins en moins de moyens. Parce que ça représente deux jours de travail par semaine, ça c'est certain, plus le travail du greffe qui n'est pas simple non plus. Mais à part ça…
- *Oui, donc surtout les contraintes matérielles.*
- Oui, enfin ça c'est dans tous les services pareil.
- *Oui, c'est compliqué pour tous les partis : pour le juge, pour les psychiatres.*
- Oui c'est sûr.
- *D'accord. Et vous avez eu des budgets, ou des aménagements ?*
- Non.
- *À moyens constants…*
- Enfin si, nous avons un greffier qui a été nommé, une sortie d'école qui a été nommée.
- *D'accord.*
- Et puis au début, avant qu'il arrive, on avait une contractuelle, une jeune fille étudiante qui était absolument parfaite et qui nous a bien aidés aussi.
- *D'accord.*
- Non mais de toute façon on est bien obligé de se faire à tout. Parce que si on commence à…
- *Et encore je sais qu'il y a… je crois que c'est moins de 50 % en France où ça se fait dans les hôpitaux psychiatriques. Pour la plupart ça se fait au tribunal. Donc c'est pas simple.*
- Oui, j'avoue que je n'ai pas, on doit avoir une réunion, je n'ai pas la possibilité de vérifier quel était le taux. Et encore on ne va pas au CHU.
- *Et vous avez eu des communications directement avec les médecins ?*
- Ah oui, on a déjà eu deux ou trois réunions. Alors c'est vrai que, mais je le comprends, la première chose : « mais vous n'avez pas à nous contrôler, nous sommes des médecins vous n'avez pas à vous occuper de notre travail » je comprends. Je comprends leur sentiment. Mais nul n'est omnipotent, on fait tous des erreurs.
- *C'est pas simple, c'est un nouveau positionnement.*
- Oui. Mais je reconnais que les médecins et les juristes ne se sont jamais entendus.
- *C'est intéressant moi je trouve.*
- Oui donc c'est bien qu'on travaille ensemble parce qu'on a des branches complètement différentes mais pourquoi pas collaborer quand même. Il ne faut pas s'en vouloir systématiquement.
- *Oui, par exemple les audiences publiques sont assez représentatives de ces deux paradigmes opposés…*
- Oui, le sacro-saint secret médical est bien bafoué.
- *Alors que d'un autre côté pour vous, si ce n'était pas en public ça bafouerait la publicité de l'audience.*
- Oui, et je pense qu'il y a autre chose aussi : dans une salle fermée avec des personnes qui sont potentiellement dangereuses je pense que personne ne serait tranquille. Et effectivement, avec une porte ouverte c'est beaucoup plus facile. Ça joue aussi. Ce n'est pas à écarter.
- *Ah oui, d'accord.*
- Bon, quand ils viennent ils sont assez calmes parce que je pense que les traitements qu'ils ont les ont bien calmés, mais je sais qu'une fois j'avais une jeune fille qui était là et qui a marqué un temps de recul parce que c'était un monsieur très solide, quand je lui ai dit que je ne pouvais pas le laisser rentrer chez lui, il s'est levé et il a changé de couleur et elle a eu peur. Alors c'est vrai qu'avec un bureau fermé, quand on est que des femmes, on n'est pas forcément tranquille.

- *D'accord. Et juste ça me fait penser : par rapport aux certificats, est-ce que dans votre expérience en six mois vous avez eu l'impression de voir évoluer la qualité des certificats ?*
- Oui. Oui.
- *Dans quel sens ?*
- Ils sont quand même beaucoup… Sauf accident… Ils sont un peu plus évolutifs et plus complets.
- *D'accord. Plus précis…*
- Oui.
- *Donc ça c'est plutôt…*
- Ah oui, c'est du positif bien sûr. Et puis, à part exception, mais ça ce n'est pas la faute de l'hôpital c'est la faute du préfet, les délais sont respectés. Parfois par la faute du préfet on est hors délais.
- *Mais il est stipulé dans la loi qu'exceptionnellement…*
- Non. Non, c'est hors délai c'est hors délai. Alors on va voir pour ce dossier, j'ai décidé d'aller au parquet, on va voir ce qu'on va faire. Bon a priori c'est un monsieur qui n'est pas dangereux ni pour lui ni pour les autres, alors même s'il est rendu à sa famille ça ne sera pas la fin du monde. Non c'est ça qu'il faut voir aussi.
- *Oui, ce n'est pas simple de respecter des délais comme ça.*
- Non. Et puis là je pense, mais les hôpitaux ne se trompent pas ils le savent et puis je pense qu'ils ont leur planning bien strict, mais le préfet c'est l'administration, il n'a pas regardé, ils nous l'ont renvoyé jeudi après-midi alors qu'on ne peut pas le prendre après douze heures donc on n'a pas pu prendre vendredi et demain c'est trop tard.
- *D'accord. OK.*
- Non mais sinon les premiers temps il y avait des petits cracks comme ça, mais maintenant ça va bien.
- *Oui, ça roule plus.*
- Il y a deux audiences par semaine, c'est parfait, mardi et vendredi, on arrive à tout voir, à jongler.
- *OK, avez-vous des choses à rajouter par rapport à cette loi ?*
- Personnellement non. Non, on a fait le tour. Je vous ai dit ce qui n'allait pas et ce qui va.
- *OK, eh bien merci beaucoup.*

ENTRETIEN 4 (E4)

En Italique : verbatim de l'enquêteur
En gras : grands thèmes du guide d'entretien

- ***Alors pour commencer, que pensez-vous de l'intervention systématique de JLD pour toute hospitalisation sous contrainte de plus de 15 jours ?***
- Alors il y a plusieurs questions dans ta question…
- *Oui ?*
- Que pensez-vous de l'intervention du JLD : très bien, parfait, ça respecte le droit des patients, c'est important pour nous quand ils sont hospitalisés sous contrainte qu'on puisse avoir éventuellement l'appui venant du JLD, je pense que ça légitime quelque part l'hospitalisation.
- *D'accord*
- Donc c'est une bonne chose qu'ils soient vus systématiquement. C'est une bonne chose parce que quand les gens font appel et ne sont pas contents, ils font des recours, du coup les recours vont beaucoup plus vite.
- *Ah oui d'accord.*
- Alors qu'auparavant, quand ils faisaient un recours auprès du JLD ou du procureur pour contester leur hospitalisation, ça durait environ deux mois, deux mois et demi, trois mois.
- *Ah oui ? D'accord.*
- Ce qui fait qu'ils voyaient rarement le JLD.
- *Ah OK.*
- Donc là quand ils font un recours de toute façon ils le voient immédiatement donc ça fait gagner du temps.
- *D'accord, donc ça c'est quand ils utilisent les voies non systématiques ?*
- Voila.
- *D'accord.*
- Donc ils le voient rapidement : on a un gain de temps et du coup, nous, ça nous permet de travailler plus vite si le JLD maintient l'hospitalisation. On dit « voila, maintenant moi psychiatre j'ai décidé que vous étiez hospitalisé, vous restez à l'hôpital, le JLD n'a pas repéré de dysfonctionnement qui pourrait faire lever le soin sous contrainte ». Donc c'est bien. Après, dans les 15 jours, à mon avis c'est un peu tôt 15 jours…
- *Hum… Parce que ?*
- Parce qu'il y a plein de patients qui ne sont pas suffisamment stabilisés pour aller voir le juge.
- *Oui.*
- Donc ils ne peuvent pas aller à l'audience.
- *D'accord.*
- Parce qu'ils ne comprennent pas tout : s'ils sont bien, enfin s'ils sont sur le plan comportemental relativement bien, et qu'ils vont voir le JLD, soit ils sont angoissés avant, soit ils sont angoissés après.
- *Et alors ils sont angoissés de quoi du coup ?*
- Eh bien pour l'instant, comme la loi elle est récente, les patients sont pas si informés que ça et ils ne comprennent pas tout.

Ils confondent le juge des libertés et de la détention avec le juge des tutelles. Certains patients, ça leur fait réactiver des audiences chez le juge pour des problèmes de délinquance. D'autres qui ont des sursis ou des choses en attente, sont persuadés qu'ils voient le JLD dans le cadre de leur sursis.

- *D'accord. Il y a une espèce de confusion chez les patients.*
- Voila, une confusion. Et soit ça augmente le niveau d'angoisse avant d'aller chez le JLD, soit après.
- *Et après c'est pourquoi du coup ?*
- Après c'est parce qu'ils ne sont pas contents.
- *Eh oui, d'accord.*
- Parce qu'ils n'ont pas obtenu ce qu'ils voulaient, éventuellement, ou qu'ils n'ont pas compris l'audience et qu'ils n'ont pas saisi qu'ils pouvaient s'expliquer clairement, qu'ils ont pas réussi… voila.
- *Ah oui.*
- Donc 15 jours c'est trop tôt. C'est trop tôt parce qu'en 15 jours il faut à la fois soigner l'épisode critique, rendre le patient suffisamment stable pour qu'il soit à l'audience, mais aussi avoir le temps de lui expliquer le pourquoi de l'audience. Et ça fait trop de choses.
- *Ah oui, ça fait beaucoup.*
- Ça fait trop de chose.
- *D'accord. Donc les retours des patients c'est souvent des vécus un peu difficiles ?*
- Oui, moi je trouve.
- *OK.*
- 20 jours ce serait mieux, moi il me manque trois quatre jours.
- *Ah si peu ! D'accord.*
- Oui, en trois semaines on arrive quand même à passer la phase critique, et puis voila, commencer à construire quelque chose. Pour une bouffée délirante, ou je ne sais pas une décompensation aigüe, il faut bien 3 semaines pour qu'on sente que ça redescend. 15 jours on est encore sur le … on est en haut du pic.
- *Oui d'accord… OK.*
- Mais sinon, c'est très bien le JLD.
- *Oui, pour les libertés des patients ?*
- Bien sûr. Après, le contenu de d'audience, pour y avoir assisté…
- *Hum ?*
- Je ne suis pas sure que ce soit… toujours très… performant mais …
- *Par rapport au juge ?*
- Oui oui…
- *Parce qu'il y a des façons de faire différentes ?*

- Oui… puis ils vont regarder les certificats, ils lisent les certificats aux patients mais sans donner franchement d'explications.
- *Ah oui ?*
- Ils donnent des conseils qui sont… « voila vous prendrez bien votre traitement, vous… »
- *Parfois c'est un peu…*
- C'est un peu utopique. Et puis ça n'a pas… moi ce que j'ai regretté pour être allée au JLD… il y a pas le coté, comment dire, protocolaire, cérémonial du juge.
- *Oui ? parce qu'ici ils sont pas en tenue…*
- Oui, puis c'est dans un bureau, même dans une pièce.
- *Donc ce serait presque mieux que ça soit au tribunal finalement ?*
- Pas au tribunal, non parce que c'est pas tant dans l'endroit mais c'est dans la posture, voila. Ou c'est peut-être moi, mes représentations de la justice… pour moi un juge ça représente la justice, ça prend une décision…
- *Oui, le fait que ce soit dans un petit bureau et un peu désacralisé…*
- Et ouvert, les autres patients entendent, ils sont en train de boire le café… c'est bizarre.
- *Ça rejoint une question : qu'est-ce que vous avez à dire sur le fait que les audiences soient publiques ?*
- … Moi ça ne me gène pas tant que ça que ce soit public parce que je pense que c'est bien pour nous, professionnels, d'y aller aussi : les internes, les externes… voir ce que c'est. Je pense que ça peut être un plus pour les familles aussi, pour les autres patients. Le fait que ce soit public ça ne me gène pas aussi parce que le juge peut très bien, au vu du dossier, dire « non ce n'est pas public il y a des éléments trop importants ».
- *D'accord.*
- Ce qui me gène c'est que la porte soit ouverte et que tout le monde entende, ça ça me gène.
- *Oui. Donc c'est aussi les va et vient, ça dérange…*
- Oui, on entend tout ce qui se passe. Les patients qui sont en attente de voir le juge, qui ne sont pas non plus franchement stabilisés, ils sont à 15 jours d'hospitalisation son contrainte, entendent.
- *Mais eux, du fait que ce soit public, ils pourraient venir, non ?*
- Ils pourraient mais non… ils ne font pas la démarche.
- *Ils sont là parce que c'est leur tour bientôt.*
- Parce qu'ils sont dans la salle d'attente à coté et qu'ils entendent… mais « public » a priori la porte doit être ouverte.
- *Ah bon ? je ne savais pas…* ***Bon, très bien, on va passer à la deuxième question : comment percevez-vous la période initiale de 72 heures en hospitalisation complète.***
- … Pour moi ce n'est pas… C'est un passage obligé mais c'était un passage obligé avant aussi, donc ça change pas grand-chose, ce qui change c'est la production de certificats.
- *Oui ?*
- A 24 heures, 72 heures… ce qui est compliqué.
- *Parce que du coup celui de 24 heures y était déjà, c'est celui de 72h qui est en plus.*
- Voila, ça en fait beaucoup quand même. Quelques fois entre 24h et 72h ça change pas tant que ça, le patient est toujours en phase critique il est toujours en phase d'agitation, donc pour nous médecins, si on a les deux à faire (le 24 et le 72h) il faut beaucoup d'imagination quand même pour changer les mots, pour ne pas faire de copier-coller… Pour utiliser des termes compréhensibles par les juges parce qu'il y a des termes quand même, comme : anosognosie, décompensation, paranoïde…
- *Oui, il faut circonstancier c'est ça ?*
- Oui il faut qu'ils les comprennent, faut réfléchir quand même à deux fois parce que ce certificat il va être lu au patient.
- *Oui, au moment de l'audience ?*
- Au moment de l'audience.
- *Les trois ?*
- Les trois, et en tout cas certaines parties des certificats sont reprises et copiées collées dans le document que va recevoir le patient à la fin de l'audience.
- *D'accord. Donc il faut bien faire attention à ses mots… et alors ça c'est plutôt positif ou plutôt négatif de devoir réfléchir comme ça ?*
- Bien s'il y en avait qu'un à faire, on prendrait du temps. Mais quand on en a dix à faire dans la journée, entre les 24h, les 72h, les huitaines, les mensuels, les programmes de soin… il y a un moment où on ne peut plus, on ne peut plus…
- *Oui matériellement…*
- Mais la période d'observation en soi, pour un soignant, elle existe toujours, on se donne toujours 3-4 jours d'observation avant…
- *Donc ça n'a pas vraiment d'impact sur la prise en charge par rapport à avant ?*
- Non. Ce qui a un impact c'est peut-être l'examen somatique des 24 heures où on fait vraiment attention à ce qu'il soit fait, tracé.
- *D'accord, ça c'est plutôt…*
- Ça c'est plutôt positif, cela dit on le faisait avant.
- *Oui bien sûr.*
- On se posait la question « est-ce qu'il n'a pas une paralysie ? ». Ici on fait toujours des bilans bio de dépistage, on fait un bilan standard, on fait toujours un ECG donc tout ça, ça a continué.
- *Mais ça formalise un peu les choses.*
- Mais c'est vrai qu'on se pose la question est-ce que l'examen somatique a été fait, on cherche, on

demande à un externe de le faire si ça a pas été fait, on trace…
- *Hum.*
- Voila, c'est tracé… c'est tout ce qui a changé je crois.
- *Oui, il y a ça, et il y a le fait que le patient, il me semble, voit plus de médecins différents. Et ça, vous en pensez quoi ?*
- Ben ce n'est pas bien. Non parce qu'il peut en voir plein ! Il peut en voir un pour le premier certificat d'HDT, un deuxième pour le deuxième certificat, puis un pour le 24 heures…
- *Oui, il en voit au moins trois différents.*
- Oui, il peut en voir… cinq jusqu'à la huitaine.
- *Hum.*
- Donc c'est insupportable de répéter toujours la même chose. Parce qu'on fait les mêmes examens cliniques. Surtout que, quand on fait des certificats, on ne va pas aller chercher la psychopathologie, ça c'est avec le psychiatre référent. C'est plutôt « comment vous vivez ? Où est-ce que vous vivez ? Qu'est-ce qui vous est arrivé ? »
- *Donc ça les oblige à répéter à chaque fois. Et ils s'en plaignent ?*
- Oui, ils s'en plaignent, parce que nous, si on fait un certificat, on voit le patient, on fait un interrogatoire, un examen clinique…
- *Oui forcement.*
- Et on prend une décision puisqu'on fait un certificat. Donc ça prend du temps et le patient il en voit cinq différents, voir six, plus le médecin traitant éventuellement, qui l'a envoyé.
- *Oui Ça fait beaucoup…* ***OK. Donc on peut passer au 3° point : qu'apporte la nouvelle possibilité d'hospitalisation pour péril imminent ?***
- Alors moi j'ai une place particulière car je travaille en intra et qu'en intra.
- *Oui ?*
- Donc je ne sais pas trop m'en servir en fait.
- *Il s'agit d'un certificat d'un médecin extérieur, et pas de tiers.*
- Voila… mais… ça veut dire qu'il faut que je fasse appelle à un médecin généraliste extérieur du service qui vienne… c'est compliqué.
- *Ah oui ça c'est compliqué ? Au niveau organisationnel ?*
- Là par exemple je viens d'avoir une patiente qui est rentrée en service libre de l'UCAP, qui s'est énormément agitée, vraiment, le passage à l'acte n'était pas loin sur moi.
- *Ah oui…*
- Donc elle a été entravée, elle est en service libre, je sais qu'il y a un tiers, qui ne va pas être joignable dans la journée.
- *Hum.*
- Peut-être demain, peut-être après-demain… il y a un péril imminent, mais est-ce que je fais appel à un généraliste pour venir faire un certificat, pour examiner une patiente qui est entravée… c'est compliquée vu du praticien hospitalier au sein de l'hôpital. Après, à l'extérieur, je pense que c'est utile, c'est très utile parce que quand on a quelqu'un à hospitaliser et qu'on n'a pas de tiers, c'est utile.
- *Ca permet de le prendre en charge rapidement ?*
- Voila, rapidement.
- *D'accord.*
- Mais vu de l'intra hospitalier c'est compliqué à utiliser.
- *D'accord, et le fait que ce soit un médecin généraliste et pas forcement un psychiatre, qu'est-ce que vous en pensez ?*
- Ben on est tous médecins. Pour les indications d'hospitalisation, généralistes ou psychiatres, je pense qu'on est tous habilités, formés à repérer l'urgence psychiatrique.
- *D'accord.*
- Mais c'est délicat en intra de faire venir un généraliste pour examiner quelqu'un pour lequel nous, psychiatre, on a déjà constaté un péril imminent parce qu'on ne peut pas faire… Mais je pense que pour les généralistes, pour les psychiatres libéraux, pour les psychiatres de CMP c'est hyper pratique et au moins ça enclenche le soin rapidement, on n'a pas à attendre que le tiers arrive pour signer. Et puis ça peut éviter des mesures d'hospitalisation en SDRE.
- *Oui, ça peut éviter ça.*
- Donc c'est un plus. Dans le dispositif, c'est un plus.
- *Hum hum. Et il a été dit que ça pouvait entrainer des risques pour les droits des patients, je ne sais pas ce que vous en pensez ?*
- … je crois pas, je n'ai pas l'impression mais je l'ai pas assez utilisé encore. On a plus de recul sur les SDRE, les SDT, les SDT d'urgence. Et les périls imminents on n'en a pas tant que ça. Donc je n'ai pas l'impression que les droits des patients seraient pour autant bafoués. Je ne pense pas.
- *Oui parce que du coup ils ne vont pas bien et …*
- Oui.
- *OK…* ***Bon, alors la dernière notion : que pensez-vous des soins ambulatoires sous contrainte ?***
- … alors… c'est marrant parce qu'il y a d'autres choses sur la loi quand même.
- *Justement on peut en parler…*
- Les soins ambulatoires sous contrainte… eh bien cette forme là de programme de soins, pour nous psychiatres c'est très aliénant je trouve, car faire autant de certificats c'est insupportable.
- *Donc la question du nombre de certificats*

- Entre le mensuel, la transformation, le programme de soins…
- *Ça fait beaucoup de choses matériellement.*
- Par contre le fait que ce soit un programme de soins, qui est signé… enfin pas signé par le patient mais qui est… On donne l'information au patient du contenu du programme, on lui montre, on recueille son avis, on l'informe, ça a quand même l'intérêt d'être plus clair, plus transparent que les sorties d'essai qu'on faisait avant qui étaient… qui ne voulaient rien dire. C'était la même chose mais pas clair alors que là, le programme de soins, c'est clair, ça parle, donc c'est plutôt, je trouve, intéressant.
- *Oui. Du coup ce que j'entends, vous rattachez la notion de soins ambulatoire sous contrainte à la notion de contrat ? Parce que vous avez parlé de signature…*
- Oui, programme de soins pour moi c'est aussi un programme qu'on fait ensemble.
- *D'accord.*
- Bon c'est un peu faussé quand même parce qu'on impose certaines choses comme les consultations médicales, mais c'est un programme qu'on fait ensemble avec le patient et on recueille son avis. Après on peut discuter de la fréquence, des choses comme ça … Mais, oui, c'est une forme de contrat moral en tout cas.
- *D'accord. Le fait que dans la loi soit formalisé « il faut recueillir l'avis du patient » tant que faire se peut, ça apporte un intérêt ?*
- Oui parce que ça nous oblige aussi, nous, à le faire encore plus participer. Alors ce qui est gênant par contre, mais toujours parce que moi je ne suis qu'en intra hospitalier : je fais des programmes de soin et des transformations et après je ne sais pas ce que ça devient, je ne sais pas si le contrat que je fais avec le patient, le programme, perdure, continue.
- *Parce que le suivi se fait ensuite sur le CMP ?*
- Oui, et des fois je décide de choses et je suis pas sure que mon collègue du CMP soit d'accord avec le programme que j'ai fait. Mais cela dit, il peut le changer à n'importe quel moment.
- *Parce qu'il pourrait y avoir plus d'échanges ?*
- Voila. Je pense qu'il pourrait y avoir plus d'échanges.
- *Il aurait fallut formaliser les échanges ?*
- Je pense qu'il faudrait réfléchir aussi tous ensemble sur « qu'est-ce qu'un programme de soins ? qu'est-ce qu'on y met ? »… enfin prendre du temps pour réfléchir à nos pratiques.
- *Hum hum.*
- Et ça, ça manque « qu'est-ce qu'un certificat circonstancié ? qu'est-ce que les collègues font ? »
- *Donc finalement ça a eu l'intérêt de remettre un peu ces questions …*
- Oui enfin non ! Car on fait, on fait, on fait, et on n'a pas le temps, jamais on se pose en se disant « qu'est-ce qu'on fait ? et toi comment tu fais ? » et on n'a pas le temps.
- *Puis comme vous disiez, avec la multiplication de tous ces papiers ça aide pas. Et est-ce qu'il y a un risque selon vous d'atteinte aux droits des patients avec les soins ambulatoires sous contrainte ?*
- Non. Non, je pense qu'ils sont plus respectés maintenant, les droits, qu'avant la loi. Enfin ne serait-ce que de voir le JLD, que d'avoir de l'information écrite qu'ils peuvent relire, ils ont plus de droits qu'avant, ça s'est sur.
- *Alors les soins ambulatoires sous contrainte c'est pour des sorties longues, et pour les sorties de moins de douze heures, elles doivent être systématiquement accompagnées. Qu'est-ce que vous en pensez ?*
- Qu'il ne faut pas, en France, être psychotique, seul et sans famille.
- *A cause de la personne accompagnante ? Il y a une restriction des libertés des psychotiques ?*
- Oui bien sûr ! Et puis ici, les patients ont quelque fois de la famille mais il y en a plein qui n'en ont pas, qui n'ont pas pour autant des amis et qui n'ont pas de gens suffisamment proches qui seraient capables de les accompagner pendant douze heures à l'extérieur.
- *Oui donc ils sortent pas ?*
- Il faut vraiment aimer son proche pour prendre quelqu'un à l'hôpital et être avec lui pendant douze heures !
- *Oui parce que « accompagné » ça signifie tout le temps accompagné, alors qu'avant, même si le médecin disait accompagné…*
- C'était au moins le départ et l'arrivée, pour avoir un retour de comment s'était passée la entre guillemets permission. Là il faut quand même arriver à convaincre le fils d'une patiente, par exemple, de venir la chercher et de ne pas la quitter jusqu'au retour.
- *Ah oui d'accord, pendant douze heures.*
- 12 heures ou 10 heures ou… voila donc des fois il y a des familles qui ne souhaitent pas faire ça. Elles vont le faire pour 2 ou 3 heures, nous on aimerait plus, mais elles ne sont pas prêtes à le faire.
- *Donc finalement l'effet c'est que ça a diminué les sorties ?*
- Oui bien sûr, il y en a moins, beaucoup moins !
- *Les sorties dans le parc par contre sont autorisées de ce que j'ai lu ?*
- Sorties dans le parc c'est autorisé pour les SDT, SDRE c'est toujours accompagné, mais les sortie de moins de douze heures …
- *Donc il faut refaire des programmes de soins ? C'est comme ça que ça s'organise ?*

- Alors les applications de la loi, ici dans cet établissement, changent régulièrement donc on a des informations au fur et à mesure. Si j'ai bien suivi, au début, on pouvait faire des programmes de soin avec des permissions le week-end seulement, ensuite ça a été interdit. Là, si j'ai bien compris la note de service, on pourrait le faire à titre exceptionnel et après accord express du directeur.
- *Des programmes de soin avec hospitalisation majoritaire c'est ça ?*
- Voila. Mais à titre exceptionnel et après accord du directeur. Donc ce n'est pas pour tous les patients, je pense que c'est vraiment pour des situations très particulières : mariage, décès … J'ai pas eu l'impression que c'était du tout venant. Et de toute façon, c'est la même chose il faut que le patient soit accompagné tout le temps.
- *Ah oui ?*
- Enfin j'imagine.
- *Ben sauf si c'est en programme de soins, non ?*
- Oui…
- Et sur les sorties de moins de douze heures, on en a moins mais pour la gestion des lits ce n'est pas plus mal.
- *Ah oui ? Ça a eu ce coté bénéfique ?*
- Oui voila, il faut trouver des points positifs, car les gens ne sortant plus le week-end on a plus ces patients qui rentrent sur ce qu'on appelait les lits de permissionnaires. Puisque les permissions sont plus courtes.
- *Ah d'accord, donc pour la régulation des lits c'est plus simple.*
- Voila. Lundi matin des fois on arrivait et il fallait faire un choix entre deux patients, celui qui allait rentrer de permission et celui qui était rentré durant le week-end, ça maintenant c'est plus possible, je ne le vois plus, c'est un point positif.
- *D'accord.*
- L'autre point positif c'est que nous, quand on fait des sorties, je pense qu'un prend moins de risques maintenant puisqu'ils sortent moins longtemps et accompagnés.
- *Donc vous prenez moins de risques au point de vue responsabilités ?*
- Oui, quelqu'un qui rentre pour une dépression avec des idées noires, si on le laisse sortir on prend toujours des risques, mais si on le laisse sortir seul on prend plus de risques que si on le laisse sortir accompagné de quelqu'un.
- *Hum.*
- Qui va être un peu le garant du comportement. Les week-ends, pendant des années, à 18h on m'appelait en disant « il est pas rentré, qu'est-ce qu'on fait on va le chercher ? » maintenant le week-end je me pose plus cette question là, ils m'appellent plus le dimanche soir à 18h pour me dire tel patient n'est pas rentré.
- *D'accord.*
- Ça apaise le praticien.
- *Bon…* ***Justement vous me disiez « il y a plein d'autres choses dans cette loi », c'est un peu ma dernière question : qu'est-ce que vous auriez à ajouter, des points qui vous semblent avoir apporté d'autres modifications de cette loi.***
- Bien c'est déjà que la loi, la faire appliquer en plein mois d'Aout c'est impossible, pas de formation ou très peu avant, des bruits de couloir, enfin pas des bruits de couloir mais comme il y a eu beaucoup de va et vient entre les deux instances : sénat et parlement, on ne savait pas très bien ce qui allait se passer.
- *Donc il y eu une période compliquée de mise en application.*
- Moi j'étais en vacances donc c'était très bien pour moi mais c'était très compliqué.
- *Ça a été dur ?*
- La loi est quand même compliquée à lire… pas en première partie mais quand on arrive aux recours : comment on peut s'opposer si le juge par exemple lève l'hospitalisation mais pas le soin sous contrainte, qu'est que je peux faire ? Voila, il y a plein de choses que je ne maitrise pas encore et je pense que je ne suis pas la seule. Donc ça c'est gênant, elle est compliquée à lire cette loi. Et puis… je voulais dire autre chose… je ne sais plus… On a des fiches, on a pas mal de choses sur intranet. Heureusement les syndicats ont sorti un document très bien fait qui explique la loi.
- *On parlait donc des effets de cette loi.*
- … Ce qui manque aussi c'est… on est souvent confronté aux médecins, aux familles qui nous appellent en disant « j'ai un patient qui va pas bien, il faut faire une SDT ou un péril imminent, mais comment le mettre dans l'ambulance ? »
- *C'est-à-dire ?*
- Il ne veut pas venir, on a le certificat, le tiers, mais comment je fais pour qu'il vienne à l'hôpital ? Qu'il n'y ait pas eu de réflexion sur un dispositif pour aller chercher mes patients à leur domicile.
- *Ah oui d'accord, c'est-à-dire que c'est bien beau de faire le péril imminent, mais on n'a pas forcement les moyens de le mettre en place ?*
- Oui. Et ça je suis étonnée que les associations de familles ne soient pas montées au créneau pour ça parce que souvent elles disent « on est confronté ici… le patient sort de l'hôpital, il va bien, puis un jour il va moins bien, le médecin est d'accord pour faire les certificats mais il ne veut pas venir à l'hôpital, comment je fais pour l'amener à l'hôpital ? »
- *Ah oui, Ça n'a pas été formalisé dans la loi, on n'a pas vraiment les moyens du transfert.*

- Du transfert voila. Autant, une fois qu'ils sont en SDRE les choses sont claires c'est programmé, autant en SDT il y a rien qui est mis en place. Alors c'est difficile surement de mettre en place tout en respectant les droits etc. On reste confronté à ce problème là quand même.
- *Oui, d'accord… oui c'est vrai que ça peut être compliqué…*
- Euh… c'était quoi ta question ? Les aspects positifs et ?
- *Et si vous aviez quelque chose à rajouter sur les nouveautés apportées par cette loi, que ce soit en positif ou en négatif.*
- Alors le fait que cela a été mis en place rapidement, qu'aussi la loi ne soit pas très claire et qu'on puisse l'interpréter comme on veut.
- *Ah oui ? D'accord. Le problème que ça donne lieu à des interprétations.*
- Oui, voila et qu'ensuite ce n'est pas à l'appréciation des directeurs mais presque. Puisque au cours du semestre, ne serait-ce que pour les réintégrations : à un moment donné il fallait faire le 24h, le 72h, la huitaine, revoir le juge, et maintenant ils ont assoupli la mesure donc on ne fait plus le 24h.
- *Pour la réintégration ?*
- Pour la réintégration c'est à dire la transformation d'un programme de soins en hospitalisation complète, on fait un certificat et ensuite on passe au huitaine.
- *D'accord, ce qui veut dire qu'il n'y avait pas eu de précision là-dessus et du coup c'est donné à l'appréciation de chaque établissement.*
- Voila, les décrets ne sont pas clairs.
- *D'accord, il y a l'exemple de la réintégration, et il y a d'autres choses qui n'étaient pas claires comme ça ?*
- Eh bien les programmes de soin, et les week-ends de permission, ce n'était pas clair.
- *Oui, pour ça ils ont rajouté des éléments mais au départ, dans la loi…*
- Ce n'était pas clair.
- *Donc ça a été sujet à des variations entre les établissements.*
- Il faudra aussi travailler sur la traçabilité de nos prescriptions, de nos consignes, je ne sais pas si ce sont des prescriptions mais par exemple « sortir dans le parc seul, pas seul » pour l'instant on n'a pas de document franchement… on a l'ancienne feuille de consigne datée, signée. Est-ce que c'est valable ? Pas valable ? Au niveau des supports je pense qu'il faut qu'on réfléchisse. Et comme c'est fait dans la précipitation, on n'a pas eu le temps ou en tout cas l'institution ne se donne pas le temps de poser des lieux de réflexion sur la pratique de chacun. On fait notre petite cuisine dans notre coin. Il faudrait réfléchir à des supports plus pratiques.
- *Et communs ?*
- Oui.
- *Et répondant aux termes exacts de la loi.*
- Voila, et puis qui nous facilitent le travail. Et un autre aspect négatif, c'est que je pense que le législateur, enfin ceux qui ont fait la loi se sont imaginés que les hôpitaux regorgeaient de médecins.
- *Oui donc un problème au niveau des certificats…*
- Oui quand le premier et le 24h doivent être faits par des médecins différents nous, déjà là, c'est fini car on est deux.
- *Et vous faites comment du coup ?*
- On jongle… on jongle… pour les huitaines : avec l'autre médecin, comme on connait les patients, qu'on les voit en réunion soignants-soignés, il y en a une qui fait le huitaine et l'autre le deuxième avis, mais sinon on est obligé d'appeler des collègues.
- *Donc ça prend vraiment beaucoup de temps, d'énergie, à moyens constants.*
- A moyens constants voila. Avec en plus une responsabilité, pour les certificats, même si avant on le savait que les certificats sont lus, épluchés… ce n'est pas la même chose quand ton certificat va devant le patient ou la famille ou même devant un avocat, parce que l'avocat il va aller titiller à la virgule près, j'exagère à peine. Et puis quand il va chez le juge, que le patient revient en disant « vous avez écrit ça, c'est pas vrai ».
- *Donc la relecture par les patients et par les juges entraine une lourdeur.*
- Et puis quelque fois ils se trompent, ils mettent des noms de médecins que le patient n'a jamais vus. Donc on doit tout reprendre… non c'est compliqué, très compliqué. Mais c'est bien aussi parce que ça rend le patient plus acteur.
- *Hum hum.*
- Et heureusement les nouveaux antipsychotiques ne les abrasent pas trop donc ils sont vraiment… mais ça donne lieu à des échanges vifs ! Vifs et vivants !
- *Entre le patient et le médecin.*
- Oui des discussions… c'est hyper intéressant ! Mais si on avait les moyens humains pour passer du temps pour expliquer, argumenter, mais on est tellement le nez dans le guidon !
- *Donc il y a des choses intéressantes au niveau de la place du patient, de l'information, du recueil de son avis, mais il faudrait…*
- Mais à coté, celui qui s'agitera prendra notre temps car la priorité c'est la sécurité de tout le monde. Comme quoi les moyens humains sont détestables en ce moment je trouve. Et puis aussi par rapport à… je ne sais pas si c'est partout pareil

mais… quand on fait par exemple une demande de sortie pour une SDRE, il faut le faire 72 heures avant : on n'est pas dans la même temporalité, 3 jours avant pour faire une sortie c'est long. Et on n'a pas l'accord écrit en fait. Pas de papier.

- *C'est-à-dire que, s'ils ne répondent pas, c'est bon. C'est ça ?*

- Oui, ça je trouve que c'est hautement stressant. Quand on a une réponse c'est palpable, c'est du… il suffit que le fax marche pas. Alors ici ils font quand même au bureau des entrées… on a discuté, je leur ai dit « c'est dangereux, si le fax est en panne on va laisser sortir le patient alors que, si ça se trouve, le préfet avait mis un désaccord ». Donc maintenant ils nous envoient un papier où ils marquent « absence de désaccord du préfet ». Ça permet quand même d'être sur...

- *D'accord, donc vous avez fait des arrangements internes pour palier ce problème là.*

- Oui. Moi j'ai eu un cas un peu compliqué où le patient est sorti parce qu'il n'avait pas vu le JLD dans les 15 jours … une SDRE !

- *Oui ? Et pourquoi il ne l'a pas vu ?*

- Erreur de transmission entre l'ARS et le tribunal.

- *D'accord.*

- Alors que nous, à partir du 13° jour, on avait appelé en disant « il n'est pas convoqué c'est bizarre ».

- *Mais avant, les levées pouvaient être aussi prononcées si les certificats n'étaient pas fait, non ?*

- Ah mais là, les certificats étaient faits.

- *Je veux dire qu'il y avait des levées de mesures pour vice de forme … mais ce que vous dites c'est que ça rajoute des risques avec l'intervention du JLD c'est ça ?*

- Oui. Et un certain jour ils m'ont dit « il est en hospitalisation libre, il peut sortir ». Sans papiers ! « C'est la loi vous le laissez sortir ». C'est horrible ! On n'a rien !

- *Là il faut tout refaire ?*

- Là il est sorti contre avis médical.

- *Ah oui ?*

- Ah il y a eu une erreur, je n'étais pas d'accord pour refaire une HO, il allait un peu mieux, il était traité. Cela dit il a été incarcéré 15 jours après. Donc à la fois on nous demande beaucoup, beaucoup, beaucoup de certificats, et de l'autre coté, eux produisent moins : la préfecture, le tribunal.

- *D'accord. Vous trouvez qu'il y a moins de choses produites par rapport à avant.*

- Avant, quand on faisait une sortie d'essai, on avait un arrêté préfectoral, qui disait « le patient peut sortir du tant au tant, s'il présente des troubles du comportement il pourra être réintégré … »

- *Donc là ils ont enlevé l'arrêté préfectoral ?*

- Oui, tu as juste ton certificat qui revient avec « absence de désaccord du préfet »

- *Mais ça c'est pour les sorties de moins de douze heures par contre, non ?*

- Oui oui.

- D'accord…

- Voila, je pense que c'est tout.

- Eh bien merci beaucoup.

ENTRETIEN 5 (E5)

En Italique : verbatim de l'enquêteur
En gras : grands thèmes du guide d'entretien

- ***Que pensez-vous de l'intervention systématique du Juge des Libertés et de la Détention pour toute hospitalisation de plus de 15 jours ?***
- Je pense que c'est une très bonne chose qu'il y ait un juge qui se penche sur les situations des patients dont on restreint la liberté d'aller et venir. Et que ce ne soit pas uniquement sur la bonne foi et la bonne expertise des médecins psychiatres que cette question se traite. Puisque finalement il y a assez peu de patients qui faisaient la démarche d'une requête auprès du JLD, ce qui était la procédure habituelle jusqu'à présent. Finalement il y avait beaucoup de personnes qui restaient un peu comme ça… voila. L'autre point positif, c'est que l'information est obligatoire et du coup les patients, maintenant, sont informés qu'ils vont voir le juge, et informés qu'ils peuvent aussi redemander un autre avis, re-solliciter le JLD à d'autres moments de la prise en charge. A mon avis le problème par rapport à cette saisine systématique entre J12 et J15 se situe à plusieurs niveaux. Le premier niveau c'est que la visite, enfin l'entretien avec le JLD…
- *Oui, l'audience…*
- L'audience, à mon avis, est trop prématurée par rapport à la situation. Je pense que ce serait plus pertinent que ce soit à 3 semaines ou à un mois.
- *Trois semaines, d'accord.*
- Je pense que ce serait plus pertinent.
- *Parce que le patient n'est pas en état ou… ?*
- Parce que souvent il n'est pas en état, parce que bien souvent on dit que du coup le patient ne peut pas aller voir le JLD, ce qui est quand même un peu paradoxal. On nous laisse quelque part quand même le pouvoir de décider que Mme Machin ou monsieur Untel peut ne pas voir le juge parce nous, on le décide.
- *Oui.*
- On a à l'argumenter dans le certificat mais bon… quelque part c'est quand même un pouvoir qu'on nous laisse, ce qui est pas forcement une bonne chose. Moi ce qui me semblerait plus cohérent c'est qu'il y ait très rapidement, mais juste après le certificat de 72h, une étude sur dossier par le JLD, pour vérifier que les choses soient bien faites, que tous les certificats soient bien faits. Parce que le patient va être quand même hospitalisé sous contrainte. Ça fait déjà trois jours qu'il est hospitalisé et restreint dans ses libertés entre guillemets. Donc très vite il faut se positionner sur cette situation. Par contre une audience devrait pouvoir être tenue à 3 semaines, 1 mois. Et je pense qu'il y a beaucoup de patients qui initialement ne sont pas auditionnables par le JLD et qui deviendraient plus facilement auditionnables par le JLD, ce qui a un intérêt. C'est-à-dire que le patient aille voir le JLD, aille en audience et dise ce qui se passe pour lui. Moi je pense que ça a un effet pour les patients.
- *Oui. Au niveau de ses droits, ça respecte…*
- Et au niveau de ses droits, ça respecte les choses. Moi je pense que… la France s'est faite allumer d'abord sur l'HDT ensuite sur l'HO, concernant ces questions de… de…
- *Questions prioritaires de constitutionnalité.*
- Oui, de soins sous contrainte qui ne passaient pas par un juge. Franchement moi je trouve que c'est une très bonne chose.
- *D'accord.*
- … Donc ça c'est par rapport au JLD…
- *Oui, donc vous parliez du fait que ça ait lieu à 15 jours.*
- Voila. Moi je pense que ça c'est un peu compliqué, d'autant que c'est le certificat de huitaine qui nous permet d'étayer le fait que le patient va avoir à rencontrer le juge et ça… Bon après on peut dire non sur le certificat de huitaine « il n'est pas en état » puis son état s'améliore il va voir le juge à J12, J13, J14, en fonction de son état… ça ça change rien, ce n'est pas figé dans le marbre. Ça c'est tout à fait possible, et l'inverse est vrai aussi si le patient s'aggrave. Là où c'est quand même un peu compliqué dans le quotidien, c'est le fait qu'il y ait beaucoup de certificats… alors peut être que tu voudras l'aborder, tu m'arrêtes hein ?
- *Oui, on va pouvoir en reparler… Mais par rapport aux retours, au vécu des patients, comment ça se passe dans la pratique ?*
- Ça se passe bien… enfin ça se passe bien si le JLD n'a pas été un peu… on va dire… équivoque… dans la manière de verbaliser le contenu de son audience ou les conclusions de son ordonnance. Parfois ça peut perturber les patients parce qu'ils ont l'impression de ne pas bien comprendre.
- *Oui ?*
- Le juge peut dire « je peux vous revoir si vous voulez » alors qu'évidemment c'est une requête à faire par le patient.
- *Parfois c'est un peu confus ?*
- Parfois ça peut un peu rendre confus les patients. Bon, mais en même temps c'est normal, c'est pas des gens qui ont tous leurs moyens psychiques la plupart du temps quand ils sont à J15 d'une hospitalisation sous contrainte. C'est un peu logique. Le type qui serait parfaitement bien dans sa tête, on ne voit pas pourquoi il serait en HDT.
- *Oui.*
- En gros à part le parano qui est en mesure de comprendre ce qui se passe et qui est vraiment sur un secteur où il est délirant, le reste il comprend

tout. D'ailleurs il comprendra très bien ce que le JLD veut dire.
- *Et avez-vous quelque chose à dire sur le fait que les audiences soient publiques ?*
- Je pense que c'est un changement… enfin je pense que c'est une histoire de culture. Pour nous, on est dans la culture du secret médical. Ce qui fait que nos patients sont des patients pour lesquels on doit à tout prix veiller à ce que les dossiers ne trainent pas, que les noms ne trainent pas, on ne divulgue pas le nom des patients, c'est notre culture. Là, le JLD vit dans une autre culture et quand on lui dit « mais nous, on a le secret médical » lui il n'y a pas de secret médical. Il n'y a même pas de secret professionnel parce que c'est public. Ça ne peut pas être autrement, c'est la constitution qui fait que ça ne peut pas être autrement.
- *Oui.*
- Donc c'est sûr que, pour nous, c'est difficile et qu'on est sur deux visions des choses de manière paradoxalement opposée. Donc oui ça fait bizarre, je pense que c'est une histoire de culture, la culture c'est fait aussi pour se mélanger, pour inter changer, et au fur et à mesure on va accepter cet état de fait. La question c'est qu'on a quand même… c'est quand même prévu dans la loi que, si on souhaite que cela se fasse en huit clos, on suggère, on argumente pourquoi ça doit se faire en huit clos. Voila, il faudrait surtout, à mon avis, qu'il y ait des échanges plus réguliers, plus… sur la clinique, sur… avec les JLD pour qu'ils comprennent aussi quelle est notre logique et du coup qu'il y ait une meilleure entente.
- *Oui, que ce soit pour décider d'un huit clos…*
- Voila, en tous les cas, qu'on puisse en parler plus facilement. Qu'il y ait des accès plus faciles au JLD. « Voila, je vous appelle parce que j'ai rencontré monsieur Machin, c'est un peu compliqué, je préfère vous en parler ». Parce que c'est toujours compliqué de mettre tout dans les certificats.
- *Hum hum… OK…* ***La deuxième partie : comment percevez-vous la période initiale d'observation de 72 heures en hospitalisation complète ? Et on pourrait aborder les certificats.***
- Je trouve que ça fait beaucoup de certificats.
- *Parce que ça fait beaucoup au niveau des besoins humains ?*
- Alors il y a le coté besoins humains qui est complexe, surtout dans les périodes de congés où on ne peut plus voir de patients en dehors de ceux à qui on fait des certificats. Ce n'est pas dans un objectif de soin qu'on fait un certificat, c'est ça qui est compliqué, même si on essaye de l'intégrer un peu dans le soin c'est quand même pas si évident que ça.
- *Oui parce qu'il faut tout reprendre quand on voit le patient…*
- C'est compliqué parce que chez quelqu'un, reprendre toute l'histoire, souvent on le fait sur dossier, en interrogeant l'interne, le médecin qui le suit, les infirmières, éventuellement la famille… Mais c'est très compliqué parce qu'on ne peut pas passer une matinée ou 2 heures ou 3 heures pour faire un certificat. Tu es obligé de voir le patient, d'évaluer les éléments cliniques à un moment donné. Donc tu peux remettre ça dans l'histoire telle que tu l'as comprise en fonction des différents éléments, mais ça reste un travail de synthèse vite bouclé parce qu'on court après le temps. Et après il faut faire le certificat, et là aussi c'est un temps, quand même, qui n'est pas négligeable.
- *Et puis il est lu.*
- Surtout qu'il est lu. Moi j'étais persuadé, avant même de savoir que la loi allait changer, parce qu'on en entendait parler depuis longtemps et puis finalement c'est arrivé comme ça très, très vite… mais je me dis, quand on lit les certificats dans les registres de la loi, mais c'est pas possible, les collègues, dont moi, ne se doutent pas que les certificats sont lus. Ou en tous les cas ils pensent que les certificats ne sont pas assez lus.
- *Oui ? Qu'est-ce qui vous fait dire ça ? Comment sont rédigés les certificats ?*
- C'est une catastrophe. Il n'y a pas d'éléments cliniques ou alors quand il y a des éléments cliniques il y a des copier-coller… La CDSP a gardé des perles du type « Monsieur Machin est très dangereux, il est arrivé en HO à tel moment pour tels faits » HO, indiscutable, le truc tiré au cordeau, puis tu as les mensuels, puis sortie d'essai, sortie d'essai, sortie d'essai, et là les sorties d'essai sont des copier-coller les uns sur les autres mais vraiment copier-coller. Parfois même il y a des erreurs parce que la date est mal recopiée !
- *D'accord.*
- C'est parfois hallucinant. « Monsieur Machin qui est arrivé en HO pour des faits dangereux, vient toutes les semaines au CMP » … « il est tout à fait gentil ». En plus de ça des mots qui n'ont pas toujours à trainer dans les certificats : des jugements de valeur. « Il vient au CMP, il prend son traitement, il ne pose aucun problème, il est tout à fait d'accord pour venir, mais je maintiens l'HO en sortie d'essai ! ». Tu te dis c'est pas possible. Là, le collègue n'a pas pu lire ce qu'il écrivait, ce sont des copier-coller !
- *Donc finalement cette nouvelle loi qui fait que les médecins savent que les certificats sont lus…*
- Cette nouvelle loi, l'intérêt majeur, enfin un des intérêts à mon avis majeurs, c'est que justement tous les médecins savent que les certificats sont lus. Et ça n'a pas le même effet quand tu sais que

ce que vas écrire va être lu, que quand tu l'écrivais en te disant « l'administration regarde que le certificat est fait à telle date, le contenu ils en ont pas forcement grand-chose à faire ». Les certificats sont clairement plus détaillés depuis la loi, des mots clefs apparaissent, qui permettent de comprendre. Tout ça c'est pour l'HDT. Pour l'HO c'est autre chose. Mais pour l'HDT, les gens n'avaient pas grand-chose à faire, ils faisaient des copier-coller. Là où c'est un peu différent c'est quand le patient faisait une saisine, une requête au JLD, là le certificat était vérifié. Mais c'était tellement rare que quand moi j'écrivais mes certificats je ne me disais pas « oh là, ça va peut-être lu, il faut que je fasse attention quand même à ce que je dis ». Là aussi c'est un changement de culture et je pense que ça, c'est vraiment un point qui est énorme.

- *Et en plus les certificats sont lus par le juge mais aussi, de ce que j'ai compris, ils sont relus au patient par le juge, de temps à autre, en audience.*
- Libre au juge de le faire.
- *Donc la place du patient est-elle différente ? Le patient lit les certificats et il y a un document qui lui est envoyé ?*
- Il y a un document qui est envoyé, qui est l'ordonnance, qui reprend les éléments du certificat. Alors c'est souvent synthétique, l'objectif du JLD ça va être de dire que chaque certificat de chaque médecin a une suite logique. Tout le monde s'accorde à dire qu'il y a des troubles, qui sont décrits à peu près de la même manière sur les certificats. Le patient est en difficulté, il n'est pas en mesure de demander des soins, s'il n'y a pas des soins rapidement il va se mettre en danger…
- *Donc finalement cela amène plus de cohérence dans les différents certificats ?*
- Ça amène une cohérence. Et dans l'ordonnance tu lis bien la dynamique qui est celle de : tout le monde est d'accord pour dire que, à l'évidence, il faut une hospitalisation sous contrainte.
- *Donc pour le patient ça a du sens finalement.*
- Ça a du sens.
- *Et par contre cette période de 72 heures, est-ce qu'elle peut, d'après vous, aider à une prise de décision ? Ou est-ce que c'est pareil qu'avant ?*
- Je pense que c'est difficile, lors du 24h par exemple, de prendre une décision. Je pense que le certificat de 24h est un peu … tu sais qu'il y a le 72h derrière, du coup personne ne prend de décision. Le 24h ne va pas servir à grand-chose. Je pense qu'il faudrait des certificats initiaux, et des certificats de 72h, et à l'issu des 72 heures : statuer vers une sortie ou non. Mais je pense que le 24h est trop tôt pour dire quelque chose de différent qu'à l'admission. De la même manière que le 24h dans l'ancienne loi, c'était difficile de ne pas confirmer une HDT. Ça m'est arrivé quelques fois mais vraiment de manière rarissime.
- *Et puis ça rajoute un médecin.*
- Et ça rajoute un médecin. Et ça, je pense que pour les patients, c'est quand même compliqué d'avoir à raconter à 1, 2, 3, 4 médecins, enfin ça doit être trois médecins…
- *Minimum trois en tous cas.*
- Minimum trois, c'est quand même pas très simple.
- *C'est dur parce qu'ils doivent répéter ?*
- Ils doivent répéter. Ils doivent répéter. Le médecin, ça c'est un bienfait de cette loi : on vient de manière beaucoup plus systématique informer.
- *Hum.*
- On lui explique qu'on n'est pas le psychiatre traitant, ça c'est un bienfait, parce qu'on donne l'information qu'on lui doit, du fait de la loi du 4 mars 2002. Là ça nous oblige à le faire, je pense que c'est une bonne chose.
- *Hum.*
- Le seul problème c'est que du coup il y a des patients pour lesquels c'est perturbant, ou persécutoire ou confusionnant ou… Moi je me souviens d'une dame que j'ai vu pour le 72h, je lui ai expliqué qui j'étais, pourquoi j'étais là, je l'ai informé que, entre le 12° et le 15° jour, elle aurait à voir le JLD et elle m'a dit « mais pourquoi je dois voir un juge ? J'ai rien fait ! ». Là c'est angoissant pour les patients ! Parce que d'un coup ils se retrouvent à…
- *Ils confondent le juge…*
- Ils confondent le juge et… Alors je ne dis pas « le juge des libertés et de la détention » mais je leur explique : « moi je décide qu'il faut que vous restiez ici, vous n'êtes pas d'accord, et c'est normal que quelqu'un vienne contrôler ce que je dis ou ce que je fais ou ce que j'écris, qu'on vienne protéger vos droits ». Et les patients demandent « mais pourquoi vous me feriez du mal » il y a un moment où tu es obligé d'arrêter l'entretien parce que tu sens que tu fais grimper l'anxiété chez ton patient plus que le protéger alors que tu venais, entre guillemets, bienveillant. En disant : « je ne suis pas seul à décider, je ne suis pas votre persécuteur, vous avez le droit de ne pas être d'accord, il y aura d'autres personnes qui viendront valider ou invalider ce que je dis ». Et en fait ça peut être contre productif… En tout cas c'est très lourd, c'est très lourd, et je pense que le certificat de 24h il n'est pas logique. Voila.
- *OK…* ***Donc la 3° partie : qu'apporte la nouvelle possibilité d'hospitalisation pour péril imminent ?***
- A part être encore plus confusionnant… Non, ça apporte quelque chose, mais il y a juste une terminologie qui est incroyable : entre l'HDT d'urgence et le péril imminent, on aurait voulu

faire plus usine à gaz que ça, je pense que le cerveau humain n'était pas en capacité d'élaborer plus. C'est de la métaphysique juridique. Qu'est-ce que ça apporte de plus ? Ça apporte de plus, évidemment, la possibilité de faire une HDT sans tiers.

- *Hum.*

- C'est assez confortable… ça a une dérive qui à mon avis risque de faire jurisprudence assez rapidement, c'est que l'HDT sans tiers c'est aussi l'HDT quand le tiers ne veut pas se prononcer ce qui n'est pas l'esprit de la loi. Et en même temps, comme la loi prévoit que si le tiers se dédit ou se retire dans une procédure normale type SDT normale ou SDT d'urgence, sur la base d'un certificat médical tu peux dire « écoutez, moi je ne suis pas d'accord, franchement, monsieur Untel, il lui faut absolument des soins » et dans ce cas là, c'est le directeur qui se prononce et qui peut aller contre l'avis de la famille. Ce qui à mon avis est une bonne chose parce qu'il y a des situations où les familles sont en grande difficulté ou même en trouble psychiatrique ou en proie à des formes de chantage et ça empêchait les soins. Car de temps en temps on faisait sortir des gens dans des états pas possibles parce que tu n'avais pas de quoi faire une HO. Donc ça c'était vraiment compliqué.

- *Donc pour ça, la loi aide.*

- Donc pour ça c'est aidant. Mais le péril imminent normalement c'est pas pour ça. C'est pour les indigents pour qui on n'arrive pas à trouver un tiers.

- *Les gens isolés…*

- Les gens isolés, voila. Donc ça déjà, à mon avis il y a un mauvais pli qui est en train d'être pris sur ces procédures là.

- *Hum hum.*

- Je pense que ça aurait été plus simple de faire… Alors après, sur le plan sémantique, entre péril imminent et procédure d'urgence pour risque à l'intégrité physique du patient, si je ne dis pas de bêtise, quelle est la différence ? Alors moi j'ai posé la question au JLD et il me disait que c'était : péril imminent ça veut dire que le patient va se mettre en danger, à l'évidence, dans les heures qui suivent ou dans les jours qui suivent ; procédure d'urgence pour risque à l'intégrité… c'est vraiment immédiat. Voila. C'est un critère de temps. Bon…

- *Oui, c'est quand même subtil.*

- C'est quand même très subtil. A partir de quand tu vas passer d'un coté à l'autre ? Bon après il y a le système de péril imminent avec un seul certificat, mais il peut être extérieur.

- *Oui d'ailleurs, un seul certificat mais d'un médecin extérieur à l'établissement, qui peut être n'importe quel médecin, pas forcement un psychiatre. Qui peut être un généraliste. Que pensez-vous du fait que ce ne soit pas forcement un psychiatre ?*

- Pour moi ça ne pose pas de problème, il y a tellement de psychiatres qui vont intervenir après que franchement…

- *OK… Et par rapport aux droits du patient, le péril imminent vous semble poser soucis ?*

- Le flou qui fait que le directeur doit à tout prix trouver un tiers, normalement « à tout prix » ça veut dire qu'il doit effectivement le faire. Est-ce qu'ils vont vraiment le faire, ça j'en doute pas vraiment… euh, j'en suis pas certain.

- *D'accord.*

- Avec le risque de pas trouver de tiers. Moi j'avais un exemple de patient en HO à Saint Egrève, où il y avait marqué clairement qu'il était en HO parce qu'on n'avait pas de famille… enfin au bout de 3 mois c'est quand même hallucinant ! Là, pour le coup, pour ces patients là, au moins ils sont en SDT et pas en SDRE, c'est quand même plus simple.

- *Oui, ça évite de passer par le SDRE.*

- Donc je pense qu'il y a tellement de personnes autour… faut voir que les périls imminents, les SDT d'urgence… les patients sont revus tous les 6 mois. Mais tous les 3 mois, leur dossier sera examiné par la Commission Départementale des Soins Psychiatriques, obligatoirement. Donc il y a des systèmes qui viennent un peu surveiller ça.

- *OK…* ***Donc ma dernière partie, c'est sur les soins ambulatoires sous contrainte. Qu'en pensez-vous déjà de manière générale ?***

- Alors je pense que c'est une très bonne chose parce que ça règle en fait le problème des sorties d'essai qui étaient foireuses. Là, c'est des soins ambulatoires sous contrainte mais qui permettent quand même de baliser un peu les choses, on dit ce qu'on fait, à quel rythme…

- *Au patient ?*

- Au patient. Il y a un protocole de soin, je pense que ça règle cette question.

- *Oui.*

- Après dans la pratique j'en n'ai pas l'expérience donc je ne peux pas t'en parler. De savoir si effectivement ça marche... Je pense que ça marchera aussi bien que les soins sous contrainte en sortie d'essai, à part que ce sera plus simple à mettre en place et plus clairement explicité au patient. La seule chose qui, moi, me pose problème par rapport aux soins sous contrainte ambulatoire, c'est qu'on a sorti ça de l'obligation d'audition auprès du JLD tous les 6 mois, voir même de contrôle par la CDSP, et quelque part… Alors, certes, on ne les restreint pas dans leur liberté d'aller et venue, quoique… Est-ce qu'ils ont le droit de quitter le département alors qu'ils sont en soins ambulatoires sous contrainte ? La question elle peut se poser. Normalement quand

tu es en HDT tu ne peux pas sortir du département. Et en même temps, qu'on t'oblige ou qu'on m'oblige à prendre un traitement si je ne suis pas d'accord, même si c'est pour mon bien je veux dire, c'est quand même une restriction de ma liberté. C'est peut-être pas ma liberté d'aller et venir mais c'est quand même ma liberté. Donc je ne vois pas pourquoi ça ne tombe pas sous le coup d'une audience systématique tous les 6 mois.

- *Donc ce n'est pas tant le fait qu'on impose des soins, c'est le fait qu'on les impose sans qu'il y ait de contrôle alors que…*

- Oui. Bon j'imagine bien que c'est aussi parce qu'on ne peut pas rajouter du boulot aux JLD, ça je l'entends tout à fait, mais je ne comprends pas bien la logique. Je trouve que c'est un petit peu contradictoire par rapport à l'esprit de cette loi qui est très « protection des patients ». Bon le volet « protection de la société » est évidemment plus critiquable. Mais à coté de ça, pour la protection des patients, qui pour le coup, est à mon avis l'aspect positif de cette loi, je trouve que c'est un petit peu dommage que ça ne fasse pas l'objet d'une visite systématique tous les six mois ou tous les ans auprès du JLD. Je ne comprends pas la logique.

- *D'accord.*

- Après, les soins sous contrainte obligatoires, on l'a toujours fait. Il y a clairement des patients pour lesquels, si tu n'es pas dans un soin ambulatoire sous contrainte, je pense, peut-être à tord, mais je pense qu'effectivement leur prise en charge ne se fait pas correctement. Parce que les patients ne sont pas en mesure de demander dans le temps des soins et donc, pour ces patients là, je pense que c'est une bonne chose. Le fait d'être en HO et ensuite en sortie d'essai d'HO, les patients prenaient leur traitement, ils entendaient cette réalité, que sinon il y avait, entre guillemets, la menace d'une ré hospitalisation avec le préfet…

- *Donc les soins ambulatoires sous contrainte formalisent les choses.*

- Ça formalise les choses et dans un truc moins compliqué que de devoir dire « le patient est très en danger pour lui ou pour les autres donc je maintiens l'HO, mais je le mets en sortie d'essai ». Ça c'est pas logique.

- *Et puis ça n'allait pas au niveau des textes parce qu'on parlait de sorties d'essai alors que l'hospitalisation sous contrainte était justifiée par des soins immédiats assortis d'une surveillance constante…*

- Voila, donc tu dis : sortie d'essai mais pourquoi ? Ça ne marche pas. C'est aussi pour ça que la logique de la permission maximum de douze heures est… logique. Maintenant pour les patients, ce ne doit pas être très simple parque que quand ils ont pris, entre guillemets, des habitudes et qu'ils voient que c'est plus possible, c'est pas très simple. Mais à coté de ça, tu ne peux pas dire qu'il a besoin d'une surveillance constante et puis tu le laisses partir pendant 3 jours, une semaine… comme ça…

- *Et ils sortent moins du coup ?*

- Oui. L'idée de la loi est aussi de limiter la durée des hospitalisations sous contrainte en milieu psychiatrique. Dès que tu as plein de certificats à faire, dès que tu sais que tu vas devoir mobiliser une équipe pour aller chez le JLD…

- *Oui, en effet, vous devez déplacer les patients…*

- Oui, c'est quand même beaucoup plus compliqué. Ça fait un accompagnement supplémentaire et quand tu as beaucoup de patients sous contrainte, ça fait vite des heures et des heures de soignants perdues.

- *Et il vous faut un transport ?*

- Et nous il nous faut un transport. Eh bien c'est au détriment des soins sur le CMP.

- *D'accord.*

- Nous, ça ne peut pas être en intra parce qu'en intra il y a déjà pas assez de soignants, donc forcement ce sera reporté sur l'extra. Ça veut dire qu'il y a des soins sur l'extra qui se font plus.

- *D'accord donc peut-être qu'il aurait fallu des moyens pour mettre en œuvre cette loi ?*

- C'est vrai du coté juridique, c'est vrai du coté des soignants, parce que pour le coup c'est vraiment… chronophage, au niveau médical, infirmier, aide-soignant, pour les accompagnements, puis ça a des effets pour les patients, je pense, qui ne sont pas forcement très simples. Mais bon je suis assez curieux de voir, après une année d'exercice de cette loi, quel va être l'impact sur la durée des hospitalisations. Je pense que ça va être phénoménal !

- *Ça va diminuer leur durée ? C'est plutôt positif ou négatif ?*

- Moi je pense que c'est positif. Enfin j'imagine pas que les collègues vont lever les HDT alors que le patient est encore très mal. Par contre, pour l'avoir fait aussi, je pense que, de temps en temps, tu es plus tenté de dire « bon allez, on va le garder en HDT encore un peu sous le coude » parce que c'est toujours plus simple de faire ça que de remettre en place une HDT.

- *Alors qu'avec cette loi ?*

- Ah je pense qu'il doit y avoir beaucoup d'HDT qui sont levées : avant qu'il y ait la visite chez le JLD, parce qu'on sait que ça va être compliqué. Je pense. Après on verra, peut-être qu'il y aura des effets de seuil : après la huitaine ça va baisser, puis une fois que tu as passé la quinzaine de toute manière tu es tranquille pour 6 mois, puis après au sixième mois. Alors peut-être qu'il faudrait des contrôles plus réguliers mais bon après, il faut les

moyens de les amener au tribunal, faire les accompagnements.
- *Oui, c'est pas facile.*
- Ce serait plus simple que les JLD puissent venir dans les services parce du coup, là, on pourrait imaginer des visites plus régulières. Après il faut leur donner les moyens.
- *C'est vrai que pour les JLD ça multiplie leur temps de travail…*
- C'est impressionnant, parce que ça vient en plus de leur boulot de JLD, donc ils ont vraiment beaucoup de travail !
- *Sur les soins sous contrainte, alors je ne sais pas si vous pouvez me dire, mais par rapport au programme de soins : qu'en pensez-vous ?*
- C'est encore un petit peu flou parce que, par exemple, concernant les hospitalisations séquentielles, les choses ne sont pas très claires. Je sais qu'à Saint Egrève ils ont décidé de le faire. De mettre en place, je sais pas, une fois par mois trois jours d'hospitalisation pour tel ou tel patient. Ce qui est une pratique thérapeutique qui est cohérente. Alors si ça dure plus de 15 jours, ça veut dire qu'il faut revoir le JLD…
- *Quand le patient revient en hospitalisation complète…*
- Oui, une séquence d'hospitalisation de plus de 15 jours. Donc en fait tu refais ton certificat de situation quand le patient va être réintégré, et ensuite tu vas faire le huitaine avec l'avis conjoint, tu fais pas le 24h et le 72h. Ça c'est les réintégrations. Donc à partir de quand, quand dans le programme de soins il y a 2, 3, 4 jours d'hospitalisation… ce n'est pas de la réintégration vraiment.
- *Ce point n'a pas été formalisé de manière claire dans la loi.*
- Non, il y encore des choses à voir mais je pense que c'est la jurisprudence qui va sortir.
- *Oui, ça a déjà été un peu modifié avec les circulaires et les décrets qui ont précisé les choses.*
- Oui, comme par exemple la SDRE sur notoriété publique, qui n'existe plus.
- *... Donc il y a des choses qui changent et qui vont changer encore.*
- Et c'est plutôt bien, parce que qu'est-ce qui justifie, quand un maire prend un arrêté d'HO sur notoriété publique, que le patient n'ait pas vu de médecin ? Ou alors tu fais un avis médical en disant « je ne peux pas approcher le patient, à l'évidence cette histoire évoque une paranoïa, il est très dangereux, il faut une observation médicale pour qu'on évalue ». Il y aura de toute manière un certificat médical fait par un médecin extérieur pour l'arrêté d'HO préfectoral. Donc un examen sera fait. Là tu es dans un truc où tu ne peux faire qu'un avis. Mais il y a un médecin qui s'est penché sur la situation. Donc voila, maintenant, ça ne peut être que comme ça. Donc c'est bien.
- *Hum… J'avais encore une question : est-ce que vous associez la notion de contrat à la notion de soins ambulatoires sous contrainte ?*
- Oui, je pense oui. Oui, enfin, encore une fois je n'en ai pas l'expérience, mais je pense que c'est sous cette forme d'un contrat qu'à mon avis ça peut être un levier thérapeutique, qu'on peut s'en servir. C'est-à-dire, le contrat, c'est effectivement « vous venez toutes les semaines faire votre injection, préparer votre pilulier, voir l'infirmière, tous les mois voir le médecin » je ne sais pas, après effectivement tu fais ça au fur et à mesure et au cas par cas, mais je pense que c'est ça qui est intéressant. C'est de le faire sous la forme d'un contrat et pas uniquement une obligation. Bon c'est une obligation. Le résultat c'est que c'est une obligation et qu'on a des comptes à rendre au JLD… enfin au préfet, à l'ARS…
- ***Bon… Et avez-vous quelque chose à ajouter sur des points soit difficiles soit intéressants de cette loi ?***
- Eh bien ce qui est embêtant… enfin embêtant… enfin. C'est plus le coté collège pour les patients qui sortent d'UMD. Ça stigmatise quand même beaucoup je trouve.
- *Parce que du coup on est obligé de les repérer ? Concrètement ça donne quoi ?*
- Ça veut dire, quand même, que concrètement, tous les patients qui sont passés dans les dix années précédant l'hospitalisation par une UMD, ça peut pas être un médecin qui rédige le certificat mais un collège qui va lever la SDRE.
- *Mais ça veut dire que vous épluchez les dossiers de tous les patients pour voir s'ils n'ont pas fait d'UMD ?*
- Oui, ça veut dire que c'est sur du déclaratif, si on ne le sait pas et que ce n'est pas marqué dans le dossier pour une raison ou une autre… Est-ce qu'il ne va pas y a voir une dérive de ficher les UMD ?
- *D'accord*
- … et les patients qui seraient passés par là.
- *Pour pas passer à coté.*
- Oui. C'est un peu ça qui me pose problème.
- *C'est-à-dire le risque qu'on soit obligé de faire une traçabilité des patients UMD pour ne pas passer à coté parce que, si on n'a pas vu le patient au moment où il est parti en UMD, on peut ne pas l'avoir dans le dossier… c'est ça ?*
- Ben oui, si ce n'est pas marqué, que personne t'as dit qu'il était passé en UMD, et que le patient te le dis pas même si tu pose la question… c'est une dérive possible… Après, qu'il y ait des collèges pour les hospitalisations longue je trouve ça bien… Non, c'est aussi la lourdeur de la loi qui pose

problème… L'esprit, à part cette question sur les UMD, l'esprit je trouve que ce n'est pas trop mal, plutôt intéressant. Ça a été fait au mauvais moment, sans moyens, la mise en place est très compliquée, très lourde. Il y a des choses à améliorer, surtout sur le calendrier et le nombre de certificats. L'esprit global de la loi est plutôt pas mal si ça dérive pas sur un coté hyper sécuritaire pour tout… Après il y a la mise en œuvre et le rapport avec le JLD qui n'est pas très simple, avec des situations… qui visiblement sont très compliquées, avec des JLD parfois qui lèvent des hospitalisations sous contrainte, des JLD qui vont décider de demander une expertise alors que tous les médecins ont été dans le même sens… c'est très étonnant. Des JLD qui vont dire « oh ben vous avez pas l'air si malade que ça »… Je veux dire… ce n'est pas leur boulot pour le coup !

- *C'est la question de la place du JLD au niveau de la prise en charge du patient finalement ?*

- Hum… La dernière fois on s'est retrouvé avec une patiente qui du coup, devait sortir, on nous a dit « elle est possiblement sortante » parce que le JLD levait la procédure. Finalement elle est passée en HL ça s'est passé assez bien mais Dr B. disait lors d'une réunion avec un JLD « si la patiente, je pense qu'elle va se mettre sous le train en sortant, qu'est-ce que je fais ? Je ne peux pas la laisser sortir ! » et le juge a répondu, sa logique c'est : « mais qu'est-ce que vous croyez, nous des criminels on en fait sortir tous les jours parce qu'on n'a pas de preuves ! C'est comme ça ». Alors je pense que c'est pas tout à fait superposable, parce qu'ils font sortir des gens parce qu'ils n'ont pas de preuves, voila, soit ils ont des bons avocats soit il n'y a pas assez de preuves et tu peux pas montrer la culpabilité donc dans le doute c'est la liberté qui prévaut. Nous, c'est pas tout à fait ça. C'est qu'effectivement il y a peut-être eu des certificats mal rédigés…

- *Oui, on lève les mesures plutôt à cause de vices de forme.*

- Oui c'est souvent ça. Mais ça, vice de forme, c'est à nous de respecter la forme. Par rapport au contenu, dans le doute, je pense que c'est au JLD de demander une expertise, et du coup on garde le patient sous le coude, entre guillemets, pour le protéger. Si le patient il sort et qu'il se fout en l'air, nous, on a la responsabilité médicale de ne pas l'avoir protégé. Alors on peut remettre une autre mesure de contrainte aussitôt, mais ça veut dire que, 15 jours après, quand il va revoir le JLD, pour l'avocat… c'est du pain bénit ! Il pourra dire « attendez, décidemment le pauvre monsieur il est sacrément persécuté par l'institution psychiatrique ».

- *Donc pour les levées de mesures par le JLD c'est compliqué ensuite de revenir dessus.*

- Oui, normalement la mesure est… je crois que le terme c'est la mesure est « suspensive ». On ne revient pas dessus. Donc c'est compliqué…

- *Eh bien merci beaucoup.*

ENTRETIEN 6 (E6)

- En Italique : verbatim de l'enquêteur
- En gras : grands thèmes du guide d'entretien

- ***Mon premier point : que pensez-vous de l'intervention systématique du JLD à 15 jours d'hospitalisation sous contrainte ?***
- D'emblée, moi j'ai peu d'expérience finalement, mais j'en ai eu quand même, surtout par le biais du secteur. Du coup, déjà en pratique, c'est compliqué. Enfin je veux dire ça mobilise effectivement les équipes soignantes.
- *Pour les trajets ?*
- Pour au moins organiser les trajets… donc il y a déjà ça…
- *Parce que ça prend des gens sur le secteur si j'ai bien compris.*
- Voila, ça prend deux infirmiers par accompagnement, du secteur.
- *D'accord.*
- Donc ça mobilise quand même beaucoup, plus le transport en lui-même… enfin… et en fait il y a que deux journées, si j'ai tout compris, il y a que deux journées d'audience.
- *Hum hum.*
- Le mardi et le jeudi, donc c'est tout concentré là-dessus, le CMP est quasiment mobilisé pour ça.
- *Oui.*
- Donc c'est assez couteux… Après sur la perception du patient, nous on a plutôt des patients qui… comment dire… ce n'est pas non plus les patients délirants, en chambre d'isolement… enfin ceux-là déjà ils ne sont pas auditionnés… mais il y a toujours une perception… comment dire, soit qu'on va les juger eux…
- *Donc une certaine confusion ?*
- Eh bien une confusion totale de cette intervention du JLD dans cette affaire.
- *Parce qu'ils se sentent coupables ?*
- Alors, soit ils sont jugés eux, soit on est jugé nous, enfin tu vois un peu la confusion. On sait aussi quand ils peuvent être dans quelque chose de très revendicatif vis-à-vis de la contrainte, ben là du coup ça donne un levier où le juge viendrait juger ce qu'on fait nous… enfin tu vois, c'est toujours un peu compliqué à manier je trouve. Et en positif, pour l'instant j'ai pas tellement de points positifs sur cette intervention, d'autant plus que, en pratique aussi pour les juges, ce n'est pas évident non plus. Puisque si on n'a pas cette date d'audience, la contrainte est caduque. Et c'est arrivé qu'on n'ait pas de date d'audience, et que du coup, de fait, la contrainte est caduque quoi.
- *Donc il y a une main levée parce que…*
- Parce que le juge n'a pas eu la possibilité de le recevoir en personne.
- *D'accord… oui… Et par rapport au respect de la liberté des patients, vous pensez que ça intervient dans ce sens ou pas forcement ?*
- C'est vrai qu'initialement c'était ça le truc. Après la question c'est plus vis-à-vis des juges. Sur quoi ils se basent finalement dans cette intervention là ? Si effectivement ils se basent sur les certificats médicaux, voila… mais après c'est vraiment l'intrication que je trouve difficile à gérer, l'intrication du soin et de la maladie avec une question juridique… Enfin tu vois c'est toujours un peu compliqué. Alors dans la liberté du patient, en tout cas, sur cette loi, là je fais de la digression, ce qui est intéressant c'est plus qu'effectivement il y ait, pour des contraintes qui durent depuis très longtemps, un collège qui soit interpelé. Qu'il y ait un questionnement, du coup ça… Sur l'intervention du juge en lui-même je ne sais pas mais en tout cas, cette loi, elle pousse forcement à un questionnement plus approfondi sur le maintien de la contrainte ou pas, et sur les hospitalisations sous contrainte ou pas, et sur les soins sous contrainte ou pas. En tout cas ça nous oblige à nous ré évaluer plus régulièrement nous, sur le plan médical. Et aussi dans là… parce qu'on sait que sur la rédaction des certificats, des programmes de soin et tout ça, il faut qu'on soit beaucoup plus pointilleux. Donc c'est couteux en termes de temps mais finalement presque tant mieux…
- *On pourra encore revenir sur les certificats… Et que pensez-vous du fait que les audiences soient publiques ?*
- Alors je n'ai pas encore assisté à une audience. Mais tous mes patients qui ont eu des audiences, c'est pas des audiences publiques. Mais je trouve ça assez compliqué… ne serait-ce que sur le fait que c'est des patients et que, du coup, on est soumis normalement au secret médical. Pourquoi un patient sous contrainte pourrait être vu en audience par le juge de manière publique ? Enfin, je t'avouerais que je ne m'étais pas trop questionné là-dessus parce qu'il me semble que concrètement ça se met pas tellement en place mais, je dirais, sur le concept, je suis assez interpelée quand même. Qu'il y ait l'intervention du juge, certes, mais après, que ça puisse être public, pour le respect du patient, je ne trouve pas ça forcement…
- *D'accord… Après en fait c'est le juge et les médecins qui décident si l'audience peut se faire à huit clos.*
- Oui, on peut poser ça…
- ***On va passer au deuxième point, donc comment percevez-vous la période initiale de 72 heures en hospitalisation complète ?***

- Alors ça c'est dur à dire parce que sur le secteur j'ai plutôt que des vieilles SDT.
- *D'accord. Déjà, c'est au cours de cette période qu'on a une augmentation du nombre de certificats, donc…*
- Oui oui ! En tout cas on est rarement assez nombreux, on trouve difficilement assez de médecins pour faire tous ces certificats. Alors s'il y a un certificat qui tombe sur un week-end… enfin là je parle de trucs très pragmatiques.
- *Oui oui.*
- Enfin je veux dire, le nombre de fois où on s'est retrouvé coincé pour le week-end parce que, effectivement, ceux qui étaient d'astreinte le week-end avaient déjà fait l'initial…
- *Et vous faites comment du coup ?*
- Et du coup si le huitaine tombe le week-end il faut un avis conjoint en plus… non mais c'est l'enfer quoi ! Du coup, c'est compliqué par rapport à ça. Il faut anticiper vraiment qui fera quoi, il faut vraiment faire un calendrier quasiment pour savoir qui fait le 48h…
- *Donc ça prend du temps ou des gens.*
- Ah oui oui oui ! Là on a difficilement assez de médecins. En tous cas on est toujours obligé de maintenir le lien d'un service à l'autre pour pouvoir faire les certificats.
- *Oui. Et par rapport au fait qu'ils soient relus par le juge, par le patient, c'est un peu ce que vous me disiez déjà toute à l'heure, que ça oblige à une certaine rigueur ?*
- Oui, voila, je pense que ça, par contre, ça nous oblige au moins à beaucoup argumenter.
- *Oui ? ça a changé votre façon de rédiger les certificats ?*
- Oui. Peut-être que c'est l'effet aussi « nouvelle loi » je ne sais pas. Mais en tout cas on fait des certificats détaillés, plus argumentés. Parce que le but c'est pas non plus d'y mettre trop d'éléments cliniques, mais en tout cas d'être plus argumentés.
- *Parce que ça va être relu donc par le juge, et que ça va être relu au patient aussi ?*
- Les deux.
- *Et que pensez-vous du fait que les patients doivent rencontrer trois médecins différents au moins dans cette période initiale ?*
- Je pense que… enfin là je prends l'exemple d'un patient que j'ai eu là, et je pense que je lui ai expliqué. Parce qu'en plus on est dans un devoir d'informer beaucoup le patient, la famille… Enfin c'est aussi… il y a aussi tout ce devoir d'information, qui en soit n'est pas une mauvaise chose… Mais ça met les patients dans une confusion ! Ils ne comprennent plus rien ! Qui intervient pourquoi ? On leur parle de juge, il y a 3 médecins qui viennent les voir… Enfin moi je sais que les patients à qui je l'ai expliqué, je leur ai expliqué 40 fois hein…
- *Parce du coup, c'est quoi qui est confusionnant ?*
- Ben ce que je disais toute à l'heure : le juge « mais qu'est-ce que j'ai fait de mal ? » ou le juge « Ben tant mieux je vais lui dire mes 4 vérités sur cette hospitalisation c'est n'importe quoi » et il voit trois médecins différents « mais vous êtes qui ? pourquoi ? » ça ajoute de la confusion. En plus nous on ré explique à chaque fois. Bon c'est pas plus mal mais en tout cas il y a énormément de confusion dans tout ça. Et encore, moi je te dis, je n'ai pas les pires patients. Je n'imagine même pas un patient en chambre d'isolement, complètement délirant, ce qu'il peut percevoir de ça… mais bon…
- *Et du coup, c'est peut être difficile de répondre mais est-ce que vous pensez que cette période de 72 heures peut aider à une prise de décision ?*
- La période d'observation ?
- *Oui, la période d'hospitalisation initiale en hospitalisation complète, où après, soit on fait des soins ambulatoires sous contrainte, soit on…*
- Oui oui… après c'est juste que, par rapport à ce qui se faisait avant, c'est juste que ça empêche d'initier une contrainte sans hospitalisation… en tout cas voila, forcement 72 heures, tu as un temps d'observation qui te permets, après concrètement, je sais pas si, sur des mises en place de SDT, je sais pas s'il y a eu beaucoup de sorties à 72 heures…
- *Ça ne change pas vraiment d'avant en fait ?*
- Ben oui, à part qu'avant… sur les CMP… enfin j'ai peu travaillé avant sur les CMP… on pouvait initier une contrainte en ambulatoire pour des patients peu compliants aux soins, ce qu'on ne peut plus faire maintenant. Mais je dirais concrètement, c'est juste qu'effectivement ça multiplie beaucoup les certificats, mais je veux dire en pratique, si tu mets une SDT sur un épisode aigu, voila, au bout de 3 jours tu as eu ton évaluation clinique… de toute façon on la faisait déjà avant sans avoir besoin de tous ces certificats.
- *Hum oui.*
- Et voila quoi… sur la décision en tant que telle, non, je pense que ça se passait déjà auparavant sans qu'on ait besoin de produire autant de certificats…
- *OK.* ***La suite c'est à propos du péril imminent : qu'apporte cette nouvelle possibilité d'hospitalisation pour péril imminent ?***
- Peut-être que tu peux m'en dire plus parce que je n'ai pas saisi les deux… enfin j'ai saisi qu'il y avait besoin d'un seul certificat et pas de tiers.
- *Voila, c'est ça. Le péril imminent c'est un certificat par un médecin extérieur, n'importe quel médecin et pas de tiers… pour les patients en danger et isolés. Et la SDT d'urgence, c'est un*

certificat et un tiers… c'est l'ancienne HDT pour péril imminent.
- Mais je veux dire après, sur la mise en place du truc, OK, mais qu'est-ce que ça génère après derrière ?
- *Le directeur est dans l'obligation de tout faire pour informer la famille dans les 24 heures. Mais le but n'est pas de recueillir le tiers, le but c'est juste d'informer la famille. Qu'en pensez-vous, est-ce que ça peut aider dans certaines situations ? En CMP par exemple ?*
- C'est à double tranchant. Effectivement, c'est vrai que ça peut peut-être éviter certaines HO, entre guillemets, ou SDRE abusives, enfin abusives… qui ont été probablement mises en place à certains moments pour des patients qui étaient très isolés et pour lesquels on n'avait pas tellement d'autre solution. Ou de solliciter, ce qui pouvait se faire, des tiers qui étaient des tiers assez éloignés, ou qui étaient pour certaines personnes, peut-être en difficulté… Donc je pense que de ce coté là ça peut être assez intéressant. Péril imminent en tant que tel, c'est-à-dire, oui, quand tu es en CMP avec un patient agité, et qu'en faisant un certificat tu peux faire ton hospitalisation, ça je pense que ça nous déleste pas mal. Je ne sais pas si ça a été beaucoup utilisé finalement jusqu'à maintenant, mais ça peut dénouer certaines situations assez compliquées. Après, bon, comme tout outil, est-ce que ce sera utilisé avec…
- *Contre les droits du patient ?*
- Oui ou enfin… comme finalement pouvait être utilisée l'HO avant : des gens des fois dans des institutions, on n'en veut plus, on les met en HO, comme ça l'hôpital psychiatrique est obligé de les prendre.
- *Ah oui, pour placer un peu des gens.*
- Oui pour placer… bon après voila, je fais peut-être un scénario un peu catastrophe mais… Mais non non, je pense qu'en tous cas ça peut être un outil intéressant s'il est utilisé à bon escient, ça peut dénouer des situations compliquées.
- *Et par rapport au fait que le médecin qui peut faire le certificat ce soit n'importe quel médecin, pas forcement un psychiatre ?*
- Pareil, ça revient finalement à l'HO qui pouvait être faite, après ça déclenchait un avis du préfet mais… Ben voila, c'est pareil, c'est un outil, mais il y a plein de choses qui font que ça peut être utilisé des fois un peu à tord et à travers et de manière peut-être un peu abusive. Pas forcement dans une mauvaise intention… mais de manière abusive pour placer un patient qui n'est peut-être même pas forcement psychiatrique mais qui a des troubles du comportement majeurs…
- ***OK… Et ensuite le quatrième point : que pensez-vous des soins ambulatoires sous contrainte ?***
- Je dirais, pour le patient ça change pas grand-chose… non mais je dirais, ça ne change que pour nous la nouvelle loi. C'est juste qu'on est obligé de faire plus de paperasses pour ça !
- *Parce que vous parlez de la sortie d'essai longue durée ?*
- Voila, sortie d'essai longue durée, programme de soins…
- *Et vous pensez quoi du programme de soins du coup ?*
- Eh bien le programme de soins, je le fais mais je t'avouerais que… il est destiné à qui d'ailleurs ce programme de soins ? Enfin je sais pas, il est adressé à qui ce programme de soins qu'on produit ?
- *… C'est dans le dossier. En cas de SDRE les préfets l'ont aussi… Vous n'y associez pas forcement la notion de contrat ? Quand vous le faite, vous le faite dans quelles dispositions avec le patient ?*
- Ben c'est plus des programmes de soins qui durent au CMP… Pour l'instant j'ai pas eu de patients pour qui j'ai pu utiliser ça… Alors la contrainte en elle-même fait office de cadre comme on faisait avant. Et ça on est assez d'accord là-dessus, ça apporte pas tellement plus de chose. Le programme de soins en tant que contrat… Bon, c'est toujours des patients avec qui l'adhésion est assez fragile et je dirais que c'est presque que la contrainte en elle-même qui marche. J'ai jamais eu de patient avec qui finalement il y a un lien autour du programme de soins…
- *D'accord.*
- Bon après, ça peut s'utiliser avec certains patients peut-être mais pour les patients que j'ai ça ne m'a pas été d'une grande utilité. On va dire que c'est souvent des patients psychotiques donc c'est : soit tu arrives à générer le transfert massif du psychotique, et voila, les choses peuvent filer comme ça, et je veux dire la SDT elle est là pour t'aider dans ce cadre là, dans le cadre de quelque chose qui a pu être instauré quand même avec le patient psychotique. Ou alors c'est vraiment juste… bon le terme de carotte c'est pas génial mais… c'est plus le terme de la contrainte en elle-même qui fait office et pas dans l'investissement de quoi que ce soit. Donc je trouve que le programme de soins, pour l'instant ne sert pas bien à grand-chose, en tout cas auprès du patient. Peut-être que, pareil, ça peut être un outil pour nous aussi, de formaliser un petit peu pourquoi on met la contrainte et qu'est-ce qu'on veut en faire, donc ça peut être aussi un outil pour nous… de se forcer à réfléchir à ça et qu'est-ce qu'on fait autour de ça. Moi je dirais, programme de soins c'est pas quelque chose qui m'embête plus que ça… bon ça

fait de la production de papiers en plus… et encore on n'est pas obligé de le refaire si souvent que ça… donc voila… ça peut être utilisé à différentes fins… que ce soit pour nous… ou peut-être avec le patient… pour l'instant j'ai pas eu cette occasion là.
- *D'accord… OK…Du coup il y a une réglementation des sorties de plus de 12 heures, mais les sorties de moins de 12 heures doivent être systématiquement accompagnées quand elles ne rentrent pas dans un soin ambulatoire sous contrainte. Qu'en pensez-vous ?*
- Pareil… c'est pas facile !
- *Ça a quel effet ?*
- Ben, c'est pas facile à organiser. Pareil ça peut mobiliser du CMP, des soignants, s'il y a vraiment un accompagnement obligatoire à faire, voila ça peut aussi mobiliser du soignant. Et d'ailleurs, toi qui est spécialiste de la loi, j'ai eu deux échos différents de Saint Egrève et d'ici sur les sorties de plus de 12 heures, comment ça peut se formaliser ? Ici ça ne se pratique pas plus que ça je crois. Mais est-ce qu'il y a quelque chose qui permet de formaliser les sorties de plus de 12 heures ?
- *Du coup, il y a eu des changements mais en gros, ils disent qu'à partir du moment où le patient doit sortir plus de 12 heures, il faut établir un programme de soins dans le cadre d'un soin ambulatoire sous contrainte. Donc après, en gros ce qu'ils disent, c'est qu'on peut établir des mesures d'hospitalisations séquentielles, tant que l'hospitalisation n'est pas majoritaire dans la prise en charge du patient. Donc dans ce cas on fait des soins ambulatoires sous contrainte où le patient fait des allers-retours entre l'extérieur et l'hôpital. Parce que c'est pas compatible dans les textes, de dire qu'un patient peut sortir et qu'en même temps il a besoin de soins immédiats et d'une surveillance constante. Avec la condition que chaque fois qu'il est réintégré, il doit revoir le juge à 15 jours d'hospitalisation complète.*
- D'accord. Si en plus c'est stipulé dans ton programme de soins…
- *Non, si on arrête le programme de soins pour réintégrer le patient en hospitalisation complète.*
- Ah oui. Du coup c'est ce qui s'est passé. J'ai un patient qui a du revoir le juge effectivement. Tout repart de la huitaine de cette hospitalisation là pour les mensuels…
- *Oui.*
- D'accord donc on va dire qu'il n'y a pas moyen de formaliser pendant une hospitalisation, une sortie de plus de 12 heures dans tous les cas, et qui soit de 24h ou de 48 heures.
- *C'est n'est plus alors de l'hospitalisation sous contrainte, ça devient des soins ambulatoires sous contrainte.*
- Mais si l'hospitalisation est majoritaire, tu ne peux même pas.
- *Si, ponctuellement, exceptionnellement. Mais quand il revient, c'est une réintégration, et on refait toute la démarche.*
- D'accord … OK. Et donc ta question initiale c'était quoi ?
- *Eh bien que pensez-vous de ça ? Vous me disiez que c'était compliqué, au niveau des besoins humains.*
- Eh bien déjà que ce soit accompagné, voila… Enfin, après, bon je pense que sur les différents éléments on va toujours revenir au même truc de la mobilisation de l'équipe soignante éventuellement. On parlait de patients isolés, solliciter dans ce cadre là la famille, ce n'est pas toujours simple… euh. Voila, et puis effectivement, avant de faire une sortie définitive d'hospitalisation, de pas pouvoir avoir justement un recul suffisant sur un temps suffisamment long, un patient à l'extérieur pour pouvoir avoir une idée de son fonctionnement à l'extérieur aussi. Parce qu'on veut voir ça aussi dans le temps, c'est-à-dire qu'un patient qui est sous contrainte on estime qu'il est quand même dans un état aigu, et que là du coup, du jour au lendemain, il sort sous contrainte, peut-être en soins ambulatoires, ça veut dire qu'il n'a pas eu de sortie non accompagnée de plus de 12 heures avant sa sortie définitive. C'est toujours un peu… Donc après ça peut forcer aussi à aménager certaines modalités de soin ou développer un peu plus, en tout cas ici, ça développe plus l'hôpital de jour, l'hospitalisation de jour des choses comme ça…
- *Oui ?*
- Pour avoir un petit peu des temps de condition… Mais du coup on a plus tellement de transition entre l'hospitalisation complète et, entre le dedans et le dehors quoi. On n'a plus de marge de manœuvre, un sas finalement.
- *Oui. Et ça diminue les sorties des patients ? Enfin, est-ce que ça influe sur les sorties des patients par rapport à avant ?*
- Non. La question c'est plus : qu'est-ce qu'on met en place directement après la sortie ?
- *D'accord…*
- Et je pense qu'il y a, en tout cas, des soins ambulatoires plus resserrés qui sont en train de s'élaborer dans le cadre d'hospitalisations de jour, de choses comme ça.
- *Parce que l'hospitalisation de jour ça vous permet de les faire sortir moins de 12 heures ?*
- Ben du coup, comme ça il sort en soins ambulatoires avec, dans le programme de soins, des temps d'hospitalisation de jour.
- *D'accord … OK.*

- Enfin toi qui es spécialiste, je pense que c'est possible de le faire ?
- *Oui, bien sûr, du coup c'est ce que vous développez pour la sortie des patients ?*
- Oui, pour avoir un sas un peu de sortie finalement.
- *OK… Et les soins ambulatoires sous contrainte par rapport aux droits des patients, est-ce que vous pensez que ça a une influence ?*
- En mieux de ce qui était déjà ?
- *Ou en moins bien.*
- Ben en moins bien, non pas forcement. Comme je te dis après, si j'ai bien retenu, des réunions de collège autour d'une hospitalisation sous contrainte qui dure, c'est que pour quelqu'un qui reste hospitalisé en temps plein avec aucune sortie. Après sur des contraintes qui durent depuis très longtemps en soins ambulatoire est-ce qu'il y a quelque chose qui intervient à un moment donné ?
- *Non. Pas de visite du juge. Il y a au bout d'un an la visite du collège et de la CDSP, mais pas de saisine du juge à 6 mois et 1 an des soins sous contrainte. Si je ne me trompe pas. Il me semble que c'est ça.*
- Et sur le plan médical on est tenu de produire quelque chose ?
- *Non. Des programmes de soin quand ils sont modifiés.*
- Donc ils reprennent le dossier, c'est sur dossier en gros ?
- *Ils peuvent voir le patient, voir le dossier, voir l'évolution des programmes de soin. Et s'il y a des choses qui n'ont pas changé depuis des mois, demander une levée de la mesure mais…*
- Tout ça nous oblige à nous poser déjà un peu plus de questions. Après, chez des patients psychotiques chroniques, ça ne me choque pas s'il y a rien qui bouge en 6 mois…
- *Oui je comprends.*
- Donc bon, après, faut voir comment on travaille aussi avec les juges mais… s'il y a des choses, qu'un collège se réuni une fois par an, pour voir ce qui se passe, oui pourquoi pas, je pense que c'est pas mal parce que c'est possible qu'il y ait des choses qui valent le coup d'être pointées ou réfléchies ou repensée… voila. Ce n'est pas une mauvaise chose. Après c'est juste que… enfin, ce qui est plus compliqué c'est que sur des moments il y a des trucs qui sont levés parce qu'il y a pas l'audience ou des trucs qui sont levés sur avis du juge contre le certificat médical.
- ***Oui… Bon, du coup on a fait le tour des quatre points, est-ce qu'il y a des choses que vous auriez envie de rajouter, pas rapport à des points intéressants ou qui posent problème dans cette loi ? Est-ce qu'il y a des choses difficiles en pratique ?***
- Déjà il faut que j'arrive à la manier, enfin pour l'instant je ne la connais pas encore non plus très très bien… à choper des reflexes par rapport à ça, à me la réapproprier, sur tout ce que ça implique. Donc voila, pour l'instant, à part les contraintes pratiques que ça génère, la confusion pour le patient, et le point positif quand même, que ça nous force à avoir un regard un peu sur ce qu'on fait… sinon je n'ai pas tellement d'autres choses à ajouter. A la pratique on verra, j'ose espérer que ça peut déboucher quand même sur une discussion avec tous les JLD, enfin qu'on puisse échanger quand même autour de ça et qu'on puisse avoir des liens avec les JLD pour expliquer tout ce qu'on fait, eux qu'ils nous expliquent aussi ce qu'ils font, comment ils se placent… enfin moi, pour l'instant, j'envoie des patients au JLD, je ne sais pas ni quoi ni qu'est-ce… je ne sais pas ce qu'il attend, ce qu'il dit au patient, comment se passe l'audience. Bon ce serait de ma démarche personnelle de savoir comment ça se passe aussi mais…
- *Oui, donc plus de communication.*
- Bien oui, en tout cas pour que ça puisse tourner un minimum, je pense qu'il faudrait qu'il y ait vraiment une communication possible entre les psychiatres et les JLD.
- *D'accord, donc ça aurait été peut-être intéressant que cette communication soit formalisée dans la loi ?*
- Oui, peut être. En tout cas au moins des temps d'échange et de… qu'il y ait des points qui puissent être faits entre nous sur des temps formalisés : les difficultés, nous qu'est-ce qu'on attend, les choses qui tournent à peu près, vous vos critères c'est quoi…
- *Hum hum, d'accord, qu'est-ce qu'ils attendent des certificats…*
- Oui, et je pense qu'en plus les juges sont dans leurs propres difficultés aussi hein !
- *Hum hum. Je n'ai pas encore rencontré de juge mais je pense que c'est pas simple aussi pour eux…*
- Ne serait-ce que, pareil, sur le temps que ça doit leur prendre, et puis voila, ils sont quand même, je pense, un peu mis en face d'une problématique sur laquelle ils ne sont pas non plus très habitués.
- *Oui… leur rôle n'est pas facile à cerner, c'est ça ?*
- Oui. Voila, dans quelle mesure ils interviennent, qu'est-ce qu'ils ont à dire, c'est quoi leurs critères… Peut-être qu'ils se les sont auto-définis, eux, mais moi pour l'instant je ne sais pas ce qu'ils évaluent…
- *OK… Bon, merci beaucoup.*

ENTRETIEN 7 (E7)

En Italique : verbatim de l'enquêteur
En gras : grands thèmes du guide d'entretien

- ***Ma première question c'est : qu'est-ce que vous pensez de l'intervention systématique du juge des libertés et de la détention à 15 jours d'hospitalisation ?***
- Moi, je trouve qu'il y a deux points de vue contradictoires : d'un point de vue démocratique et des lois c'est ce qui se fait en Europe je crois…
- *Oui.*
- … un peu partout donc c'est normal. Voila, donc le principe est tout à fait normal. Après, la réalisation est extrêmement difficile à plusieurs niveaux.
- *Lesquels ?*
- Vous savez déjà le problème de l'endroit : ici pour le moment ça tient, c'est à l'hôpital. Bon moi je fais partie des médecins, enfin on est tous d'accord, c'est hors de question qu'ils aillent au tribunal.
- *Oui ?*
- Donc il y a ce premier point : l'endroit.
- Il y a quand même un deuxième point important, c'est l'expertise du juge, qui est nulle, quand même il faut bien le dire…
- *C'est-à-dire son rôle par rapport à la prise en charge ?*
- Voila. Et ici, alors c'est un principe démocratique qu'il mette son nez, mais le juge n'est pas omnipotent aussi…
- *Oui…*
- Si on voit d'un point de vue scientifique et clinique, c'est impossible, c'est pas une question… c'est une question professionnelle, c'est pas une question de qualité du juge si vous voulez, de qualité professionnelle des juges, c'est… je ne sais pas… si moi on me demande d'aller juger le moteur d'une voiture ou un truc, je suis incompétent. Un juge fait du droit… voila, donc… Ce qui fait qu'on a eu… en plus, on est vacciné à l'hôpital parce qu'en 2007, on a un juge des libertés qui levait systématiquement les HO. Des dizaines et des dizaines de cas !
- *Quand il y avait des recours c'est ça ?*
- Oui oui.
- *D'accord.*
- Et il y avait même une lettre type qui se faisait, que les malades se faisaient photocopier pour demander ça, et ils étaient tous là-bas et il levait systématiquement. Et il y a eu des cas très très dangereux de patients qui ont été, dont l'HO a été levée, qui se sont retrouvés dans la liberté, malgré l'avis des experts.
- *Ah oui ?*
- Même quand il y a eu des experts !
- *Mais là, avec cette loi, normalement, ça ne pourrait pas… enfin s'il y a un avis d'expert ou deux avis d'experts qui vont dans le sens de maintenir l'hospitalisation, le juge est sensé la maintenir.*
- Ben oui mais lui, par exemple ce juge… ce que je veux dire, c'est que c'est personne-dépendant.
- *D'accord.*
- Il ne respectait pas l'avis des experts. Et là on l'a déjà vu depuis la nouvelle loi puisque M. A. qui est quelqu'un qui aime beaucoup la psychiatrie, très compétent, qui s'intéresse à ça, et ça se passait très bien. Et d'après certains collègues, les autres juges, les nouveaux, ont déjà levé comme ça un peu au hasard, des mesures.
- *Sur des données plutôt cliniques ? Au lieu de s'en tenir aux faits juridiques, c'est ça ?*
- Voila, oui. Et puis voila, qu'ils se mêlent un peu de la clinique c'est… bon on peut le comprendre aussi, humainement. On leur demande là leur avis, quand vous donnez le pouvoir à quelqu'un il le prend.
- *Hum hum.*
- Donc là-dessus, ce n'est pas sûr que la compétence du juge, par sa fonction… ce n'est pas un psychiatre tout simplement… soit à la hauteur. Et si c'est quelqu'un de très très raisonnable qui reste à sa place, ça peut se passer la plupart du temps très bien. Si c'est quelqu'un des fois qui dérape un peu et qui… ça peut entrainer de gros problèmes.
- *Et dans ce qu'il dit au patient aussi ?*
- Voila, alors on a le cas là, c'est une anecdote, mais… d'une juge qui ne savait pas comment s'écrivait schizophrénie, alors bon c'est anecdotique mais quand même elle ne montrait pas de grandes connaissances en psychiatrie. Enfin vous êtes interne, vous savez très bien, pour moi la psychiatrie elle s'enseigne par l'articulation étroite entre la théorie et la pratique.
- *Hum hum.*
- Parce qu'un syndrome dissociatif, des symptômes négatifs, tout ça, vous lisez ça dans vos bouquins vous comprenez rien du tout. C'est très compliqué la psychiatrie. Donc ça demande un savoir faire, et si on veut s'en mêler sans avoir l'habitude ou l'expérience, qui est quasi expertale, on n'y arrive pas quoi, presque on peut tomber dans l'idéologie, ou l'affect, ou l'intuition… et c'est dramatique.
- *Oui oui.*
- Et on peut en plus… on sait très bien… qu'on a des patients qui peuvent être tout à fait normaux 5 minutes, 10 minutes.
- *Qui peuvent se tenir…*
- Au contraire très logiques même, et qui peuvent induire le juge. Donc là il y a une sorte de paradoxe entre cette nécessité démocratique et la réalité

des choses. Et puis le troisième volet c'était aussi, l'organisation des experts, même en tant que telle… de l'expertise… qui est difficile à mettre en place puisqu'on a très peu d'experts et que c'est très difficile. Ça serait la parade à ce genre de dérives justement, mais même cette parade est très difficile à organiser.
- *Pour des raisons matérielles du coup ?*
- Matérielles oui.
- *D'accord. Et est-ce vous avez des retours du vécu des patients en audience ?*
- Non, je n'en ai pas eu parce que moi, en intra, je ne suis pas de patient. Donc là-dessus je suis un peu coincé.
- *D'accord.*
- *Et est-ce que vous avez quelque chose à dire sur le fait que les audiences soient publiques ?*
- Ben il y a un problème de secret médial. Donc voila, c'est au nom de la grande démocratie, toujours pareil, de grandes idées, qui sont très bien en apparence, mais en théorie ça peut aussi poser des problèmes quoi. C'est pas sûr que quelqu'un qui fait une bouffée délirante ou un état maniaque par exemple… des gens qui ont à la limite… on en voit hein, qui ont des professions tout à fait établies, une famille, qui ont… et ça ne les protège pas quoi. Un des gros avantages qu'il y avait dans les lois de 90 et 38, l'internement, ce qui est très peu dit, c'est quand même que ça les protège aussi. Nous on a évité des drames… enfin vous êtes au courant, des drames au niveau social. Même au niveau passage à l'acte hein… éviter quand même les états maniaques… plus on les hospitalise tôt plus ils évitent de rouler à contre sens, à s'acheter trois bagnoles ou à casser la gueule ou plus à leur compagne ou leurs enfants… Donc on évite ça, et on évite aussi après que ce soit connu. Et ça, vous avez quelqu'un qui travaille, comme je vous dis, qui a un boulot, eh bien si c'est public ça se sait. Imaginez un ingénieur, un médecin, un ouvrier, une vendeuse… ça se sait qu'elle a fait un état maniaque et qu'elle était très mal, ça protège pas du tout son avenir hein, ça peut au contraire aggraver même… alors là je n'aime pas ce mot parce que c'est trop employé mais… la stigmatisation.
- *Oui parce que finalement c'est logique du point de vue juridique quand quelqu'un a eu une accusation, que ce soit rendu public, mais là il n'y a pas vraiment de faute donc…*
- Oui, c'est un peu une application un peu stu… pas stupide mais un peu formelle on va dire, des concepts juridiques. Et voila. Alors là, il y a aussi un coté très pervers qui se voit dans beaucoup d'autres domaines d'ailleurs, c'est ce coté justement transparence, démocratie, qui en réalité, quand on regarde de plus près, n'est pas si bénéfique pour les patients que ça. Et là-dessus il y a un gros problème, je trouve, pas rapport à ça.
- *OK.*
- Alors il y aussi le… je l'ai vu là, récemment, je n'y avais pas trop pensé mais je l'ai lu récemment dans un article, c'est une bonne remarque, que quinze jours c'est quand même long finalement. C'est long au sens que, si on pense que c'est fait pour des gens… des internements arbitraires, ça fait long quoi.
- *Hum hum, parce que ça voudrait dire quinze jours…*
- Eh oui, parce qu'il faut voir la mentalité… je ne sais pas l'idéologie, mais c'est une idéologie très sécuritaire probablement mais… l'idéologie qu'il y a là-dessous… à la limite il faudrait trois jours après, puis quinze jours, puis tout le temps presque. Si on applique le projet de transparence démocratique et de regarder vraiment, de contrôler les psychiatries… parce que l'idée qui est derrière, c'est quand même ça hein, c'est qu'on fait n'importe quoi… il faudrait, oui, trois jours, quinze jours, un mois et que je juge soit toujours derrière.
- *Oui oui…*
- Voilà, c'est ça l'idée qu'il y a derrière. Et en plus c'est nul comme idée parce que dans la pratique, comme vous le savez, si on a une critique à nous faire c'est plus l'externement arbitraire que l'internement arbitraire. Moi je n'en ai jamais vu d'internement arbitraire. Jamais. On est trop content, les psychiatres, comme vous allez le voir, de voir quelqu'un qui est à peu près stable ou qui a… Moi j'ai vu des HO pour des gens qui s'étaient soulés, des fêtes ou des choses comme ça… et on est trop content au bout de deux jours de leur dire « vous dégagez et vous reprenez votre boulot ». J'ai jamais vu, franchement, d'internement. Par contre le gros problème d'externement, ça on le voit presque tous les jours.
- *Oui, les gens qui sortent parce qu'il y a…*
- Parce qu'il n'y a pas de place, parce que soit on les prend pas, soit on les fait sortir trop vite, avec des vrais risques… c'est encore une fois à coté de la plaque quoi. On en voit beaucoup en ce moment.
- *Après il y en a qui disent que la loi diminue la marge de manœuvre pour les sorties.*
- Oui oui, c'est vrai…
- *Mais ça, ça peut, à la limite, limiter le problème des externements ?*
- Mais ça c'est après dans votre questionnaire ?
- *Non, on peut en parler maintenant.*
- Oui mais alors… le programme de soins c'est dans cette question ?
- *Non après…*
- *…*

- ***Alors mon deuxième point : comment percevez-vous la période initiale d'observation de 72 heures en hospitalisation complète ?***
- Moi, je trouve que c'est pas mal, c'était prévu depuis longtemps, l'APEX a été faite un peu comme ça à l'hôpital.
- *Ça permet quoi du coup ?*
- Ça permet de voir… ça existe quand même, comme je vous l'ai dit, des gens qui ont fait des absorptions éthyliques avec violences, ça existe des éclats, comme ça, des bouffées délirantes très courtes, ou des états très très courts, on en voit, et ces gens ils étaient hospitalisés justement, des fois, on mettait 15 jours pour les observer donc… je pense que quelqu'un qui se rétablit très vite on peut voir, c'est très bien que ce soit assez rapide.
- *Hum hum.*
- Pour moi ça correspond à une réalité clinique les 72 heures. Bon après il y a beaucoup de cas où ça dure des semaines, mais il y a quand même une réalité clinique de ces 72 heures.
- *OK. Et par rapport au nombre de certificats qu'on demande aux psychiatres à ce moment là ?*
- Ben je suis comme les autres, c'est la catastrophe. C'est la catastrophe. Moi j'en fais à peu près… c'est les secrétaires qui gèrent ça mais… c'est énorme, il faut des médecins différents, c'est extrêmement lourd.
- *Et par rapport au fait qu'ils soient relus par le juge, est-ce que ça change quelque chose ?*
- Ça a toujours été comme ça non ?
- *Ça pouvait être lu, mais maintenant c'est relu systématiquement.*
- C'est systématique oui. Ben c'est ce que je vous ai dit toute à l'heure… oui oui… ben après il y a beaucoup de discussions, les collègues ont dit le terme de dangerosité ça ne veut rien dire… vous savez en clinique…
- *Ça fait discuter des…*
- Ça fait discuter pas mal de chose, voila, la mécanique psychiatrique…
- *Et ça c'est plutôt intéressant du coup, enfin je ne sais pas ?*
- C'est bien uniquement s'il y a un vrai dialogue avec les juges et ça amène à la discussion sur le programme de soins. S'il y a un vrai dialogue avec les juges, ça va. Si après, c'est professionnels contre professionnels, avec des interprétations… déjà à l'intérieur de la psychiatrie on interprète et on n'est pas d'accord sur beaucoup de choses, alors si en plus des juristes se mettent là, des avocats en plus aussi, il faut penser aux avocats, alors là je peux vous dire ! Quand vous voyez, dans des affaires, moi j'avais vu une fois ici, il y a quelques années il y avait, sur une affaire d'HDT qui avait été contestée… et on n'a pas l'habitude des avocats spécialistes… et j'ai vu son rapport, c'était vingt ou trente pages, juste sur un internement comme ça arbitraire, par un juriste, ça fait peur.
- *Et il parlait de quoi ?*
- A ben tout est analysé, tout, la minute, si ça a été dit au patient ou pas dit, si la famille a été vue ou pas vue, si ça a été dit en temps, les certificats à la virgule près sont examinés, la date, enfin tout est examiné, il y avait entre vingt et trente pages ! Il y a quatre, cinq ans, c'était une jeune femme où la famille ou elle, je ne sais plus… a contesté l'HDT et c'était une avocate spécialisée là-dedans… et ça laisse songeur…
- *Donc le problème c'est que, là, c'est plus du conflit…*
- A ben si on a des avocats spécialisés qui attaquent chaque truc, là nous, il nous faudra aussi pareil, enfin ça sera du délire.
- *Ça ne fait pas vraiment avancer les soins quoi… Et qu'est-ce que vous pensez du fait que les patients, du coup, doivent rencontrer trois médecins différents ?*
- Là aussi c'est très délicat parce que d'abord on n'a pas les médecins disponibles en pratique.
- *Donc difficile au niveau des moyens pratiques.*
- Voila, ensuite je pense que c'est pénible pour le patient, ça le met dans une position difficile. C'est ce que je dis, c'est une sorte de défiance par rapport au psychiatre, voila, donc ça pose beaucoup de problèmes.
- *Une défiance parce qu'on remet en cause et qu'à chaque fois il faut qu'il y ait un contrôle ?*
- Oui voila, c'est ça.
- *D'accord.*
- Et puis c'est très traumatisant puisque moi, je vous ai dit, je n'ai jamais vu de cas d'internement arbitraire. Donc si on les voit vraiment, ce qu'on fait peu d'ailleurs en réalité parce qu'on essaye de protéger les malades, mais si on les voit vraiment comme il faut, trois médecins différents, une heure d'entretien, refaire toutes les techniques pour les faire délirer… je veux dire qu'à la fin, les pauvres ils sont encore plus persécutés, ils ont raison d'être persécutés après ! Parce que ça aussi en tant que psychiatre, quand on voit les gens, pour eux c'est dur de faire une démarche pour une simple dépression, parler de soi-même c'est très dur, pour ceux qui ont fait des psychanalyses… donc on est trois médecins, vous êtes en plein délire et trois médecins différents, ça a sûrement un effet déstructurant.
- *Ok.* ***Alors le troisième point : qu'apporte la nouvelle possibilité d'hospitalisation pour péril imminent ? …*** *Avec un seul certificat d'un médecin extérieur et puis pas de tiers.*
- Oui, ben moi, je pense que dans certains cas c'est positif parce qu'on avait beaucoup de problèmes

ou pas mal d'HO qui étaient faites parce que la famille, on ne trouvait pas la famille, ou pas de famille du tout. Donc là c'est assez positif, comme personnellement je n'ai jamais vu d'internement arbitraire, moi, je trouve que ça facilite plutôt les choses. Là aussi les juristes, et tout ça, ils disent que c'est pas contrôlé, c'est pas bien encadré, mais moi je ne crois pas du tout ça. Je crois que ça facilite les choses.

- *D'accord. Donc ça aide les patients plutôt que…*
- Ça aide plutôt les familles.
- *Oui… les familles… plutôt que d'aller à l'encontre de leurs droits quoi.*
- Voila, absolument.
- *D'accord, OK. Et le fait que ce soit un médecin extérieur qui ne soit pas forcement un psychiatre ça vous parait pertinent ou ?*
- Oui, ben il y a des problèmes comme avant, il y a toujours eu des problèmes par rapport aux certificats médicaux des médecins généralistes. Mais ça ne me parait pas plus un problème actuellement.
- *D'accord… oui, surtout qu'après il y a de nouveau des psychiatres qui revoient le patient.*
- Et comme on l'a dit toute à l'heure, voila, avec tous les certificats et tous les médecins qu'il voit, il y a beaucoup de protections pour faire sortir le patient très vite s'il y avait le moindre doute.
- *OK…* ***Et puis on arrive aux soins ambulatoires sous contrainte : qu'est-ce que vous en pensez ?***
- Ben moi je suis très favorable au projet de soins, parce qu'effectivement la psychiatrie quand même, on n'était pas assez rigoureux je pense là-dessus.
- *D'accord, sur les sorties d'essai du coup ?*
- Voila, sur les sorties d'essai et sur ce qu'on faisait aussi, il y a les deux choses, tant au niveau légal qu'au niveau clinique et donc je trouve que ça c'est très bien. Seul problème qui est énorme c'est qu'il faudrait que dans tous les hôpitaux on réfléchisse sur ce qu'est un programme de soins.
- *Oui ? Donc le contenu ?*
- Le contenu effectivement. Ce que demandent les juges. Parce qu'on met de l'approximatif quand même.
- *C'est-à-dire qu'est-ce qu'ils attendent dans le programme ?*
- Non, pas ce qu'ils veulent eux. Si vous voulez il y a des… moi je n'arrête pas de dire que l'HAS par exemple, ils ont fait un travail sur la schizophrénie en 2007, il y a… vous avez lu les préconisations pour la prévention de la violence ?
- *J'ai lu le dossier sur la schizophrénie.*
- Non, c'est cette année.
- *Non je ne l'ai pas lu.*
- Ah, eh bien il faut absolument le lire, c'est sorti en mars ou juillet. C'est indispensable parce qu'ils mettent exactement, au niveau clinique, c'est fait par des cliniciens, et ils sont très très intéressants. Donc l'HAS a fait un travail de prévention de la violence en psychiatrie, ils ont fait des dizaines de préconisations, pour savoir combien il faut faire d'entretiens, comment… c'est un travail très très intéressant, et donc nous… des gens qui sont avec sortie d'essai, on devrait mettre un programme de soins.
- *Et quel est le rapport avec… un programme de soins… par rapport à la prévention de la violence c'est… pouvez-vous expliciter ?*
- Par exemple, ils mettent quelles sont les attitudes à avoir, les signes, dans les prises en charge comment faire pour suivre les gens autant en intra qu'en extra hospitalier. Tout le suivi. Plus le document sur la schizophrénie, l'organisation des soins et tout. Donc tout ça c'est pour organiser le suivi en extra hospitalier. Quand c'est en programme de soins, c'est pour éviter une récidive, une rechute et des actes de violence quand même, faut bien dire les choses. Donc ce qui fait que nous, on est en mal à l'hôpital, pour définir cela parce qu'on n'a pas les outils indispensables pour mettre en place des vrais programmes de soin, selon les normes opposables de l'HAS. L'HAS c'est les normes opposables en cas de problème. Vous comprenez ?
- *D'accord, oui, donc pour des…*
- Par exemple les hôpitaux de jour qui sont marqué dans la loi je crois…
- *Oui ça fait partie des possibilités de soins ambulatoires sous contrainte.*
- Voila. Mais les hôpitaux de jour, quand on en parle à nos collègues des autres hôpitaux en France, ils sont toujours stupéfaits, et ça dure depuis toujours, puisqu'on est là depuis longtemps, on est un des seuls hôpitaux qui n'a pas d'hôpitaux de jour en France.
- *Hum…*
- Donc le manque de cet outil est extrêmement préjudiciable. On fait partir des gens… c'est des trucs de fou quoi, des gens extrêmement malades, ou même stabilisés mais avec un potentiel… avec une surveillance demandée par la société, le juge et tout le monde, et on les fait sortir avec une simple consultation… ça ne se fait absolument pas ! Je dis souvent, en psychiatrie on se heurte à quelque chose que vous allez tout le temps voir, qui est le flou de la psychiatrie. Comme c'est des symptômes qui ne se voient pas, souvent, il faut fouiller… c'est flou. Mais nous, on est… souvent je dis, on est comme des chirurgiens où on leur dit : « vous faites des prothèses de hanche sans asepsie » !
- *Oui…*

- Voila sans hôpital de jour pour des schizophrènes c'est comme ça, c'est sans asepsie, vous opérez en vous lavant les mains au savon. C'est complètement fou. Donc toutes ses préconisations de l'HAS c'est bien articulé, c'est très précis contrairement à ce qu'on croit…
- *Donc c'est bien fait ce document et…*
- Voila c'est bien fait.
- *Et c'est fait par des médecins qui ont réfléchi sur la question…*
- Voila, c'est ça l'HAS, c'est des conférences de consensus, c'est essentiel…
- *Oui… ça dépend des points de vue, il y a des choses qui sont critiquées par d'autres médecins, ça dépend des points de vue.*
- En tout cas au niveau juridique c'est ça, et là on est dans un cadre juridique.
- *Oui. Donc l'idée ce serait que les soins ambulatoires sous contrainte soient un peu plus formalisés, ça permet en tout cas de formaliser les choses mais pour aller jusqu'au bout il aurait fallu mettre plus de lieux avec…*
- Voila voila et puis qu'on ait une réflexion sur « qu'est-ce que c'est un programme de soins » parce que les juges aussi, quand ils voient les certificats, ils y comprennent rien ou ils ne comprennent pas pourquoi il n'y a pas tous ces suivis.
- *Eh oui, ils ne savent pas, par exemple, qu'il n'y a pas les moyens…*
- Voila ! Alors on leur a dit, mais personne ne bouge trop. Toute la psychiatrie générale, on est assez remonté là-dessus, parce que nous, on est responsable à titre aussi personnel et on n'a pas les moyens.
- *Oui oui… donc ça pourrait être un levier pour faire débloquer des moyens s'il y avait vraiment une obligation de certains éléments de prise en charge.*
- C'est plus qu'un levier car on est dans un truc de fou, on est dans une sorte de double lien, vous savez ce que c'est le double lien ?
- *Oui.*
- Bon, on a une loi sécuritaire… bon… avec des cotés tout à fait négatifs mais avec des cotés positifs, et en même temps on est dans l'impossibilité d'appliquer cette loi !
- *Donc le gros problème pour vous c'est le manque de moyens pour l'appliquer, ne serait-ce que pour les certificats, des moyens humains, le temps, les hôpitaux de jour…*
- Mais moi je disais au directeur, un jour ou l'autre, si on a un nouveau drame ou d'autre part même si un jour on voit le préfet, il va quand même vous dire « qu'est-ce que vous avez mis en place par rapport à la loi ? ».
- *Donc ce serait un point positif qu'on s'appuie sur cette loi pour dire « non mais maintenant on a des lois et on est obligé de respecter ça ».*
- Mais oui, nous on demande au contraire en psychiatrie générale, on demande le respect de la loi, tout simplement, on en est là. Vous vous rendez compte ? C'est quand même un truc de fou !
- *Oui.*
- Mais même on en est à réclamer, Dr C. fait un travail là-dessus qu'on approuve tous, de savoir, pour faire une file active de tant de patients : combien il faut de moyens. Personne ne veut savoir ça ! Même je vous le dit en tant qu'interne, pour votre avenir, c'est un truc de fou. Personne veut regarder dans la boite noire, dire voila, un bloc opératoire comme je vous disais, il faut combien d'anesthésistes, combien d'infirmières, combien d'aides et tout ça… Nous, c'est pas défini.
- *C'est bien que ça parte des médecins pour le définir finalement, c'est intéressant.*
- Oui mais personne ne le veut vraiment… parce que quand on voit, Dr C. l'a dit, moi je l'ai dit aussi, je l'ai revendiqué même au préfet, quand on signe des certificats quand on n'a pas vu les malades, c'est l'interne qui a vu le malade, c'est pas normal, c'est pas normal, on est hors la loi, on est hors la loi. Quand on voit les gens dix minutes tous les deux mois en sortie d'essai, vous vous rendez compte ? En sortie d'essai, dix minutes tous les deux mois ! Alors que quand même, des patients comme ça ils devraient être vus très très souvent. Il y a un très bon article de Sénon sur la prévention de la violence où ils ont fait une étude où ils mettent que quand un patient psychotique est vu toutes les semaines il y a quatre fois moins de violence…
- *Oui je l'ai lu.*
- Quatre fois moins de violence que tous les mois. Tout ça on n'étudie pas ici, on connait pas, on est au-dessus de tout comme d'habitude. Donc je pense qu'il n'y a pas assez d'étudiants assassinés, il faut des volontaires !
- *… Du coup le programme de soins ça fait partie des choses qui peuvent faire un peu bouger.*
- Oui. Mais il n'y a pas assez de moyens et ils ne sont pas mis en psychiatrie générale. […] Là c'est une question que vous ou moi on peut se faire agresser par un patient en ville. C'est gravissime. […] On est en grande difficulté pour hospitaliser les gens c'est horrible.
- *Et pour en revenir aux soins ambulatoires sous contrainte, vous m'avez parlé du programme de soins, est-ce que vous associez la notion de programme de soins avec la notion de contrat avec le patient ?*

- Euh… le contrat dans quel sens ? Au sens clinique ?
- *Oui.*
- Je n'y avais pas pensé mais… moi dans ma pratique, je ne peux pas généraliser, moi je travaille beaucoup sous forme de contrat et là aussi je fais partie, enfin nous les psychiatres, moi je fais des réintégrations vraiment pour des petites rechutes. Des gens en sortie d'essai, on ne s'amuse pas à les laisser délirants dans la nature.
- *Du coup quand vous présentez les soins ambulatoires sous contrainte à votre patient, comment ça se passe ?*
- Ben on ne dit pas soins sous contrainte. Je leur dit : « vous êtes obligé de venir, voila, il y a des soins, vous êtes dans le cadre de la loi, donc si vous ne venez pas on est obligé de vous faire hospitaliser ».
- *Hum hum.*
- Donc… après il faudrait améliorer mais comme il manque, je vous dis, tous ces créneaux dans le programme de soins : hôpitaux de jour et autre… si on avait des hôpitaux de jour […] on pourrait l'intégrer dans le contrat, faire un contrat qui tienne la route.
- *Oui, et là on peut pas vraiment.*
- Mais quand vous dites aux gens, vous venez à cinq consultations, une fois par mois, alors qu'ils sont à la dérive et que… regardez la prise de traitement, regardez tout le soutien qu'on doit faire du coté du secteur […] on doit les resocialiser.
- *Donc du coup le problème c'est qu'on n'a pas les moyens, donc on peut pas vraiment parler de contrat parce que c'est plus des obligations de venir en consultation, c'est ça ?*
- C'est agréable, vous avez tout compris c'est ça. On ne peut pas parler de contrat s'il n'y a rien dans le contrat. Et moi je fais partie des psychiatres aussi, rares, qui pensent… je le dis mais c'est choquant… les malades sont dangereux. Ce n'est pas vrai qu'ils ne sont pas dangereux. Les malades non suivis sont dangereux. Mais là-dessus c'est un grand tord de mes collègues, certains de mes collègues même au niveau national, de dire « les malades sont pas dangereux ». Ils oublient de dire : « les malades non suivis » quand on n'a pas les moyens. Quand on a les moyens, ils ne sont pas dangereux effectivement. Il faut bien le dire.
- *Et puis ils le disent sans préciser, mais c'est vrai que d'une manière générale…*
- Faut bien le préciser ! Parce que les familles, là, nous rentrent dedans. Ils ont raison, c'est que je n'ai jamais vu un début de schizophrénie calme.
- *Eh oui, donc il y a danger pour eux.*
- Dans le meilleur des cas ils engueulent tout le monde, ils fument du shit, ils arrêtent leurs études et ils s'enferment, dans le meilleur des cas. Et parfois ils sautent par la fenêtre, ils partent…
- *Oui, il y a un danger pour eux aussi finalement…*
- Eh bien sûr. Ils partent à l'étranger, ils font des voyages pathologiques, et voila. Mais je n'ai jamais vu un schizo qui me dise « M. le psychiatre je suis schizo, j'ai vu ça sur internet ».
- *Oui.*
- Ça, on arrive à faire ça au bout d'un an, six mois de traitement, deux ans, voir jamais… Donc il y a un potentiel de dangerosité, de désocialisation très très important des malades et c'est pour ça que le suivi strict est indispensable.
- *Oui, et donc finalement vous dites que c'est bien dans la loi d'avoir formalisé quelque chose qui le permette.*
- Voila, moi ça ne me gène pas du tout parce qu'il y avait trop de flou là-dessous.
- *Oui, d'accord.*
- Là-dessus, il faut aussi qu'on fasse un peu le point sur nous, qu'on fasse un peu des autocritiques. Moi j'ai vu des aberrations qui sont tout à fait inadmissibles.
- *De quel type ?*
- Ben, pas mal de suivis…
- *Des suivis trop irréguliers c'est ça ?*
- Oui […] Vous avez lu le bulletin du conseil de l'ordre ? Ils disent, en introduction sur la loi de 2011, que c'est « la loi de Saint Egrève ». Avec tout ça on se disait… nouvelle direction et tout ça… ils vont prendre les choses en main, faire un état des lieux. Avec la nouvelle loi, on va réfléchir sur les programmes de soin, dire : « un schizophrène il faut tel suivi » voila, eh bien non.
- *Donc finalement c'est pas tant la loi, c'est son application, ses moyens qui font défaut.*
- Oui. La psychiatrie générale de base n'intéresse personne. C'est impressionnant. […]
- *Juste, du coup, les soins ambulatoires ça régularise les sorties de plus de 12 heures mais les sorties de moins de 12 heures doivent se faire de manière accompagnées. Qu'est-ce que vous en pensez de ça ?*
- Ben là, ça a beaucoup alourdi les choses aussi. Maintenant ça a été modifié récemment, je crois, enfin en tous cas à l'hôpital, on peut avoir des permissions, en tout cas pour ce qui est de deux jours, on peut avoir des permissions. Pour ce que vous disiez de moins de 12 heures, je ne sais pas ce que ça a modifié. Ça fait partie de l'intra et je n'ai pas un point de vue très pertinent là-dessus. Avant ça avait toujours été lourd de toute façon. Quand il faut que deux infirmiers au CHU accompagnent c'est une catastrophe.
- *Ok.* ***Du coup on a abordé ces quatre points, est-ce qu'il y a d'autres éléments de la loi, des points***

intéressants ou des points de difficulté que vous voudriez rajouter ?

- … Cette loi il faudrait que le pendant qui était prévu… c'était l'aspect santé mentale et moyens dans le plan santé mentale, soit mis en place. Dans le contexte actuel au niveau des déficits budgétaires et compagnie, ça me parait problématique. Donc mettre une loi, comme ça, qui a des aspects positifs et négatifs, en plus sans moyens, ça va encore augmenter nos difficultés.
- *Hum hum.*
- Et puis la façon dont elle a été mise en place c'est quand même un problème.
- *Le premier aout ?*
- Oui oui […] La loi a été faite en réponse au drame de Grenoble, le patient qui a assassiné l'étudiant, mais au fond, le problème c'est plus le dysfonctionnement des hôpitaux : Kafkaïen, surréaliste, que ce problème du patient à la limite. Le patient, si on peut dire, il n'y est pour rien.
- *Mais il y a un coté de la loi qui essaye de limiter les sorties des patients…*
- Mais oui, mais ça ne répond pas du tout […] Cette loi est faite pour rassurer mais c'est grave. Parce qu'on voit que c'est une réponse folle, c'est une loi de façade. Parce qu'il y a un vrai problème qui est la sécurité des gens, mais résolvable par le suivi comme je vous ai dit, et si on veut une vrai sécurité, il faut quand même des moyens, avec à la limite des trucs très stricts… Pourquoi elle ne met pas dans le programme de soins « toutes les semaines » ? Moi ça ne m'aurait pas choqué. Vaut mieux faire ça. Mais on est obligé de composer avec le fait qu'on n'a pas des lits infinis, qu'à un moment donné ils sortent… si toutes les semaines on a deux lignes au moins « le malade est venu ». Et puis dans le programme de soins, que la loi dise ce qu'il faut mettre : hôpitaux de jour tout ça. Puis demander au directeur : « qu'est-ce que vous avez mis comme hôpitaux de jour ? Quels moyens vous avez ? ». Mais peut-être… même là il parait que ce n'est pas comme ça… un hôpital… j'imagine qu'il y a des audits pour les blocs opératoires, qu'on dit « vous en êtes où en qualité des blocs »… nous on n'a pas ça. On est dans le flou absolu et cette loi répond à coté d'un vrai dysfonctionnement¸d'un vrai problème.
- *Eh bien merci beaucoup.*

ENTRETIEN 8 (E8)

En Italique : verbatim de l'enquêteur
En gras : grands thèmes du guide d'entretien

- ***Alors le premier point : que pensez-vous de l'intervention systématique du juge des libertés et de la détention à quinze jours d'hospitalisation complète ?***
- C'est une question compliquée. Ça commence fort !
- *On a le temps.*
- Oui, disons que bon, l'opération du juge, moi ça me paraît… dans certains dossiers c'est intéressant. Parce que bon ça fait intervenir un tiers… par rapport… Qui n'est pas médical.
- *Oui.*
- Justement par rapport, je dirais, à la décision de continuer ou de lever.
- *Oui.*
- Parce que jusqu'à présent, c'était au psychiatre, je dirais, de poser ce cadre là, donc ça nous décharge en partie, bon. Après, pour certains patients, ça me paraît un peu vide de sens parce que pour eux ça ne signifie rien.
- *Pour lesquels par exemple ?*
- Il y a plein de patients, bon, la loi ils ne la connaissent pas. Ils savent qu'ils sont hospitalisés sous contrainte, mais pour eux ça… Et je dirais, pour certains, surtout pour les patients qui sont assez délirants, ils vont passer devant le juge, alors pour certains ils confondent ça avec un jugement…
- *Oui d'accord, il y a une confusion.*
- Il y en a certains même qui refusent pour ça de se déplacer.
- *D'accord. A la limite, ils culpabilisent, ils se disent « mais qu'est-ce que j'ai fait » c'est ça ?*
- Oui c'est ça : « qu'est-ce que je vais avoir comme punition ? ». Certains, ils imaginent ça…
- *D'accord, ils font l'amalgame entre…*
- Oui, entre juge et justice quoi. Alors que bon c'est pour un contrôle qui finalement est plus administratif.
- *Oui… Et donc avez-vous eu des retours de patients après les audiences sur le déroulement, comment ils l'avaient vécu ?*
- Pour certains oui j'ai eu des retours, enfin une minorité je dirais. Alors là, il y en a très peu qui s'expriment là-dessus.
- *Et ils en disent quoi du coup ?*
- Eh bien, la plupart m'ont dit que ça… Qu'ils n'avaient pas été entendus parce que… Enfin entendus dans le sens où… Je dirais quelqu'un qui n'est pas tout à fait coopératif et pas critique vis-à-vis de ses troubles, il attend du juge que le juge puisse prendre son parti à la limite, et le confronter dans ses représentations erronées. Bon quand ils sont anosognosiques ils sont anosognosiques…
- *Du coup ils ont l'impression que…*
- Ils ont l'impression, effectivement, que le juge ne les a pas entendu.
- *Oui, n'est pas parvenu à leur requête…*
- Oui, c'est surtout ceux-là qui m'envoyaient des retours.
- *D'accord… En quoi ça peut être une difficulté, du coup, ces auditions chez le juge ?*
- Eh bien jusqu'à présent ici déjà le juge se déplace. Donc c'est un point qui est positif. Donc on n'a pas souvent amené des patients au tribunal pour l'audience. D'abord ça peut être compliqué en termes d'organisation et en plus ça démunit les services des soignants donc ça c'est un problème au niveau du fonctionnement qui n'est pas simple. Voilà, et puis… Et puis après bon ça dépend de l'état clinique.
- *Eh oui, parce que c'est à quinze jours du coup.*
- Après c'est à quinze jours. Enfin c'est à quinze jours… plus ou moins. C'est plutôt moins en général. Par exemple, moi j'ai un patient là, il est arrivé lundi dernier, son 72 heures c'était hier, aujourd'hui on me demande de faire un certificat de huitaine parce que l'audience c'est mardi prochain : ça va être à neuf jours. Ça ne va pas être à quinze jours. Donc, on demande à huit jours de prédire… Enfin à huit jours, entre cinq et huit jours, de prédire ce que sera l'état clinique du patient à quinze.
- *Ce qui n'est pas facile.*
- Ce qui n'est pas facile, donc même si on sait que la plupart ne vont pas avoir de changement radical dans leur état clinique en deux semaines, il y en a certains qui peuvent s'améliorer quand même pendant quinze jours. L'appréciation à laquelle tient la mesure d'hospitalisation peut changer.
- *D'accord. Oui du coup c'est un peu tôt c'est ça ?*
- Oui, moi ça me paraît un délai… C'est un peu tôt… Il vaudrait mieux, enfin ça paraîtrait plus judicieux que ça intervienne peut-être à un mois. Un mois, on a un recul qui est déjà suffisant au niveau de l'évolutivité clinique du trouble.
- *Oui et pour le patient c'est peut-être mieux…*
- Et pour le patient il y a plus de temps oui. En fait, oui, je pense que là, cette histoire de quinze jours c'est le conseil constitutionnel qui l'a imposé. Et bon, ça a été intégré dans la loi. Et puis la loi c'est une espèce d'hybride à deux têtes, je dirais, administrativo-judiciaire. Parce qu'avant dans la loi de 1838 et de 1990, c'était l'histoire du préfet, c'était un pouvoir administratif. Alors que là, bon, il y a l'introduction du judiciaire avec un conflit qui peut devenir adminitrativo-judiciaire. Quand il y a désaccord, ça pose problème.
- *Oui, c'est sur. Ça ne rend pas les choses faciles… Et que pensez-vous du fait que les audiences soient publiques ?*

- Il y a des points positifs moi je dirais, parce que bon, c'est le principe de la justice qu'elle soit publique. Ça reste un grand principe judiciaire. Bon après, ça permet quand même aussi des fois pour la famille, pour le tiers demandeur, d'être présent.
- *Hum hum, et ils le font ça ?*
- Certains oui. Oui, il y a des familles, des tiers qui sont venus au moment de l'audience.
- *OK, ça leur permet de mieux comprendre la situation ?*
- Voilà oui. Je pense que ce côté-là est positif. Bon après, ça peut être gênant pour le patient parce que c'est probablement, je veux dire, une entorse au secret médical quand même. Surtout si le juge va reprendre les termes du certificat, ou même énoncer un diagnostic éventuellement, ce qui n'est pas de sa compétence…
- *Oui, alors ça c'est une question aussi : les juges qui se mettent à énoncer des diagnostics. Avez-vous eu des expériences où les juges parlaient aux patients… enfin jugeaient plus sur la clinique…*
- Apparemment nous, nos juges, ça a l'air d'aller. Pour l'instant on ne m'a pas rapporté de…
- *D'accord ils restent cantonnés à…*
- Oui voilà : au contrôle, finalement, de la légalité de la procédure. Mais il paraît que dans certains coins c'est plus compliqué que ça et qu'il y a certains juges qui ont pris des positions cliniques.
- *Parce que ça n'est pas vraiment écrit textuellement dans la loi, quelle position le juge doit prendre…*
- Oui…
- ***Bon alors on va passer au deuxième point : comment percevez-vous la période initiale d'observation de 72 heures en hospitalisation complète ?***
- Eh bien, je dirais, ça me paraît un peu vide de sens au niveau clinique. Parce que bon 72 heures, même si tu arrives à te faire une idée très générale de la problématique c'est trop court pour affiner. Et puis bon tu as peu de situations qui, à 72 heures, vont être régulées quoi.
- *Il y a peu de mesures qui vont être levées à 72 heures.*
- Voilà, c'est quand même très rare. Enfin rare… Bon je dirais, sauf pour les périls imminents. Parce que je trouve qu'effectivement, bon ça m'est arrivé pas plus tard qu'hier, c'est une femme dans une situation de stress aigu de violence conjugale qui s'agite à domicile, qui fait elle-même appel aux services de gendarmerie, elle était tellement anxieuse qu'ils font appel au SMUR, bon ça a monté un petit peu la tension encore, elle se retrouve en SDT, enfin en péril imminent. Voilà.
- *Et du coup, elle, à 72 heures ?*
- A 24 heures c'était réglé. On avait passé la situation de crise. Tu vois, donc dans ces situations là ça se régule très vite.
- *Donc plutôt les situations d'urgence, qu'on retrouve dans les pavillons d'urgence peut-être, là ça peut être positif ?*
- Là, ça peut être positif.
- *Mais pas forcément dans des pavillons d'entrée classiques ?*
- Bon après, quand tu as des patients qui sont archiconnus, qui ont vingt ans d'évolution psychotique derrière eux, c'est pas en 72 heures que tu vas réguler… Et que ça va changer quoi que ce soit.
- *D'accord… Et alors dans cette période de 72 heures du coup, on nous demande plus de certificats, qui sont relus… Qu'en pensez-vous ? Du nombre de certificats d'une part et puis de la relecture par le juge aux patients.*
- Oui, eh bien je pense que là, c'est une preuve plutôt de défiance vis-à-vis des psychiatres. Enfin je pense qu'il y a une espèce de logique sécuritaire dans cette loi.
- *Donc pour plus de sécurité il y a plus de contrôles par différents psychiatres, c'est ça ?*
- Oui mais bon je pense que cette répétition de la certification ça ne protège pas vraiment le patient. Ça ne protège pas vraiment les libertés du patient parce que je dirais, en général… bon les délais sont tellement courts que… Enfin c'est quelque chose qui n'est pas forcément très limpide au niveau clinique. Je dirais que le psychiatre certificateur ne va pas forcément changer d'avis ou le deuxième certificateur ne va pas prendre le contre-pied de son collègue en général.
- *Pour le 24 heures par exemple ?*
- Oui. Après le 24 heures, le temps de rencontrer… de voir le patient, de voir la famille, de recueillir des éléments anamnestiques… Je ne sais pas si en 24 heures tu peux vraiment le faire.
- *Donc celui de 24 heures est un peu proche.*
- Oui, il est proche oui.
- *Comme avant cette loi, mais ils auraient pu changer ça.*
- Et le 72 heures, il n'amène pas grand-chose je trouve. Moi, le 72 heures, de tête, il me semble que je n'ai pas dû lever une fois la mesure à 72 heures. Donc c'est quand même très très peu. Et puis quand bien même, je dirais, il n'y aurait pas le 72 heures j'aurais fait une certification de levée. Enfin s'il n'y avait pas eu cette obligation de 72 heures, les gens, tu les vois quand même régulièrement, surtout au début. Non, il y a une répétition de certificats. Je dirais finalement, par rapport à la procédure normale, tu fais 6 certificats ! Tu en as deux pour l'admission, un 24

heures, un 72 heures, et la huitaine conjointe, ce qui fait deux certificats encore.
- *Du coup ça prend du temps…*
- Oui, eh bien ça consomme énormément de temps.
- *En pratique, dans les faits, depuis la sortie de la loi…*
- Ah oui ! Eh bien je pense que nous on n'a pas à se plaindre parce qu'on a un nombre de psychiatres qui permet effectivement de faire face, à l'échelle locale à presque toutes les situations. Sauf quand il y a des collèges, à plus long terme. On fait appel, pour le psychiatre qui n'est pas dans le soin, enfin dans la prise en charge, aux collègues d'un autre service. Mais sinon, pour tout le reste, on arrive à gérer à l'échelle du service. Mais tu as des services où il y a peut-être un PH qui peut certifier, avec des assistants étrangers, donc je ne sais pas comment ils fonctionnent. Donc ça risque, après, d'entraîner des problèmes où la loi va être prise en défaut parce que les certificats ne vont pas être produits dans les temps …
- *Oui, des vices de procédure.*
- …Ou par des personnes qui n'auraient pas dû le faire. Voilà, des vices de procédure. Il risque d'y avoir des condamnations…
- *Des levées de mesures.*
- Voilà, pour non-respect de la réglementation.
- *Alors que les services n'ont pas forcément les moyens.*
- Eh bien oui.
- *D'accord… Et le fait que les certificats soient relus, est-ce que ça a changé dans la façon de rédiger ?*
- Si tu veux moi, qu'ils soient relus, ça ne me gêne pas parce que bon, après tout… Non, en tout cas moi, à mon niveau, ça n'a rien changé par rapport à la rédaction. Moi je mets le maximum d'éléments cliniques…
- *Circonstancié, d'accord.*
- Après, les modifications qu'on nous fait faire, parce que ça arrive que l'ARS… Oui quand même, il y a l'échelle de l'ARS !
- *A quel moment elle vous fait faire des modifications ?*
- Eh bien c'est par rapport… C'est formel… Si par exemple : tu n'as pas vu le patient directement, patient en fugue par exemple, tu penses qu'effectivement son état clinique n'est pas stabilisé, qu'il va revenir, qu'il faut conserver la mesure, eh bien ce n'est pas un certificat, c'est un avis, par exemple c'est un avis mensuel.
- *D'accord, c'est un avis parce que le certificat, c'est quand on voit le patient.*
- Parce que tu ne l'as pas vu oui. Alors c'est sur des trucs comme ça qu'ils nous demandent l'ARS. Sur des trucs très formels.
- *OK… Et du coup, comme il y a ces certificats, le patient voit plusieurs médecins différents. Est-ce que vous avez eu de retour sur ça ? Que pensez-vous du fait qu'il voit au moins trois médecins différents ?*
- Eh bien des fois, certains ne comprennent pas vraiment pourquoi tel médecin vient les voir.
- *Ils se posent des questions ?*
- Oui il y a beaucoup de patients pour qui ça leur passe au-dessus de la tête. De toute façon en plus les gens sont en situation aiguë…
- *Et puis on doit tout ré expliquer non ?*
- Oui. Après on peut se poser la question de comment sont fait, si tu veux, certains certificats.
- *C'est-à-dire ?*
- Enfin je pense que bon, même si tu n'es pas impliqué dans la prise en charge, tu connais quand même les patients. Tu connais l'histoire, tu connais le diagnostic, donc tu ne fais pas un examen psychiatrique complet non plus. Bon je pense que c'est aussi… Je pense que ce n'est pas un gage de qualité cette répétition de certification.
- *OK d'accord. Parce qu'il est vu plusieurs fois, du coup on n'a pas forcément le temps de tout refaire.*
- Oui. Enfin je ne sais pas comment ça se passe ailleurs mais je pense que ça doit se passer un peu partout de la même façon. C'est-à-dire que finalement le certificat le plus important ça va être de 24 heures je pense. Parce que le 72 heures la plupart du temps, enfin je n'ai pas les chiffres, j'imagine que ça doit confirmer dans la grande majorité des cas le 24 heures.
- *Oui, ou au moins un des deux quoi. En tout cas le 24 et le 72 heures se ressemblent forcément c'est ça ?*
- Oui, il y a des délais tellement courts que ce sont quasiment les mêmes…
- *En plus il ne faut pas faire de copier-coller.*
- Voilà oui…
- *OK…* ***Alors le troisième point : selon votre expérience, qu'apporte la nouvelle possibilité d'hospitalisation pour péril imminent ?***
- Eh bien ça, ça peut être intéressant face des situations aiguës où tu n'arrives pas à trouver de tiers. Mais bon je dirais qu'il y a le côté pile qui est une dérive perverse du système où les gens ne se donnent pas la peine de le chercher. Et moi j'ai eu un certain nombre de situations pour péril imminent où le tiers, il suffisait de le chercher un peu et on l'aurait trouvé.
- *Mais normalement le directeur est censé tout faire pour le trouver dans les 24 heures. Mais ce n'est pas forcément respecté ?*
- Oui, à mon avis ça ne l'est pas du tout. Et puis même si tu trouves un tiers après que la procédure ait été engagée, le patient est en péril imminent.

- *Oui, le but n'est pas de chercher un tiers mais de prévenir la famille.*
- Voilà, et moi je pense que là c'est une façon… enfin… je dirais, qui va bien aussi dans le cadre de l'aspect sécuritaire. C'est d'aller à toute allure pour hospitaliser le schizophrène forcément dangereux, enfin, ou perçu comme tel, en sautant un minimum de recherche et d'étayage au niveau de son environnement. C'est-à-dire que ça ouvre grand la porte de l'hôpital, ça facilite les entrées. Donc…
- *Et ça se sent dans les services ? Des périls imminents il y en a, du coup ?*
- Ah oui oui ! alors que ça devrait être un truc d'exception, c'est devenu quand même, quasiment un… Il faudrait regarder les chiffres parce que ça, nous on les a au DIM, mais je pense que ça doit faire entre 30 et 40 % des entrées en SDT, c'est énorme ! Alors tu as des périls imminents qui n'en sont pas, en fait c'est qu'on se retrouve dans des situations qui sont traitées à l'arrache. Et je dirais, une expression psychiatrique, et direct, on enfonce la porte de l'hôpital. Il y a plus de portes à passer. Et ça ne laisse même pas le temps à la situation de décanter, dans un endroit qui permettrait peut-être d'attendre, et aussi d'apaiser les choses et puis de construire autre chose.
- *Oui…*
- Là c'est la porte ouverte à une hospitalisation rapide où il n'y a plus de filtrage quoi. Il n'y a plus de tri.
- *Oui d'accord. Et par rapport aux droits des patients, les libertés des patients…*
- Oui, eh bien ça... bon après, c'est là où on te met toutes ces certifications pour protéger les libertés des patients. D'un autre coté, tu te rends compte qu'à l'admission… la loi en fait, son esprit, c'est plutôt de faciliter l'entrée dans les hôpitaux psychiatriques. C'est pour pouvoir hospitaliser sous contrainte plus facilement.
- *OK et le fait que ça soit un médecin extérieur, n'importe quel médecin, pas forcément un psychiatre, un seul certificat de n'importe quel médecin, qu'est-ce que vous en pensez ?*
- Oui, eh bien disons que là, je pense que ça va dans le même sens de l'aggravation de l'admission, si tu veux, parce que bon quelqu'un qui aurait un peu un sens psychiatrique ou des connaissances psychiatriques pourrait dénouer des situations à l'extérieur qui, si ce n'est pas le cas, vont se finir comme ça…
- *Donc un risque d'augmentation encore des…*
- Parfois dans un conflit interpersonnel patient médecin, avec une sortie à l'hôpital… enfin une entrée à l'hôpital plutôt. Sortie de crise : entrée à l'hôpital.
- *Oui d'accord. Oui parce que du coup, comme ils ne sont pas forcément spécialisés en psychiatrie, il y a plus de…*
- Oui et puis bon, j'ai l'impression qu'il y a beaucoup de médecins généralistes, tu te dis, ils ne sont… Il y en a certains qui s'y connaissent, qui sont bien, qui ont la fibre, qui s'y intéressent, et puis il y en a d'autres c'est : « troubles du comportement égal psychiatrie ». Donc tu vois arriver des problèmes sociaux des problèmes… tu vois arriver pas mal de gens aux problèmes sociaux qui sont à l'origine peut-être de troubles un petit peu adaptatifs ou comportementaux mais ce ne sont pas des maladies psychiatriques pour autant.
- *Ah oui d'accord…*
- Je pense que la loi elle facilite cette filière d'admission. Et puis tu vas avoir quelqu'un, bon, alcoolisé, qui va s'opposer aux urgences et hop : SDT d'urgence, enfin péril imminent plutôt.
- *OK…* ***Et alors le dernier point : que pensez-vous des soins ambulatoires sous contrainte ?***
- Je pense que c'est aussi une vaste illusion. Ça ne change rien par rapport à avant, où on maintenait des gens en sortie d'essai, où il n'y avait pas de programmes de soin. Ils étaient en sortie d'essai.
- *Et le programme de soins ?*
- Le contrat de soins il était discuté avec eux, il n'était pas écrit mais il était quand même posé de fait.
- *Et donc vous pensez, de formaliser les choses…*
- Je dirais que c'est donner l'illusion au public, à la société, qu'il y a un front uni entre la police, la justice, l'administratif et la psychiatrie, qui va permettre de… Parce que ce problème-là c'est toujours par rapport au patient non compliant, en général c'est des psychotiques non compliants. Faire croire qu'on va arriver à leur faire prendre leur traitement ou leur faire arrêter de fumer du cannabis… Les problèmes cliniques, ils restent absolument identiques, la loi ne change rien par rapport aux difficultés de compliance et d'adhésion aux soins des malades. Alors je pense que c'est… en plus, ça rigidifie complètement les trucs ce programme de soins. Parce que bon, tous les gens pour qui tu te dis qu'il y a un peu un risque, tu vas les mettre dans le même programme de soins. Moi je pense que bon, il aurait fallu que, en fonction de la clinique, ça soit un truc peut-être exigeant et contraignant pour certains patients, par exemple ceux qui sont passés à l'acte sur le plan médico-légal ou pour qui le psychiatre traitant évalue qu'il y a une réelle dangerosité. Tu vois ceux-là il est bon de bien les canaliser et de mettre un système assez contenant avec des moyens de contrôler.
- *Oui, quels moyens par exemple ?*

- Je ne sais pas par exemple… Enfin tu te dis, après, que là ça aurait valu le coup effectivement que le regard judiciaire se poursuive.
- *Oui.*
- Tu vois, qu'il y ait aussi un contrôle peut-être psychiatrie/justice.
- *D'accord, qu'il n'y a pas, parce que les audiences systématiques ce n'est qu'en hospitalisation complète. Oui donc ça aurait été peut-être préférable qu'il y ait des audiences systématiques à quinze jours et six mois aussi pour les soins ambulatoires sous contrainte.*
- Voilà oui.
- *Oui, pour faire intervenir la justice pour certains des patients…*
- Et puis pour la grande majorité des autres, que ce soit peut-être resté dans le système de la sortie d'essai éventuellement. Parce que bon, après, les programmes de soins, tu les écris. Si tu veux pour certains, il n'y a pas grand-chose en programme de soin : c'est la consultation médicale mensuelle, la pratique du neuroleptique d'action prolongée au CMP, et l'entretien infirmier qui va avec. Voilà.
- *Parce que du coup, le programme de soins doit être écrit avec le patient…*
- Eh bien le patient doit en être informé.
- *Et ça, ça change quelque chose ?*
- Je ne trouve pas moi que ça change vraiment.
- *Oui, vous c'était votre pratique de toute façon.*
- Oui. Je ne trouve pas que ça change vraiment grand-chose par rapport à l'avant. Sinon nous faire faire encore des certificats supplémentaires.
- *Parce que vous, vous le voyez un peu comme avant, comme un contrat avec le patient ?*
- Voilà. Et puis bon, là où je trouve ça ridicule, c'est quand tu organises une permission en hospitalisation complète, quand le patient il sort, tu lui fais un programme de soins pour sa permission. Et il revient, bon, après tu refais un programme de soins…
- *Et comment vous vous en débrouillez de ça ? Parce que du coup normalement quand il revient il doit être revu à quinze jours…*
- Eh bien s'il revient et qu'il ne ressort pas pendant quinze jours, il repasse devant le juge.
- *Oui, et comment vous faites alors ?*
- Eh bien après, on essaie de répéter… avant que ça fasse quinze jours.
- *Donc il rentre en hospitalisation complète, pour une permission vous établissez un programme de soins, quand il est réintégré vous refaites le huitaine… il n'y a que le huitaine à faire il me semble.*
- Pas forcément parce que s'il ressort sur une nouvelle permission le week-end d'après… Ou alors tu fais un programme de soins avec des permissions régulières de week-end.
- *Oui ? Ça c'est possible ? Parce que ça été compliqué aussi selon les établissements… De faire des soins ambulatoires sous contrainte avec une majorité d'hospitalisation. Ça vous pouvez ?*
- Eh bien à la limite, après, ce que tu peux faire : par exemple un patient dont tu sais qu'il va sortir tous les week-ends, tu le mets en hospitalisation séquentielle, c'est-à-dire qu'il est hospitalisé du lundi au vendredi. Et donc tu échappes à la huitaine et à l'audience de quinzaine.
- *Ah oui d'accord.*
- Il faut que tu aies un patient qui soit un petit peu stabilisé. Alors c'est sûr qu'en sortie de crise, quand les gens tu commences à les tester sur des temps de permission, tu n'es pas sûr qu'après leur avoir accordé une première permission tu puisses leur en accorder une deuxième.
- *Donc finalement ça a presque un effet contraire par rapport à ce qu'ils voulaient comme protection de la société puisque vous faites quand même des programmes de soins pour qu'ils puissent sortir plus de 12 heures.*
- Oui oui, c'est de l'illusion je pense au niveau de la protection… Je veux dire, ce n'est pas ça qui va… Enfin, la loi elle sort après le discours de Grenoble, d'un fait divers grenoblois qui a quand même été bien à l'origine de cette dynamique politique… Sachant que… On se dit que le préfet a quand même perdu le pouvoir qui était le sien au niveau administratif.
- *Par rapport à quoi par exemple ?*
- Par rapport aux HO. En plus le préfet… il y a aussi une circulaire qui leur a été adressée du ministère de l'intérieur, je sais plus si c'est juillet 2009 il me semble, qui leur demandait de contrôler, avant même cette loi, les modalités d'organisation des sorties d'essai pour les HO… Parce que souvent la carrière du préfet, si un préfet a un schizophrène meurtrier dans son département il peut voir sa carrière se modifier quand même.
- *Oui du coup ils ne sont pas dans la même logique ?*
- Eh bien c'est arrivé, à Grenoble c'est arrivé : le préfet avait giclé après l'histoire du meurtre.
- *Oui, donc vous voulez dire que les préfets se protègent en limitant les sorties ?*
- Eh bien oui, dans certains départements apparemment, ça cadenasse. Ce qui fait que bon, la liberté des patients, là aussi, elle est quand même mise en cause parce que bon, ils ont finalement moins de possibilités de retourner à un espace de liberté qu'avant.
- *La circulaire dont vous parliez c'était le fait… quand on s'est mis à demander 48 heures avant chaque fois ?*
- Oui oui.
- *ça été repris dans cette loi…*

- Oui, ça été repris oui. Tu vois que les préfets, ils ont intérêt à ne pas ouvrir la porte. Donc qu'est-ce qu'ils vont faire, ils vont se protéger en freinant les sorties.
- *Oui, mais alors vous pensez qu'il aurait fallu que ce soit uniquement judiciaire ?*
- Eh bien à la limite, il aurait fallu, oui. Un système qui soit clair. Parce qu'avant on était sur un mode administratif, et la contrainte était administrative.
- *Pour les HO oui…*
- Même pour les HDT, il n'y avait pas de contrôle judiciaire. Le juge pouvait être saisi dans le cadre de recours. Là, on est sur un système hybride, qui est administratif toujours, avec l'autorité préfectorale quelque part, mais l'introduction du juge. A la limite il aurait mieux fallu basculer sur le tout judiciaire si on voulait se mettre sur le même registre que les autres pays européens où c'est finalement le juge qui se prononce y compris pour l'hospitalisation. Par exemple je sais qu'en Belgique le juge est à l'origine de l'hospitalisation.
- *Oui, il a la place du préfet dans les SDRE chez nous quoi.*
- Voilà, il prononce pour quatre mois, après c'est révisable.
- *Oui parce que pour le juge il y a moins d'enjeux… Enfin par rapport à ce que vous me disiez, le préfet il peut être muté alors que le juge ce n'est pas la même chose, c'est la justice donc il y a moins de risques que l'enjeu personnel intervienne…*
- …à ce niveau-là. Après c'est vrai que tu vas avoir tous les patients médico-légaux, et on en a eu dans le passé. Je veux dire ces malades qui ont été meurtriers et qu'on a pu réinsérer en ville, ils n'ont plus de contrainte. Tu te demandes quel aurait été leur devenir s'ils avaient commis leurs actes maintenant. Quel sera le devenir des futurs meurtriers qui ont été jugés irresponsables ? Donc tu te dis bon… Tu te demandes comment ça va effectivement s'apprécier ces situations-là ?
- *Avec un risque de plus de contrainte pour ces patients là… D'accord… Et du coup, par rapport aux soins ambulatoires sous contrainte, ça régule les sorties de plus de douze heures mais les sorties de moins de douze heures doivent être accompagnées systématiquement. Et ça qu'en pensez-vous ? Qu'est-ce que ça entraîne dans la pratique ?*
- Eh bien dans la pratique, comme ça doit être accompagné… Bon quand tu as une famille qui est là, la famille peut faire. Mais quand il n'y a pas de famille, ce doit être un soignant et bon ça démunit aussi les services en infirmiers.
- *Oui, un manque de moyens pour appliquer la loi.*
- Eh bien oui, complet ! C'est une loi qui te consomme du temps à tous les niveaux : ça consomme du temps médical par rapport à la répétition des examens, la rédaction des certificats. Les secrétaires, tu as besoin d'une secrétaire à temps plein, dans un service, qui fait que des certificats. Et puis ça te consomme du temps infirmier pour accompagner les gens aux audiences, les accompagner dans les sorties de moins de douze heures. C'est très très chronophage.
- *Ça aurait été intéressant d'augmenter le temps de médecins, d'infirmiers…*
- Eh bien oui, c'est ce qu'il aurait fallu. Mais non, ça on l'aura pas. Oui, et puis ce temps-là, qui est consommé pour ça, c'est du temps qui est pris aux soins. Donc les portes sont grandes ouvertes, avec des entrées facilitées, les robinets de sortie se ferment, donc tu peux aussi aboutir à une espèce de sur occupation chronique des services et à des dysfonctionnements, avec des soins qui vont perdre en efficience, en qualité.
- *Vous me disiez pour les entrées qui s'ouvrent il y a le péril imminent, et pour les sorties c'est par rapport au fait que le préfet se prononce sur les sorties ? Enfin dans les faits, dans votre expérimentation, qu'est-ce qu'il y a d'autre qui limite les sorties ?*
- Eh bien disons que bon, je dirais, quand tu avais un patient en HDT et que tu le perdais de vue, il était perdu de vue. Maintenant il ne respecte plus son programme de soins donc tu es obligé de faire une déclaration de fugue et ça signifie un retour à l'hôpital. Donc d'une certaine façon, la boucle est bouclée, tu remplis les services. Avant, bon, c'était un peu la liberté des gens, de pouvoir être fou et de vivre leur folie du moment que… Tu en avais un certain nombre. Maintenant, du moment que ceux-là ils sont passés par l'institution et dans le programme de soins, ils ne pourront plus échapper d'une certaine façon. Les soins s'imposent aux patients mais ils s'imposent aussi au psychiatre enfin aux équipes soignantes.
- *Parce qu'avant… Comment ça ? Ils pouvaient plus facilement décider… ?*
- Eh bien tu avais certains patients qui mettaient un terme à leur prise en charge. Et tu ne jugeais pas la situation spécialement problématique ou dangereuse pour aller déclencher une mesure plus lourde type certificat de dangerosité pour que l'HDT se transforme en HO. Donc dans ce cas là tu faisais un certificat de non examen qui rendait la mesure caduque.
- *Et maintenant cela n'est plus possible ?*
- Eh bien maintenant, les gens sont en programme de soins dans ces cas-là. Donc s'ils ne respectent pas le programme de soins tu les considères en fugue pour ainsi dire.
- *Oui, tu ne peux pas faire une mesure…*
- Eh bien après la question, bon je ne sais pas, il faudra la poser, je pense qu'elle se posera : est-ce

que tu peux faire une levée comme ça ? Comment tu argumentes pour lever quand la personne ne respecte pas le programme de soins qui est imposé par la loi ?

- *Oui parce qu'il y a la loi qui…*

- C'est-à-dire que le patient un peu rebelle qu'il a échappé aux soins, finalement, ne respectant plus son programme, risque de se retrouver ré hospitalisé en HDT dans le cadre de la même mesure. Tu as une pompe auto-amorçante d'hospitalisation. Alors qu'avant tu avais une possibilité d'y échapper. D'être oublié par le système. Alors que là, l'oubli n'est plus possible.

- *Ah oui je vois… D'accord…* ***Du coup c'était les quatre points que je voulais aborder. Est-ce qu'il y a d'autres points de la loi qui vous semblent soit intéressants soit difficiles ? Parce qu'évidemment il y a plein d'autres choses mais on ne pouvait pas tout aborder.***

- … Eh bien je pense qu'après il y a la loi et puis il y a l'esprit et en principe les deux sont relativement indissociables. Après on peut ergoter à l'infini suivant chaque point de la loi, tout est discutable. Bon il y a cet esprit qui, moi, me gêne profondément, qui l'esprit sécuritaire. Bon après on est dans un système comme ça, enfin je dirais il y a quand même toujours une défiance vis-à-vis du monde psychiatrique et des psychiatres en général.

- *Oui, qui sont remis en question en leur demandant plein de certificats différents, de se contrôler entre eux… C'est ça ?*

- Oui, il y a une espèce de contrôle effectivement. Le fait que les certificateurs doivent différer en cas de SDT d'urgence, de péril imminent : à 72 heures ça ne doit pas être le même, le certificat de huitaine il en faut deux. Après dans les collèges c'est pareil. Donc effectivement, tu te dis, il y a quelque chose de l'ordre d'une défiance à l'égard de la profession avec une espèce d'autocontrôle qui est demandé au sein même… Oui et puis après tu as une espèce de défiance par rapport au malade mental : parce que le péril imminent ça me paraît être un truc où on donne le pouvoir à presque n'importe qui pour hospitaliser. Après tu te retrouves dans un système de soin qui est contraignant, où c'est facile d'y rentrer mais c'est peut-être un peu plus difficile d'en sortir.

- *Donc défiance des médecins et des patients au profit de la protection…*

- Voilà, de la pseudo-protection de la société. Après tu peux te demander même pour certains patients, quand ils se retrouvent après dans des programmes de soins, si ça ne peut pas être une contrainte qui devient insupportable et qui va les amener à des clashs…

- *Ah oui ?*

- Je dirais quand il n'y a plus d'issue… Avant je te disais ils pouvaient échapper. Et ça pouvait avoir aussi une valeur apaisante qui apporte un certain relâchement. Mais là, si la pression se maintient, ça peut amener au clash. Quand les gens sont acculés et qu'ils n'ont plus de perspective de pouvoir se planquer, disparaître dans la nature, des fois ça finit dans le passage à l'acte.

- *Donc ça ce serait contre-productif du coup.*

- Eh bien oui. Enfin bon cette loi me laisse très perplexe. Moi j'ai du mal à y voir vraiment des aspects positifs. Que ce soit au niveau de notre pratique mais surtout au niveau des patients. Je ne vois pas vraiment ce que ça leur apporte comme garanties. Enfin je n'en vois pas, moi, de garanties. Déjà la loi de 90 s'était un truc de défiance par rapport aux psychiatres. C'est-à-dire qu'on est passé de l'enfermement du fou à une protection sociale par la loi de 1838, à la protection du patient en 1990 : c'est-à-dire ne pas hospitaliser sans son consentement hormis… et là il fallait déjà deux psychiatres certificateurs pour faire hospitaliser.

- *Oui il y avait déjà eu pas mal de tribunes sur les certificats qui se multipliaient.*

- Alors ça c'était déjà une première étape, qui était déjà plus une loi de défiance vis-à-vis du psychiatre que vis-à-vis du patient. La loi de 1838 se posait pour protéger la société tandis que la loi de 1990 se posait dans le respect des lois et le respect du patient.

- *Mais celle-là, elle s'est dite aussi dans la protection des droits. Ils ont dit qu'il fallait augmenter l'information du patient… Mais vous vous trouvez que ça ne change rien.*

- Moi je pense qu'après, l'information du schizophrène elle est très compliquée et on a essentiellement ça dans le service public. Elle est compliquée à délivrer et même si elle est de qualité elle n'est pas forcément entendue. L'information on peut en faire des heures sans qu'il n'en reste rien. Il y a un tas de choses paradoxales, d'autant qu'il y avait la loi Kouchner sur l'information. Cela suffisait déjà. Je ne vois pas ce que ça apporte là…

- *OK…*

- …Voila

- *Bon eh bien merci beaucoup.*

ENTRETIEN 9 (E9)

- En Italique : verbatim de l'enquêteur
- En gras : grands thèmes du guide d'entretien

- ***Que pensez-vous de l'intervention systématique du juge des libertés et de la détention à quinze jours d'hospitalisation complète ?***
- C'est deux choses : le point un peu positif c'est que ça permet effectivement de cadrer un peu mieux, de légitimer le fait qu'il y ait des personnes qu'on prive de liberté. Ça a cet intérêt là. D'un autre côté, c'est un facteur assez stressant pour les patients de rencontrer un juge. Il y en a certains qui sont contents de pouvoir plaider leur cause et qui ont l'impression, du coup, que leurs droits sont… Mais quand même dans la grande majorité des cas, les patients sont assez anxieux quand même de rencontrer un juge. Pourquoi il faut qu'ils le rencontrent ? Qu'est-ce qu'ils ont fait de mal ? Qu'est-ce que le psychiatre a fait de mal ?
- *Oui, donc ils font l'amalgame juge jugement.*
- Bien oui, parce que quand même ils voient un juge des libertés, c'est quand même un peu étrange… Du coup ils vont dans un lieu public où il faut parler de leurs problèmes à des gens qu'ils ne connaissent pas… Enfin voilà, c'est quand même assez anxiogène. Et nous on voit quand même souvent monter la tension au début, avant. Et puis ça redescend un petit peu après. Après chez certains patients, ça renforce… Bon, on l'avait déjà vu… Mais ça renforce quand même ce côté revendication, où ils voient le juge et ils le revoient, il y a des expertises, enfin on n'en finit plus.
- *Oui d'accord.*
- Donc voilà, peut-être que ça cadre un petit peu, ça légitime. Mais je trouve que d'un autre côté aussi, ça durcit, c'est-à-dire que quand même, on nous dit : si dans le certificat il y a quelque chose qui n'est pas complètement bon, on lève la SDT et on ne la remet pas en place. Donc c'est quand même des points… Moi je trouve… Ça rigidifie.
- *Donc les retours des patients, c'est souvent qu'avant ils sont stressés, ils posent plein de questions …*
- Oui. Alors je pense que de moins en moins parce que peut-être nous aussi, au début, on était très stressés et qu'on explique mieux maintenant. Mais quand même, souvent, les patients ils sont souvent très inquiets avant de ce qui va se passer. Et la pression retombe derrière. Mais les jours juste avant c'est quand même un peu compliqué.
- *Et du coup, après il n'y a pas… Enfin comme vous disiez, cela pose les choses qu'il y ait un tiers qui intervienne ? Il y a des fois où c'est positif l'intervention de quelqu'un d'extérieur, un juge ?*
- Par rapport au fait de : est-ce qu'ils acceptent plus l'hospitalisation sous contrainte ?
- *Oui.*
- Moi je n'ai pas eu l'impression que par rapport à ça on sorte un peu du conflit médecin patient en disant que c'est le juge qui a décidé. Parce qu'ils ne sont pas dupes, c'est quand même nous qui sommes à l'initiative de l'hospitalisation sous contrainte et malgré tout… Après nous, on n'a pas eu le cas d'une levée par le juge. Je pense que ça serait… Enfin voilà. C'est quand même quelque chose qui est compliqué. Qui existait déjà avant mais…
- *OK. Et sur le fait que les audiences soient publiques, vous avez quelque chose à dire ?*
- Moi sur le principe ça me choque.
- *Oui ? Pour la question du secret ?*
- Oui c'est quand même intime, enfin les patients ils ne font pas forcément non plus la distinction entre l'intimité et ce qui peut se dire ou ne pas se dire. Donc il y a des choses qui sont dites et qui sont douloureuses pour les patients.
- *Par le juge devant eux du coup ?*
- Eh bien par les patients eux-mêmes qui peuvent aussi sortir des choses qui sont un petit peu de leur intimité.
- *Ah d'accord.*
- Et le juge lit les certificats, du coup pour le patient c'est déjà pas facile à entendre, mais en plus quand il y a un public… Quand le juge dit des choses au patient devant un public c'est difficile. Et c'est vrai qu'il n'y a pas de confidentialité. Les infirmiers qui y vont entendent… Même s'ils sont dans la pièce à côté ils entendent tout ce qui se passe.
- *Oui, la porte est ouverte.*
- Et du coup, je ne vois absolument pas l'intérêt que ce soit public. Mais curieusement, je n'ai eu aucun retour des patients par rapport à ça.
- *D'accord, ils ne s'en plaignent pas. Et par rapport à la garantie de leurs libertés ? Parce que c'était fait pour ça… Vous trouvez que ça change les choses ?*
- Qu'ils rencontrent le juge ?
- *Oui.*
- Bien moi, je n'avais pas tellement l'impression, quand même, de faire de l'abus de pouvoir en faisant des restrictions de liberté. Quand on le faisait c'était quand même souvent nécessaire. Bon, on peut se tromper mais… Je ne trouve pas qu'ils soient plus libres depuis qu'il y a cette loi dans le service.
- *Oui, d'accord.*
- Enfin moi je n'ai pas l'impression que ça a changé leurs libertés. Voir même moins avec ces histoires des permissions. Mais je n'ai pas l'impression qu'ils soient bien plus libres. Ils peuvent effectivement plaider leur cause auprès du juge, mais ils pouvaient le faire avant. Bon là, tous le font. Ce qui

réactive d'ailleurs parfois des trucs. Mais est-ce que vraiment ça joue là-dessus ? Moi je ne sais pas. Je n'ai vraiment pas vu une différence flagrante.

- *D'accord. Et par rapport à l'organisation des audiences, puisqu'elles se font à l'extérieur de l'établissement ?*

- Ça c'est un calvaire pour nous. C'est un calvaire parce que, même si on essaye d'anticiper un petit peu quel jour ça va être avec le tribunal, on a beaucoup de mal, on a toujours les informations au dernier moment, et puis il y a souvent des erreurs, des choses comme ça. Et puis quand on en a deux qui sont convoqués, voir même trois, ça veut dire qu'on est obligé de fermer un CMP. Et puis… alors ça n'arrive pas toujours mais quand même, il y a un certain nombre de nos patients qui ne peuvent pas être présentés parce qu'ils sont quand même trop mal pour y aller, donc eux ils n'ont pas le droit de rencontrer le juge. Du coup il y en a un certain nombre, on essaie que ça soit le moins souvent mais quand même, il y en a un certain nombre qui n'y ont pas accès.

- *Parce que c'est trop tôt du coup quinze jours ?*

- Oui, quand même pour les patients très délirants qui sont en grosse décompensation psychotique depuis un bon moment et qu'il y a un peu de troubles du comportement, on ne peut pas les laisser partir du service… quand il y a un risque suicidaire ou de fugue… encore moins en chambre d'isolement… on ne va pas les laisser sortir de chambre d'isolement pour les mettre dans la voiture, les emmener et les ramener. Il y a le fait de sortir du service et le caractère soit anxiogène soit de faire remonter la revendication. Voir le caractère un peu excitant du truc. Après il faut gérer. Donc non, c'est un vrai casse-tête pour nous le fait que ce soit dans un autre établissement. Alors ça serait peut-être pire si c'était au tribunal. Mais le fait de devoir sortir les patients pour y aller et que ce ne soit pas le juge qui vienne, c'est un vrai casse-tête.

- *Parce que du coup, vous prenez les infirmiers du CMP ?*

- C'est les infirmiers du CMP.

- *Et deux à chaque patient ?*

- Oui.

- *Et donc ça vous est déjà arrivé d'avoir trois patients.*

- Nous on peut faire deux au maximum.

- *Et ça fait quatre infirmiers ?*

- Du coup c'est les deux même. Et ils font des allers-retours, donc deux allers-retours dans la matinée parce qu'on a qu'une voiture de toute façon. Donc voilà, ils en amènent un, il passe à neuf heures, ils le ramènent et ils repartent amener l'autre. C'est pour ça qu'on espérait que ça puisse être un peu étalé, qu'il n'y en ait qu'un par demi-journée, mais ça n'a jamais été possible. Mardi dernier on nous en a convoqué trois. On a appris le lundi à seize heures pour le mardi matin. Il y en avait deux convoqués, ça on le savait depuis la semaine dernière et le lundi seize heures on nous dit : il y en a une troisième qui est convoquée parce qu'elle a une expertise le même jour à la même heure au tribunal.

- *Et du coup vous avez fait comment ?*

- On les a appelés, on a fait un certificat comme quoi c'était matériellement impossible.

- *D'accord. Et dans ces cas-là, comme les personnes travaillent au CMP, il est fermé toute la matinée ?*

- Le CMP mardi est fermé toute la matinée oui. Quand on peut, quand il y a assez d'effectif, on prend un infirmier dans chaque CMP et on essaie de ne pas en fermer. En plus ils ne connaissent pas forcément les patients. Donc ils se retrouvent à accompagner des gens qui ne connaissent pas. On a des infirmiers chevronnés donc ça va, on n'a jamais eu de souci.

- *OK.*

- C'est la galère. Les secrétaires s'arrachent les cheveux pour l'organiser, nous il faut qu'on y pense aussi.

- *D'accord…* ***Bon, alors le deuxième point : comment percevez-vous la période initiale de 72 heures en hospitalisation complète ?***

- Moi j'avoue que, pareil, le fait qu'on ait à faire un certificat à 24 heures et à 72 heures, d'une part c'est très lourd.

- *Oui ? Au niveau des besoins humains et temps ?*

- Voilà. Du coup pareil, on les voit de toute façon, mais là ça rigidifie notre prise en charge. On est obligé de reposer la question de l'accession aux soins, de ré expliquer la loi. Donc au bout d'un moment aussi, les patients, ça va un peu mais… Et c'est vrai que, depuis que ça a commencé c'est quasi exceptionnel qu'à la 72ème heure on ait levé la mesure et qu'on soit passé en ambulatoire. Et ce n'est pas parce qu'il y a ce truc là… Si on le fait, on le faisait déjà avant…

- *Oui, en faisant un nouveau certificat ?*

- Voilà. Donc, moi j'ai pas l'impression… Ça m'interroge encore plus sur : quand est-ce qu'on lève la mesure ?

- *Oui, ça ne permet pas de modifier la prise en charge.*

- Oui, en 72 heures c'est très difficile de faire l'évaluation de quelqu'un et de pouvoir se dire : il y a une pathologie ou il n'y a pas de pathologie.

- *Oui. Et concrètement, du coup, vous passez plus de temps dans les certificats ?*

- Oui. Et alors ce n'est pas le 72 heures qui est le plus lourd. Après il faut se torturer l'esprit : si jamais c'était une SDT d'urgence, bien vérifier que

celui qui a fait l'initial ne soit pas seul pour la suite, les week-ends que ce ne soit pas lui qui soit d'astreinte… Parce qu'on a déjà eu le cas.
- *Donc vous devez anticiper sur les week-ends.*
- Oui, il faut réfléchir. Nous on avait un médecin qui avait fait l'initial et qui était de samedi matin, il avait fait l'initial le mercredi, donc le 72 heures c'était le samedi matin… Enfin c'est galère.
- *Il fallait à la limite changer l'astreinte du samedi matin.*
- Oui. Mais surtout, je ne trouve pas que cette période de 72 heures ça soit particulièrement pertinent. Quand on s'est réinterrogé à 72 heures, en règle générale on a maintenu le truc. Parce que l'idée c'est ça, c'est plus on s'interroge sur le maintien ou pas, plus vite on lève la mesure. Je pense que c'est ça l'esprit.
- *Et le fait que les certificats soient relus, est-ce que ça a changé les choses par rapport à la rédaction des certificats : circonstanciés… Car ils sont relus par le juge, par le juge aux patients…*
- Eh bien, ce que ça change c'est qu'on est obligé, effectivement, de plus expliquer le contexte. D'expliquer quels sont les antécédents, qu'est-ce qui s'est passé dans le passé, est-ce qu'ils ont déjà arrêté leur traitement, est-ce qu'ils étaient suivis, pas suivis, est-ce qu'il y a eu plusieurs hospitalisations… Parce que si on utilise que nos mots à nous, nos mots psychiatriques, je pense que ça n'éclaire pas tellement le juge. Voilà, ça nous oblige à un effort de rédaction sur l'état actuel et aussi beaucoup sur les antécédents et les choses comme ça. Parce que je pense que quand on fait ça, ça évite justement les levées où la personne dit au juge « c'est bon je vais me soigner ». Le juge dit « c'est bon on lève ». Si tu expliques que, en deux ans, il y a eu quatre hospitalisations parce qu'il a arrêté son traitement, je pense que du coup le juge voit différemment les choses.
- *Ah oui d'accord. Pour bien expliquer au juge.*
- *Oui parce que ce que vous disiez : que le juge puisse lever parce que le patient lui dit « je vais prendre mon traitement », ça est-ce que c'est le rôle du juge ? Pas forcément ?*
- Bah oui. Mais il peut. Le juge nous a très clairement expliqué que pour l'instant, de par la loi, il n'a pas seulement un… Nous au départ on s'était dit qu'il aurait juste un rôle de vérifier que la procédure était bien faite… Non. Son rôle il n'est pas limité. Donc il peut tout à fait décider, parce qu'il estime que cette personne elle n'a plus besoin de soins sous contrainte, ou que l'hospitalisation à temps complet il pense que ce n'est pas ça qui est bien, que le patient doit passer en ambulatoire, il peut le faire.
- *Oui, ce qui est plus un rôle clinique…*
- Moi ça me paraît pour le coup, assez aberrant. Qu'on vérifie notre procédure pourquoi pas, effectivement, qu'on ne fasse pas n'importe quoi…
- *Oui, où la cohérence des certificats entre eux…*
- Voilà. Et puis voilà, qu'on fasse de bons certificats, qu'on justifie, que ce soit clair… Tout ça OK. Que ce soit fait en date et en heure, et qu'on n'oublie pas, OK. Mais que, une fois qu'ils ont vu tout ça, que ça tient la route, que les juges puissent juger de savoir si médicalement… S'ils pensent que… Ça me paraît beaucoup plus… Je ne sais pas comment dire… Ça me paraît déconnant en tout cas.
- *Oui, c'est un peu un mélange des rôles ?*
- Oui. Parce que je ne sais pas sur quoi ils se fient les juges quand ils prennent ces décisions. Donc après, est-ce que ma rédaction a changé du fait que les patients entendent en audience ? Globalement ce n'est pas tant la rédaction qui a changé que le fait de ce que l'on dit aux patients : pourquoi ils sont hospitalisés… On utilise les mêmes mots que dans les certificats. Donc effectivement : trouble psychotique, hallucinations … Voilà quoi, on est bien obligé, parce qu'on ne peut pas non plus ne rien mettre dans les certificats. Sinon le juge lève la mesure. Et en même temps, au moins les patients savent pourquoi… C'est pas toujours simple mais…
- *Oui, du coup ça systématise un peu information.*
- Mais pareil, je n'ai pas eu beaucoup… alors ils ne le disent pas forcément, mais je n'ai pas eu de retours importants de patients qui se soient plaints de ce qu'on avait marqué dans les certificats. Il y en a eu un peu, où ils discutent, où ils ne sont pas forcément d'accord. Mais on n'a pas eu de grosses réactions majeures.
- *Oui, du coup ça c'est plutôt positif finalement.*
- Oui, ça oblige à ce que ce soit plus transparent par rapport au patient.
- *OK. Et que pensez-vous du fait que… et quels sont les retours… du fait que les patients doivent voir au moins trois médecins différents dans les premières 72 heures ? Comment ça se passe ?*
- Mais ça c'est que dans le cadre de l'HDT d'urgence ou du péril imminent ?
- *Dans le péril imminent il y a le certificat d'entrée puis le 24 et le 72 heures : ça fait trois médecins différents. Mais finalement quand on recompte dans les SDT classiques, comme il y a deux médecins différents au départ, ça en fait trois aussi. Puisqu'après il y a les 24 et 72 heures.*
- Ah oui effectivement. C'est très lourd. C'est lourd pour les patients.
- *Et comment ils réagissent du coup ?*
- Nous on a eu pas mal de plaintes : « on en a marre de réexpliquer toujours les mêmes choses ».

- *Parce qu'il faut tout reprendre pour les certificats ?*
- Oui et ils sont obligés de tout raconter et c'est encore un nouveau médecin… « Mais vous ne pouvez pas vous donner les informations ? ». Et c'est vrai que… Enfin celle qui a eu la réaction vraiment la plus vive, ce n'était pas une patiente psychotique pour le coup. C'était une patiente déprimée suicidaire et c'est vrai que de la réinterroger sur l'hospitalisation, sur ses idées suicidaires, sur son passage à l'acte etc. c'était insupportable. Et puis en plus, ce qui est gênant c'est que l'entretien ne se passe pas de la même façon quand c'est un entretien pour un certificat et quand c'est un entretien lambda.
- *Oui ? C'est quoi du coup la différence ?*
- L'entretien pour les certificats, on est obligé d'évaluer l'adhésion par rapport aux soins, à l'hospitalisation, de réexpliquer pourquoi ils sont hospitalisés sous contrainte. On n'est pas à parler de leur vie, de comment ils vont… Ça aussi c'est lourd. Ils nous disent : « Mais on ne fait que parler de l'hospitalisation sous contrainte, le reste ça ne vous intéresse pas ! ». Enfin voilà, ça fait que le contenu de nos entretiens, les premiers jours, ils sont quand même très axés là-dessus. Parce qu'on les laisse parler oui, mais après quand même, on leur dit bien qu'on est là pour la mesure sous contrainte. Du coup l'entretien se rigidifie là-dessus « et pourquoi je suis hospitalisé ? ». Donc je trouve que c'est un des problèmes aussi de la multiplication des entretiens pour les certificats.
- *D'accord.*
- [Coup de téléphone] C'était pour une patiente en SDT qui ne veut pas revenir.
- *Elle était en permission de moins de 12 heures ?*
- Oui, donc il y avait sa cousine mais…
- *…**OK. Du coup mon troisième point : qu'apporte la nouvelle possibilité d'hospitalisation pour péril imminent ?***
- Ça permet d'éviter des HO chez des personnes qui n'ont pas forcément une dangerosité pour autrui mais qui sont complètement isolées, par exemple les personnes âgées qui sont dans des incuries, où on était obligé de déclencher des HO parce qu'il n'y avait pas du tout de famille. Ça évite quand même la lourdeur de l'HO et puis c'est vrai que l'HO ça ne correspondait pas forcément parce qu'il fallait qu'il y ait un danger pour autrui. Voilà. Parce que moi je ne considère pas que ça permette… enfin dans mon idée, mais j'ai discuté avec d'autres psychiatres et ils ne sont pas tout à fait d'accord, quand il y a une famille c'est quand même à la famille de se prononcer. On demande quand même à la famille. Et si la famille n'est pas d'accord pour l'hospitalisation, moi je serais un peu réticente à faire en péril imminent. Bon, sauf si le patient est vraiment en situation de danger. Mais dans les situations un peu limites, ça ne m'étonne pas qu'on demande l'avis de la famille et que la famille soit là. Donc je trouve que voilà, ça permet de simplifier quand il y a des personnes hyper isolées et qu'on n'a pas de solution. Mais c'est vraiment le seul… ou alors quand les familles sont très très loin, qu'on n'a que l'accord par téléphone ou des choses comme ça. Et encore. Mais globalement oui, ça aide.
- *Et par rapport aux droits des patients, est-ce que vous pensez que ça un impact sur le respect de leur liberté ?*
- Eh bien je trouve… quand on en a discuté avec des collègues de Valence qui disaient que tout le monde est en péril imminent, du coup on ne demande pas l'avis de famille… moi je trouve ça problématique pour le coup. Je trouvais que quand même, la SDT ou même l'HO, il y a quand même l'avis du médecin mais il y en a d'autres qui certifient aussi qu'il y a vraiment des problèmes. Ce n'est pas que nous qui disons, avec notre perception à nous « il y a un problème ». Alors si ça repose effectivement que sur nous… alors bon, il y a des situations où ça ne repose que sur nous, mais il y a quand même un certain nombre de situations où je trouve que c'est important qu'on ait la confirmation par l'entourage, qu'ils soient d'accord avec nous, et qu'on aille dans le même sens.
- *Oui. OK. Et par rapport au fait que le seul certificat médical puisse être fait par un médecin extérieur qui n'est pas forcément un psychiatre, qui peut être un médecin généraliste, un médecin du SAMU, qu'en pensez-vous ?*
- Je ne sais pas si ça change… Enfin… Est-ce qu'on le ferait plus facilement si c'était… Pour nous c'est toujours mieux qu'il y ait aussi un médecin extérieur qui, à un moment donné, a signé le truc. Que ça ne vient pas que de nous. Après c'est sûr que nous, on a de tels conflits avec SOS-Médecins qui ne veulent pas aller chez les gens, qui ne veulent pas venir ici… C'est compliqué. Je pense que c'est quand même bien, malgré tout, qu'à l'initiative de cette hospitalisation il y ait des médecins extérieurs.
- *Oui. Même si ce n'est pas forcément des psychiatres ?*
- Eh bien après les généralistes, ils les voient quand même beaucoup les patients. Ils les connaissent quand même très bien.
- *OK. D'accord… **Et donc ma dernière partie c'est sur les soins ambulatoires sous contrainte : qu'en pensez-vous ?***
- Moi je ne vois pas énormément la différence avec la période où on faisait des sorties d'essai. Voilà, ceux que j'ai qui sont en programme de

soins, finalement… Bon alors c'est sûr que c'est marqué sur un papier.
- *Oui je voulais vous demander par rapport au programme de soins : qu'en pensez-vous ?*
- Que ça rigidifie quand même un peu les choses. C'est-à-dire que, quand on a marqué qu'on le voit tous les quinze jours le mardi, et qu'en fait cette semaine là on n'est pas forcément là, on est censé changer le programme de soins. Donc ça rigidifie un petit peu. Mais après, le programme de soins ça me rappelle quand même étrangement ce que je faisais pour les sorties d'essai.
- *Oui, vous le faites de la même façon du coup. Et est-ce que vous y associez la notion de contrat avec le patient ? Enfin est-ce que vous le faites sur le mode d'explications aux patients, comme une sorte de contrat ?*
- Eh bien de toutes les façons, on leur donne à peu près les mêmes explications aussi. Voilà : qu'on leur fait suffisamment confiance pour essayer la sortie sous contrainte, mais que ça veut dire qu'ils s'engagent effectivement à venir lorsqu'on a décidé, sinon le risque c'est qu'on soit obligé de repartir sur de l'hospitalisation temps complet si effectivement on voit que les patients ne suivent pas les soins.
- *Oui. Et dans le soin sous contrainte vous mettez quoi par exemple ? Ça peut être quoi ? Des visites au CMP ?*
- Oui, c'est le nombre de fois où ils sont vus au niveau médical, au niveau infirmier, est-ce qu'ils vont au CMP, la fréquence…
- *L'hôpital de jour aussi vous le mettez ?*
- Oui. Donc c'est les consultations au CMP, plus des activités le lundi au CATTP par exemple et est-ce qu'ils ont un traitement ou pas.
- *OK. Et qu'est-ce que vous faites quand vous devez le faire sortir plus de douze heures, un week-end ?*
- Eh bien on ne fait pas.
- *Vous ne faites plus ?*
- Depuis le 1er août, les patients sortent uniquement accompagnés et qu'à la journée.
- *Et ça vous en pensez quoi ?*
- Je pense que ce n'est pas bien.
- *Oui ? Au niveau des soins ça entraîne quoi ?*
- Ça entraîne qu'on ne peut plus tellement évaluer comment les patients se débrouillent sur un week-end chez eux en sortie d'hospitalisation. On est obligé de faire une sortie plus sèche. Ce n'est pas la même chose d'avoir passé deux trois permissions à la journée que d'avoir passé des week-ends. Donc, le fait que ça soit forcément accompagné, pareil, je trouve que ça fait un point de conflit avec le patient quand ils sont en fin d'hospitalisation. Ça empêche d'avoir des permissions, ça sollicite trop les familles, ça les use. Quand c'est des familles où ça roule bien voilà, mais quand même, chez les patients isolés, qui n'ont pas de famille, eh bien on peut rien faire. On a une jeune fille : elle n'est déjà pas facile, son frère il est obligé de venir d'Annecy pour qu'elle ait des permissions sinon elle n'a pas de permissions. Enfin c'est l'enfer. Et c'est vrai que malgré tout, d'avoir ces temps de sorties seul ça permettait quand même au patient de reprendre pied tranquillement avec la sortie.
- *Et vous ne faites pas de soins ambulatoires sous contrainte, un programme de soins ambulatoires sous contrainte ?*
- Non, le truc avec sorties de week-end et temps complet la semaine ? Non. Et puis ce n'est pas l'esprit de la loi.
- *Oui ça n'est pas l'esprit de la loi.*
- On m'a redit que normalement, quand on fait un programme de soins, il ne faut pas qu'il y ait plus de je ne sais pas combien de jours d'hospitalisation à temps complet.
- *Oui… En plus ils doivent revoir le juge en rentrant.*
- Oui parce que toute réintégration normalement, si ça dure plus de huit jours ils voient le juge.
- *Donc ça vous diminue concrètement les sorties en permission des patients.*
- Oui.
- *D'accord. Et ça vous arrive de faire des sorties accompagnées par des soignants aussi ?*
- Ça on le fait pour certaines activités… Enfin par exemple si un patient doit aller visiter un appartement, mais on n'a pas … Les CMP sont pris par ce qu'ils font plus les accompagnements chez le juge… il n'y en a pas beaucoup. On n'a pas assez de personnel pour pouvoir permettre, pour ceux qui sont isolés, de sortir régulièrement en permission.
- *Oui. Et vous disiez, vous parliez de cette patiente au téléphone… enfin les soins ambulatoires sous contrainte c'est censé permettre une réintégration de sortie d'essai plus facile. Alors comment vous faites pour les réintégrations ?*
- Eh bien non, on ne peut pas. La seule chose que ça permette finalement, qu'ils soient en soins ambulatoires sous contrainte, c'est qu'on n'ait pas à redemander à la famille de signer un tiers et de re-solliciter des médecins. Qu'on n'ait pas à refaire toute la paperasse. Mais en pratique, nous, si ça se passe en dehors du créneau neuf heures/dix-sept heures, et si ça se passe le week-end ou le soir, on n'a aucun moyen d'aller les chercher.
- *Oui, donc vous ne demandez pas aux pompiers.*
- Eh bien du coup, heureusement cette situation se présente assez rarement, mais ça repose soit sur la famille soit, après, sur SOS-Médecins. SOS-Médecins ils nous envoient balader. Donc le SAMU ou les pompiers. Ce qui n'est pas non plus leur rôle.

- *Oui, ce qui est compliqué aussi par rapport au patient.*
- Eh bien oui et puis si on appelle les pompiers : Allez chercher M. machin qui est hospitalisé et qui ne veut pas revenir… ils ne sont pas fait pour ça les pompiers. Mais nous on n'a pas d'équipe mobile la nuit et le week-end.
- *Oui. Et la loi dit qu'il faut les réintégrer s'ils échappent aux soins. Et les soins ambulatoires sous contrainte par rapport aux droits des patients, pensez-vous que ça a un impact ?*
- Dans l'absolu, est-ce qu'on leur dit suffisamment je n'en sais rien… Mais un patient, à tout moment, il peut de toute façon solliciter le juge des libertés. Il peut écrire une lettre et être revu. Donc même si effectivement il reste longtemps en soins sous contrainte, à partir du moment où il est informé qu'il peut revoir le juge… Là où… mais je ne suis pas très au clair par rapport à ça… C'est est-ce qu'ils peuvent quitter le département ?
- *Oui, ça ce n'est pas formalisé dans la loi.*
- Et ça c'est un peu emmerdant, que quelqu'un qui soit en soins ambulatoires sous contrainte ne puisse pas… Enfin nous on le fait du coup. On a une patiente qui a passé une semaine de vacances avec son mari et sa famille je ne sais plus où.
- *Oui ça ce n'est pas interdit par la loi… Ce n'est pas écrit.*
- Voilà ces choses-là. Mais sinon ils ont toujours le droit de solliciter le juge.
- *Oui d'accord…* ***OK. Alors quels sont les autres points positifs ou négatifs de la loi en pratique ?***
- En pratique c'est que, là où on a un gros souci : c'est quand même deux mondes différents la médecine et la justice. Moi je m'attendais à ce que la justice soit hyper rigoureuse, fasse bien attention et en fait il y a plein d'erreurs de dates, il y a plein d'erreurs de convocations. Il y a des fois on n'avait pas encore fait la huitaine qu'on avait déjà la date de convocation chez le juge.
- *Donc ils y allaient avant quinze jours.*
- Oui des fois ils sont convoqués à 10 jours, il y a même des fois où on fait la huitaine au huitième jour et ils sont convoqués le lendemain… Ou alors voilà, il faut faire une expertise ils t'appellent la veille pour le lendemain…
- *Il faut faire des expertises…*
- Les deux fois où on en a eu, ça dépend des juges à mon avis, nous ils ne nous motivent pas pourquoi ils font l'expertise. Mais s'ils voient la personne et que ça ne leur paraît pas limpide pourquoi on maintient la SDT… Moi il y a des fois, enfin il y avait une jeune fille je n'ai pas compris pourquoi on demandait une expertise. L'expert non plus d'ailleurs.
- *D'accord.*
- Donc le point négatif, je trouve, c'est que c'est une surcharge de travail très importante : cela demande des soignants, il faut appeler le juge, le greffier se trompe…
- *Il faudrait plus de moyens quoi.*
- On est en permanence en train de faire signer des papiers aux patients comme quoi ils sont bien informés… au moment où ils arrivent, à 24 heures, leur convocation… Donc pour des gens qui ne sont pas d'accord pour être hospitalisés, on leur fait signer des papiers. Même si on leur explique que ce n'est pas pour dire qu'ils sont d'accord, enfin voilà à chaque fois il faut réexpliquer et ça génère du stress. Et puis moi, une des choses qui pose souci, c'est quand j'entends le juge des libertés qui dit « on libère bien des criminels pour défaut de procédure, il n'y a aucune raison que si on estime que c'est possible on ne puisse pas lever la mesure, et que cette personne… » alors que ce sont des personnes qui sont en danger !
- *Oui, ce n'est pas vraiment la même problématique.*
- Oui. En plus le fait que le juge ait vraiment le droit, de lui-même, parce qu'il a cette conviction là, de lever la mesure, je trouve ça vraiment très problématique.
- *Oui d'accord. Qu'il ne soit pas formalisé dans la loi quel est son rôle et sur quoi il statue. S'il statue sur le fond ou sur la forme.*
- Après moi, en pratique, j'avoue qu'honnêtement, ce n'est peut-être pas politiquement correct mais je ne vois pas quels sont les points positifs.
- *Oui d'accord.*
- Peut-être parce que, pareil… on n'avait pas non plus des patients qui étaient hospitalisés sous contrainte depuis des années ou des choses comme ça, enfin des trucs qui traînent… mais franchement… Le certificat de huitaine où il faut être deux le même jour, deux médecins le même jour qui réaménagent leur planning pour voir le patient… C'est un casse-tête !
- *Oui, le huitaine et l'avis, c'est compliqué à mettre en application. Du coup vous les voyez en même temps ?*
- Oui…
- *Ça économise un peu de temps.*
- Ça économise, mais aussi pour le patient : il ne peut pas avoir deux entretiens là-dessus par deux médecins différents dans la journée. C'est quand même un peu emmerdant. Et en même temps être au même endroit au même moment, moi qui suis un peu éclatée à droite à gauche, c'est la course permanente.
- *Sachant qu'ils disent que le deuxième ça peut être un avis. Donc ça peut être sur dossier.*

- C'est pas clair… On peut aussi se dire si on regarde bien la loi que c'est quasiment une expertise… Mais peut-être qu'on fait du zèle alors.
- *Ça, ça dépend des établissements aussi, c'est vrai qu'il y a quand même des variations dans l'application de cette loi.*
- Le début, le mois d'août, ça été l'enfer. Entre les patients qui comprenaient rien, le juge qui ne comprenait rien, nous qui nous trompions aussi…
- *Oui, parce que ça été appliqué le 1er août.*
- Mais en même temps, le nombre d'erreurs faites part… nous on en fait aussi de temps en temps, mais de moins en moins. Alors on est toujours à se demander, est-ce que j'ai le droit de faire ce certificat ou pas, en fonction de qui je suis. Mais moi j'ai encore ce matin le juge des libertés qui nous appelle en disant « il y avait deux patientes convoquées aujourd'hui ». On leur répond « mais madame, on vous a fait un certificat, à la huitaine, avec marqué qu'elles ne pouvaient pas venir ». Elle répond « non ce n'est pas vrai ». Je lui dis « mais lisez la dernière ligne », « ah ben oui c'est vrai ! ». Ils ne lisent pas. Et après ils font branle-bas de combat, ils appellent quatre cinq personnes en disant « c'est quoi ce scandale, les patients sont pas là » mais ça fatigue tout le monde, ça fait perdre du temps…
- *Ah oui d'accord… Pas simple…*
- Moi j'avoue que, en y étant confrontée franchement quotidiennement, ça me fatigue la vie… Six certificats à faire…
- *Et puis du coup, c'est au détriment des entretiens à visée non certificateurs…*
- …
- *OK, bon, eh bien merci beaucoup.*

ENTRETIEN 10 (E10)

- En Italique : verbatim de l'enquêteur
- En gras : grands thèmes du guide d'entretien

- ***Mon premier point : qu'est-ce que vous pensez de l'intervention systématique du JLD à 15 jours d'hospitalisation complète sous contrainte ?***
- Eh bien c'est un cadre plus général, qui est le cadre de la judiciarisation. Je trouve, moi, en ce qui me concerne je ne suis pas du tout opposé à la judiciarisation. Je pense d'abord que c'est une uniformisation européenne donc de deux choses l'une : on fait partie de l'Europe ou on n'en fait pas partie, donc on doit accepter l'uniformisation du système. Et je trouve que c'est pas mal que ce soit judiciarisé à partir du moment où la notion de liberté est considérée être en jeu… considérée être en jeu… Bon, je ne sais pas très bien quelle est la définition de liberté moi, mais enfin bon.
- *Par rapport à la maladie mentale ?*
- Eh bien la liberté… le problème c'est que c'est une définition abstraite la liberté. La liberté, judiciairement, c'est faire tout ce qui est permis par la loi ou ce qui n'est pas interdit. Bon alors après, c'est un cadre que tout le monde n'a pas forcément intégré comme ça et la population intègre le terme de liberté comme « je fais ce que je veux, j'ai le droit de faire comme je veux » ou « ben la liberté c'est ce que je peux docteur ». Voilà, tout le monde en a une perception différente. Juge des libertés, je trouve que c'est bien d'ailleurs que ce soit « des » libertés et pas « de la » liberté. Je trouve que c'est déjà intéressant. Je trouve que c'est vachement bien que ce soit la justice qui ait en main ce processus de contrôle là, à cela près que je tiens à préciser qu'il est important que ce soit uniquement ce processus là qu'ils aient en main et pas le processus de jugement médical.
- *Oui ?*
- Or les limites sont toujours un peu difficiles, c'est toujours un petit peu… On peut facilement basculer de l'un à l'autre, donc c'est là-dedans qu'on se crée des problèmes. Mais sinon, je suis très favorable au fait que la loi soit judiciarisée. Mais alors absolument favorable.
- *Mais du coup, il aurait peut-être fallu que dans la loi, il soit inscrit le rôle précis du juge…*
- Eh bien je crois qu'il l'est.
- *Il l'est ?*
- Je crois qu'il l'est puisqu'il est assez explicitement marqué qu'il est garant des libertés. Garant des libertés, un juge sait ce que c'est. Après, un juge c'est un homme, c'est un être humain. Moi, j'ai trois juges comme patients, dont je ne donnerai pas le nom, OK ? Donc je sais aussi quelles sont leurs faiblesses d'hommes et comment leurs faiblesses d'hommes peuvent venir se traduire y compris dans l'exercice professionnel, même si cet exercice professionnel est profondément inscrit dans les textes. C'est pareil pour les psychiatres, j'ai plein de copains psychiatres, c'est pas tous les mêmes. Pour autant, normalement on a des critères, on a des ci, on a des là… Alors c'est moins gênant pour ce qui est des psychiatres, puisqu'il y a des choix possibles du patient vis-à-vis du psychiatre… Vis-à-vis du juge c'est parfois un peu plus emmerdant. Parce que le juge c'est quand même le juge. Et puis c'est le dernier recours donc voilà. C'est un peu plus gênant. Mais pourtant on ne peut pas accuser un juge d'être un être humain. À cela près que, s'il entend bien qu'on puisse discuter avec lui des limites de son pouvoir, ça me paraît intéressant de bosser avec eux. Bon voilà, quand vous avez un juge qui dit, comme ça a été le cas dernièrement, à une de mes patientes : « mais vous n'avez pas l'air malade » voilà un truc qui m'apparaît une grossièreté absolue…
- *Et la patiente a réagi comment ?*
- Eh bien la patiente a dit « ben si je ne suis pas malade, pourquoi est-ce que je dois rester là ? ». Et puis après, derrière, c'est moi qui gère pendant des mois et des années… On essaie de lui faire admettre l'idée qu'elle est malade, parce que justement il faut qu'elle admette cette idée pour pouvoir se soigner. Elle est profondément malade, mais ce n'est pas écrit sur son nez. Et un juge effectivement peut se faire berner à l'apparence.
- *Et même au vu des certificats ?*
- Même au vu des certificats « vous n'avez pas l'air malade »… Parce que vous avez aussi des juges des libertés qui sont un petit peu sur des principes extrêmement militants du type « la psychiatrie, cet univers carcéral ». Voilà, bon alors effectivement… on va s'affronter… on va s'affronter à des trucs. Mais ça fait partie des enjeux. Et ça fait partie des enjeux sur lesquels nous devons progresser les juges et nous. Il faut qu'on sache parler aux juges et que les juges sachent nous parler. Et il faut arrêter nous de dire que les juges sont des cons et les juges de dire que nos certificats c'est de la merde. Il faut arrêter ça sert à rien ça…
- *Il faut de la communication quoi.*
- …Ça ne sert à rien, ça ne sert à rien. Il faut qu'on puisse échanger : « Vous avez pas pigé mon certificat, la prochaine fois j'essaierai de le faire différemment. Qu'est-ce qui est important pour vous ? ». Et puis d'un autre côté : « Vous avez dit ça à un patient, on ne dit pas un truc comme ça un patient »…
- *Et c'est possible ça dans la pratique ?*
- Eh bien moi… Oui, moi j'essaye, j'essaie au maximum. Bon, dans la pratique après, il y a les emplois du temps, il y a le bon vouloir de chacun… Je crois qu'il faut qu'on se donne une année dans

laquelle on va piétiner, puis au bout d'une année où on aura piétiné, on va essayer de voir un peu comment ça peut s'éclaircir. Un type comme le juge X. c'est une merveille ce type, c'est une merveille ! Moi, des gens comme ça m'éblouissent dans leurs capacités professionnelles et leurs capacités humaines. Donc je trouve absolument génial qu'en passant par des gens comme ça on arrive un petit peu à se coordonner. Les juges ont aussi à apprendre ce nouveau métier.

- *Parce que vous arrivez à communiquer avec eux au décours des audiences ou…*

- Oui, au décours des audiences ou même en dehors. Bon moi j'ai aussi la chance de les rencontrer dans de multiples occasions, donc on peut discuter à de multiples occasions. C'est vrai que de temps en temps, certains confrères qui ne sortent pas de leur petit CMP ou de leur truc comme ça et qui ne connaissent pas tout le monde, c'est un peu plus compliqué pour eux. Mais ce n'est pas ça le problème. Le problème c'est que globalement les professions ont à apprendre à travailler avec l'autre. Mais sur le principe de base je suis d'accord personnellement.

- *Et sur le fait que les audiences soient publiques ?*

- Alors ça… C'est une décision de la loi. C'est-à-dire qu'en France, les audiences sont publiques. Moi j'ai eu une affaire judiciaire sur le dos, ça fait 15 ans qu'elle est terminée, ça fait 15 ans que les choses se sont finies… Eh bien les gens peuvent toujours aller encore au tribunal, voire même sur Internet, voir ce qu'il en est de ce truc là. Lorsque vous êtes mis à poil par le système judiciaire vous êtes mis à poil par le système judiciaire. Ça c'est un principe légal. Moi je pense qu'il faudrait qu'on soit un peu plus discret sur ce genre de choses, un peu moins dans l'exposition…

- *Pour les patients…*

- Pour les patients comme pour le justiciable ! Or on n'arrête pas de dire : il faut que le justiciable puisse se réinsérer. Puis quand il est réinséré, on n'arrête pas de lui rappeler que c'est toujours affiché au tribunal qu'il a fait telle connerie en telle année. Pour tout le monde, c'est global. Le principe est global. Ce principe du truc public, ben vous savez, c'est l'histoire d'être condamné en place publique. Donc c'est quelque chose qui, à la révolution, ne s'est pas profondément transformé par rapport à ce qui se faisait sous la royauté. Donc voilà, les exécutions sont encore publiques. Vous avez des gens qui sont contents aux États-Unis d'aller assister au passage à la chaise électrique. Dans certains autres pays au tombé de la guillotine ou à la fusillade. Bon, moi je ne suis pas pour ce truc là. Je pense que franchement, la dignité humaine, quelle que soit la chose qui ait été faite… Pouvoir laisser la chance aux gens, éviter de leur parler systématiquement de leur passé… Voilà, bientôt une conduite en état d'ivresse à l'âge de 22 ans peut vous poursuivre jusqu'à 50 ans : « tu te souviens, il avait conduit en état d'ivresse, donc il est mal placé pour donner des leçons ». Parce que si on va par là, il n'y a aucun Français qui est capable de donner une leçon à qui que ce soit, parce qu'à mon avis, les conneries, elles n'ont pas toutes été judiciarisées…

- *OK. Et est-ce que vous avez des retours du vécu des patients par rapport aux audiences, avant ou après les 15 jours ?*

- Relativement peu en fait. Franchement, les psychotiques… Les pervers oui, les tordus un peu. Ils disent « oh vous avez vu, le juge m'a dit ci, il m'a dit ça… ». Les psychotiques, ça fait partie… Ils sont passés devant le juge comme ils sont allés au bureau de tabac. Il y a quand même des troubles cognitifs chez eux qui font que, après tout, c'est banal. Alors ils vont revendiquer un truc pendant un moment, quand le juge a confirmé l'hospitalisation ça nous arrange pas beaucoup…

- *Ah oui, ça ne change pas beaucoup dans la prise en charge ?*

- Ça ne change pas grand-chose, parce que nous on leur avait dit qu'ils resteraient en hospitalisation. Que le juge en ait rajouté une couche ou pas… Au début, moi je pensais que ça allait nous aider. En fait, les patients n'en tiennent pas compte du tout. Ils continuent à avoir leur pensée qu'il faut qu'ils s'en aillent et qu'après tout le juge est aussi con que nous. Ils n'ont pas une notion tellement… Vous savez, il me semble que dans la psychose, il y a un égocentrisme assez archaïque, qui fait qu'ils fonctionnent un peu comme des gamins. C'est que si ça va dans leur sens c'était bien, si ça va dans le sens inverse on s'en fout. Voilà.

- *Et avant les audiences, est-ce qu'ils vous posent des questions, dans les 15 jours qui précèdent ?*

- Très peu. Très très peu. Ils vont chez le juge, ils doivent y aller et ils y vont… Il faut dire qu'ils sont sous le coup de l'hospitalisation. Ils sont parfois un peu chaos dans la première quinzaine, ils sont à l'hôpital, ils sont bouclés dans un service une fois de plus, ils se demandent : tiens, qu'est-ce qui s'est passé ? Les flics sont parfois intervenus, il y a une SDRE, ils sont passés par les urgences… Donc il y a une espèce de contexte de galimatias général. C'est pas comme si vous, vous êtes tranquille aujourd'hui, vous faites votre boulot, et puis vous recevez une convocation chez un juge d'instruction. Bon vous voyez que là il y a une rupture. Pour les patients, ça rentre dans le système. Ils ne sont pas plus perturbés que ça. Voir même pas perturbés du tout. Ça perturbe plus les équipes que ça ne perturbe les patients.

- *D'accord. Et le fait que cela soit à 15 jours, par rapport au délai ?*
- Oui, le vrai problème est de juger le plus rapidement possible le fait que la privation de liberté… C'est un principe judiciaire. C'est un principe judiciaire, je n'irai pas m'opposer à un principe judiciaire puisque c'est un principe qui normalement s'applique à tout citoyen. Donc à moi comme aux autres. Aux patients comme aux autres. Si les juges ont besoin de juger à la quinzaine que le patient est privé de liberté ou pas… Je trouve que c'est plutôt rassurant pour les libertés individuelles.
- *Vous ne faites pas trop de contre-indications médicales aux audiences ?*
- Non, aucune. Aucune ! Moi je crois qu'il faut que le boulot soit fait, aucune. Même sur les contre-indications pour les gens pour passer aux assises, moi quand j'étais expert, je n'en faisais pas. Je disais : il a quand même toujours à entendre que la société n'est pas d'accord avec ce qu'il a fait. Après, qu'on lui dise « vous aurez 30 ans » ou « vous irez en hôpital psychiatrique », ce n'est pas mon choix. C'est le choix de la justice. Mais qu'il puisse l'entendre, ça, ça peut être éventuellement mon choix parce que moi je juge qu'il n'y a pas de raison que, pour des raisons de psychose et autre, on le mette à l'abri de tout ça. Qu'il s'y confronte. Après, que les conséquences soient repensées de manière différente à cause de l'impact de la folie, c'est un autre problème. Ce n'est pas le même. Mais pour moi, a priori… Bon, si vraiment il est complètement agité, qu'il casse tout, qu'il ne va pas être maîtrisable là-bas…
- *C'est rare quand même…*
- Enfin, on serait dans l'exception de l'exception. Sur ces vingt dernières années de travail, je ne sais même pas si ça se serait présenté une fois. Parce qu'on a quand même toujours les moyens de pouvoir faire en sorte que le patient soit confrontable.
- *OK…* ***On va passer au deuxième point : comment percevez-vous la période initiale d'hospitalisation de 72 heures en hospitalisation complète ?***
- Comme une période d'observation de 72 heures.
- *Est-ce que ça vous aide pour la prise en charge ?*
- Eh bien c'est une période d'observation qui, quoi qu'il en soit, était faite. Mais pour moi la période d'observation elle n'est pas de 72 heures, il y a des cas dans lesquels en 24 heures on a notre idée qui est faite, et puis il y a des cas dans lesquels il nous faut 10 jours, ou même au bout de 15 jours on discute encore de l'orientation diagnostique. Je pense par exemple à des troubles de l'ordre public sur des ingestions de drogue qui sont apparus comme quelque chose de l'ordre de la psychose et puis qui n'en sont pas, on s'en rend compte par exemple au bout de deux semaines trois semaines. Donc on n'est pas à 72 heures. Je crois que c'est un délai légal qui a été mis. C'est plus une décision militante qui se termine par une décision judiciaire. Puisque moi, j'ai entendu au départ dire : les certificats de 24 heures c'est trop court, il nous faudrait au moins 72 heures. Ben voilà, on les a les 72 heures. Sauf que moi, 24 heures ou 72 heures, ce qui est important c'est que quand je juge que le patient n'a plus rien à faire dans nos mains, ou qu'on doit faire autrement, qu'on puisse prendre les décisions qui nous le permettent. Voilà, alors 72 heures ou pas 72 heures… si vous me demandez : qu'est-ce que vous pensez des 72 heures, je vais vous donner une réponse d'une vulgarité certaine mais explicite : je m'en bas l'œil.
- *D'accord. Et par contre, dans cette période de 72 heures, on nous demande trois certificats…*
- Oui bien sûr, alors ça c'est des obligations.
- *Et au niveau pratique qu'est-ce que ça a changé ?*
- Puisqu'ils ont décidé 72 heures, il faut bien qu'ils se donnent des garanties pendant les 72 heures. Ce qui a beaucoup changé au plan de la pratique, c'est pas du tout au plan de la pratique médicale parce que, n'importe comment, le boulot on essayait de le faire. Ça a surtout changé au niveau de nos obligations, sans les moyens supplémentaires pour pouvoir faire tout ça. Donc du coup, à faire des papiers ou à faire des trucs comme ça, ce n'est pas nous qui régulons notre travail c'est le travail qui nous régule. Du coup il y a des choses qu'on peut moins faire, il y a des choses qu'on ne peut pas faire, il y a des conflits qui s'installent, il faut réorganiser les permanences. Enfin c'est beaucoup plus compliqué. Pour un intérêt qui, à mon avis, apparaît assez moindre au niveau médical et qui est plus un intérêt de préservation des libertés sur un plan judiciaire.
- *Oui, parce que du coup, les certificats, ils ne sont pas très différents en général…*
- Eh bien, ils ne sont pas très différents les uns des autres. Mais pire que ça, pire que ça, il faut se démerder pour pouvoir les faire et ce n'est pas simple.
- *Oui, c'est plus au niveau pratique, matériel…*
- Il faut quand même savoir, par exemple, que demain matin il y a réunion du collège pour trois patients, il faut donc qu'à neuf heures j'y sois pour ces trois patients, or à dix heures je commence ma visite ici. Il y a 40 km. Je n'aurais pas fini pour le faire.
- *Oui, du coup, matériellement …*
- Voilà, le vrai problème c'est qu'on prend des tonnes de décisions au nom des grands principes dans notre pays et qu'on fait avec les moyens qui existent. Et ma foi, ces moyens ne sont pas toujours à la hauteur de nos prétentions. Ça c'est

ce que je pourrais dire sur les certificats. Après 72 heures pas 72 heures franchement, pour ce qui est du suivi des patients, je m'en fiche parce que ça n'a pas changé quelque chose dans la pratique médicale, ça change quelque chose dans la partie administrative de ma pratique médicale.

- *Et par rapport à la relecture des certificats, est-ce que cela a changé votre façon de rédiger ? Le fait qu'ils soient relus par un juge, par le juge au patient ?*

- Oui, alors chez moi les patients sont de toute façon informés de ce que je pense. Si je pense qu'ils font bien je leur dis, si je pense qu'ils m'emmerdent je leur dis « vous m'emmerdez ». Je tiens à ce que les patients connaissent mon état d'esprit les concernant. Je ne suis pas dans cette espèce de langue de bois, je tiens à ce que les patients puissent dire « le médecin m'a dit que je l'emmerdais » et puis on se dit « maintenant qu'est ce qu'on fait avec ça ? ».

- *Oui, donc vous les informez de tout.*

- Voilà, je les informe aussi de mon ressenti. Je ne suis pas du tout psychanalyste pour ça. Je ne suis pas dans une neutralité qui n'existe que dans les discours. Parce que dans la réalité, tu n'es jamais neutre. Quand ça te fait chier, ça te fait chier. Tu donnes l'impression que ça ne te fait pas chier. C'est autre chose. Ensuite, par rapport à ça, si je fais quelques efforts sur les certificats ce n'est pas tellement vis-à-vis des malades parce que je leur donnais déjà des informations, c'était fait, c'était clair, il n'y avait pas de problème. C'est vis-à-vis du juge, pour arriver à lui faire piger les choses telles que j'ai envie qu'elles soient entendues. Donc c'est plus un effort de pédagogie basique qu'autre chose.

- *Et vous trouvez ça intéressant cet exercice ?*

- Ben moi j'ai toujours aimé ces exercices de vulgarisation. C'est pas pour rien que les médecins généralistes me connaissent bien et m'apprécient. Les étudiants c'est un peu pareil. J'ai toujours pensé, et c'est mon grand-père qui m'avait dit ça : il ne faut jamais que tu exprimes ta pensée comme toi tu la penses, il faut la penser comme l'autre peut la comprendre. OK ? Et ça c'est important. Donc forcément les certificats… On n'y arrive pas toujours, parce que des fois on se laisse emporter par un mot qui nous a paru d'une grande banalité. Et puis voilà. Moi j'ai été retoqué une fois, eh bien je dois dire que ce n'était pas tort. Parce que quand j'ai relu le certificat, je me suis dit effectivement, tu as parlé un juge, cette phrase est ambiguë. Un psychiatre aurait pigé, le juge ne peut pas piger ça. Donc c'est normal. Après il y en a qui comprennent mieux que d'autres. Quand vous avez un juge comme celui dont on parlait toute à l'heure, c'est un type qui est d'une culture humaine, psychiatrique, médicale telle que si tu lui parles de dissociation mentale il va te dire ce que c'est. Il est capable de ça.

- *Donc il faut plus ou moins expliciter selon le juge.*

- Voilà. Voilà.

- *D'accord, et dans la pratique par rapport aux patients que vous avez, le fait qu'ils doivent voir trois médecins différents au moins au début…*

- Ça c'est pas génial mais enfin…

- *Oui ? Comment ils le vivent ? Est-ce que vous devez leur réexpliquer ?*

- C'est pas génial parce qu'ils en ont ras le bol, il faut qu'ils recommencent trois fois la même histoire.

- *Ils ne sont pas très contents en général ?*

- C'est pas qu'ils ne sont pas très contents, vous savez ils sont dans la grande période de soumission quand ils entrent. À part quelques-uns : les paranos et autres. Mais sinon ce sont des schizophrènes qui sont plutôt sous l'éteignoir au moment où ils rentrent.

- *Donc c'est plutôt de l'incompréhension ?*

- Oui, trois médecins ça les fait chier, et puis finalement c'est lequel qui va s'occuper d'eux… c'est un tantinet confusionnant. Une fois encore, il me semble que ce n'est pas tellement le malade qui est préservé là, plus que le principe de liberté qui peut s'appliquer à lui. Et ma foi, ce n'est pas toujours concordant. Voilà.

- *OK.* ***On va passer à mon troisième point : qu'apporte selon vous la nouvelle possibilité d'hospitalisation pour péril imminent ?***

- J'ai peur avec ça. J'ai peur que ce soit une façon de faire de l'HDT sans tiers à tour de bras. C'est-à-dire qu'il y ait un glissement sémantique. Ce dont je suis déçu, c'est qu'on soit incapable dans un pays comme le nôtre de pondre une loi qui prend vraiment fait et compte d'un certain nombre de réalités. Vous savez que je m'occupe de la précarité, nous avons de plus en plus de situations dans lesquelles les gens auraient besoin de soins et pour lesquels le tiers n'existe pas. Eh bien on est incapable de faire une loi, de mettre dans la loi, ce qu'il serait possible de faire pour quelqu'un qui aurait besoin de soins mais pour lequel le tiers n'existe pas.

- *Oui, il aurait fallu préciser que le péril imminent s'applique à ce genre de personnes isolées ?*

- Non, pour moi le péril imminent s'applique au péril imminent. OK ? Mais du coup on va l'utiliser pour des gens qui ne sont pas dans un péril imminent mais qui n'ont pas de tiers et on va juger que c'est l'absence de tiers qui est le péril imminent.

- *Voilà, donc vous…*

- Voilà, moi j'aurais bien aimé qu'on distingue les deux quoi. Et que le sujet sache que, quand il est

rentré dans un contexte qui est semblable à celui de la demande d'un tiers, il y avait absence de tiers pour s'occuper de lui, que nous on puisse travailler derrière. Ou alors on définissait un peu plus largement la fonction du corps social comme tiers, les obligations de chacun à l'égard de l'autre etc. Moi, le problème sur le péril imminent il est là : à quoi va servir le péril imminent ? Je pense que dans deux cas sur dix il servira de vrai « péril imminent » et dans huit cas sur dix il servira à l'absence de tiers.

- *Et par manque de recherche de tiers c'est ça ?*

- Oui, alors au début, parce qu'on n'en trouve pas, et puis petit à petit parce que ce sera plus facile de ne pas en trouver quoi. Et c'est un peu ça mon problème. On s'en entretenait la semaine dernière à Lille au congrès de psychiatrie française, avec tous les hauts responsables de ce genre de choses, et ils m'ont largement suivi, ils m'ont dit : bien sûr que c'est comme ça que ça risque de se passer !

- *En pratique, vous avez déjà des exemples où les patients rentrent pour péril imminent alors que vous cherchez un peu et vous trouvez un tiers ?*

- Ah oui, nous pour l'instant on recherche encore toujours les tiers parce que… Dans le monde de la précarité, le problème est simple, c'est qu'on a l'habitude. Donc on travaille à la recherche des tiers un maximum, ça fait presque partie du boulot. Mais il y a plein de cas dans lesquels les choses ne se feront pas comme ça, ce sera beaucoup plus rapide. Donc le péril imminent relèvera surtout de l'absence du tiers plus que du réel péril, voilà. Et ça j'ai toujours pensé que c'était un peu une faiblesse de notre législation.

- *Et par rapport aux droits des patients, vous en pensez quoi ?*

- Ben ça repositionne les choses de manière différente. Moi après, je me sens toujours d'expliquer à des patients qu'effectivement le péril imminent c'était le fait que comme il n'y avait pas de tiers, les choses risquaient de s'aggraver, qu'il risquait de se casser la gueule etc. donc on peut toujours le faire si vous voulez. C'est une gymnastique intellectuelle. Mais les schizophrènes ne vont pas forcément vous suivre là-dedans. C'est nous, on va se rassurer. Ça c'est sur. Mais nous on est tranquille, on se rassure toujours. OK ? Après ?

- *Et le fait que ce soit un médecin extérieur à l'établissement, pas forcément un psychiatre qui puisse faire le seul certificat pour le péril imminent, vous en pensez quoi ?*

- Ça veut dire qu'on donne à un médecin une capacité de connaissance supérieure à ce qu'il y a dans la réalité. C'est des généralistes, c'est les gens de SOS-Médecins, grosso modo, quand on va chercher un médecin non pas dans des processus de savoir mais dans des processus émotionnels, on le fait descendre d'un niveau. C'est-à-dire qu'on le fait passer d'un niveau cortical un niveau mésencéphalique. « Ça s'est agité, j'ai eu peur, il y avait plein de monde autour de moi, c'est la pression, donc j'ai fait ça ». C'est-à-dire que l'intellectualisation de la situation est liée à l'émotion, alors qu'elle n'est pas liée au fait qu'il y a tel trouble, que tel trouble risque d'entraîner tel trouble, que ça nécessite tel traitement…

- *Ça, on l'a à l'expérience, c'est ça ?*

- Eh oui, eh oui. Et ça…

- *Il y a un risque d'hospitalisation…*

- Il y a un écart entre les grands principes défendus par une loi concernant les libertés et les capacités que nous avons à l'appliquer sur le terrain. Vous savez, y compris en matière de police… moi j'ai un membre de ma famille qui est dans la police… y compris en matière de police, les niveaux de législation sont tels et tellement importants qu'ils nécessiteraient que les policiers soient des bacs plus dix. Donc que vous faites appliquer à des bacs plus un des trucs qui sont sur des principes bien plus élevés. Et dans toutes les sociétés avancées on se retrouve avec cet écart là. Si bien qu'a priori déjà, au moment où vous pondez la loi, vous êtes dans la bavure. C'est-à-dire que vous pouvez savoir que ça va baver derrière forcément. Alors c'est emmerdant parce que les lampistes ils ne sont pas contents quand même. Moi j'ai fait des formations pour les gens de SOS-Médecins, quand des reproches leurs sont faits ils ne sont pas contents parce qu'ils ont l'impression qu'ils ont été pleins de bonne volonté sur ce coup-là et ils s'attirent des reproches. De la même manière que nous on ne serait pas content quand on s'attire les reproches d'un médecin généraliste parce qu'on n'a pas gardé un patient, alors que si on l'a sorti c'est qu'il n'y avait plus de justification pour qu'il reste. Mais lui, il pense que pour la famille… c'est comme ça…

- *OK…* ***On va passer au dernier point alors : qu'est-ce que vous pensez des soins ambulatoires sous contrainte ?***

- Ah ça moi j'ai toujours été pour ! Je le dis assez fermement. Je pense que la maladie mentale est une aliénation dramatique, elle envahit l'appareil de la réflexion, donc le plus souvent c'est la maladie qui réfléchit plutôt que le patient lui-même, et le corps du patient est le lieu d'expression des réflexions pathologiques. C'est-à-dire qu'il va exprimer les choses. Si nous voulons lutter contre cette maladie, il nous faut par moment nous y opposer un peu fermement. Bien évidemment, la confusion est immédiate : s'opposer fermement à des processus de pensée pathologique c'est s'opposer fermement à un sujet. C'est ce que j'appelle l'identification du sujet à sa maladie. Il n'est plus M. untel, résidant à tel

endroit, il est le schizophrène suivi par le CMP. C'est un fait social. J'aimerais bien qu'on puisse trouver une issue à ça, mais je n'ai pas le génie suffisant pour dire comment on peut faire. Je ne peux donc vous parler que de désir, pas de réalisation. Par contre, dans la mission qui m'est donnée de faire en sorte que cette pathologie cède dans son emprise sur le patient au maximum pour que ce sujet retrouve le maximum de citoyenneté, j'ai besoin à un moment de contraindre cette pathologie à subir des choses qu'elle-même n'est pas de nature à vouloir subir. Si bien que, du coup, je suis en position de contrainte à l'égard du sujet puisque la pathologie est en lui, elle n'est pas dans sa sacoche. Et penser que, simplement parce qu'il est dehors, il ne serait pas l'objet de cette emprise par la maladie et qu'il pourrait exercer toute sa volonté pour la maîtriser, ou venir nous voir en disant qu'il recommence à déconner, est une illusion dont nous sommes depuis longtemps sortis. Et il me semble que maintenir ce « garde-fou » présent, à la condition qu'on n'en abuse pas pour d'autres raisons que la raison médicale, me parait être une nécessité. Je suis donc assez satisfait que le principe soit établi et je crois que je suis rejoint en cela par les familles de malades, par les associations etc.

- *Quand vous dites que vous avez toujours été pour, vous faites allusion aux sorties d'essai ?*

- Aux sorties d'essai au long cours. Ça fait bientôt 40 ans que je suis dans le métier, voilà bientôt 40 ans que j'ai toujours pensé ça. Alors ça c'est un des invariants de ma position.

- *Et du coup c'est formalisé dans les soins ambulatoires sous contrainte…*

- Oui ! Donc après, c'est question de forme, question de principe… Mais sur le principe général, je suis satisfait. Après qu'est-ce qu'on en fera c'est autre chose. Si on commence à mettre tout le monde sous soins ambulatoires ou sous obligation, effectivement… Alors par contre, j'ai un petit problème sur les soins ambulatoires obligés : je trouve dramatique qu'ils ne s'adressent qu'aux symptômes psychiatriques. J'ai un patient psychotique qui est tuberculeux. C'est dramatique ! Parce que je peux le maintenir sous soins obligés pour ses troubles psychiatriques, hélas pas pour sa tuberculose. Et comme ses troubles psychiatriques ne sont qu'à peine modifiables, sa volonté de ne pas se soigner pour sa tuberculose est présente. Et je ne peux pas lui imposer des soins. Donc je suis obligé d'accepter l'idée qu'éventuellement il puisse contaminer d'autres personnes et que d'un autre côté il puisse en mourir. Ça ne me satisfait pas dans mes tripes humanistes.

- *D'accord, donc à la limite que ce soit étendue à…*

- Voilà, il y a des pays dans lesquels c'est ainsi.

- *Et par rapport au programme de soins, comment vous mettez en place ça avec le patient ?*

- Bon ça, le programme de soins, c'est une mise en forme du truc. Le programme de soins, légalisé, c'est une formalité. Le programme de soins pour moi ce n'est pas quelque chose qui se légalise, c'est quelque chose qui coule de source. Quand quelqu'un doit être suivi au long cours il y a un programme de soins. Là, il est légalisé. Comme si le fait de mettre des soins au long cours pouvait jeter la suspicion sur la psychiatrie de mettre des programmes de soins au long cours sans mettre de programme de soins en route. Donc là, c'est plus un contrôle du fonctionnement des équipes… Moi j'ai toujours eu des programmes de soins pour les patients, ils n'étaient pas forcément sous la forme et sous la régularité impliquée par la loi, mais ils étaient. C'est-à-dire que, en ce qui me concerne, nous avons toujours, nous tachons d'avoir, une vision à cinq ans du devenir d'un patient.

- *Avec lui du coup ?*

- Avec lui, avec sa famille, avec ceux avec qui c'est possible. Parfois c'est possible avec lui, parfois c'est possible avec son environnement, parfois c'est possible avec les deux… Voilà, c'est variable. Tandis que là, c'est caricaturer le système. Mais la loi fait toujours comme ça. C'est interdit de passer au feu rouge, ceci dit tous les gens qui passent au feu rouge n'ont pas un retrait de permis. Il y a ceux qui ne se sont pas faits voir, il y a ceux qui ont été vus mais qui sont arrivés à séduire le flic qui n'a pas retenu l'infraction, et puis etc.

- *Et du coup, ça c'est pour les sorties de plus de douze heures. Pour les sorties de moins de douze heures, cela n'entre pas dans les soins ambulatoires sous contrainte…*

- Alors ça, ça m'emmerde !

- *J'allais vous demander comment vous vous débrouillez de cela dans la pratique ?*

- On se démerde comme on peut. La réponse est simple : c'est comme on peut ! C'est-à-dire que moi, j'aimerais bien que ça, ça rentre dans le cadre du projet de soins. C'est-à-dire qu'une sortie de douze heures se fasse avec la même possibilité qu'une sortie d'un mois. C'est-à-dire que pour moi, on fait une sortie pour le week-end, on fait une sortie de douze heures… on puisse tester non accompagné etc. Moi c'est probablement le truc qui m'emmerde le plus dans cette loi. C'est cette histoire là. Ça, alors vraiment… Et je pense d'ailleurs que ce sera le premier truc qui sera remis en question.

- *D'accord, parce que du coup dans la pratique ça vous oblige à faire moins de sorties j'imagine ?*

- Voilà, ça boucle des gens sous principe de liberté, ça les boucle. Voilà

- *Il y a moins de sorties parce qu'ils n'ont pas tous un accompagnant…*
- Exactement, c'est tout à fait ça.
- *D'accord, et pour les sorties de plus de douze heures vous faites des programmes de soins ?*
- Des programmes de soins c'est ça. Alors bon, c'est toujours pareil, c'est pas pratique, et ça rajoute… Il faut des moyens pour faire les papiers, qui n'ont pas été rajoutés. Nous on a calculé que pour le nombre de certificats à fournir sur l'ensemble d'un mois, il nous faudrait presque un demi-poste supplémentaire de médecin. Vous vous rendez compte ?
- *Et vous l'avez demandé ?*
- Bah je sais pas si je ne vais pas le faire… Je peux le faire ! Justement je me réunis avec les chefs de pôle de psychiatrie générale parce que tout ça pèse sur les épaules d'un service et pour autant personne ne nous a fait la moindre proposition. Voilà.
- *OK*
- Ça vous va ?
- ***Oui, avez-vous des choses à rajouter sur cette loi ?***
- Non.
- *Des choses qui posent problème ou des choses intéressantes ?*
- Non, non parce que les quatre points les plus importants vous les avez identifié assez rapidement, on a parlé de ces quatre trucs… Après le reste c'est tout le grand problème de : pourquoi juste la maladie mentale ? Pourquoi ne pas, après tout, donner toute leur liberté aux malades mentaux ? Enfin les grands principes. Qu'est-ce que le principe de la contrainte ? Comment doit-on banaliser l'autorité ? Mais ça…
- *Ça fait l'objet de multiples thèses*
- Voilà voilà.
- *OK, eh bien merci beaucoup.*

ENTRETIEN 11 (E11)

En Italique : verbatim de l'enquêteur
En gras : grands thèmes du guide d'entretien

- ***Mon premier point : qu'est-ce que vous pensez de l'intervention systématique du juge des libertés à 15 jours d'hospitalisation complète ?***
- Eh bien ça nous pose plus de difficultés que d'avantages. C'est déjà beaucoup trop rapide…
- *Oui ? Les 15 jours c'est trop tôt ?*
- Oui, c'est trop tôt oui.
- *Et il aurait fallu que ce soit à combien ?*
- Je ne sais pas. Un mois.
- *Un mois, OK. Parce que du coup, ils se présentent comment ? Qu'est-ce qui pose souci ?*
- Euh… On est… On perd de vue la priorité… Enfin on risque d'être happé par ses taches administratives et de perdre de vue la priorité des soins. On doit… Ça entraîne des effets pervers. C'est-à-dire que, dans les certificats qu'on va faire, au lieu de rester bien fixé sur l'état aigu du patient au jour d'aujourd'hui, on est obligé d'anticiper ce que risque d'être la décision du juge, les conséquences ennuyeuses pour le patient si la mesure est levée. Donc, à la limite, on risque de dramatiser… Enfin, le certificat, au lieu de bien coller à l'état aigu actuel immédiat du patient, on doit bien mettre les mots-clés pour le juge.
- *Et donc il y a une espèce de décalage…*
- Oui. Enfin c'est… Oui, de distorsion, au niveau du temps…
- *Au niveau du but du certificat ?*
- Voilà.
- *Au lieu de faire un certificat sur l'état du patient, c'est un certificat qui va expliquer au juge, et qui doit anticiper parce que…*
- Voilà, qui doit anticiper sur une évolution alors qu'on est en état aigu et que l'évolution elle n'est pas encore écrite.
- *D'accord. Et le vécu du patient, les retours de patients avant l'audience et après l'audience, vous en avez ?*
- Euh… Oui, mais je crois que… Enfin comment dire… Les patients n'en saisissent pas forcément… C'est-à-dire que ceux qui veulent être hospitalisés sont contents car ils avaient peur que le juge les empêche d'être hospitalisé. C'est pas parce que c'est sous contrainte qu'il n'y a pas… Bon, il y a une ambivalence, il y a une réassurance dans l'hospitalisation. Surtout de manière aussi rapide. Et puis bon… On se trouve quand même dans une situation où on a l'impression que sont en première ligne des acteurs qui ne sont pas médecins.
- *Oui ? le juge ?*
- Entre le juge, l'avocat, et puis éventuellement si le procureur n'est pas d'accord avec le juge : le procureur. Et le médecin donne un avis technique mais, à la limite, en second.
- *Parce que du coup, vous avez eu des expériences où le juge statue plus sur le fond que sur la forme ? Statue sur l'état médical plutôt que sur la bonne tenue des certificats ?*
- Je n'ai pas encore suffisamment d'expérience. En plus, bon, c'est rare, on n'a quand même pas eu trop de décisions qui ont été trop à l'encontre de… Enfin j'essaie de me souvenir… Mais les personnes qui sont les plus informées, qui ont un avis plus global, ce sont les cadres par exemple. Parce que les cadres, eux, supervisent vraiment. On est quatre médecins dans le service, je n'ai pas eu de cas qui m'ait posé complètement problème. J'ai eu un cas un peu particulier cet été mais à la limite, comment dire, je me suis retrouvée… C'était une personne de nationalité allemande qui était paranoïaque, qui était hospitalisée… Qui avait été expulsée de son logement parce qu'elle ne payait pas son loyer, et elle délirait. Elle pensait qu'elle avait été propriétaire de son logement. Ce qui fait que, au moment de l'expulsion, elle s'est rebellée, elle a frappé un des membres des forces de l'ordre, et elle a été en HO. Elle était effectivement très paranoïaque. Avec le traitement superficiellement son état s'est amélioré. Superficiellement, puisqu'elle avait des troubles du comportement, une histoire ancienne d'ailleurs. Elle était en France depuis une dizaine d'années. Enfin elle avait un petit peu fui… La dangerosité était très difficile à évaluer parce que c'était quelqu'un qui était quand même très repliée. Et c'était impossible… On a voulu la faire transférer en Allemagne parce qu'en fait son état nécessitait qu'elle soit plus… En plus elle parlait quand même mal le français, sa famille était en Allemagne, donc la garder indéfiniment… En plus c'est une pathologie au long cours… Donc on a essayé de la transférer en Allemagne. C'était kafkaïen parce que personne ne voulait payer. La sécurité sociale ne voulait pas payer parce qu'elle était de nationalité allemande, l'Allemagne ne voulait pas payer parce que ça faisait 10 ans qu'elle était en France, elle avait des relations conflictuelles avec sa famille qui était très ambivalente par rapport… qui n'était pas mécontente qu'elle soit loin. On ne savait pas comment faire.
- *Et la loi là-dedans ?*
- Eh bien j'ai fait un certificat suffisamment ambigu… Moi je ne voulais pas lever ma mesure complètement parce que, niveau thérapeutique, je l'avais mise sous neuroleptique retard, mais bon voilà. Et je ne pouvais pas lever l'HO parce qu'elle n'était quand même pas compliante aux soins, il y avait cette histoire de déménagement. Je ne savais pas comment elle allait repartir en Allemagne, elle

avait ses affaires… Finalement ça m'arrangeait, parce que j'ai fait un certificat suffisamment flou pour que le juge des libertés lève la mesure et quelle sorte. Enfin c'est…
- *Le juge a levé la mesure ?*
- Voilà. Enfin je savais que si j'avais mis qu'elle était dangereuse il ne l'aurait pas levé.
- *Et du coup, au niveau des responsabilités, c'est plus lui qui prend…*
- Eh bien je n'en sais rien, il se passerait quelque chose… je ne sais pas. Mais enfin bon, à la limite, ça a été tranché autrement.
- *Oui, c'est une situation un peu floue qui a été tranchée par un juge. Donc ce que vous voulez dire, c'est que c'était arrangeant dans ce cas-là qu'il y ait un tiers externe ?*
- Voilà, voilà, voilà. Oui. Mais bon, c'est un cas particulier.
- *Et par rapport au fait que les audiences soient publiques ?*
- Euh… Alors là oui, en plus ça se fait dans un local où on entend tout depuis la salle d'attente, où la porte est ouverte. Oui, il y a un côté… C'est dégradant pour la personne, il y a un manque minimum de respect…
- *D'accord…*
- *On va passer au deuxième point ?*
- Allez-y.
- ***Comment est-ce que vous percevez la période initiale d'observation de 72 heures en hospitalisation complète ?***
- La plupart du temps, pourquoi pas. En plus, étant donné le problème qu'on a : neuf fois sur dix ou trois fois sur quatre, les 72 heures se passent à l'APEX parce qu'on n'a jamais de lit. Donc les 72 heures ici, je crois que c'est très rare qu'on en ait dans le service. Alors par contre, là j'ai encore un cas paradoxal. Parce que ce sont ceux-là qui attirent notre attention. C'est un patient qui a eu un délire chronique avec des traits paranoïaques, qui a eu de graves troubles du comportement il y a trois et quatre ans. À l'époque il était en HDT, en sortie d'essai d'HDT. Donc il a été réintégré dans l'HDT. C'était un patient qui, lors de son épisode délirant, avait fabriqué une espèce de sabre japonais et était allé dans une école maternelle où il voulait protéger les enfants contre les zombies. Il avait commencé à attaquer tout le monde. Il avait donc été maîtrisé, ça avait été chaud. Quand on l'a récupéré ici, on a cru qu'il resterait hospitalisé tout le temps ici étant donné la gravité des choses.
- *Donc vous me parlez d'avant le passage de la loi ?*
- Oui, oui. C'est pour en arriver aux 72 heures, je n'ai pas perdu le fil.
- *Oui bien sûr, c'est juste pour moi, pour être bien sure d'être au bon endroit.*
- Non mais c'est vrai que je ne suis pas encore arrivée. Je fais une petite digression mais c'est pour vous expliquer la situation. Donc il était resté longtemps en HDT, le traitement a finalement bien agi au bout de plus d'un an. Après son état de santé s'est effectivement amélioré. Bon, il reste quand même… Il n'est plus délirant mais il a une façon, un regard sur le monde, un petit peu interprétatif, il est quand même particulier. Mais bon, il n'est plus délirant, il n'a plus de symptômes actuels, il a des relations à peu près correctes avec les gens, il… Comme son état s'est amélioré et qu'on l'a fait partir en maison de repos, on a levé la mesure. Il est donc maintenant en HL. C'est quelqu'un qui a un bon niveau d'intellectuel, qui est quand même assez solitaire, avec la collectivité c'est quand même pas toujours facile. On a voulu l'envoyer en foyer de vie, il n'a jamais voulu aller en foyer de vie, il est allé visiter et il a trouvé que le niveau des personnes qui y étaient était quand même… Bon voilà. On a essayé de le mettre en appartement collectif et il n'a pas supporté non plus cette espèce de promiscuité. Et là, grâce à la loi cette fois-ci, grâce à la loi parce que sinon je ne l'aurais pas fait, je vais le faire sortir dans un appartement individuel, mais avec un programme de soins. Parce que c'est quelqu'un… le programme de soins c'est bien quand même… parce que les soins ambulatoires contraints ça a quand même un intérêt.
- *Ça le contient…*
- Ah ben oui et puis bon c'est quand même une garantie pour tout le monde. Lui, je vais être obligée… Il est en HL, et je vais être obligée de le mettre 72 heures ici… Voilà. Donc là, en ce moment il est en HL, il a un appartement en vue, il devrait avoir les clés, il signe le bail le 5 janvier, je lui donnerai des permissions pendant l'HL parce que c'est plus pratique… sinon c'est impraticable les permissions… pour qu'il aménage son appartement et une fois que l'appartement sera opérationnel, je l'enferme 72 heures… Alors là, si vous l'interviewez lui, il vous dira ce qu'il pense… Parce que je lui ai expliqué…
- *Et il a réagi comment ?*
- Eh bien il trouve que cette loi est mal faite.
- *Surtout qu'il va devoir voir trois médecins différents, qu'il va devoir expliquer…*
- Mais je veux absolument utiliser cette loi, il a quand même des antécédents qui sont… Parce qu'avant l'histoire de l'école maternelle, quelques années avant, il avait quand même aussi agressé des commerçants, enfin menacé. Il n'a jamais frappé quelqu'un. Mais enfin bon, oui, il s'était fabriqué son sabre japonais et il délire un peu sur l'armée japonaise. Enfin bon…
- *Il y a une certaine dangerosité.*

- Enfin bon, voilà.
- *Ça vaut le coup de faire des soins ambulatoires sous contrainte pour vérifier qu'il ne redécompense pas de nouveau.*
- Voilà. Et puis je lui ai dis que j'allais lui contrôler son traitement tous les 15 jours, que j'allais lui faire des dosages dans le sang tous les 15 jours. C'est aussi une façon de contourner les choses, dans la mesure où on ne peut pas lui donner de traitement retard parce qu'il fait une intolérance aux neuroleptiques… Voilà, donc c'était pour vous répondre sur les 72 heures.
- *D'accord, c'est une situation où les 72 heures ne seraient pas forcément indispensables alors que là, on les demande pour l'entrée en soins ambulatoires sous contrainte.*
- Voilà, voilà, voilà. Là, c'est effectivement… s'il y a besoin de soins ambulatoires sous contrainte, pourquoi obligatoirement 72 heures ? C'est au psychiatre à…
- *Et donc, dans cette période, on nous demande de rédiger trois certificats au moins, voir plus. Et ça, vous en pensez quoi ? Est-ce que dans l'expérience…*
- C'est beaucoup trop lourd. En plus comme on est de moins en moins nombreux, je ne sais pas comment vous mettez ça parce qu'on est plus ou moins nombreux dans les unités les uns des autres… On se dépanne avec les services d'à côté mais enfin bon…
- *Oui ? Ça oblige à faire des manœuvres un peu compliquées parce qu'il y a un manque de moyens ?*
- Et puis même s'il y avait des moyens, c'est même anti thérapeutique parce que, pour les patients, voir trop de médecins…
- *Oui, j'allais y venir.*
- C'est les inquiéter, déjà ils ne sont pas très bien, déjà avec les conditions d'hospitalisation on les fait changer de service parce qu'on manque de lit, s'il y a je ne sais pas combien de médecins de suite qui viennent serrer la main… Et encore, si le médecin se contente de leur serrer la main ça va, mais s'il leur fait réexpliquer leur histoire… Et puis bon, en plus, quelqu'un qui est hospitalisé, c'est angoissant quand même l'hospitalisation. C'est anti thérapeutique. C'est absolument pas rassurant, enfin, si on veut essayer d'instaurer un climat de confiance… Ah non non.
- *Oui, dans l'expérience…*
- Voilà, au nom des libertés individuelles… C'est pas des libertés individuelles ça c'est… En plus bon, les internements arbitraires, avec cette loi-là ou avec les lois d'avant, dans le public on ne les a jamais vus les internements arbitraires. Les internements arbitraires, ils sont dans les cliniques ou dans les maisons pour personnes âgées.
- *Vous dites ça parce que déjà il n'y a pas assez de lits et on n'aurait donc pas intérêt à en rajouter en plus ?*
- On a des externements arbitraires mais on n'a pas d'internements arbitraires. En 40 ans de psychiatrie je n'ai jamais vu d'internements arbitraires. Des internements arbitraires il doit y en avoir en clinique, ça c'est sûr, et puis dans les maisons de retraite. Des gens qui ne sont pas d'accord… Enfin, je ne sais pas s'il y en a encore, mais jadis j'en ai vu. Là où justement, il n'y a pas la loi.
- *Oui.*
- Non, mais quand il y a la loi il n'y a pas d'internement arbitraire.
- *Oui, donc ça ne protège pas plus que ça le patient ?*
- Ah pas du tout, de toute façon ces lois là, c'est les députés qui ont fait des projections, qui ont eu peur pour leurs libertés individuelles, qu'on les prenne pour fous et qu'on les interne arbitrairement. Mais c'est leur problème de gens non psychotiques. Ce sont des projections névrotiques.
- *D'accord… Et alors une dernière chose concernant les certificats : le fait qu'ils soient relus par des juges et relus par le juge au patient, est-ce que ça a changé quelque chose ?*
- Oui, ça a changé, mais ça avait déjà changé, ça a commencé à changer depuis… Enfin ça fait un moment… C'est depuis la loi Kouchner ?
- *2002 oui.*
- Oui 2002.
- *Ça, ça avait déjà beaucoup modifié les choses parce que le patient devait pouvoir prendre connaissance…*
- Oui, oui.
- *Donc ça avait plus changé à ce moment-là que maintenant finalement ?*
- Oui, oui d'une certaine manière.
- *Au niveau de la place du patient ?*
- Et comment dire, ça change… Là où ça nous met mal à l'aise, c'était déjà comme ça avant, c'est pour les patients paranoïaques.
- *Ah oui d'accord.*
- Parce que du coup, c'est quand même… À la limite, je trouve que maintenant, on est tellement de médecins à signer que ça dilue un peu plus l'information.
- *Oui, le fait que l'information soit donnée par des personnes différentes ?*
- Voilà, bon, on est dans… Les psychiatres font à peu près correctement leur travail, c'est-à-dire que quand on va faire le certificat, notre premier objectif n'est pas forcément de contredire le collègue.

- *Donc ça permet une information récurrente aux patients par différents intervenants ?*
- Oui… Enfin récurrente…
- *Enfin à chaque fois qu'il est vu pour faire un nouveau certificat, il a de nouveau l'information qui lui est délivrée. Ou pas ?*
- Non, ça dépend du patient. Ah non pas du tout. C'est pas du tout récurrent. Il y a des patients, quand ils sont trop mal… Non, non, en plus c'est pendant la période d'état aigu. Non.
- *Et alors quand vous disiez « c'est dilué », je n'ai pas compris.*
- Eh bien dilué, c'est-à-dire que le patient il ne va pas forcément voir tous ces gens-là, ou il va les apercevoir on va dire, ou bien il ne va pas les voir parce qu'il dort… Enfin bon bref, il y a des tas de cas particuliers. Là où on va être plus soupçonneux, c'est quand on a à faire à des personnalités paranoïaques parce que là, enfin des patients qui sont très à l'affût de… Mais c'est rarement dans la période aiguë de toute façon. Mais récurrente non, ce n'est pas ça, c'est-à-dire que si le juge dit au patient « Dr truc, Dr machin et Dr ça ont dit… »
- *Ah oui, d'accord.*
- Le patient est tellement inondé… Il est tellement…
- *Oui, ce n'est pas un seul médecin qui, du coup, peut être désigné persécuteur…*
- Voilà, voilà. Et puis comme ils nous cherchent beaucoup plus la petite bête… Je vois par exemple l'interne qui lui, quand il fait des projets de certificat, met 15 lignes, alors que moi je mettais deux trois lignes très floues… Il a raison. Mais du coup, le patient est tellement inondé de trucs… S'il y a trois lignes il va pouvoir éventuellement les… Ça percute, il va s'en souvenir, et puis il va y avoir des mots qui vont attirer son attention. S'il y a 15 lignes d'un discours médical très technique…
- *Oui, il est un peu noyé là-dedans et du coup…*
- J'ai l'impression. Enfin je n'en sais rien j'imagine.
- *Non non, mais c'est intéressant.*
- ***D'accord. Le troisième point c'était : qu'apporte selon vous la nouvelle possibilité d'hospitalisation pour péril imminent ?***
- C'est sans tiers hein ?
- *Voilà, sans tiers et avec un seul certificat d'un médecin extérieur à l'établissement.*
- Oui oui, eh bien c'était nécessaire ça ! Ah oui c'était nécessaire. Quand on ne pouvait pas hospitaliser quelqu'un parce qu'on manquait de tiers… Non, c'était nécessaire.
- *D'accord, ici vous en avez qui rentrent comme ça ?*
- Euh on a jamais de lits alors on ne risque pas.
- *Donc c'était nécessaire pour les situations où il n'y avait pas de tiers ?*
- Oh oui !
- *OK. Et par rapport aux droits du patient vous pensez qu'il y a un risque ?*
- Non. Non, dans la mesure où il n'y a pas internements arbitraires. On n'est pas… Enfin, en 40 ans de carrière je n'ai jamais vu… Ça fait 42 ans que je travaille en psy et avant j'étais interne, il y a 42 ans je n'étais pas psy diplômé, mais je n'ai jamais vu d'internement arbitraire. C'est des députés, c'est nos hommes de loi qui pensent qu'il y a des risques d'être interné. Ou je vous dis, les internements arbitraires ils sont dans les lieux justement qui ne sont pas soumis au contrôle de la loi.
- *Donc pas de risque pour les droits des patients mais au contraire une aide dans certaines situations de patients isolés.*
- Bien sûr c'est évident.
- *Et le fait que le médecin extérieur puisse être n'importe quel médecin, pas forcément un psychiatre, est-ce que ça vous pose question ?*
- Ah non, non, non.
- *Que ça puisse être le médecin généraliste…*
- Eh bien heureusement, heureusement. Non, d'autant plus que c'est pas parce qu'il y a une décision d'hospitalisation que l'hospitalisation va être maintenue.
- *Oui, il y a une possibilité de contrôle après…*
- Voilà, quelqu'un qui a des symptômes aigus, bon il est hospitalisé… Aigus ou… enfin bon, en péril imminent ce qui veut bien dire aigu… il est hospitalisé. Si on s'aperçoit que c'était réactionnel à quelque chose…
- *Oui, à une substance par exemple…*
- Oui bien sûr, à une substance ou une réaction de stress à une déception, une agitation qui a été aiguë par rapport à quelque chose et qui ne nécessite pas une hospitalisation prolongée, bah voilà il sort.
- *Oui, il y a un système, après, de contrôle par les certificats…*
- Ce n'est pas parce que quelqu'un est hospitalisé qu'il est interné le restant de sa vie. Enfin bon.
- *D'accord. OK.* ***Et alors le dernier point justement, c'est sur les soins ambulatoires sous contrainte : qu'est-ce que vous en pensez ? Vous aviez déjà commencé à répondre.***
- Oui, je pense que c'est nécessaire. Je pense que c'est nécessaire et, autant cette loi elle a plein de défauts, autant, qu'il y ait des soins ambulatoires sous contrainte… L'aliénation elle est dans la tête. Ce n'est pas parce qu'il y a des soins ambulatoires sous contrainte qu'on va en abuser. Enfin on est psychiatre, on est capable d'évaluer qui en a besoin et qui n'en a pas besoin. Parce qu'en fait on le faisait d'une certaine manière avant, mais c'est-à-dire que ce qu'on faisait, c'est qu'on faisait des sorties d'essai. Mais les sorties d'essai, la première

année grosso modo on la maintenait et après, si le patient ne supportait pas cette situation de sortie d'essai, un jour ou l'autre on était obligé de la lever.

- *Oui ? Parce qu'on était un peu limite au niveau de la loi ?*

- Voilà. Et c'était là aussi… où la loi je pense qu'elle a raison, c'est qu'on a changé le terme "H" d'hospitalisation par "S" de soins.

- Parce qu'effectivement, un délirant chronique avec des potentiels… enfin avec des traits paranoïaques et des potentialités de décompensation en cas de rupture de traitement, ça existe. C'est vrai que la personne elle pouvait dire « je n'ai plus besoin d'hospitalisation ». Effectivement, elle n'avait pas forcément besoin d'hospitalisation parce que depuis deux ans, trois ans, elle n'était plus hospitalisée. Mais elle n'était plus hospitalisée justement grâce au traitement. S'il n'y avait plus la mesure de contrainte, la personne ne faisait plus faire son traitement et le risque de rechute était entier. Et qu'il y ait « soins »… « obligation de soins »…

- *D'accord. Et puis en plus, c'est vrai que quand on était en sortie d'essai, ça restait sortie d'essai d'une hospitalisation, et c'était donc incohérent avec l'intitulé même de l'HDT qui était : soins immédiats assortis d'une surveillance constante.*

- Voilà, voilà ! Et puis c'était sortie d' « essai ». Alors sortie d'essai la première année encore, mais au bout de trois ans… L'essai avait été concluant au niveau de l'hospitalisation. Alors que les soins étaient encore nécessaires, et d'une manière contraignante. Parce que bon, on sait bien, quelqu'un qui délire, qui a un déni de sa pathologie, c'est inhérent à sa pathologie justement.

- *Et par rapport au programme de soins, vous en pensez quoi du programme de soins ?*

- Écoutez, pour l'instant ça va parce que je trouve qu'il n'est pas trop lourd, on n'est pas obligé de mettre trop de choses dedans, et puis qu'il est très souple. Un programme de soins on le fait et si la situation évolue on fait un nouveau programme de soins. Ça n'engage que jusqu'au prochain. Ce n'est pas… Enfin moi je vous dis ça depuis l'intra. Je ne fais plus du tout de CMP.

- *Oui, oui, bien sûr.*

- Je ne sais pas du tout à l'usage comment… Mais en intra, pour nous, ce n'est pas un problème.

- *Et est-ce que vous y mettez la notion de contrat quand vous l'expliquez aux patients ? Comment ça se passe ?*

- Oui. Oui, on l'explique. Enfin, il y a deux choses, non il n'y a pas que le contrat puisqu'il y a une obligation, une obligation ce n'est pas du contrat. Ce n'est pas un contrat librement consenti. Non… Oui… Enfin… Ce n'est pas tout à fait le contrat de soins. Non, non ce n'est pas tout à fait le contrat de soins. Il y a une obligation. « Vous sortez sous ces conditions là ». Non, le contrat ça peut être pour autre chose, pour affiner. Et ce n'est pas dans le programme de soins forcément. Non, non, dans le programme de soins il y a que les obligations. Le contrat, il y a des patients effectivement avec qui on fait des contrats de soins, parce qu'on pense que quand c'est écrit pour ces… Mais ils le signent, on le signe…

- *Oui, là vous ne faites pas comme ça, il n'y a pas de signature.*

- Voilà. Je ne sais pas comment ils font maintenant, mais dans les hôpitaux de jour par exemple il y a des contrats de soins pour six mois qui sont signés par le patient et par l'équipe qui adresse… Là c'est un véritable contrat. Quand c'est contractuel c'est signé par le patient. Là non, ce n'est pas contractuel, parce que ça s'impose au patient. Non ce n'est pas contractuel. Ce n'est pas un contrat.

- *D'accord. Oui. On lui impose. On l'informe mais il n'a pas le choix.*

- Non, on l'informe, il est informé, mais ça lui est imposé. Donc ce n'est pas un contrat. Il est d'accord tant mieux, il n'est pas d'accord tant pis. Ce n'est quand même pas la même chose. Donc ce n'est pas un contrat. Un contrat il faudrait qu'il signe. Et à ce moment-là, ben voilà, s'il se désengage… Parce que dans un contrat on peut se désengager aussi.

- *D'accord. Donc les soins ambulatoires ça régule toutes les sorties de plus de douze heures, par contre dès qu'on veut faire une sortie de moins de douze heures le patient doit être accompagné systématiquement. Ça vous en pensez quoi ? Qu'est-ce que ça entraîne au niveau pratique ?*

- Et ben ça c'est carrément… Ça entraîne des dysfonctionnements graves, c'est impraticable !

- *Oui ? Qu'est-ce que vous êtes obligés de faire ?*

- Eh bien… C'est pareil, c'est-à-dire que… Je vous avais raconté l'histoire de… Où j'avais mis…

- *Oui, de la personne de confiance.*

- Oui, où j'avais mis un autre patient comme personne de confiance parce qu'on n'avait aucune solution. Ça entraîne que… le patient en question là, qu'est-ce qu'on a fait : du coup on a levé la mesure.

- *D'accord, sinon il ne sortait…*

- C'était trop compliqué, c'était ingérable. C'était ingérable parce qu'on avait personne de la famille, la personne de confiance qui était donc sa compagne qui elle-même a des troubles psychiatriques importants, quand il est hospitalisé elle est hospitalisée en même temps parce qu'elle ne peut pas vivre seule. On a dû lever la mesure

pour lui. Je ne sais pas si on a vraiment bien fait, l'avenir nous le dira, mais de toute façon c'était tellement impraticable. C'est ça le risque, c'est que du coup, dans les situations vraiment impraticables on lève les mesures et les patients ne sont plus sous contrainte et on ne peut plus leur faire de programmes de soins.

- *Donc avec un risque plus important de rechute ?*
- Oui. Parce qu'en fait c'est une façon aussi… Je ne pense pas que c'était… Enfin si ça devait être quand même dans l'esprit de nos législateurs… C'est que cette loi étant tellement, au niveau en particulier des permissions… La durée de douze heures, de ne pas pouvoir faire des permission de week-end, être obligé de faire des espèces de gesticulations où on renverse la logique… Quelquefois c'est tellement rigide et impraticable et anti thérapeutique qu'on lève des mesures et qu'on laisse dehors des gens qui auraient besoin d'une mesure. Mais on ne peut pas… Nous on est soignant c'est-à-dire qu'on est d'abord thérapeute. Notre priorité c'est l'intérêt du patient. On veut bien protéger la société mais pas au risque d'enfermer des gens pour qui on n'est plus thérapeutique.
- *Parce que du coup dans ce cas là…*
- Notre vocation ce n'est pas l'enfermement.
- *Oui. Et du coup dans ce cas là, c'était trop compliqué de faire des soins ambulatoires sous contrainte un peu comme du séquentiel finalement.*
- On essaye. On essaie, l'autre médecin du service à une situation… Enfin, elle, c'est encore plus compliqué : elle a un patient qui est en SDRE judiciaire. Il est dans un foyer et dans le régime de ce foyer il doit venir passer un week-end par mois ici. Alors je ne vous dis pas là, comment elle a… Elle m'a expliqué mais essayer d'y repenser ça me donne déjà mal à la tête.
- *Alors voilà, on est obligé vraiment de réfléchir…*
- Non, non et puis ce n'est pas… Normalement la loi ça doit être logique et dans l'intérêt des administrés. Si ça devient une espèce de truc qui perd de vue l'intérêt des personnes… C'est carrément à améliorer tout ça.
- *Oui ? Ça c'est vraiment l'épine dans le pied les sorties de moins de douze heures ?*
- Ah oui. Les sorties de moins de douze heures et systématiquement accompagnées. Je vous avais raconté aussi l'histoire de mon patient que je fais venir, qui est en sortie d'essai de SDRE, enfin, donc en programme de soins, qui est en hôpital de jour…
- *Je ne m'en souviens plus.*
- Donc il est en hôpital de jour un jour par semaine. Mais dès qu'il vient en hôpital de jour, il ne peut plus ressortir tout seul à la cafétéria.
- *Ah oui ça me dit quelque chose…*
- Voilà, donc je lui fais un hôpital de jour de 11h à 14h c'est-à-dire qu'on veut le voir dans l'unité à 11h, il va la cafétéria… Il vient à 9h… Pour en pratique… Mais voilà. Et alors ce patient une fois, attendez qu'est ce qui s'était passé aussi pour lui ? On devait… Je ne sais plus… Il y avait une histoire d'hôpital de nuit… Oui, on l'avait ré hospitalisé, parce que bon, quand il n'est pas bien il menace de tuer tout son environnement. Et comme il fait 1m90, une centaine de kilos et qu'il est quand même un peu déficitaire et que c'est quand même un peu la force brutale, il a quand même fait cinq séjours en UMD, il a cassé pas mal de membres aux infirmiers il y a quelques années… Il est quand même bien connu sur l'hôpital… Quand il dit je veux faire un carnage, on essaie de lui trouver un lit. Voilà. Et là, je le mets en hôpital de nuit parce que c'est impossible de le tenir 24 heures sur 24 sans le faire sortir dans le parc…
- *Parce qu'il casse tout ?*
- Bah c'est pas ça, c'est qu'il a besoin d'espace, il ne peut pas être dans une unité de 30 lits ce n'est pas possible. Donc je le mets en hôpital de nuit, au moins dans la journée il peut aller dans le parc. Ou alors je lui mets une consultation à 13h30 comme ça il reste à manger… Bref on est dans l'interprétation de la loi qui n'est pas forcément interprétative. Enfin bon on interprète, mais à la louche. Je ne sais pas si les juristes y retrouveraient vraiment leurs petits. Ça n'empêche qu'il a un jour par semaine en hôpital de jour. Je voulais le garder en hôpital de jour. Mais c'est impraticable. C'est impraticable.
- *Parce que du coup ça fait trop d'hospitalisation ?*
- Oui, ce n'est pas possible. Ce n'est pas possible c'est-à-dire que, quand ça s'est trouvé, j'ai demandé même conseil. Parce que sur notre programme informatique on ne peut pas le rentrer comme ça. C'est d'un compliqué je ne vous dis pas. Donc j'ai demandé à nos spécialistes informatiques « qu'est-ce que je fais ? ». Et ils m'ont répondu « on ne dit pas qu'il est en hôpital de jour ». Donc on se retrouve… C'est bien paradoxal, c'est-à-dire qu'on l'hospitalise parce qu'on pense qu'il a besoin d'être dans le cadre de soins parce que c'est quelqu'un qui a une dangerosité potentielle, mais c'est tellement compliqué de dire qu'on l'hospitalise en hôpital de jour et en hôpital de nuit, qu'on l'hospitalise et qu'on ne le dit pas. Non, c'est assez dommage. Parce qu'en plus c'est impraticable pour nous, ça nous fait une perte de temps à essayer d'imaginer comment faire rentrer nos cas particuliers dans le cadre général. Et puis en psychiatrie, l'individu c'est un cas particulier.
- *Oui et puis les patients, du coup, ils en pâtissent ?*
- Ah ben oui, comme on essaie de faire que le patient… Tout le monde dit ça … L'hôpital doit

être… C'est le patient qui doit être au centre. Donc on garde le patient au centre. On garde le patient au centre.

- *Donc ça serait un bon point d'amélioration à apporter rapidement ?*

- Ah oui alors là vraiment. Le premier point avec le juge où c'est trop tôt, le nombre de certificats : il y en a trop, il y en a cinq ou je ne sais pas combien… Enfin j'en sais rien parce qu'on en fait des tonnes…

- *Ça dépend des types d'hospitalisation.*

- Oui, oui voilà . Il y en a trop donc ça nous oblige à faire des gymnastiques avec nos collègues, enfin bon c'est n'importe quoi. Et puis les permissions : pourquoi accompagnées alors que dans ce cadre… Je vous dis, ce patient il est à l'extérieur… Alors dès qu'il rentre à l'intérieur il ne peut plus aller à la cafétéria ? Enfin c'est… Je pense que les législateurs n'ont pas été informés de ces cas particuliers. Effectivement, ça a été fait trop vite, et du coup il y a énormément de cas particuliers qui sont en fait pour nous des cas habituels. Ce n'est pas si particulier que ça…

- *D'accord, OK.* ***Est-ce qu'il y a d'autres choses, des points soit intéressants qui ont été apportés par la loi, soit des points de difficulté ?***

- Non, on les a dits. On les a dits. Effectivement les soins ambulatoires contraints et que ça s'appelle « soins » et plus « sorties d'essai d'hospitalisation » ça me paraît un point intéressant. Et puis tous les autres, les points négatifs… Enfin bon, je crois qu'on doit dire à peu près tous la même chose.

- *Il y a des points qui se recoupent... Eh bien merci beaucoup.*

ENTRETIEN 12 (E12)

En Italique : verbatim de l'enquêteur
En gras : grands thèmes du guide d'entretien

- ***Ma première partie : que pensez-vous de l'intervention systématique du juge des libertés à 15 jours d'hospitalisation complète ?***
- Sur le fond c'est une bonne chose parce que nous, ça nous permet de nous dédouaner de la question de : c'est nous qui décidons ou pas. Nous, on se place juste, du coup, du côté médical et des soins et la question obligation elle revient à la justice, parce que c'est l'aspect légal. Donc de ce point de vue là, je trouve, du point de vue de la rhétorique et de ce qu'on peut utiliser auprès du patient c'est une bonne chose. Après en pratique c'est un peu différent dans le sens où tous les patients ne sont pas en état de le voir. La façon dont c'est perçu ce n'est pas exactement ça, parce que des fois le contenu de l'audience ce n'est justement pas sur ce point de vue-là mais un peu trop sur : est-ce que vous êtes malade ou est-ce que vous ne l'êtes pas ? Alors que ce n'est pas… Enfin moi je ne le comprends pas comme ça, je le comprends juste sur la question de la forme : est-ce que la privation de la liberté est bien légale ou pas ? Et pas de juger notre capacité à évaluer si les patients sont malades ou pas.
- *Oui, parce que du coup il y a eu des cas où les juges statuaient plus sur le fond que sur la forme ?*
- Oui, moi je n'ai pas eu trop cette situation là, il n'y a eu qu'une fois mais bon enfin après, moi je n'ai pas beaucoup de patients en hospitalisation sous contrainte quoi. Une partie des gens qui sont en hospitalisation sous contrainte c'est des gens qui sont déjà mélancoliques délirants, qui viennent d'un autre service, donc qui sont déjà éventuellement passés chez le juge, il y en a quelques-uns. Je vois plus les gens à la huitaine, des gens pour les certificats de huitaine dans les autres services avec les autres médecins. Donc je n'ai pas une, enfin c'est ce que je t'avais dit, je n'ai pas une trop grosse expérience. Mais voilà, enfin je trouve que sur le fond c'est une très bonne chose, théoriquement c'est une très bonne chose. En pratique, l'expérience que j'ai eu est mitigée parce que ça sort un peu de cet objectif que moi j'aurais perçu en tout cas.
- *Et par rapport aux quinze jours ?*
- Le délai ?
- *Oui.*
- Je ne sais pas. Je ne sais pas, enfin, plus court je pense que ce serait compliqué, enfin trop aigu. Plus long… Non je ne sais pas. En gros c'est pas mal. Après le problème c'est que, c'est plus le va-et-vient. En tout cas au début ça a vraiment été chiant parce qu'ils n'en avaient rien à foutre du calendrier légal, ils nous ont renvoyé des procédures avec des convocations… [Coup de téléphone]
- *Oui, du coup on en était aux délais…*
- Eh bien globalement, oui je pense que c'est pas mal. Enfin il ne faut pas que ça soit trop proche, pas trop loin, il faut bien fixer…
- *Vous, vous n'avez pas eu beaucoup de contre-indications à poser ?*
- Si, pas mal. Surtout les patients mélancoliques… À cause du délai en lui-même ? Bah…
- *Qui auraient pu être vus si ça avait été repoussé par exemple.*
- Oui… mais quand ils vont suffisamment mieux on lève la SDT à ce moment-là. Donc ça perd de son sens. Enfin pour les patients que je vois, pour la majorité, c'était des SDT pour mélancolie et du coup quand ils vont mieux il n'y a plus de raison de maintenir la SDT et on la lève.
- *D'accord, OK.*
- La majorité globalement des SDT c'est des mélancoliques pour sismothérapie, qui refusent les soins.
- *Et par rapport au vécu des patients, avez-vous eu des retours sur avant l'audience et après ? Sur comment ils anticipent l'audience quand on leur donne l'information qu'ils vont voir un juge des libertés…*
- Sur comment… Enfin, l'idée d'aller voir un juge ?
- *Oui, comment ils réagissent ?*
- C'est très variable. La plupart des gens, enfin moi j'ai eu l'impression que la plupart des gens n'avait pas trop envie en fait. Ils ne comprenaient pas bien le sens. Même si moi je leur expliquais le sens et je leur disais que je trouvais que c'était une bonne chose, j'essaye toujours… Enfin je justifie toujours comme ça en disant… pas leur dire que c'est pourri… Donc j'essaye de leur justifier justement par rapport aux questions : « ça vous permet aussi d'être rassuré par rapport au fait qu'on est bien là pour vous soigner ». Et j'ai l'impression que les gens ne comprennent pas bien.
- *Ah oui d'accord. Ils confondent un peu… Est-ce qu'il y a une idée de culpabilité ? Parce que des fois c'est ce qui ressort : pourquoi je vais voir un juge ?*
- Non, je n'ai pas eu trop ça. Non, en expliquant vraiment que justement c'est pour l'aspect légal je n'ai pas eu trop ça, mais j'ai l'impression qu'en même temps ils ne comprennent pas bien pourquoi ils sont à l'hôpital et tu les envoies chez le juge au tribunal ou à Saint-Egrève. Ce que j'ai eu c'est : « mais pourquoi vous m'envoyez à Saint-Egrève alors que je suis ici ? ». Enfin voilà, c'est des questions assez pratiques où les gens ne comprennent pas bien tout le bordel qui est fait. Voilà.
- *Et d'ailleurs, question pratique c'est compliqué ?*

- Eh bien pour nous ce n'est pas le plus simple.
- *Ben oui, c'est même le plus compliqué.*
- Parce que voilà, à Saint-Egrève le juge se déplace mais pour nous c'est à la limite plus loin que le tribunal. Donc ça prend du temps infirmier. Non, il n'y a aucun avantage de ce point de vue-là. L'avantage il est uniquement pour le patient. D'un point de vue organisation des soins je ne vois vraiment aucun bénéfice. À part l'avantage théorique de nous dédouaner nous, ce que je te disais tout à l'heure, sinon…
- *Et du coup, vous avez dégagé deux infirmiers du CMP c'est ça ?*
- En fait c'est prévu que le mardi ou le vendredi, enfin les audiences c'est le mardi ou le vendredi, donc il y a un des deux CMP qui a la possibilité de se dégager le mardi et l'autre le vendredi en fonction des besoins.
- *Et du coup il ferme à ce moment-là ?*
- Après je ne sais pas exactement pour ça parce que je ne suis pas sur les CMP. Donc je ne sais pas si ça les oblige à fermer. Je ne sais pas…
- *OK, OK. Et par rapport au fait que les audiences soient publiques, que la porte soit ouverte ?*
- Ce que j'en pense moi ? Je trouve ça nul, franchement je trouve ça nul. Parce que, que la justice soit publique je veux bien, mais là c'est quand même une justice qui est un peu particulière, c'est pas pour des gens qui ont… Il n'y a pas eu d'actes délictueux, c'est pour juger uniquement par rapport à la privation de liberté, mais ce n'est pas pour… Enfin voilà, à mon sens… je ne sais pas mais, je ne comprends pas bien. Parce qu'en plus, comme ils discutent du fond, enfin ils parlent de ce qui est mis dans les certificats, ils parlent vraiment de l'état de santé des gens. Alors bien sûr les gens viennent là, mais ils n'ont pas forcément demandé à être là, on ne leur demande pas s'ils sont d'accord pour qu'on divulgue des informations qui les concernent et qui sont plus qu'intimes, je trouve ça très bizarre. Il était question que ce soit fait en salle du conseil…
- *En huis clos, si c'est possible…*
- Oui, il y a la question du huis clos, ça c'est une chose, mais moi il m'avait semblé que le juge avait dit que ce serait… Je ne sais plus comment ça s'appelle, il y a une salle particulière où tu peux faire les audiences, enfin elles ne sont pas en huis clos mais il n'y a pas de public. Enfin, la salle du conseil, je dis ça mais je ne sais pas si c'est ça.
- *En chambre du conseil.*
- Ça je trouvais que c'était une bonne chose. Parce que je ne vois pas en quoi ça regarde l'avocat commis d'office, ou les autres personnes qui attendent, de savoir que M. machin il est schizophrène ou que Mme machin son psychiatre la trouve mélancolique ou parano, des choses comme ça. Ils ne sont pas jugés. C'est… Voilà, ça ne concerne pas des faits, on ne reproche pas quelque chose, au contraire. C'est ça que je trouve bizarre, c'est là où ça fait un peu l'amalgame.
- *Oui, ça été appliqué comme ça, de manière générale.* ***OK. Du coup la deuxième partie c'est sur la période initiale de 72 heures en hospitalisation complète…***
- En hospitalisation complète ?
- *Oui, la période d'observation, comment la percevez-vous, au niveau de votre expérience est-ce que ça peut aider à statuer ?*
- Je n'ai jamais eu la situation parce que… Sur une période de 72 heures, déboucher directement sur des soins ambulatoires…
- *Oui, mais vous avez des situations où ça débouchait sur l'hospitalisation…*
- Eh bien je n'ai eu que ça de toute façon.
- *Oui, et du coup est-ce que ça apporte quelque chose ?*
- Je ne vois pas la différence par rapport à avant parce que je ne me suis jamais retrouvé dans la situation à dire très tôt : ben oui, en fait ça va être des soins ambulatoires. Donc la période de 72 heures je ne vois pas bien. À part d'avoir un certificat supplémentaire, pour l'instant moi j'en ai pas perçu de bénéfices.
- *Et justement par rapport à ce certificat supplémentaire…*
- Fait chier. Parce que, encore une fois je suis épargné, mais on se retrouve à faire des certificats, nous on doit les voir… Enfin cette histoire de la huitaine où on doit être à deux, je… Parce que du coup on fait… Enfin j'ai l'impression qu'il y a une jurisprudence très différente, j'en ai discuté avec des collègues dans d'autres départements, on était allé faire une présentation, discuter avec des collègues de la Ragne où ça se passe très différemment. Par exemple dans le contenu des certificats, le juge leur a répondu… enfin ils sont en tout dans les Hautes-Alpes neuf à dix psychiatres. Donc ils ont un échange direct avec le juge. Et le juge leur a dit que justement dans les certificats, il ne fallait pas tous les détails médicaux parce que c'était pas là-dessus qu'il jugeait. Donc c'est très différent. Ce qu'ils attendent de la huitaine c'est pareil. Enfin ça se passe très différemment. Je pense que pour l'instant il y a toute une histoire de jurisprudence qui doit se former donc il y a beaucoup de disparités qui sont énormes. Nous, notre histoire de devoir faire deux certificats, d'être à deux pour voir le patient…
- *Ça, c'est une interprétation…*
- C'est une interprétation visiblement qui est locale.
- *La loi demande deux avis en fait. Elle demande le huitaine plus deux avis. Et les juges acceptent que*

le huitaine fasse office d'un avis et qu'il soit contresigné par un autre psychiatre.
- Oui… Enfin sur le fond je ne comprends pas bien. Qu'il y ait une sécurité ça me paraît normal, qui n'y ait pas qu'un seul médecin qui certifie, enfin comme dans la loi de 90, ça me paraît très normal. Maintenant, de répéter les avis tous les trois matins je ne comprends pas. C'est comme si on n'évaluait pas les patients en dehors de ça. C'est un peu genre pour nous forcer à faire notre métier d'évaluer les patients. Sauf que ça, c'est notre métier enfin. Ce n'est pas du côté de la justice. C'est ça que je ne comprends pas. Enfin sur le fond je ne comprends pas bien et c'est très lourd en termes de… J'ai le souvenir au début, tu dois faire les certificats vachement souvent, tu as beaucoup de papiers à envoyer. Les patients ont beaucoup aussi d'accusés de réception de la part du tribunal, du directeur concernant hospitalisation, donc ça fait tout un truc, et ça génère… Les certificats, les allées et venues avec le tribunal génèrent toute une documentation administrative à signer par le patient pour accuser réception, qui n'a rien à foutre là.
- *C'est lourd…*
- Les gens ne comprennent déjà pas bien, tu viens leur faire signer des papiers, il y a tout un texte que tu leur demandes… Voilà, ils signent donc ils doivent avoir lu et compris ce qui s'est passé… De le faire faire une fois, deux fois, OK. Ça c'est normal pour éviter les abus. Maintenant ça me paraît un peu excessif en termes de volume.
- *Avec l'idée sous-jacente qu'on contrôle un peu notre activité ?*
- Eh bien je ne sais pas pourquoi ça été fait. Enfin, la question des 24 heures et 72 heures c'est très bien mais… Je ne sais pas.
- *Et le fait que le patient ait à voir plusieurs médecins différents, est-ce que vous avez eu des retours de patients ?*
- Ils en ont ras le bol. Exposer leur vie à tout le monde…
- *Oui ? Ils disent : « on répète » ou des choses comme ça ?*
- Eh bien le pire, enfin moi j'ai jamais eu de SDT pour… de SDT sans tiers là…
- *Péril imminent.*
- Non c'est… Ah oui, c'est le péril imminent quand il n'y a pas tiers. Tu as la SDT d'urgence et la SDT pour péril imminent. Donc je n'ai jamais eu la situation de SDT pour péril imminent mais c'est comme la SDT d'urgence en fait, où tu dois avoir les deux initiaux le 24 heures et le 72 heures, ça doit être que des médecins différents et à la huitaine ça peut être un des premiers ou un truc comme ça… Donc ça, je m'étais retrouvé plusieurs fois dans la situation de SDT d'urgence. En plus, nous, on a l'emmerdement de SOS-Médecins qui ne veulent pas venir. À devoir faire des SDT d'urgence pour des patients qui sont déjà hospitalisés. Moi, ma première SDT c'était le 2 août, pour une dame qui était hospitalisée depuis trois semaines. SDT d'urgence. Refaire tous les certificats, qu'elle doive réexpliquer à tout le monde, à plusieurs médecins…
- *Oui, parce qu'elle doit ré expliquer à chaque fois.*
- Oui. Comme on doit juger, si on fait un certificat, en plus ils demandent à ce que ce soit très justifié. On fait notre boulot comme tout le monde, c'est-à-dire qu'il faut tout reprendre, donc contraindre le patient à revenir sur tous les éléments qui sont les plus difficiles. En dehors du médecin qui les soigne, puisque ce doit être un médecin différent à chaque fois. Donc ça a du sens, ça a une pertinence, mais le prix est lourd par rapport à cette pertinence. Et peut-être que sur certains certificats on pourrait perdre un peu en qualité pour ne pas avoir tous ces trucs-là, mais que ce soit un peu moins lourd pour les patients et puis aussi pour nous.
- *Oui. Et le fait qu'ils soient relus, ces certificats, au moment de l'audience, par le juge au patient. Et même le patient a une copie du résumé de l'audience avec des bouts des certificats.*
- Oui, oui, des bouts des certificats oui.
- *Et ça, pensez-vous que ça a une incidence sur la rédaction des certificats ?*
- Non. En tout cas pas pour moi.
- *D'accord. Le fait de devoir les circonstancier, d'emprunter un langage que le juge comprend ?*
- D'emprunter un langage que le juge comprend ? Alors moi je m'en fous, je n'emprunte pas un langage que le juge comprend, c'est un certificat médical ce n'est pas un certificat pour le juge. C'est là aussi où je trouve qu'il y a… Enfin, le juge juge sur les contenus médicaux, que à mon avis il ne comprend qu'en partie, parce qu'il y a des termes, à mon avis, médicaux qui peuvent avoir un sens général qui n'est pas le même. Par exemple « mélancolique » des choses comme ça. Et c'est ça que je trouve lamentable, c'est qu'on utilise les certificats médicaux pour se justifier alors que ce n'est pas ça. C'est là où…
- *Pour vous les certificats médicaux c'est plus…*
- Eh bien un certificat médical ça reste un certificat médical. Je n'ai pas à emprunter un langage de justice, enfin que le juge puisse comprendre, dans le certificat médical. Le certificat médical il est fait pour décrire l'état du patient, il n'est pas fait pour que le juge comprenne l'état du patient. Le juge, enfin à mon sens, enfin de ce que j'en comprends, il n'est pas là pour juger l'état du patient.
- *Oui, d'accord. Donc pour vous le juge est là pour voir si les certificats ont été faits en bonne date, en bonne heure…*

- Oui, pour moi ça en reste là. Il n'a pas les compétences pour juger. Même si… Ils sont dans ce truc là. Ils ont toutes les compétences et s'ils veulent ils peuvent très bien juger effectivement que ce n'est pas justifié.
- *Oui, ce n'est pas précisé dans la loi.*
- Je trouve ça lamentable. Chacun son boulot.
- *D'accord. OK.*
- ***Bon, sur cette partie c'est tout, après ma troisième partie c'est justement par rapport à la possibilité d'hospitalisation pour péril imminent : le fait qu'on puisse hospitaliser les gens sans tiers, qu'est-ce que vous en pensez après expérimentation de la loi ?***
- Eh bien je ne l'ai pas expérimenté cet aspect-là. Enfin cette situation, je crois qu'ils l'ont eu une fois dans l'autre service.
- *Oui, comment ça peut aider dans certaines situations ?*
- On se débrouillait bien avant. Je n'ai pas des milliards d'années d'expérience, mais sur huit ans avant, je ne m'étais jamais retrouvé dans une situation où tu te retrouves coincé. Donc je ne vois pas bien…
- *Même pour, parce que ce qu'ils disent, c'est que c'est pour des tentatives de suicide imminentes quand on ne trouve pas le tiers par exemple…*
- Oui, enfin tu te débrouilles, enfin c'est pareil, après c'est en ton âme et conscience : quand tu retiens quelqu'un à l'hôpital parce qu'il est dément et que c'est n'importe quoi s'il sort, la loi ne te l'autorise pas, tu le fais en tant que médecin pour protéger quelqu'un. Donc ça n'a pas de sens je trouve.
- *Vous pensez du coup, que l'on va hospitaliser des gens sans tiers pour des causes non psychiatriques ?*
- Je n'en sais rien, je ne sais pas s'il peut y avoir ces abus là ou pas. Enfin j'espère que non parce que le juge est là pour ça. Et qu'à ce moment-là, ça permettra peut-être… Enfin, il y a deux ou trois ans, un hiver comme ça où la mairie de Grenoble avait fait plein d'HO sur notoriété publique, enfin ça ça ne peut plus exister, où ils avaient fait ça et c'était des HO que nous on levait. Donc j'espère qu'on ne tombera pas dans cette dérive là. Si le juge s'intéresse vraiment au contenu et que deux ou trois médecins mettent qu'il n'y a pas d'indication d'hospitalisation sur le plan psychiatrique... Non mais ça, ça concerne plus l'HO. Parce que nous aussi on lève la SDT, on la lève. Le problème c'est pour les SDRE où le préfet décide de l'hospitalisation y compris contre l'avis du psychiatre. C'est ça où normalement il devrait y avoir une meilleure balance. Parce qu'il y a eu quelquefois des situations de personnes laissées en SDRE, enfin en HO à l'époque, contre l'avis du psychiatre. Il faut alors attendre l'expertise et tout le bordel.
- *Oui, et là l'intervention du juge pourrait…*
- L'intervention du juge précoce pourrait peut-être un peu améliorer ça. Couper l'envie peut-être à certains élus locaux de nettoyer les immeubles insalubres comme ça. Ça avait vraiment, en tout cas il y a quelques années, ça avait vraiment donné cette impression là. Ils avaient dégagé quelques vieux comme ça en psychiatrie.
- *Donc ça, ce serait un avantage de voir le juge à 15 jours.*
- Oui. En tout cas, la SDT pour péril imminent je ne vois pas l'intérêt dans tout ça, parce qu'on peut la lever rapidement. Est-ce qu'il peut y avoir des abus, je ne sais pas. En tout cas je n'ai pas assez d'expérience pour répondre.
- *Et par rapport aux droits des patients, le fait de pouvoir être hospitalisé par cette modalité ?*
- [Coup de téléphone]
- ***OK. Et donc la dernière partie c'est sur les soins ambulatoires sous contrainte…***
- Oui, alors là du coup, je n'en ai aucune expérience. Enfin non, ce n'est pas vrai parce qu'on en a mis en place pour une patiente qui était en SDT dans le service pour faire de la sismothérapie, et pour laquelle on a maintenu la contrainte. Alors c'est une patiente hors secteur qui vient du Triève, où on a maintenu la SDT pour la contraindre à faire la sismothérapie. C'est quelqu'un, c'est un médecin en plus, qui a une longue histoire de bipolarité, qui arrête les traitements toujours au bout de deux trois mois, qui rechute de façon immédiate, et du coup ça m'est arrivé une fois.
- *Donc ça a aidé pour…*
- Du coup on a écrit un programme qui est assez complexe parce qu'elle vient faire sa sismothérapie ici, elle est suivie en ambulatoires à la Mûre…
- *Et le programme de soins, est-ce que vous le concevez comme un contrat avec le patient ou comme une obligation ?*
- Eh bien ça dépend du degré d'insight du patient. Là, en l'occurrence, c'était un peu compliqué parce que c'est vrai que, en plus c'est un médecin, qui dit « oui oui je vais venir faire, je vous promets » et puis tu sens bien que sur le fond il n'y a aucune motivation par rapport à ça et que voilà, tu es obligé de maintenir la contrainte aux soins sinon ça ne va pas se faire. Ça ne s'est jamais fait sur les 20 dernières années. Donc je pense que sur la question du contrat, pour un certain nombre de patients c'est une réelle contrainte, une obligation à les soigner, après pour certains patients ça peut être un peu plus dans le côté contrat de soins à ce moment-là. Partager ensemble. Si c'était vraiment ça, en même temps, il n'y aurait pas besoin de

contrainte aux soins. Tu lèves la mesure et tu suis la personne sur un accord.
- *Oui.*
- Enfin je suppose.
- *Certains conçoivent les choses comme un contrat dans le sens où « on vous laisse sortir de l'hôpital mais vous venez pour les soins »… Et du coup, tout ça réglemente les sorties de plus de douze heures, et par rapport aux sorties de moins de douze heures ?*
- Ça c'est un vrai… Ça j'avais oublié… Ça c'est l'énorme inconvénient de la loi ! C'est aberrant. C'est un retour en arrière…
- *Au niveau pratique ?*
- Eh bien pas au niveau juste pratique, au niveau de la qualité des soins. Ça entache la qualité des soins de façon majeure. Comment tu peux évaluer typiquement la qualité d'une rémission, enfin sans parler de rémission, la qualité d'une réponse sans pouvoir évaluer l'état de la personne dehors ? Comment programmer une sortie définitive si la personne n'a pas pu rentrer dormir chez elle ? Alors bon après, en pratique justement, l'interne me disait que dans son stage précédent elle bidouillait des programmes de soins pour arriver à faire des permissions d'un peu plus de douze heures. Ça devient ridicule.
- *Oui, ça oblige à faire des manœuvres compliquées avec les soins ambulatoires sous contrainte alors…*
- Eh bien c'est surtout que théoriquement, normalement, quand tu fais un programme de soins que les patients sont hospitalisés, ils sont censés retourner voir le juge si j'ai bien compris.
- *Oui, à 15 jours. Sauf s'ils ressortent avant 15 jours…*
- Oui, enfin c'est ridicule que ça ne soit pas prévu autrement. Je veux bien que la notion… Enfin quand les gens sont hospitalisés c'est qu'ils sont malades, mais c'est là aussi… avoir pondu une loi sans regarder ce qu'étaient les soins en psychiatrie ! Pour évaluer les gens on ne peut pas se baser que sur, en tout cas en psychiatrie, tu ne peux pas te baser que sur l'évaluation à l'hôpital. C'est intéressant de voir comment les gens sont chez eux. De leur donner la possibilité. Ça fait partie des soins. Les permissions sont thérapeutiques.
- *Oui, parce que du coup, ce qu'il manque c'est… Enfin les douze heures c'est trop court. Il faudrait 48 heures, ou des week-ends ?*
- Oui, il faudrait la possibilité d'évaluer les gens au moins sur un jour et demi, voir un peu comment ça se déroule.
- *Et vous faites comment avec les patients ?*
- Eh bien douze heures maximum. Du coup c'est très restrictif et je leur dis que ce n'est pas de ma faute. Et ce n'est pas moi, que ce n'est pas eux, on n'y est pour rien, la loi est comme ça.
- *Donc il y a des patients qui reviennent et qui voient la différence par rapport à la loi de 90 ?*
- Ah oui. Le pire ce n'était pas ça. Le pire ce sont les gens qui étaient en HDT et qui ont vu le moment où, ils avaient des permissions plus longues, et puis d'un seul coup se réduire à douze heures. Ça c'était un grand moment aussi cet été. Pour faire comprendre aux patients « eh bien écoutez, la loi a changé donc maintenant je ne peux plus vous faire de permissions plus longues ».
- *Oui, il y a eu vraiment…*
- Il y a eu vraiment une détérioration.
- *D'accord.*
- Mais on ne s'est jamais lancé, enfin je ne sais pas si dans l'autre service ils le font, mais il ne me semble pas, dans les programmes de soins. C'est une restriction importante. Enfin au-delà de l'aspect restrictif, c'est une perte de capacité de soins je pense. Les permissions prolongées pour moi ça avait vraiment une valeur thérapeutique.
- *Et comment vous faites pour les accompagnements, parce que tous les patients n'ont pas de la famille…*
- Ah non, il y a des gens qui ne peuvent pas partir. J'ai une patiente par exemple, elle ne pouvait pas être accompagnée un certain nombre de fois, du coup elle restait à l'hôpital. Voilà, on fait de la restriction extrêmement importante.
- *Oui pour vous, c'est vraiment…*
- Ça c'est vraiment, bon après je n'ai pas connu d'autres lois que celles de 90, mais là je trouve que ça a entaché la qualité des soins alors que ce n'est pas censé, enfin je suppose, que ce n'était pas dans l'objectif des législateurs. Mais de ce point de vue-là, il y avait certainement une motivation derrière ça, mais moi je ne vois pas bien.
- *Eh bien ce qui se dit c'est que c'était par rapport au texte : on ne pouvait pas justifier une HDT quand la personne n'avait plus besoin de soins immédiats assortis d'une surveillance constante.*
- Oui, mais on voit bien qu'ils n'ont pas regardé ce qui se passait et qu'ils ont fait de la théorie sans avoir vu ni la psychiatrie ni… Enfin de la théorie de la part de gens qui n'exercent pas.
- *Donc vous, de toute façon, vous n'avez pas eu de discussions avec le directeur… Parce que ça, j'ai l'impression que ce sont des arrangements locaux : dans le programme de soins ambulatoires sous contrainte, combien on peut faire d'hospitalisation, et combien de sortie. Parce que ce qui se fait à Saint Egrève, par exemple, c'est qu'ils font des soins ambulatoires sous contrainte avec cinq jours d'hospitalisation par semaine et deux jours de sortie comme ça des patients peuvent sortir tous les week-ends.*

- Ils font des programmes de soins ambulatoires avec une hospitalisation de semaine c'est ça ?
- *Oui, ou avec l'hôpital de jour, ou l'hôpital de nuit ou…*
- Eh oui. C'est ridicule. On est en train de parler de la loi, je trouve ça minable qu'ils n'aient pas pris plus de temps. Ça fait des années qu'ils étaient à planifier une loi… C'est vraiment qu'ils ne sont pas allés très loin. Donc non, effectivement, on n'est pas allé là-dessus. Et puis le problème si tu veux, enfin bon là encore je parle uniquement pour ce que je fais moi, mais moi je ne peux pas faire ça. Encore une fois ça concerne de temps en temps les patients maniaques mais c'est essentiellement des patients mélancoliques. Donc ça se fait au fur et à mesure : des fois tu fais des permissions c'est trop, des fois tu ne fais pas… Moi j'ai vraiment besoin de quelque chose qui soit souple. Ça ne peut pas être un truc qui est calé. C'est pas comme avec les psychotiques chroniques. C'est une usine à gaz …
- *D'accord. Oui, il faudrait changer à chaque fois le programme de soins, en refaire un, essayer…*
- Et puis pour changer il faut justifier médicalement, je ne me vois pas aller mentir. Je ne comprendrais pas le sens d'aller mentir dans le certificat pour sous-entendre qu'il y a… Ce n'est pas normal que ce ne soit pas prévu. Si les patients ne sont pas contents, j'espère que ça finira par aboutir là-dessus. Il faut faire bouger la loi !
- *Que ça change là-dessus.*
- Parce qu'il y a un lobby des patients, parce qu'il y a un lobby des psychiatres. Je trouve que ce n'est pas bon non plus mais bon... De ce point de vue là, on applique bêtement la loi mais c'est en mettant les choses sur le dos de la loi et pas ailleurs. On l'explique aux patients.
- *D'accord. Et du coup les patients…*
- Ah ben ils ne sont pas contents non plus.
- *D'accord.*
- Ça ne nous pousse pas à lever plus vite. Notamment pour cette dame là, eh bien voilà, elle a eu besoin… Enfin sur le fond on savait qu'elle avait besoin de soins et que ce serait un programme de soins après, mais du coup il y a eu un mois d'hospitalisation où c'était dur pour elle parce qu'elle était encore hospitalisée, ça allait mieux, s'il y avait eu encore la loi de 90 elle aurait eu beaucoup de permissions, et là elle en a eu peut-être deux en un mois, donc c'était extrêmement contraignant pour elle.
- *Oui, ça ne réduit pas forcément le temps d'hospitalisation.*
- Ah ben non au contraire, ça l'allonge parce que voilà, il faut pouvoir organiser. Étant donné qu'il y a plus de contrainte, pour s'organiser ça prend plus de temps.
- *Oui d'accord. OK.*
- Donc non, de ce point de vue-là, heureusement que je n'en ai pas beaucoup. Enfin c'est pour ça que j'avais un peu oublié parce qu'on n'a pas eu beaucoup la situation, mais c'est le bordel.
- *D'accord, et tout à l'heure vous disiez par rapport à la Ragne, qu'ils avaient beaucoup d'échanges avec les juges. Avez-vous pu avoir des échanges avec les juges sur ce qu'ils attendaient des certificats ?*
- Oui mais en fait, on passe surtout par un collègue médecin membre de la CDSP.
- *D'accord.*
- C'est lui qui était allé à la réunion de travail en juin pour la mise en place, c'est lui qui fait l'intermédiaire de ce point de vue-là, qui nous maintient informés sur comment rédiger. C'est lui qui a beaucoup insisté sur le fait qu'on détaille énormément. On détaille d'un point de vue médical et pas autrement. Enfin je pense que c'est la politique du service. On fait des certificats médicaux détaillés. Mais les certificats médicaux, pas la discussion du… Enfin à quel niveau… C'est ça qui n'a pas de sens, quel niveau il faudrait donner au niveau du juge pour sa compréhension ? Je ne vais pas aller faire une discussion de comptoir parce que le juge n'est pas médecin. Après s'il veut une expertise c'est autre chose, c'est le rôle d'une expertise. Enfin partout ailleurs, quand il y a un problème médical, ce qui est demandé c'est une expertise. Ce n'est pas le juge qui juge sur le fond médical, c'est l'expert. Et là le juge se met à juger sur le plan de soins, ou des fois il se met à juger sur le plan des soins. Il n'est pas expert quoi.
- *Oui donc ça aurait été intéressant qu'il soit déterminé ou écrit dans la loi sur quoi statue le juge.*
- Oui.
- *Et des rencontres, est-ce que vous pensez que ça aurait été intéressant ?*
- Je sais qu'il y en a eu il y a pas très longtemps. Mais elle est faite par le juge qui est à la CDSP depuis des années, c'est autre chose. Il sait faire.
- ***OK. Est-ce qu'il y a d'autres choses sur cette loi qui dans la pratique ont changé ? En positif ou en négatif.***
- Non. Globalement je dirais que ce n'est pas très positif.
- *Oui ?*
- Mon impression globale, pour l'instant en tout cas, il faut peut-être qu'il y ait plus de pratique et une jurisprudence qui l'améliore, mais là sur les six mois…
- *Et vous disiez que même les patients ne sont pas satisfaits.*
- Je ne sais pas trop, au niveau des patients je ne sais pas trop. Enfin les gens que je vois, ils n'ont pas forcément de points de comparaison par

rapport à l'HDT. Je trouve que, enfin il y a eu aussi toute l'étape de découverte du monde judiciaire et de toutes les procédures. Avec l'impression, vraiment, qu'ils n'en avaient rien à faire de ce qu'on pouvait penser. Des trucs… « La justice doit se passer avec le décor de la justice »… Mais ils vont où ? Ils sont dans un truc où c'est la justice… C'est pour le juger pour la loi alors que nous on est dans un univers où on est là pour le patient. Donc c'est deux objectifs complètement différents. Et je pense que certains juges ont la volonté de s'adapter mais qu'ils ne sont pas très nombreux comme ça.

- *C'est pas pareil partout…*
- C'est ça que je trouve impressionnant, c'est que la loi était faite pour le patient sauf que le juge ne l'applique pas pour le patient, le juge l'applique pour la loi.
- *Il l'applique dans le même cadre que toutes les autres procédures c'est ça ?*
- Oui, ce qui n'a pas de sens.
- *Ce n'est pas adapté à la psychiatrie c'est ça ?*
- Oui. C'est là où je trouve… Enfin c'est quand même très particulier, c'est une exception pour la médecine, c'est une exception de façon générale ce type de loi. Mais les juges n'ont pas l'air de l'appliquer pour l'instant avec beaucoup d'exception… enfin de caractère exceptionnel.
- *Oui, et quand vous disiez, vous parliez des salles d'audience…*
- Oui, enfin les conditions pour la visio ou je ne sais pas quoi…
- *Vous en avez fait de la visioconférence ici ?*
- Non.
- *Parce que vous êtes les seuls équipés.*
- Oui mais je crois qu'en plus il y a tout un truc au niveau technique parce qu'il faut que ce soit un truc codé, il y a pas mal de conditions.
- *Oui, il faut qu'il y ait des gens d'ici qui aient prêté serment…*
- Oui enfin c'est très très codifié. Bon dans un sens je pense que c'est très normal. Ça a été prévu pour ça, mais toutes ces conditions… Et en même temps l'audience publique ! Il y a le côté un peu décorum aussi.
- *C'est très centré sur le côté…*
- Oui, enfin dans les conditions il y avait des histoires de taille des salles, il faut que la salle fasse au moins 30 m² et tout ça. Bon OK, mais c'est peut-être pas ça qui est important. Et pourtant je ne pense pas que la justice soit mieux lotie que la médecine, ils ne sont pas non plus à exercer dans des conditions très luxueuses.
- *Oui, c'est resté très calqué sur les pratiques juridiques et pas assez sur la pratique psychiatrique c'est ça ?*
- Pas assez adapté. Surtout, voir que là-dedans les patients ne sont pas des patients qui ont commis un acte délictuel et donc je trouve que d'autant plus il faut faire un effort. De la part des médecins c'est normal, c'est notre logique, on est là pour le patient, mais je trouve que de la part du juge aussi ça mériterait un tantinet plus de considération vis-à-vis des patients. Ce sont des gens qui sont particulièrement vulnérables. Mais donc oui, globalement mon avis personnel il n'est pas très positif. Sur le fond, en tout cas sur le principe de judiciariser, ça c'était très bien, mais pour l'instant je trouve que la mise en place est assez merdique. Ça ne répond pas aux objectifs.
- *Et comme vous disiez ça demande beaucoup de moyens, par rapport aux certificats, au temps de médecins…*
- Oui, et puis ça demande beaucoup de moyens à la justice je pense. En dehors du côté purement médical, pour la justice ça demande énormément de moyens.
- *Oui, je crois qu'ils sont passés de 50 audiences à 800 audiences en moyenne par an… à moyens constants.*
- Donc c'est… Mais là c'est le législateur, c'est pas du tout les juges. Donc je pense que dans tout ça, les défauts, enfin les torts je dirais, sont plus au niveau du législateur que du juge en lui-même. Les reproches que je faisais tout à l'heure, je pense aussi que c'est une question de mise en place et de découverte des deux mondes…
- *OK, bon, très bien et merci beaucoup*

ENTRETIEN 13 (E13)

En Italique : verbatim de l'enquêteur
En gras : grands thèmes du guide d'entretien

- **Que pensez-vous de l'intervention systématique du juge des libertés et de la détention pour toute hospitalisation sous contrainte de plus de 15 jours ?**
- En théorie je pense que c'est bien, d'autant plus que c'est une obligation constitutionnelle. Après j'ai quelques doutes sur la faisabilité pratique.
- *Oui, est-ce que…*
- Mais ça me semble légitime qu'un juge soit obligé de se positionner quand on prive de liberté quelqu'un plus de 15 jours.
- *D'accord. Donc vous pensez que ça peut être une garantie des libertés des patients ?*
- Oui.
- *D'accord. Et en quoi cette intervention elle peut être difficile ? Concernant les modalités pratiques par exemple.*
- Parce qu'en France, la justice a quand même à faire face a beaucoup de situations. Si on leur rajoute ça sans leur donner les moyens de le faire, ça me semble difficile. Après, ce qui me semble difficile aussi dans la mise en pratique c'est qu'on soit obligé de faire déplacer les patients devant un tribunal et que j'ai peur que ce soit mal interprété par les patients, d'autant plus un patient délirant ; qu'il se sente accusé de quelque chose alors qu'on veut justement protéger ses libertés.
- *Oui, OK. Est-ce que vous avez pu voir comment s'organisent les audiences des patients ?*
- Non.
- *Et depuis le service, comment ça se passe pour organiser les audiences ?*
- Alors moi, j'ai un point de vue très extérieur parce que je suis dans un service où il n'y a que des HL. Mais je sais ce qui se fait dans l'autre unité fermée. Du coup, c'est hyper compliqué au niveau organisationnel parce qu'il faut dépêcher deux infirmiers.
- *Les juges se déplacent-t-ils ?*
- C'est très rare. Et les visioconférences ne sont pas encore mises en place. Voilà. Au niveau organisationnel c'est très contraignant.
- *D'accord.*
- Et, je me demande s'il n'y a pas eu aussi, il me semble, une fugue ou un truc comme ça pendant le transport…
- *D'accord. Est-ce que vous avez eu des retours de patients concernant leur vécu des audiences ?*
- Non. Non.
- *Donc vous n'avez pas d'expérience là-dessus. D'accord. Est-ce que vous avez des choses à rajouter par rapport à l'intervention du juge ?*
- Oui, je pense que ça… en théorie, ça fait planer le doute aussi sur le fait qu'il y aurait des abus de la part des psychiatres : de priver de liberté de manière un peu… par abus de pouvoir. Et, je pense que ça doit exister parce que ça existe de partout et qu'il y a toujours des… voilà, mais de ce que j'avais pu voir de ma très petite expérience, j'ai vraiment pas l'impression que c'est quelque chose de… pour moi ça reste très marginal et je n'ai jamais entendu parler ni vu de choses de cet ordre là.
- *D'accord.*
- Et, autre chose, je pense qu'il ne faut peut-être pas tout mélanger et que c'est bien que le médecin donne son avis sur ça. Je pense que le juge, peut-être, ne serait pas obligé de rencontrer le patient, mais peut-être que juste sur un dossier, de valider quelque chose comme ça, ça serait… Si constitutionnellement c'est recevable, je pense que ça suffit.
- *Oui, d'accord. Donc que le juge statue plutôt sur dossier... OK…* ***Donc on va passer à la deuxième question : comment est-ce que vous percevez la période initiale d'observation de 72 heures en hospitalisation complète ?***
- Alors ça, moi je n'ai pas d'expérience là-dessus du coup. Mais je peux te dire ce que j'en pense en théorie.
- *Oui ?*
- Je pense que c'est pas mal parce que c'est difficile quand on ne connaît pas un patient et qu'on le voit aux urgences de se faire un avis. Ça peut éviter de faire un branle-bas de combat général tout de suite.
- *Oui, parce que vous en avez l'expérience aux urgences.*
- Voilà. On ne connaît pas les patients, on voit qu'il y a un risque, on appelle la famille, tout est du coup fait dans l'urgence et mal fait, les patients sont pas d'accord, on essaye plutôt de les convaincre plus ou moins et tu as toujours l'impression d'être… Enfin même pour nous, je trouve que c'est intenable comme position. Alors que si on fait ça au calme, tranquillement, qu'on a trois jours…
- *Trois jours pour revoir la situation…*
- Et la famille aussi. Pour lui expliquer clairement…
- Parce qu'il y a quand même un certain nombre de certificats à faire au début, puis à 24 heures, puis à 72 heures. Ce n'est pas une décision définitive, on peut revoir… Voilà. On peut le présenter comme tel au patient et aux familles : qu'on a besoin de 72 heures, que voilà.
- *Donc, en gros, vous m'avez déjà répondu à cette question : comment cette période de 72 heures influence-elle la décision par la suite ? Donc ça permet de prendre du temps…*

- Oui.
- *D'accord.*
- Surtout si c'est une primo admission. Si la personne on ne la connaît pas.
- *D'accord. Comment vous percevez, pendant ces 72 heures notamment, l'augmentation du nombre des certificats et avis demandés ? Parce que par rapport à l'ancienne loi, il y a un certificat supplémentaire à 72 heures, et puis il y a les avis ensuite pour le juge des libertés.*
- Oui. Je pense qu'on va se perdre dans de la paperasse et que c'est dommage.
- *Ah oui, d'accord.*
- Et alors par contre, je ne suis pas hyper au point là-dessus : ce sont les mêmes intervenants qui font les certificats ?
- *Non, justement, c'est ma question suivante : quelle est la réaction des patients ou que pensez-vous de la rencontre de trois médecins différents ? Parce que quelque soit la modalité d'hospitalisation, à part les SDRE, ils vont rencontrer trois médecins différents. Pour une SDT simple : il y a deux médecins différents initialement puis ensuite un médecin différent à 24 heures, c'est-à-dire un troisième, qui peut être le même qu'à 72 heures. Et quand il ne faut qu'un seul certificat, par exemple pour le péril imminent, les 24 et 72 heures sont deux médecins différents. Donc en tout ils voient trois médecins. Que pensez-vous de ça ?*
- Alors je pense que ça peut être très perturbant pour un patient et que j'ai peur que ça ait vraiment l'effet inverse. Parce que là on parle de gens qui peuvent être complètement dissociés, pas dans la réalité, et donc, qu'est-ce qu'ils vont interpréter de trois personnes qui les examinent.
- *L'effet inverse de quoi.*
- De protéger leur liberté et d'aller dans leur sens. Et je ne suis pas sure que ça soit pas plus délétère pour eux du coup.
- *D'accord, donc avec un risque de les stresser finalement.*
- Oui.
- *D'accord, OK... Avez-vous d'autres choses à dire sur cette période d'observation, avec augmentation des certificats ?*
- Pareil, moi je… Après, encore une fois, c'est une projection… J'ai l'impression que, oui, ils vont se sentir coupables, examinés sous toutes les coutures. Un patient paranoïaque par exemple, je ne suis pas sure qu'il ne le prenne pas comme très persécutoire.
- *Oui, d'accord… OK.* **Bon alors mon troisième point : qu'apporte la nouvelle possibilité d'hospitalisation pour péril imminent ? Je peux vous rappeler ce que c'est si vous voulez.**
- C'est qu'il n'y a plus besoin de papier de tiers c'est ça ?
- *Oui. Une entrée pour péril imminent c'est une entrée avec un seul certificat médical rédigé par un médecin extérieur à l'établissement d'accueil sans nécessité de tiers. Avec la nécessité pour le directeur de l'établissement d'apporter la preuve qu'il a tout fait pour contacter la famille dans les 24 premières heures.*
- Et bien ça, je trouve ça très bien. Et j'ai autre chose à dire : je trouve ça très bien aussi parce que souvent on avait… La loi initialement disait que c'est les familles en détresse qui sollicitaient l'hôpital pour faire hospitaliser quelqu'un de leur famille qui les inquiétait. Et de plus en plus, c'était perverti, c'était l'inverse : des patients qui se retrouvaient aux urgences, qui ne voulaient pas rester mais qui nécessitaient des soins et donc nous, on essayait de contacter coûte que coûte la famille. Donc on était complètement sorti de l'esprit initial de la loi.
- *Et donc cette loi-là, qu'est-ce qu'elle apporte du coup ? Comment elle peut aider dans certaines situations ?*
- Et bien du coup, ça permet de pas non plus… Parce que du coup, ça donne des dérives, parce qu'on s'acharnait à les appeler, à convaincre coûte que coûte la famille…
- *Oui, donc à l'opposé, là il y a moins à convaincre les familles…*
- Voilà. Et puis surtout, moi j'ai quand même des réticences sur le rôle du tiers en général. Je trouve ça hyper casse-gueule et même dans la nouvelle loi je pense qu'il faut que ce soit repensé. Enfin moi, si on me demandait, je le ferais parce que voilà, mais je conçois tout à fait que ce soit une position intenable.
- *Parce que…*
- Parce que la personne va toujours en vouloir plus ou moins au tiers. Et en pratique c'est ça qu'il se passe.
- *D'accord.*
- On ne peut pas leur faire porter cette responsabilité.
- *Comment ça ?*
- Je trouve que c'est trop lourd comme responsabilité à faire porter à quelqu'un de la famille.
- *D'accord, OK. Et est-ce que vous pensez que cette nouvelle modalité d'hospitalisation pour péril imminent peut entraîner des risques pour les droits du patient ? Et si oui, lesquels ?*
- Oui, voilà… on pense directement que ça serait des hospitalisations abusives. Mais comme moi je ne pense pas que c'était un problème à la base : non.

- *Et que pensez-vous du fait… Enfin que pensez-vous de la rédaction d'un seul certificat par un médecin extérieur à l'établissement d'accueil tel que le médecin généraliste ?*
- Ça, ça me gêne par contre.
- *D'accord, pourquoi ?*
- Parce qu'on ne s'improvise pas psychiatre comme ça. Enfin voilà…
- *Dans le sens où…*
- Dans le sens où il faut évaluer quand même un état psychiatrique aigu souvent délirant et que c'est de l'ordre de la psychiatrie. Chacun son métier.
- *D'accord, donc vous pensez que ça serait mieux que ce soit que des psychiatres qui puissent le faire, extérieurs à l'établissement. Mais pas n'importe quel médecin.*
- Oui.
- *D'accord. Et donc le fait qu'un médecin généraliste puisse le faire, est-ce que vous pensez que ça peut entraîner des risques pour les patients ?*
- Là je pense plus oui. Mais pas par abus, par méconnaissance ou peur ou…
- *D'accord, OK.*
- Et le médecin généraliste, ça le met d'autant plus dans une position difficile que lui, pour la peine, il connaît vraiment la famille… Enfin bon, je trouve ça intenable.
- *D'accord. Bon après, il y a aussi des médecins du SAMU qui peuvent faire ça…*
- Voilà, il faut que… Si c'est un médecin… Parce que là on dit un médecin extérieur à l'établissement mais presque intérieur à la famille. Donc ça n'a pas de…
- *Oui, c'est un exemple médecin généraliste. Tout médecin…*
- Oui, encore que. Je pense qu'il faut vraiment être spécialisé dans ça, être formé dans ça.
- *D'accord.*
- Et que là oui, il y a un risque de dérive.
- *Parce qu'il y a un risque d'internement pour méconnaissance…*
- Oui.
- *OK. Avez-vous quelque chose à rajouter sur cette modalité d'hospitalisation ?*
- Non.
- ***OK. Alors la quatrième question, le dernier item : que pensez-vous des soins ambulatoires sous contrainte ?***
- Moi, en théorie, je trouve ça bien. Dans la mesure où je pense que l'hospitalisation c'est un temps, et un temps aigu, mais que l'on voit très bien que la majeure partie de nos patients échappe assez facilement aux soins…
- *Pendant l'hospitalisation ?*
- Après. Et que, de faire un peu du tout au rien : ils sont en HDT puis hop ils sortent et ils sont remis dans la nature et puis s'il se passe un truc et bien c'est la croix et la bannière pour les faire hospitaliser. Donc tout comme j'étais assez pour les sorties d'essai d'HDT, les soins sous contrainte en ambulatoire ça ne me paraît pas… Alors si, par contre c'est le terme de soins…
- *Alors attendez, juste pour reprendre, les soins ambulatoires sous contrainte, vous trouvez ça intéressant dans le sens où ça a remplacé les sorties d'essai longue durée…*
- Oui
- *D'accord, dans le sens où ça met de la contrainte à l'extérieur, dans la continuité de l'hospitalisation.*
- En fait… alors, comment dire… Le terme quand même déjà : parce que « soins » et « sous contrainte » je ne sais pas comment on peut accepter les soins si on n'y est contraint.
- *Parce que pour vous, les soins, qu'est-ce que vous y mettez ?*
- Pour accepter d'être soigné il faut déjà reconnaître qu'on est malade. Et voilà, la dimension du soin ça se fait dans l'alliance. Et donc s'il y a une notion de contrainte je ne sais pas si… Enfin la terminologie me dérange. Après…
- *Pourtant en hospitalisation on fait quand même du soin non ?*
- Oui…
- *D'accord… mais c'est le fait de mettre ces deux mots là, parce que pour vous, les « soins » c'est plus ce qui se passe après…*
- Eh bien il faut qu'il y ait une alliance sinon je ne vois pas trop quel sens ça peut prendre.
- *D'accord.*
- À moins que les soins se résument aux médicaments mais je ne pense pas. Après, ce que je trouve bien dans ce truc là et qu'il y avait déjà dans la sortie d'essai d'HDT, c'est de pouvoir réagir rapidement si ça décompense. Avoir une facilité d'action.
- *D'accord, donc ce que vous voyez comme point positif c'est le fait qu'on puisse ré interner plus facilement, plus rapidement, parce que ça évite de faire toutes les démarches, c'est ça ?*
- Oui, et puis avant personne ne les faisait les sorties d'essai d'HDT. Et quand bien même, vu que ce n'était pas formalisé, à chaque fois on me disait « ah oui mais on ne peut pas aller le chercher parce qu'on ne peut pas aller chez lui, s'il n'ouvre pas la porte on ne peut pas défoncer la porte et on ne peut pas appeler les pompiers parce qu'ils ne le font pas ». Et finalement personne ne voulait jamais le faire et ça ne se faisait jamais et on attendait qu'il se passe quelque chose de très grave.

- *D'accord, et la comme c'est marqué dans la loi vous pensez qu'on va plus pouvoir être interventionnistes à ce moment-là ?*
- Oui, parce que du coup c'est formalisé, on a le droit de faire intervenir la police.
- *Ce n'est pas vraiment formalisé.*
- Moi je sais qu'on l'avait fait pour un patient.
- *On a le droit, parce que c'est écrit dans la loi, mais ce n'est pas formalisé au niveau des moyens.*
- D'accord, parce que nous du coup, c'était beaucoup plus facilement négociable avec les services de police, parce qu'il y avait une loi qui le disait. Parce qu'avant ils disaient « ce n'est pas notre devoir, on n'est pas là pour ça ».
- *D'accord. Donc ça a aidé les ré hospitalisations quand les patients étaient moins bien.*
- Voilà.
- *D'accord. Et est-ce que… enfin qu'est-ce que vous pensez du fait d'aller visiter à domicile dans le cadre de ses soins un patient sous la contrainte ? Le fait qu'il y ait des visites dans son domicile.*
- Je trouve ça génial. À partir du moment où il est d'accord aussi et que ce n'est pas complètement intrusif et qu'on n'y va pas manu militari. Mais en plus, je pense que ça s'est perdu les visites à domicile. Et là ça peut revenir dans ce truc là et je pense… Parce que des fois, on a aussi des demandes qui ne sont pas du tout en adéquation avec la réalité. Le fait de se rendre compte de là où vit le patient, dans quel environnement, ou même comment il gère son quotidien… Il peut nous raconter ce qu'il veut et sa perception qu'il en a, est-ce que c'est vraiment la réalité ? Et c'est intéressant de se rendre compte que ça se passe comme ça en fait.
- *Donc ça, vous pensez que le fait que les soins ambulatoires sous contrainte soient formalisés dans la loi ça va ré instaurer des soins à domicile ?*
- Oui, qui s'étaient perdus faute de moyens. En tout cas c'est ce qu'on invoquait. Après, est-ce que cela va s'adjoindre de moyens financiers je n'en suis pas sure mais… En tout cas je pense qu'en psychiatrie c'était hyper important et que ça serait très bénéfique qu'on puisse les remettre en place.
- *D'accord.*
- De pouvoir rendre visite au patient chez lui.
- *Et le fait qu'on puisse le contraindre à cela…*
- Alors après, ça se travaille. Voilà, je pense qu'il ne faut pas non puis y aller manu militari, forcer la porte et y aller avec les flics derrière. Enfin, si ça se passe comme ça, ça veut dire que ça craque complètement, donc on peut le faire, mais une fois pour le ramener. Mais après, le forcer à ça non, je pense que ça se travaille.
- *OK. Et que pensez-vous, enfin comment percevez-vous le programme de soins ? Parce que* vous savez *que pour les soins ambulatoires sous contrainte il faut faire un programme de soins.*
- Et bien je vais peut-être choquer, mais moi je pense ça très bien qu'on puisse s'obliger à ça dans cette discipline où chacun fait ce qu'il veut comme il veut et où il n'y a aucun référentiel. Je trouve ça très bien. Et même pour les patients, même pour la famille…
- *Alors vous trouvez ça très bien, alors c'est quoi : vous m'avez dit le fait d'être rigoureux, de s'obliger à…*
- D'avoir des objectifs, des objectifs communs avec le patient et de voilà… Parce que sinon on a vite fait de végéter et de voir le patient pour dire qu'on l'a vu et puis basta.
- *D'accord donc vous pensez que ça amène de la rigueur…*
- Dans cette spécialité, et ça manque.
- *D'accord. Donc sur les programmes de soins, ça ne pose pas de difficultés particulières, ce qu'on y met dedans…*
- Alors est-ce qu'il doit être validé par le juge ?
- *Alors le juge, en fait, on ne le voit qu'en hospitalisation complète.*
- Pas en soins ambulatoires sous contrainte.
- *Voilà. Si jamais il est réintégré en hospitalisation complète, il est possible de joindre au juge le programme de soins au moment de la transmission du dossier. Mais ça ne fait pas partie des pièces obligatoires. Par contre le programme de soins est transmis au directeur de l'établissement et au préfet si c'est une SDRE.*
- Alors après, moi je ne sais pas ce qu'il doit comporter exactement le programme de soins mais je pense que là encore il ne faut pas tout mélanger.
- *Le lieu, le type, et la périodicité des soins.*
- Oui, c'est pas fou. Et puis après, si on part dans des grands trucs, je pense que le juge il s'en tamponne.
- *Ils ont aussi mis une circulaire pour préciser qu'il ne faut pas citer le type de traitement, la posologie etc. OK, donc plutôt positif sur les programmes de soins.*
- Oui.
- *Est-ce que vous pensez que les soins ambulatoires sous contrainte entraînent un risque d'atteinte du droit des patients ? Et quel risque ?*
- Et bien oui, de débarquer chez lui et que ce soit une atteinte à la vie privée finalement. Mais après, à partir du moment où c'est formalisé, c'est tel jour à telle heure et c'est bon quoi, on n'y va pas non plus tous les matins quand on veut où on veut, on n'a pas non plus les clés…
- *Donc pas plus que ça quoi.*
- Non.

- *D'accord. OK. Donc sur les soins ambulatoires sous contraintes, l'avez-vous déjà fait avec des patients ?*
- Non. Ils signent ou pas ?
- *Non. Quand vous me dites ça, ça me fait penser à la notion de contrat. Elle a donc une certaine importance ?*
- Oui.
- *Donc utiliser le programme de soins plutôt comme un contrat ?*
- Oui. Et justement, validé et signé par le patient, que chacun s'engage quoi.
- *D'accord. Parce que justement c'est ce que j'allais demander, comment vous l'annonceriez ?*
- Et bien que voilà, on pense que la période aiguë est finie et qu'il n'y a pas de nécessité de le garder en hospitalisation « H24 » plus que nécessaire : « on pense que vous seriez mieux chez vous parce que la vraie vie c'est pas l'hôpital mais c'est l'extérieur, cela dit on vous sent encore un petit peu fragile et on pense que vous avez besoin de soins. Et la dernière fois vous êtes venu deux trois fois au CMP puis vous n'êtes jamais revenu après et ça s'est terminé en HDT et en branle-bas de combat général. Donc pour éviter ça on vous propose de faire un contrat établi entre les deux parties, si vous êtes d'accord on se verra une fois tous les 15 jours… ». Voilà.
- *Et du coup, comme il y a cette notion de soins ambulatoires sous contraintes qui remplace les sorties d'essai d'HDT… Parce qu'il n'était pas compatible dans les textes de sortir en sortie d'essai d'HDT alors que l'HDT ça veut dire « soins immédiats assortis d'une surveillance constante »… Du coup il n'y a plus de sorties d'essai et les sorties se réduisent qu'à des sorties de moins de douze heures accompagnées.*
- C'est-à-dire que quand ils sont hospitalisés…
- *Les seules sorties possibles c'est moins de douze heures accompagné.*
- Pour les gens qui sont en HDT. Sinon il faut les passer en HL.
- *Oui, ou en soins sous contrainte.*
- Oui mais si on veut les garder en hospitalisation…
- *Ce qui est fait c'est des soins ambulatoires sous contrainte avec des petites périodes hospitalisation.*
- Ah ben oui parce que sinon il faut passer les patients en HL, ça n'a pas de sens. Qu'est-ce que j'en pense de ça ? Je pense que ça pourrait se régler, du coup, avec l'histoire de faire un programme de soins où ils sortent 24 heures, ils sont hospitalisés douze heures et on voit comment ça se passe, on évalue… Je pense qu'on pourrait trouver des aménagements et des solutions.
- *Oui, ça vous paraît cohérent qu'il y ait d'une part les soins ambulatoires sous contrainte et d'autre part l'hospitalisation et que si le patient a besoin d'une permission de plus de douze heures c'est qu'il ne nécessite plus d'hospitalisation complète.*
- Oui, parce que là, il y avait de l'abus avant. Parce que les gens étaient en HDT et pouvaient sortir chez eux. Je veux dire : soit il y a besoin soit il n'y a pas besoin.
- *D'accord, OK.*
- Mais par contre, à partir du moment où on disait qu'il sortait, ah ben là il sort et plus personne ne vient chez lui et il se retrouve dans la nature.
- *Donc c'était trop tout ou rien et ça permet plus d'avoir une période de transition où la contrainte est maintenue mais en testant les patients à l'extérieur finalement ?*
- Oui, et puis moi cette notion de contrat je trouve ça assez génial.
- ***Oui d'accord. OK... Bon, est-ce que vous avez des choses à rajouter sur cette loi ? C'était les quatre points principaux que je voulais aborder mais s'il y a d'autres choses qui vous ont interrogé…***
- Moi ça me gêne que les gens s'offusquent de principe contre toute loi. Si c'était véritablement anticonstitutionnel, je pense qu'il n'y avait pas le choix.
- *Oui, la question prioritaire de constitutionnalité il fallait forcément la respecter donc il fallait que cette loi soit faite, c'est ça ?*
- Ah oui. Après, la faire passer un 1er août je trouve ça scandaleux.
- *Oui, parce que l'été s'était compliqué ?*
- Oui et puis ça n'a pas de sens. Pour mettre une loi en place… C'était ni fait ni à faire.
- *D'accord.*
- Après il y a aussi des incertitudes dans cette loi à savoir : qu'est-ce qu'un examen somatique complet ? Qui a le droit de faire un examen somatique complet ? Est-ce qu'il faut être un somaticien ou autre ?
- *Oui, donc ça vous a posé souci l'examen somatique ? Ce n'était pas assez précis dans la loi ?*
- Moi je n'y ai pas été personnellement confrontée mais lorsqu'on a eu une réunion autour de ça, on se posait tous la question de : qu'est-ce que c'est ?
- *D'accord. Et qu'est-ce que vous pensez du fait que ce soit formalisé dans la loi ?*
- Et bien ça, par contre, en soi je trouve ça très bien parce que souvent, quand on a le malheur de demander un ECG ou une tension on se fait tomber dessus. Alors qu'on a le droit d'avoir la peste et le choléra. C'est pas…
- *Alors vous pensez que c'est bien que…*
- Que ce soit formalisé. Et ça, pour la peine, il ne faut pas s'en offusquer parce que des fois c'était pas fait.
- *D'accord, donc ça oblige à le faire, par contre c'est pas assez précis c'est ça ?*

- Oui. Et je pense qu'il faut, du coup, pas que ce soit un psychiatre qui le fasse. Ça n'a pas de sens.
- *D'accord, parce que ?*
- Ben parce qu'on n'est pas… On a perdu… Enfin quelqu'un qui n'a pas fait de somatique depuis 20 ans ça n'a aucun sens. Autant pisser dans un violon.
- *D'accord, donc vous pensez que l'examen somatique d'un psychiatre ne sera pas suffisamment précis pour révéler…*
- Voilà, si on veut vraiment éliminer une étiologie organique qui ferait décompenser sur ce mode là il faut que ce soit quelqu'un de compétent qui le fasse à savoir un urgentiste ou un généraliste.
- *OK.*
- Et pas un psychiatre… C'est n'importe quoi.
- *D'accord. Y avait-il d'autres choses ?*
- Euh… Oui, moi ça me gêne d'emmener le patient au tribunal. Et surtout je pense que c'est dépourvu de sens parce que techniquement, les gens qui ont besoin de soins sous contrainte sont des gens qui sont délirants plein pot, alors qu'est-ce qu'ils vont comprendre de ça ? Ou alors une caméra ! Être en face d'une caméra, avec un juge derrière… Enfin…
- *Vous pensez que ce n'est pas forcément adapté à la pathologie psychiatrique aiguë dans les 15 premiers jours ?*
- Je pense que c'est même l'antithèse. Et donc à mon avis, qu'un juge puisse juste donner son point de vue sur le dossier… Voilà. Et je pense qu'en plus ils ont déjà suffisamment de travail comme ça. En plus il y a aussi le problème de l'avocat là-dedans. Qui n'est pas payé par la sécurité sociale.
- *L'avocat est payé par l'aide juridictionnelle en cas de…*
- Oui, donc un avocat commis d'office qui s'en foutra complètement… Dans ce cas-là autant rien faire. Et sinon, si tu es très riche mais très délirant et ben tu pourras quand même t'en sortir avec un vice de forme et te retrouver dehors et là ça pose problème.
- *D'accord, vous pensez qu'il y a du coup un problème d'inégalité en fonction des richesses des patients à demander l'aide d'un avocat.*
- Et surtout que nous, en pratique, moi je m'en rappelle, il y avait un avocat dans le service fermé attaché au mien qui avait débarqué un jour dans le service en disant « je suis l'avocat de M. machin je veux voir M. machin » enfin je me demande ce que les patients peuvent comprendre de tout ça.
- *Et ils peuvent comprendre quoi ?*
- Les autres patients peuvent penser que cette personne a commis quelque chose… Enfin je… Enfin ça me semble improbable comme situation. Et puis qu'est-ce que vient faire un avocat dans un hôpital psychiatrique ? Et puis même, alors du coup, dans toutes les affaires ils vont faire quoi ? Il faut chercher le vice de forme pour libérer quelqu'un qui a besoin de soins… Enfin…
- *Oui c'est vrai que cette question est compliquée dans le sens où il va défendre les patients mais…*
- Il va les défendre de quoi ? Si en plus il n'est pas médecin, qu'il n'a pas les compétences ! C'est pour ça… que le juge valide, moi à mon avis ça peut être… Je ne sais pas, une fois tous les 15 jours, le juge, le directeur d'établissement et le président de CME qui passent lire les dossiers. Et s'il y en a un litigieux, peut-être qu'ils pourraient demander à voir le patient. Mais ça suffirait à mon avis.
- *L'avocat ce n'est pas systématique, c'est si le patient le demande.*
- Oui, mais du coup tu imagines bien que… Je ne sais pas, un paranoïaque bien sûr qu'il va demander un avocat ! Et si l'avocat trouve un vice de forme, qu'est-ce qu'on fait ? On laisse le paranoïaque dans la nature ? Super. Et là les médecins vont être les persécuteurs désignés.
- *Après cela relève de la responsabilité du juge qui lève…*
- Oui mais lui, il sait détecter un paranoïaque ? C'est par son travail.
- *Non. OK. D'autres choses ?*
- Non.
- *Et bien merci beaucoup.*

ENTRETIEN 14 (E14)

En Italique : verbatim de l'enquêteur

- *Avez-vous déjà entendu parler de cette loi ?*
- Oui, c'est en juillet qu'elle a dû paraître ?
- *Tout à fait.*
- Oui c'est Dr X qui m'en a parlé.
- *Tout à fait, c'est ça. Alors est-ce que vous savez, on va commencer par… Est-ce que vous savez qu'au bout de 15 jours, quand on est hospitalisé sous contrainte, en HO par exemple, à l'hôpital, on voit un juge. Vous le savez ?*
- Oui mais moi c'est pas mon cas.
- *Vous, ça ne sera pas votre cas. Mais disons si vous devriez voir un juge comme ça, qu'est-ce que vous en penseriez ?*
- Bah je ne sais pas.
- *Vous ne savez pas.*
- Non.
- *Le fait que le juge puisse voir les patients, doive voir les patients, vous pensez que…*
- Parce que c'est le juge qui décide pour la sortie ?
- *Oui.*
- Mais normalement c'est le médecin.
- *Normalement c'est le médecin vous pensez plutôt ?*
- Ben oui, c'est le médecin qui décide.
- *Le juge il est là… c'est le juge des libertés donc il est là pour vérifier les certificats, que tout a bien été fait…*
- Oui mais pour moi ce n'est pas mon cas.
- *Oui, pour vous ce n'est pas votre cas tout à fait. OK. Du coup on va plus parler de la période d'observation de 72 heures.*
- Voilà.
- *Alors qu'est-ce que vous en savez de ça ? Qu'est-ce qui va se passer pour vous ?*
- Ben avant de sortir il faut rester trois jours à l'hôpital.
- *Tout à fait.*
- Mais sans sortir de l'hôpital. On peut sortir dans le parc mais pas à l'extérieur.
- *Oui.*
- Et cette loi elle est débile !
- *Vous pensez ça ?*
- Oui.
- *Dites-moi pourquoi, est-ce que vous pouvez un petit peu m'expliciter ?*
- Si on sort, si le médecin donne l'autorisation de sortie, c'est qu'on va bien.
- *Hum hum…*
- Alors je ne vois pas pourquoi on nous maintient trois jours sous surveillance pour…
- *Pour faire des soins ensuite qu'on appelle les soins ambulatoires sous contrainte, c'est-à-dire des soins où il y a un programme de soins. C'est ça qui va se passer pour vous ? Vous allez avoir un programme de soins.*
- Voilà, tous les 15 jours on va faire la prise de sang etc.
- *Voilà, tout à fait.*
- Pour vérifier si je prends bien le médicament.
- *Tout à fait. D'accord. Et vous en pensez quoi du programme de soins ?*
- Programme de soins… Oui, c'est une bonne chose. Ça va m'aider.
- *Ça va vous aider pourquoi dites-moi ?*
- Oui, voilà, comme je suis à l'extérieur… Enfin je ne sais pas comment dire…
- *Oui oui, vous êtes à l'extérieur mais du coup…*
- Oui voilà, je prendrai mes médicaments, mais comme moi je veux sortir de l'hôpital je n'ai pas d'autre choix.
- *Oui, donc ça vous permet quand même d'être assidu au traitement.*
- Oui voilà. Il faut que je le prenne tout seul.
- *Oui. Donc ça, ça peut vous aider.*
- Oui.
- *Pour pas rechuter ?*
- Voilà exactement.
- *D'accord oui. Donc ça, le programme de soins, vous en avez discuté avec le médecin ?*
- Oui, mais enfin bon… ils sont en train de réfléchir pour voir comment ils mettent en place ça.
- *Oui, d'accord, donc ils vont vous proposer… le médecin vous a déjà parlé de tous les 15 jours, vérifier la prise de sang…*
- Tous les 15 jours, voilà.
- *D'accord, donc vous allez suivre ces conditions.*
- Voilà.
- *Est-ce que vous considérez ça un peu comme un contrat ?*
- … Ben… Oui, en quelque sorte oui.
- *Oui ?*
- Oui, en quelque sorte.
- *Pour aller mieux vous devez faire ça…*
- Voilà, pour aller mieux donc je suis obligé de faire ça. Oui c'est un peu un contrat entre moi et le médecin.
- *Oui ? D'accord.*
- Je m'engage à prendre les médicaments et voilà.
- *Oui d'accord, pour sortir.*
- Oui, pour sortir.
- *D'accord, parce que comme ça le docteur sait que si vous sortez et que vous vous engagez à faire ça, vous continuerez d'aller bien dehors.*
- Voilà exactement.
- *D'accord. Donc ça c'est plutôt intéressant.*
- Oui bien sûr, oui.
- *D'accord. Et alors du coup, pour ça, vous devez rester pendant trois jours.*
- Trois jours oui. On prévoit une date de sortie et on le fait les trois jours avant.

- *Oui. Tout à fait. Et donc ça vous trouvez ça pas très pertinent, c'est ce que vous me dites ?*
- Oui puisque si on sort c'est qu'on va bien. Alors je ne vois pas pourquoi on doit venir trois jours.
- *Oui d'accord.*
- C'est un peu… Enfin je veux dire c'est débile… C'est pas très rationnel quoi.
- *Oui, vous allez être obligé de rester trois jours alors qu'ensuite vous allez ressortir.*
- Voilà.
- *Et vous savez que pendant ces trois jours il faut que les médecins fassent plusieurs certificats pour les envoyer au juge. Vous le savez ça ?*
- Oui, on en a parlé vaguement. Qu'il y avait plusieurs certificats.
- *Voilà. Et du coup, les certificats, ils pourront vous être relus, ils pourront vous être expliqués et vous être lus en partie. Qu'est-ce que vous en pensez de ça ?*
- Oui c'est une bonne chose.
- *Oui, ça vous intéresse ?*
- Oui, on va voir ce qu'ils disent.
- *Oui, d'accord. Par plusieurs médecins, donc vous allez être obligé de voir trois médecins différents. Qu'est-ce que vous en pensez ?*
- Voir trois médecins différents !
- *Oui. Il faut que les certificats soient faits par des médecins différents.*
- Ah d'accord, donc Dr X va en faire un et il y a deux autres médecins…
- *Oui, après les deux autres médecins du service vont faire d'autres certificats avec vous.*
- Et je dois les voir avant ?
- *Ça dépend de comment ils s'arrangent. Mais normalement oui. Des fois, pour pas déranger trop le patient on peut le faire sur dossier, mais en général les patients doivent voir les trois médecins. Vous en pensez quoi ?*
- Ben j'en vois pas l'intérêt, j'ai déjà un médecin et ça suffit.
- *Oui, vous ne voyez pas l'intérêt de ça.*
- Je ne vois pas l'intérêt. C'est comme les trois jours c'est pas très rationnel.
- *Vous allez devoir répéter votre histoire…*
- Voilà, redire la même chose.
- *Et ça c'est plutôt embêtant ?*
- Oui, c'est un peu barbant.
- *C'est un peu barbant. D'accord. Et en fait, vous savez, il y a trois médecins différents parce qu'ils se disaient comme ça qu'il y aurait trois avis différents et qu'il n'y aurait pas d'hospitalisation alors qu'il en faudrait pas. Donc c'était pour respecter, pour protéger un peu le patient. Qu'est-ce que vous en pensez, vous avez l'impression que ça va vous protéger plus de voir trois médecins différents ?*
- Non, non l'avis de Dr X ça suffit.
- *Oui, d'accord. OK. Alors je reviens sur le fait qu'ensuite, après ces trois jours, vous serez dehors mais vous aurez des soins, vous devrez revenir. Le contrat que vous évoquiez. Et ça, est-ce que vous avez impression que c'est une atteinte à vos droits ou pas forcément ?*
- Qu'est-ce qui serait une atteinte à mes droits ?
- *Le fait que la loi puisse décider que vous reveniez ensuite faire votre prise de sang, qu'il puisse y avoir cette modalité de soins à l'extérieur, sous contrainte.*
- Oui mais le soin c'est au CMP qu'il est fait.
- *Oui.*
- Non, non je trouve ça… Enfin ça rentre dans la logique de la situation. Je veux rester dehors, je n'ai qu'une solution c'est respecter la prise de médicaments et la prise de sang.
- *OK, vous ne vous sentez pas atteint dans vos droits.*
- Si, pour ces trois jours.
- *D'accord c'est ces trois jours. Vous vous sentez plus atteint dans vos droits parce que vous allez devoir rester ici.*
- Voilà exactement.
- *D'accord.*
- C'est pas logique puisque je suis dehors, je vais bien et pour mettre en place les soins ambulatoires sous contrainte je vais devoir revenir trois jours. C'est pas logique que je reste trois jours.
- *D'accord. Et vous savez que pendant ces trois jours vous ne pourrez pas avoir des sorties sans être accompagné à l'extérieur.*
- Oui, du coup je serai ici pendant trois jours.
- *Voilà, vous pourrez à la limite aller dans le parc mais vous ne pourrez pas sortir sauf accompagné.*
- Oui, pendant trois jours.
- *Et ça vous en pensez quoi ?*
- Bah c'est un peu stupide.
- *Oui, parce que d'habitude vous pouvez aller et venir et puis là vous allez d'un coup plus pouvoir.*
- Voilà, ça fait un moment que je suis en hôpital libre.
- *Ça fait combien de temps que vous êtes en hospitalisation libre ?*
- Je ne sais plus. Deux mois, trois mois.
- *D'accord.*
- Voilà, donc là je sors…
- *Et avant vous étiez en quoi ?*
- En HO.
- *D'accord. Donc maintenant vous sortez de manière libre.*
- Voilà exactement, j'ai des permissions permanentes de 9h à 18h30 et je sors quand je veux. Alors là je sors quand je veux donc pour l'instant il n'y a pas de problème mais trois jours de contrainte parce que… Mais pourquoi ils font ces trois jours de contrainte ?

- *Parce qu'en fait ils n'avaient pas forcément prévu votre cas. Ils se disaient : si quelqu'un va pas bien on l'hospitalise et pendant trois jours le médecin doit le garder pour faire une observation pour voir comment il va et décider ensuite vers quelle prise en charge s'orienter. Soit des soins libres, comme vous êtes maintenant, soit des soins ambulatoires sous contrainte, c'est-à-dire à l'extérieur avec le CMP, un contrat, soit poursuivre l'hospitalisation sous contrainte. Voilà. Donc ils se disaient : ça fera trois jours comme ça. Mais ils n'avaient pas prévu les situations où on voulait déclencher un programme de soins et des soins ambulatoires sous contrainte, comme pour vous, sans forcément avoir besoin de l'hospitalisation parce que c'est des gens qui n'allaient pas trop mal.*
- D'accord.
- *Ils n'avaient pas prévu vraiment cette situation… je pense. Du coup vous êtes dans une situation où vous êtes obligé de rester trois jours, c'est sûr que ce n'est pas dans la continuité logique.*
- Oui voilà, c'est pas logique. Par rapport au passé c'est pas rationnel.
- *Tout à fait. Est-ce que je peux vous poser une question sur quelque chose qui ne vous concerne pas mais qui est dans la loi ? Vous me dites si…*
- Oui.
- *C'est que maintenant pour hospitaliser… Si jamais vous, imaginons, vous n'allez pas bien, on peut vous hospitaliser de la manière suivante : un médecin extérieur à l'établissement, un médecin généraliste ou un médecin du SAMU par exemple peut faire un certificat pour que vous soyez hospitalisé sous contrainte, obligé d'être hospitalisé, ça s'appelle l'hospitalisation pour péril imminent. Sans forcément demander à la famille son avis, sans demander un tiers. Parce que vous savez que d'habitude on demande souvent à un tiers.*
- Oui.
- *Ça, qu'est-ce que vous en penseriez si ça vous arrivait ?*
- Ben ça m'embêterait d'être ré hospitalisé.
- *Ça vous embêterait ?*
- Oui. C'est-à-dire que si ça va mal je suis obligé le voir un médecin généraliste ?
- *Si ça va mal et que c'est le SAMU qui arrive, ils peuvent vous hospitaliser comme ça, avec juste un certificat extérieur.*
- Ah d'accord. Non mais si ça va mal, je vais voir mon médecin psychiatre le Dr X. C'est plus logique que d'avoir à faire un médecin extérieur.
- *Vous, vous avez de la famille ? Ou vous êtes plutôt isolé ?*
- Je suis plutôt isolé.
- *Plutôt isolé d'accord. Donc vous, finalement, si vous alliez mal et que vous ne vous en rendiez pas compte, parce que des fois vous savez on va mal et on ne s'en rend pas compte et on ne s'en rend compte qu'après, que finalement il fallait être hospitalisé…*
- Oui oui.
- *Finalement ça serait peut-être quelque chose de positif qu'on puisse vous hospitaliser sans avoir à chercher la famille puisque vous êtes plutôt isolé.*
- Oui c'est vrai. Voilà oui.
- *Donc ça, pour vous, ça accélèrerait votre prise en charge peut-être.*
- Oui d'accord. Non mais enfin, si j'ai un problème, je vais voir le Dr X.
- *D'accord.*
- Puisque c'est mon médecin.
- *D'accord oui, tout à fait. Oui, parce que le médecin généraliste vous ne savez pas s'il va pouvoir juger…*
- Bah le médecin généraliste, si on est malade par exemple, il peut donner des médicaments. Mais le psychique, il n'est pas formé pour ça.
- *D'accord. Donc vous pensez qu'il n'est pas formé pour ça.*
- Oui, il y a le psychologue, le psychiatre… Bon le médecin généraliste, voilà, il n'est pas psychiatre ni psychologue, il ne peut pas juger pleinement mon cas.
- *D'accord. Tout à fait. OK. Donc vous préféreriez que ce soit un psychiatre.*
- Ben oui puisque ce sont ces gens qui, en principe, font ce travail. Le médecin généraliste il peut, enfin à mon avis, il peut justement orienter vers un médecin quoi. Plutôt que le faire lui-même. Mais il peut faire les certificats ?
- *Eh oui, maintenant il peut.*
- Ah bon.
- *Oui, c'est la nouvelle loi.*
- Mais ils ont eu une formation pour ça ?
- *C'est une bonne question. Il y en a qui sont sensibilisés à ça puisqu'ils ont beaucoup de patients qui ont des troubles psychiques mais c'est vrai qu'il y en a qui n'ont pas l'habitude. Donc c'est vrai que c'est une très bonne question. Il faudrait peut-être des formations. Je crois qu'ils sont en demande aussi, parce qu'ils ont la loi qui leur tombe dessus, ils peuvent avoir accès à ça mais ils ne sont pas forcément tous formés.*
- Oui d'accord. Bah oui, si on n'est pas formé on n'est pas compétent.
- *Oui tout à fait.*
- Là c'est pour ça qu'il y a un risque, ils peuvent se tromper.
- *Tout à fait.*
- Alors que chez le psychiatre, il peut se tromper mais c'est son métier, c'est moins évident.
- *OK.*

- Je trouve qu'un médecin généraliste bon… Enfin c'est mieux de voir un médecin psychiatre. Il donne son opinion sur l'état psychique. Pour le médecin généraliste c'est un peu l'inconnu.
- *D'accord. Bon alors du coup par rapport aux 72 heures, qu'est-ce que vous auriez rajouté ?*
- Rien de spécial, je vais respecter la loi c'est tout.
- *Oui.*
- Je vous ai dit que je trouve ça un peu débile. Pas rationnel.
- *Du coup ça vous agace ? Comment vous le ressentez ?*
- Oui ça m'embête un peu.
- *Donc vous allez prendre sur vous.*
- Voilà.
- *En plus, vous me dites, comme vous êtes un peu isolé vous ne pourrez pas être accompagné pour les sorties, il faudra vraiment rester trois jours ici.*
- Voilà.
- *D'accord.*
- Bon, c'est pas grand-chose. Du moment que je sors dans le parc c'est bon.
- *Vous, vous n'avez pas à rencontrer le juge puisque vous ne resterez que trois jours. Pour ceux qui restent 15 jours ils rencontrent le juge.*
- Ah d'accord.
- *Ça a été fait, pareil, pour que le juge contrôle que tout soit bien fait, que les psychiatres aient bien fait leurs certificats…*
- Ah d'accord.
- *Alors c'est un peu impressionnant, vous avez déjà rencontré un juge vous ?*
- Non jamais.
- *Comment vous vous sentiriez si je vous disais : « dans 15 jours vous devez rencontrer un juge » ?*
- Je ne me sentirais pas bien.
- *Ah oui ? Par rapport à quoi ?*
- Bah je sais pas, ça me troublerait un peu.
- *Ça vous troublerait. Vous vous diriez quoi ?*
- Je sais pas, je n'y suis pas donc j'ai pas… Je serais impressionné.
- *Impressionné.*
- Oui.
- *D'accord. Vous demanderiez pourquoi… Non ?*
- Oui pourquoi. Mais c'est dans la nouvelle loi ça ?
- *Oui, tout à fait. Si jamais vous êtes hospitalisé à partir de maintenant…*
- Ils font ça pour qu'il y ait des résultats ?
- *Ils font ça… C'était pour protéger les patients, pour pas qu'ils soient hospitalisés comme ça, qu'il y ait des certificats refaits en copier-coller, voilà c'était pour protéger les droits des patients. Pour qu'il y ait la justice qui tranche parce qu'on prive quelqu'un de sa liberté quand on l'hospitalise sans son consentement.*
- Oui.
- *Et donc quand on prive quelqu'un de sa liberté il faut que la justice mette le nez dedans et vérifie les raisons pour le priver de sa liberté, vous voyez ?*
- Oui d'accord.
- *Donc ils ont fait ça pour ça.*
- Ah OK. Ça va dans le sens de l'intérêt du patient.
- *C'était pour l'intérêt du patient voilà. Après c'est sûr que… Enfin je ne sais pas ce que vous en pensez, vous avez déjà été hospitalisé, au bout de 15 jours on n'est pas forcément tout de suite remis, qu'est-ce que vous en pensez ?*
- …
- *Au bout de 15 jours on est déjà mieux ?*
- Ça dépend. Ça dépend des cas à mon avis c'est difficile de généraliser.
- *Tout à fait.*
- Chacun à un traitement spécial, il y en a certains qui sont en hospitalisation séquentielle etc. Chacun est un cas et on ne peut pas généraliser, enfin à mon avis, on ne peut pas généraliser.
- *Oui vous avez raison. Du coup on leur dit : « bon bah écoutez, vous allez rencontrer le juge au bout de 15 jours »…*
- Oui, ça fait peur un peu.
- *Ça fait peur.*
- Je me sentirais mal à l'aise.
- *Vous êtes accompagné par deux infirmiers, on vous dit aussi que vous pouvez prendre un avocat si vous voulez.*
- Oh ben quand même pas hein !
- *Oui ? Pourquoi vous me dites ça ?*
- Bah il y a pas lieu. C'est juste pour vérifier, donc l'avocat…
- *Pour vous il n'y a pas lieu de prendre un avocat.*
- Ben non il n'y a pas lieu.
- *Pour vous c'est juste un contrôle.*
- Voilà juste un contrôle. Oui parce que l'avocat il faut le payer.
- *Tout à fait.*
- Et c'est pas donné.
- *Il y a des aides qui peuvent être apportées...*
- Oui, il faut avoir un maximum dans les revenus. Ça fonctionne aux revenus. Et moi, les revenus que j'ai, c'est pratiquement le SMIC, donc j'aurais pas le droit à l'aide juridictionnelle. Donc c'est moi qui serais obligé de payer.
- *Oui, c'est vrai que tout le monde ne peut pas se payer un avocat. Et en plus vous savez que la justice en France elle doit être rendue de manière publique, c'est-à-dire que la porte est ouverte et n'importe qui peut venir.*
- Oui.
- *Et du coup, là, quand les patients vont voir le juge au bout de 15 jours, ils rentrent dans la salle et la porte reste ouverte, tout le monde peut assister.*
- Ah…
- *Qu'est-ce que vous en pensez de ça ?*

- C'est un peu indiscret.
- *Vous pensez que c'est un peu indiscret ?*
- Oui, parce que ça vous concerne vous personnellement donc les autres personnes n'ont pas à savoir pourquoi vous êtes là.
- *Oui. Et alors il y a une possibilité quand même de demander… On peut le demander au médecin, à l'avocat, que l'audience soit tenue de manière non publique. En huis clos. Donc ça vous le feriez vous ?*
- Oui voilà, je demanderais ça.
- *D'accord.*
- Enfin bon ça ne me concerne pas.
- *Non, non bien sûr mais je vous demande juste votre avis sur la question. Ça m'intéresse de savoir comment vous vous positionneriez dans cette hypothèse.*
- D'accord.
- *Mais bien sûr, ça ne vous concerne pas.*
- Voilà.
- *Est-ce que vous avez d'autres choses qui vous viennent sur votre situation ?*
- Non c'est bon.
- *D'accord, eh bien c'est très gentil à vous d'avoir accepté, merci à vous.*

ENTRETIEN 15 (E15)

En Italique : verbatim de l'enquêteur

- *Est-ce que vous avez entendu parler de cette loi qui a changé les HDT et les HO ?*
- Pas du tout, moi c'est la première fois que je viens.
- *Oui… D'accord*
- Donc j'ai découvert ça.
- *D'accord, vous avez été hospitalisé le combien ?*
- En début de mois je pense.
- *Début de mois ? D'accord. Et vous avez été hospitalisé à la demande d'un tiers ?*
- Non… C'est… Par la suite oui. Mais je suis rentré libre.
- *Entrée libre…*
- Entrée libre et après par un tiers. Parce que j'ai voulu repartir trop tôt.
- *D'accord. Et donc il y avait un tiers, c'est quelqu'un de votre famille qui est intervenu ?*
- En fait c'est les médecins qui ont suggéré à mon père de me laisser en chambre de repos pour qu'on puisse faire le traitement jusqu'au bout.
- *Très bien. Donc c'est votre père qui a signé pour…*
- Donc ils l'ont appelé, ils l'ont fait signer oui.
- *D'accord, tout à fait.*
- Mon père ne sachant pas trop comment…
- *Oui… D'accord. Et donc vous avez vu le juge vous ?*
- J'ai vu le juge oui.
- *Vous vous rappelez la date à peu près ?*
- … Il y a 15 jours.
- *Il y a 15 jours. Donc là on est le 20, donc autour du cinq à peu près ?*
- Oui.
- *Il faudra que je regarde précisément mais autour du 5 décembre.*
- Voilà, en gros.
- *OK.*
- C'est pas la date exacte hein.
- *Oui, je vais regarder… À vérifier […] Et alors dites-moi qu'est-ce que vous en pensez de cette visite chez le juge ?*
- … Ça s'est vite passé…
- *Oui.*
- Et on était assez d'accord sur tous les points.
- *Oui ? Dites-moi, comment ça s'est passé ?*
- Donc j'étais en chambre d'isolement, je suis allé voir la juge, on m'a accompagné jusqu'à la barre avec Mme X. et donc on m'a posé en salle d'attente… Je vous raconte comment ça s'est déroulé.
- *Comme vous l'avez vécu vous.*
- Et donc en quelques instants j'ai pris la place d'autres personnes comme je ne prenais pas d'avocat. Je pense que dans ce genre d'endroit il n'y a pas besoin d'avocat.
- *Oui ? Vous pensez ça pourquoi expliquez-moi.*
- Bah parce que il n'y a rien de méchant.
- *Oui, vous n'avez rien fait de méchant, vous n'êtes pas coupable…*
- Voilà… J'ai été coupable mais là je ne le suis plus.
- *Vous avez été coupable, c'est-à-dire, dans une autre affaire ?*
- Oui, j'ai fait de la prison.
- *D'accord. Mais là c'était différent.*
- C'était différent.
- *Et au début, avant de rencontrer le juge, est-ce que vous faisiez un peu le mélange dans votre tête : est-ce que vous vous êtes posé la question : « mais je suis coupable de quoi ? ».*
- Non. Parce qu'on en veut plus au tiers.
- *Ah oui ?*
- On se dit : « mais pourquoi tu as fait ça, pourquoi vous m'avez emmené en chambre d'isolement… ». On se dit ça mais on prend le recul. Mais je pense que dans un endroit comme ça… c'est trop excessif, je pense, la chambre d'isolement.
- *Oui. Donc pour revenir à l'audience du juge, du coup, vous n'étiez pas… Vous n'aviez pas peur… Comment vous vous sentiez avant de le voir ? Juste avant ?*
- Euh… Ça allait… Comme dans une chambre d'isolement.
- *C'est-à-dire ?*
- Ben pas très fort.
- *Oui… C'est difficile.*
- Mais juste avant de le voir ça allait et après en sortant du juge ça n'allait plus.
- *Ah oui ? Expliquez-moi pourquoi, c'est intéressant.*
- Ben parce qu'on nous condamne en quelque sorte à faire un certain tri, un certain repos…
- *D'accord, vous aviez l'impression d'avoir été condamné.*
- Oui, comme j'ai fait de la prison, j'ai fait beaucoup de mitard… Ça ressemble un peu au mitard.
- *Oui ? ça vous a vraiment donné cette impression-là.*
- Voilà, donc je me suis dit : « pourquoi on s'en prend à moi comme ça ? » si j'ai fait la demande de rentrer libre, je pouvais sortir libre je pensais. Donc il fallait juste me le dire et non pas me mettre des piqûres dans les fesses.
- *Donc vous avez ressenti l'audience un peu comme une condamnation c'est ça ?*
- Non, pas tellement parce que je ne m'attendais pas à me faire condamner et je pense plutôt que c'était pour mon bien.
- *Ah oui ? D'accord.*
- Je pense c'était juste pour suivre le traitement et le médecin.

- *Oui, on vous a imposé les soins pour que vous alliez mieux.*
- Pour que j'aille jusqu'au bout au moins de ma démarche.
- *Oui, d'accord. Et le juge qu'est-ce qu'il a fait alors ?*
- Donc, comme j'étais en chambre d'isolement il a voulu voir si tout était conforme pour cette chambre d'isolement. Et, tout à fait dans les règles de l'art peut-être, on ne m'a pas sanglé, mais je me suis pris plein de piqûres dans le cul. Trois et juste parce que je voulais partir.
- *Donc ça vous avez pu en parler ?*
- Non, on n'en a pas parlé non.
- *Pas au juge ?*
- Non, je vous en parle à vous.
- *D'accord. Mais moi c'est plus sur…*
- C'est plus centré là-dessus ?
- *Plus sur le juge oui. Sur le juge, la nouvelle loi.*
- D'accord. Eh bien…
- *Le fait que l'audience soit publique par exemple, parce que la porte était ouverte j'imagine.*
- Oui il y avait une assistante.
- *Oui ?*
- Une assistante de… La dame de la réinsertion… L'assistante sociale. C'était une élève comme vous aussi.
- *D'accord.*
- Qui m'a accompagné jusqu'au juge.
- *Quand vous étiez dans la salle d'attente vous entendiez ce qui se disait des autres audiences avant vous ?*
- Non.
- *Non ?*
- Non parce que je suis passé directement, il n'y avait plus personne.
- *Il n'y avait plus personne dans la salle d'attente à côté.*
- Non, ils attendaient d'autres personnes. Il y avait une personne qui attendait avant moi et elle est partie directement dès qu'on est arrivé.
- *D'accord.*
- Puis j'ai patienté quelques instants pour passer avant le reste.
- *D'accord. Et la porte est restée ouverte vous vous souvenez ?*
- Oui la porte est restée ouverte.
- *Et ça vous a dérangé ça ?*
- Ben ça peut toujours déranger… ça laisse filtrer les choses.
- *Oui ? Du coup n'importe qui peut voir que vous êtes hospitalisé.*
- C'est ça.
- *Vous en pensez quoi de ça ?*
- Bah je trouve pas que ça soit… très bien.
- *Oui, ça vous a un petit peu dérangé.*
- Peut-être oui. Mais pas spécialement sur le moment. Mais c'est vrai que fermer la porte c'est plus… c'est plus discret.
- *Oui, d'accord. OK. Alors ce que vous me dites, si j'ai bien compris, c'est qu'avant l'audience, les 15 jours d'avant l'audience, quand on vous a parlé de l'audience chez le juge, vous ça ne vous a pas plus perturbé que ça.*
- Euh… Si quand on me l'a annoncé…
- *Oui, comment vous avez réagi ?*
- Je ne sais plus d'ailleurs qui c'est qui me l'a annoncé. Mais… Sur le coup, on lève les yeux on se dit : « oh, j'ai fait une embrouille ? ». Et finalement on relativise tout.
- *Parce qu'on vous a expliqué après pourquoi.*
- Oui.
- *Tout à fait OK. Et vous avez l'impression, du coup, que ça respectait… Est-ce que ça allait dans le sens d'un respect de vos libertés ? On vérifiait que tout avait été bien fait, les certificats, la chambre d'isolement comme vous me disiez… Tout ça était en règle…*
- Ben je trouve… Vous voulez entendre parler du juge ou… ?
- *Dites-moi ?*
- Parce que je trouve que la chambre d'isolement c'est excessif encore une fois. Et le taux de cachets…
- *Oui, ce n'est pas vraiment sur ça que…*
- C'est un peu surélevé.
- *Oui.*
- Voilà.
- *Mais je parlais plus du juge en fait.*
- Pour se présenter devant le juge…
- *Ah oui, ça par contre oui, dites-moi ?*
- Eh bien ça nous met un peu mal à l'aise.
- *Oui. Alors peut-être, je ne sais pas ce que vous en pensez, mais de ce que vous me dites, peut-être que c'était trop tôt 15 jours. Parce qu'après, là par exemple, vous êtes mieux dans la relation.*
- Oui, c'est mieux oui. On est quand même mieux qu'en chambre d'isolement. En plus je sors demain.
- *Donc finalement peut-être ça aurait été mieux, enfin je ne sais pas je dis ça comme ça, vous me dites ce que vous en pensez, de le voir quand vous alliez un peu mieux, vous aviez moins de cachets, moins de piqûres.*
- Eh bien c'est ce qui s'est passé.
- *Vous, vous l'avez vu à 15 jours parce que c'est obligatoire. Mais si la loi avait dit : « le juge doit voir le patient au bout de trois semaines un mois »…*
- Plus tard ?
- *Oui. Est-ce que vous auriez été plus présentable ?*
- Peut-être oui peut-être non, mais de là à reporter aussi tard le procès du juge… Non.

- *Non. 15 jours c'était bien.*
- Ben ça s'est vu directement, oui, c'était très bien.
- *Oui. Vous ne vouliez pas plus tard.*
- Non parce que ça aurait été plus long quoi, après on cogite plus, ça nous stresse plus…
- *Ah oui d'accord.*
- Ça nous enlève un poids, une épine du pied.
- *D'accord. D'accord.*
- Parce que c'est quand même une épine en dessous du pied.
- *D'accord, OK.*
- Et donc là, ça s'est passé plutôt pas mal. Sauf qu'on sort triste. On sort triste du jugement.
- *Oui ?*
- …
- *Parce qu'on nous dit que finalement il faut rester ?*
- Il faut rester.
- *Vous, vous avez eu l'espoir qu'on vous dise : « on peut peut-être sortir ».*
- Voilà.
- *Eh oui.*
- Mais il faut rester… Par rapport à ma demande que j'ai faite à la base, parce que je suis venu moi. C'est ça qu'il faut prendre en compte. Donc on est triste quoi c'est tout. C'est pour sortir de la chambre d'isolement quoi. Il faut patienter.
- *D'accord, tout à fait, OK.*
- On préférerait… Ça serait peut-être plus tenable si on restait en chambre normale.
- *Oui. OK. Bon alors maintenant, j'aimerais bien vous parler du début, parce qu'en fait quand on arrive… votre papa a signé et ensuite il y a eu plein de certificats qui ont été faits.*
- Oui ?
- *Il y a eu au moins trois certificats que vous avez dû avoir. Est-ce que vous vous rappelez de ça ? Vous avez dû voir trois médecins différents, vous avez du tout réexpliquer ? Comment ça s'est passé ?*
- Euh… Par rapport aux papiers ?
- *Oui.*
- Eh bien ces papiers ils ont été faits, ils ont été mis de côté…
- *Donc ça c'est quand votre papa est arrivé.*
- D'accord mais ça je l'ai mal pris un peu.
- *Oui, le tiers…*
- Par rapport à mon père. Parce que je ne voulais pas qu'il s'inquiète, je voulais pas qu'il soit prévenu moi.
- *Oui, d'accord.*
- Donc pour le tiers, c'était pas forcé. Comme c'est un tiers par rapport au médecin. Donc il ne faut pas déranger mon père, ou des parents, ou comment dire, dans des situations comme ça, ça la rend encore moins bien.
- *Hum hum…*
- Parce que vous dérangez tout le monde.
- *Et du coup, les médecins vous ont vu et ils ont fait des certificats pour que vous restiez hospitalisé.*
- Oui.
- *Et ça, vous l'avez vécu comment quand ils faisaient les certificats ? Comment ça s'est passé ?*
- Ben on prend ça un peu mal quand même…
- *Parce que ? Qu'est-ce qu'ils demandent ?*
- Dans cette demande de tiers, ils nous ramènent ces papiers, ils demandent qu'on reste hospitalisé alors qu'on veut partir. Avoir d'autres méthodes pour nous faire la chambre d'isolement. Parce qu'après, en fait, quand on nous amène en chambre d'isolement on nous fait des piqûres sans rien savoir. Par exemple moi je voulais partir et je ne sais pas tellement pourquoi aussi tant de choses si dures parce que, comment dire, moi je voulais partir et on m'a amené en chambre d'isolement directement, sans savoir pourquoi ni comment. Et on nous fait des piqûres, on nous fait allonger et c'est là que ça provoque des choses parce que si une personne ne veut pas et n'est pas d'accord on la force à une piqûre alors qu'on a déjà un traitement. Et donc on prend des piqûres dans les fesses quoi. Et ça nous abrutit encore plus.
- *Oui. C'est sûr que ce n'est pas une période facile. C'est pas facile du tout.*
- Ça nous abrutit encore plus on a moins de force et de panache.
- *Oui.*
- On réfléchit moins bien. Mais on réfléchit quand même beaucoup, on a beaucoup de temps, on a 24 heures pour nous. Donc on réfléchit beaucoup et ça nous fait prendre du recul.
- *Oui. Petit à petit.*
- Petit à petit.
- *Et est-ce que vous trouvez ça intéressant… Parce que vous savez, les certificats que font les médecins ont été relus par le juge après.*
- Par le juge et par mon père.
- *Ça vous en pensez quoi ? Vous trouvez ça intéressant que les certificats soient relus* par le juge et par vous aussi, parce qu'il vous en a relu des petits bouts le juge ?
- Oui.
- *Ça, ça vous a intéressé de savoir ce que les médecins disaient ?*
- Euh… Ben on n'en a pas parlé à vrai dire.
- *Hum…*
- On n'en a pas parlé. Parce que justement moi…
- *Le juge il ne vous a pas redit des bouts de certificats ?*
- Non, il m'a posé certaines questions, j'ai répondu et il y a une personne qui…
- *Et il vous a expliqué pourquoi vous étiez là ?*

- Une personne qui a noté. Oui. Je le savais par rapport à ça. À partir du moment où j'ai voulu partir je suis resté en chambre d'isolement.
- *Mais le juge vous a expliqué que c'était votre maladie, qu'il fallait aller au bout des soins ?*
- Voilà, on était tous d'accord. Avec un suivi CMP pour plus tard.
- *Oui.*
- Donc on se demande comment ça peut se passer.
- *Ben ça vous verrez après.*
- C'est tout le patient qui voit un peu suivant ce qu'il dit au juge. Le juge prend note en fait, le greffier à côté prend note.
- *D'accord. Il vous entend.*
- Il nous entend, il note et on nous laisse supposer qu'il y a un suivi CMP en étant libre.
- *Ça c'était votre demande ?*
- Non, c'est ce qu'on a constaté avec le Dr X.
- *D'accord. Mais ça, vous l'aurez sûrement ?*
- Comment vous dire. Oui, je l'ai puisque demain je pars.
- *Eh bien voilà.*
- Donc… Mais par rapport… Après le juge je suis sorti deux trois jours après de la chambre d'isolement en chambre normale et à partir de là on prend encore un peu plus de recul à la sortie du mitard et on prend plus de recul et comment vous dire… On se dit qu'on perd notre temps un peu ici et qu'il vaut mieux faire ça en étant libre.
- *Oui, en étant à l'extérieur.*
- Voilà.
- *Et alors du coup vous avez dû en rencontrer beaucoup des médecins différents quand la mesure a été mise en place avec votre père. Non ?*
- J'ai démarré avec Dr X…
- *Oui ?*
- Après c'était Mme Y…
- *Oui.*
- Que j'ai vu. Et après c'était le docteur Z qui s'occupait le plus de moi.
- *D'accord. Et donc de voir tous ces médecins différents est-ce que ça vous a perturbé ?*
- Ben non justement parce qu'on peut faire le tri. M. X je ne l'ai vu qu'une fois après il m'a envoyé vers Mme Y, et Mme Y c'est cette personne qui a demandé le tiers.
- *D'accord. Et elle vous a envoyé vers le docteur Z.*
- Voilà.
- *Donc vous ça vous a plus intéressé de voir des médecins différents, ce n'était pas perturbant ?*
- Ce n'était pas perturbant, c'était plutôt de mieux en mieux.
- *Oui ? D'accord, OK.*
- *Ensuite est-ce que vous savez que dans cette loi il y a ce qu'ils appellent l'hospitalisation pour péril imminent, ça veut dire que si jamais vous aviez été agité à l'extérieur on aurait pu vous faire rentrer avec un certificat médical sans demander à votre père d'intervenir. Parce que vous étiez en péril, vraiment parce que vous mettiez en danger soit les autres soit vous-même.*
- Ça c'est ce que les gens pensaient.
- *Non mais ce n'est pas ça qui vous est arrivé, vous vous êtes rentré en hospitalisation libre. Et donc ce que je veux dire c'est que si jamais ça vous était arrivé, est-ce que vous pensez que c'est quelque chose d'intéressant qu'on puisse hospitaliser les patients sans demander au tiers ?*
- Ben comme je suis libre, oui, c'était plutôt intéressant. Mais ça ne s'est pas passé, on a demandé l'aide d'un tiers. Moi je voulais être libre, normal.
- *Oui, il y a deux choses différentes, il y a le fait qu'on soit libre, le fait qu'on soit sous contrainte avec un tiers, et il y a une troisième possibilité : sous contrainte sans tiers.*
- Le mieux c'est sans contrainte.
- *Oui, le mieux c'est sans contrainte. Et entre « sous contrainte avec le tiers » et « sous contrainte sans votre père » qu'est-ce que vous auriez préféré ?*
- Après quand la famille est au courant, elle nous rend visite la famille.
- *Ah. Donc vous trouvez ça mieux que la famille soit au courant.*
- Après oui. C'est une mauvaise nouvelle mais ils viennent nous voir et ça fait un rapprochement.
- *Tout à fait.*
- Et c'est plutôt bien. Regardez, mon père vient me chercher à 13h pour repartir en permission encore.
- *Oui, c'est intéressant ce que vous me dites.*
- Donc c'est plutôt cool, ça va. Quand on arrive à prendre du recul.
- *Tout à fait, d'accord, donc vous trouvez ça plus intéressant de tout faire pour prévenir la famille, pour qu'au moins ensuite vous soyez entouré. Pour refaire le lien.*
- Mais dans un sens je ne préfère pas que la famille soit prévenue.
- *Ah oui, si c'est en hospitalisation libre ?*
- Oui.
- *C'est mieux que vous débrouilliez tout seul.*
- Voilà.
- *Mais si c'est sous contrainte…*
- Sous contrainte, c'est toujours mieux qu'il y ait la famille.
- *D'accord, très bien, intéressant. Quand vous allez sortir est-ce que vous savez si vous sortez en soins libres ou est-ce qu'on vous a fait un contrat, un programme de soins ?*
- Je pense qu'on a dû me faire un contrat… Un…
- *Un programme de soins ?*
- Un programme de soins.
- *Oui, d'accord.*

- Et moi je trouve ça plutôt pas mal mais aussi il y a quelque chose… Leur programme… Nous on sort pour être libre et pour avoir le suivi mais aussi pour pouvoir profiter de la situation, pour pouvoir entreprendre. Nous ce qu'il nous faut c'est entreprendre. Moi ce qu'il me faut c'est entreprendre donc je vais devoir travailler. Et des fois les administrations publiques ne peuvent pas nous voir après 17h. Et si on est occupé à travailler, ça peut poser souci.
- *Donc vous voulez que le programme de soins soit adapté à votre nouvelle vie avec travail etc.*
- Voilà.
- *Oui, tout à fait. Et donc le programme de soins vous en avez discuté avec le docteur Z ? Il vous a dit quand est-ce que vous devrez aller au CMP…*
- Pas encore. Mais ça va sûrement se faire tout à l'heure.
- *D'accord. Tout à l'heure ou en début de semaine.*
- Je sors demain donc il va falloir le faire tout à l'heure ou demain matin.
- *D'accord, OK. Donc finalement c'est un peu comme s'il y avait un contrat où on vous dit : « OK pour sortir mais vous revenez vers les soins » c'est ça ?*
- Oui. C'est bien.
- *C'est bien ? Vous ça vous tient ?*
- C'est pas que ça me tient… C'est que c'est plutôt correct. Parce qu'à la base on rentre parce qu'il y a des soucis…
- *Oui.*
- Ça veut dire bon il y a un moment où il y en a eu marre.
- *Oui.*
- Et c'est sûr que peut-être avoir une suite là-bas, pendant un temps, pas pendant toute la vie mais pendant un temps, ça peut plutôt être bien.
- *Ça fait une transition.*
- Une bonne transition.
- *Oui, tout à fait.*
- Et un bon suivi pour nos soucis.
- *Tout à fait, d'accord.*
- Parce qu'il y a tout un groupe en plus là-bas et ça peut être plutôt bien.
- *D'accord. Et alors là quand vous étiez hospitalisé sous contrainte vous n'aviez pas le droit de sortir sans accompagnement ?*
- Oui.
- *Et ça vous en pensez quoi ?*
- Tout dépend… On ne sort pas énormément… Donc le peu qu'on sorte oui, on peut être accompagné, c'est bien.
- *C'était rassurant pour vous ?*
- Oui, c'était bien, moi j'aimais bien quand un médecin venait avec moi à la cafète par exemple, ou autre. C'est plutôt tranquille.
- *Hum hum.*
- [Coup de téléphone]
- *Donc vous, vous n'en avez pas souffert du fait de ne pas pouvoir sortir un week-end ?*
- Même les sorties du week-end, je ne sors pas le week-end dehors moi.
- *Donc ça ne vous a pas manqué.*
- Ça ne m'a pas spécialement dérangé.
- *D'accord, OK, ça n'a pas posé de souci.*
- *Bon eh bien écoutez vous m'en avez déjà dit beaucoup là.*
- Je ne sais pas.
- *Donc vous ce que vous disiez qui vous a le plus perturbé c'est la chambre d'isolement…*
- La chambre d'isolement…
- *Mais ça ce n'était pas vraiment mon sujet…*
- … avec la demande d'un tiers. Plus que le juge.
- *Donc c'était plus le fait qu'on demande à votre père d'intervenir que la visite chez le juge.*
- Voilà.
- *OK, eh bien je vous remercie.*

ENTRETIEN 16 (E16)

En Italique : verbatim de l'enquêteur

- *Vous avez été hospitalisée comment, à la demande d'un tiers, d'office ?*
- Euh…
- *Cette fois là.*
- D'office.
- *D'office, d'accord.*
- D'office mais bon je ne sais pas trop… Oui.
- *Et vous avez rencontré le juge ou pas ?*
- Oui.
- *C'était quand, vous vous souvenez ?*
- Le huit je crois, le huit ou le 10.
- *Le 8 décembre.*
- Je crois, c'est plutôt le huit oui.
- *Très bien.*
- Il a décidé d'une mise en HL.
- *Ah oui ?*
- Il me semble oui, moi j'ai compris ça.
- *Bon. Alors vous allez me dire un peu tout ça. Alors dites-moi, qu'est-ce que vous pensez de cette audience avec le juge ? Qu'est-ce que vous en pensez ? Comment ça s'est passé ?*
- Ça a été vite fait, elle a jugé que je n'étais pas un cas d'agressivité et que ça ne nécessitait pas une mise en hospitalisation d'office.
- *Oui ?*
- Par contre… Par contre je pense que pour des raisons de sécurité il était préférable que je sois hospitalisée.
- *D'accord. Quand on vous a dit que vous alliez rencontrer le juge comment vous avez réagi ? Comment vous l'avez ressenti ?*
- J'étais contente parce que je voulais une mise en HL mais je ne sais pas exactement pourquoi… pourquoi mon hospitalisation d'office a été prolongée parce qu'il n'y avait aucun cas d'agressivité sur mon dossier.
- *Hum… Donc vous étiez contente quand on vous a dit que vous alliez voir le juge parce que vous alliez pouvoir être entendue c'est ça ?*
- Oui.
- *Vous alliez pouvoir discuter.*
- … Pour une mise en HL.
- *Oui, vous alliez pouvoir faire votre demande.*
- Oui.
- *D'accord. Et est-ce que quand la séance avec le juge approchait vous étiez anxieuse, ou pas ?*
- Non, je n'étais pas anxieuse parce que j'avais pris un avocat.
- *Ah oui ? D'accord.*
- Voilà.
- *Alors pour prendre l'avocat comment vous avez fait ? On vous avait informé que vous pouviez prendre un avocat ?*
- Oui, on m'avait informé que je pouvais prendre un avocat et je voulais déjà en voir un pour ma précédente levée de mesure d'office.
- *Hum hum…*
- Mais cette fois… Mais c'était avant qu'arrive un incident chez moi quoi.
- *D'accord. Et donc vous avez pris un avocat, vous avez demandé… Vous aviez la liste dans le service ?*
- Non, j'en connaissais.
- *D'accord et c'est vous qui pouviez payer ?*
- Moi je pouvais payer mais bon, apparemment, c'est remboursé.
- *Oui, vous avez eu une aide.*
- Une aide oui.
- *D'accord.*
- Mais je… Ce n'est pas l'avocat que je souhaitais, c'est une assistante.
- *D'accord, OK. Et donc vous aviez l'impression en rencontrant ce juge qu'on respectait vos libertés vu ce que vous me dites.*
- Oui.
- *D'accord. Et donc on vous a accompagné jusqu'à chez le juge…*
- Oui.
- *Et là-bas vous avez pu discuter avec lui ?*
- Oui.
- *Comment ça s'est passé là-bas ? Comment vous l'avez vécu ?*
- Moi j'ai compris que trois à quatre jours après j'étais en HL, à part que ma mesure d'hospitalisation était maintenue. Elle a laissé le médecin libre de ses soins quoi.
- *Hum…*
- Et pourquoi une hospitalisation d'office, pourquoi pas une hospitalisation libre, je ne comprends pas.
- *D'accord. Donc vous n'avez pas forcément compris le résultat.*
- Oui.
- *D'accord, ça vous a un peu mélangé les pinceaux.*
- Oui. J'ai pas compris le résultat par ce que moi j'avais compris que trois ou quatre jours après la rencontre avec le juge j'étais en HL.
- *Alors qu'en fait vous êtes encore hospitalisée d'office.*
- Voilà. Mais j'ai besoin d'être hospitalisée pour des raisons de sécurité parce que moi ce n'est pas un délire mais mon voisin m'envoyait du gaz dans les yeux et c'était étouffant aussi.
- *D'accord, donc vous restez hospitalisée.*
- Voilà.
- *D'accord. Et quand vous étiez en audience, la porte est restée ouverte parce que l'audience est publique. Qu'est-ce que vous en pensez de ça ? Que tout le monde puisse venir assister à l'audience chez le juge.*

- Ah je n'avais pas remarqué que la porte était ouverte.
- *Oui, l'audience est publique. Qu'est-ce que vous en pensez ? Parce que ça se peut qu'il y ait des gens… Moi par exemple j'aurais pu venir voir. Vous en pensez quoi, ça vous dérange, ça vous dérange pas ?*
- Je pense que ça ne devrait pas être complètement public. Il faudrait un infirmier ou un médecin, le juge plus l'avocat et ça suffit.
- *Et alors pourquoi ?*
- Pourquoi, parce que c'est le respect de la liberté.
- *Le respect de la vie privée ?*
- De la vie privée oui.
- *D'accord, pour pas que tout le monde soit au courant que vous êtes hospitalisée.*
- Voilà.
- *D'accord, OK. Et alors quand vous êtes arrivée à l'hôpital, ici, au tout début, il y a ce qu'on appelle une période d'observation pendant 72 heures où les médecins font beaucoup de certificats, où vous voyez beaucoup de médecins différents. Est-ce que vous vous rappelez de cette période ?*
- Oui.
- *Alors comment vous l'avez vécu ? Qu'est-ce que vous pensez du fait de pouvoir être hospitalisée trois jours comme ça ? Est-ce que ça peut aider les médecins à décider de votre prise en charge ?*
- Non, parce que je suis arrivée les yeux tout brûlés et ils pensaient que c'est moi qui l'avais fait. Je sais pas comment j'aurais pu faire ça… À moins avec du détergent… Je me serais abîmée les yeux… Je vois pas trop à quoi ça sert.
- *Vous ne voyez pas trop à quoi ça sert cette période de 72 heures parce que de toute façon quand vous arrivez vous êtes hospitalisée c'est ça ?*
- Voilà.
- *Et alors est-ce que vous vous rappelez que vous avez dû rencontrer plusieurs médecins différents au début ?*
- Oui mais c'est pas sur 72 heures c'est sur plus longtemps.
- *Oui. Et alors qu'est-ce que vous en avez pensé de rencontrer tous ces médecins différents ?*
- C'est un peu pénible.
- *C'est pénible ?*
- Parce que ça fait longtemps que je suis en soins, depuis 1982, et des psychiatres j'en ai rencontré plein et ça devient pénible d'en rencontrer plein quoi.
- *D'accord. Vous en avez marre de répéter toujours la même chose.*
- Voilà.
- *Vous préféreriez qu'il y ait un médecin ?*
- Oui.
- *Vous n'avez pas l'impression que ça peut vous protéger de voir plusieurs médecins, comme ça il y a plusieurs avis pour décider de votre hospitalisation ?*
- Oui mais pourquoi ils continuent à choisir une hospitalisation d'office, je ne comprends pas.
- *Oui, donc finalement, pour vous, un médecin ou trois médecins ça n'a rien changé.*
- Non.
- *D'accord. Et alors vous savez, quand ils vous ont vu ils ont rédigé les certificats. Et les certificats ils ont été donnés au juge après.*
- Oui… Les médecins ont rédigé les certificats après l'audience avec le juge ?
- *Non. À votre arrivée ici.*
- Oui ?
- *Ils ont rédigé des certificats pour expliquer pourquoi ils faisaient l'HO.*
- Oui.
- *Et le juge il relie les certificats.*
- À d'accord.
- *Qu'est-ce que vous en pensez ? Vous trouvez ça bien que le juge il relise les certificats ?*
- Ben à partir du moment où on est passé devant un juge on ne peut pas repasser une deuxième fois.
- *Bon. D'accord.*
- Parce que surtout que ça fait plus d'un an que la mesure d'hospitalisation d'office est faite. À part que la première fois c'était pas certain que mon voisin m'embêtait. Mais là ça l'était parce que j'avais les yeux aveuglés. Les yeux brûlés.
- *D'accord…Euh… Alors… Donc là le projet pour vous…*
- Mais plusieurs médecins ça peut être utile parce que peut-être que si c'est un médecin qui est contre moi et qui me souhaite du mal… ça peut être utile plusieurs médecins.
- *D'accord. Ça peut être utile mais c'est pénible c'est ça ?*
- C'est pénible.
- *D'accord. Donc plutôt pour ou plutôt contre au final ?*
- Plutôt pour.
- *D'accord, vous êtes prête à faire l'effort de répéter pour…*
- Oui.
- *D'accord OK, très bien. Et ce que je voulais vous dire tout à l'heure c'est par rapport au… Quand vous voyez plusieurs médecins ils écrivent pourquoi ils vous mettent en HO.*
- Oui.
- *Et ensuite, avant de voir le juge, ils envoient les certificats et vous quand vous êtes arrivée devant le juge il avait déjà lu tous les certificats.*
- Ah d'accord.
- *Oui. Voyez ? Comme ça il savait pourquoi vous étiez hospitalisée, pourquoi tous les psychiatres*

disaient qu'il fallait que vous ayez une HO et tout ça.
- Moi j'ai pas tout compris pourquoi ça ne s'appelle pas HL.
- *Hum… Et du coup, qu'est-ce que vous en pensez que les certificats des médecins soient relus par le juge ?*
- … Ben je ne suis pas contre. Je ne suis pas contre dans la mesure où je souhaitais rencontrer le juge.
- *Comme ça il était au courant de la situation.*
- Voilà.
- *Donc ça c'est intéressant finalement ?*
- Oui.
- *D'accord. Et vous, le juge est-ce qu'il vous a lu des petits bouts de certificats, est-ce qu'il vous a expliqué un petit peu ?*
- Non mais elle a tenu compte de la volonté des médecins de maintenir en hospitalisation d'office mais elle ne comprenait pas pourquoi je n'avais pas été dirigée plutôt vers un service d'ophtalmologie.
- *D'accord. Et donc quand elle vous a… Quand vous dites : « elle a tenu compte des différents avis des médecins » elle vous l'a expliqué ? Elle vous a dit : « moi je tiens compte… »… Comment ça s'est passé ?*
- Elle a dit : « je ne vois pas pourquoi vous êtes maintenue en HO mais je tiens compte de l'avis des médecins pour que l'hospitalisation d'office soit maintenue » mais à part qu'elle m'avait dit que c'était sous… d'une durée de trois à quatre jours.
- *Hum hum… D'accord donc ça vous a un petit peu rendu perplexe tout ça.*
- Oui.
- *Oui d'accord.*
- Surtout que ça passe par la préfecture et que je ne comprends pas qu'on… pourquoi…
- *Pourquoi ?*
- Pourquoi on s'adresse à la préfecture quoi.
- *D'accord, donc vous vous posez cette question : pourquoi il y a la préfecture qui intervient là-dedans.*
- Oui.
- *Oui. D'accord. Et vous avez posé la question ?*
- Non. Je n'ai pas pensé.
- *D'accord. Parce que du coup, quand c'est une HO, la loi française dit que…*
- Oui, ça je sais.
- *…Que c'est le préfet qui décide, avec les médecins, de l'hospitalisation. C'est pour ça que ça passe par la préfecture.*
- Et pourquoi ça ne pourrait pas être une HL ?
- *Ah ça, je ne sais pas, je ne connais pas assez votre histoire pour vous dire, pour répondre.*
- D'accord.
- *Et alors, quand on est hospitalisé vous savez… Est-ce que vous savez comment ça va se poursuivre après, est-ce que vous avez déjà parlé du projet de sortie ?*
- Oui, alors je vais être suivie par le CMP. Le docteur F m'a dit que je serai en HL et là je ne sais pas si on va maintenir en hospitalisation d'office.
- *Parce que vous savez qu'il existe ce qu'on appelle les soins ambulatoires sous contrainte.*
- Oui.
- *Vous connaissez ?*
- Oui, je les ai eus parce que je suis hospitalisée en hospitalisation d'office depuis un an. Depuis plus d'un an.
- *D'accord. Et la dernière fois que vous êtes revenue ici c'était…*
- La dernière fois c'était à cause du traitement.
- *C'était quand la dernière fois que vous êtes revenue ?*
- En février mars.
- *D'accord. Et donc ce que je voulais vous demander ce que du coup, quand vous allez être suivie sur le CMP, soit c'est libre soit c'est ce qu'on appelle les soins ambulatoires sous contrainte, c'est des soins où on fait un programme de soins, où on vous dit : « il faut que vous vous rendiez au CMP toutes les semaines, tous les 15 jours »… Vous avez entendu parler de ça, du programme de soins ?*
- Ben je l'ai eu déjà puisque j'étais hospitalisée d'office il y a plus d'un an et je suis allée au CMP pour m'y rendre obligatoirement.
- *Et ça est-ce que c'était intéressant pour votre prise en charge ?*
- Non.
- *Pourquoi ?*
- Parce que on m'a mis sous injection que je ne supporte pas et je sais m'occuper très bien si je le souhaite et je n'ai pas besoin du CMP pour me… Par contre ce qui me serait utile c'est… C'est peut-être d'avoir un correspondant la nuit ou le jour je ne sais pas, si ça se reproduit. Mais apparemment mon téléphone, mon ordinateur a été trafiqué et a même été changé et quand j'ai voulu joindre le SAMU pendant la nuit quand les gaz ont commencé je n'ai pas pu car mon voisin serait sorti à côté.
- *Hum… Donc vous vous ne voyez pas la nécessité qu'on vous oblige à aller au CMP.*
- Oui.
- *D'accord. Vous n'avez pas l'impression que ça diminue le nombre d'hospitalisations et de moments où vous allez moins bien, où vous êtes attaquée par votre voisin, ça ne diminue pas ça ?*
- Non.
- *D'accord.*
- *Et alors pendant cette hospitalisation, depuis que la loi est passée, vous ne pouvez plus sortir sans être accompagnée.*
- Oui.

- *Qu'est-ce que vous en pensez de ça ?*
- Eh bien c'est une mesure de protection pour moi mais… Normalement on est censé dans l'établissement être protégé donc je ne vois pas pourquoi on ne me laisse pas sortir.
- *Donc ça, est-ce que vous avez eu l'impression de sortir moins souvent à cause de ça ?*
- Eh bien je ne suis quasiment jamais sortie.
- *Alors qu'avant vous pouviez plus sortir ?*
- Oui.
- *Eh oui. D'accord. Avant la loi vous sortiez le week-end parfois alors que là vous ne sortez plus parce qu'il faut que vous soyez accompagnée c'est ça ?*
- Oui.
- *Et vous, vous êtes plutôt isolée ou vous avez de la famille ?*
- Je n'ai pas de famille… J'ai mon fils à Grenoble, à Fontaine.
- *D'accord. Donc vous êtes plutôt isolée.*
- Isolée oui.
- *D'accord, donc il n'y a personne pour vous accompagner ?*
- Non.
- *Donc vous ne pouvez pas trop sortir à part dans le parc.*
- Oui. Mon fils il travaille, il a une compagne, il ne peut pas faire ce qu'il veut.
- *D'accord. Donc ça c'est peut-être compliqué pour vous ?*
- Eh bien disons que je suis enfermée depuis deux mois quoi.
- *Oui.*
- Un mois ça va, deux mois ça commence à faire long. Un mois ça peut aller mais deux mois ça fait long.
- *Hum. Eh oui. D'accord. Donc ça a été difficile.*
- *Alors, je vais vous parler d'une autre possibilité qu'a apportée cette loi : c'est la possibilité quand il y a un péril qui va arriver pour la personne qui ne va pas bien, quand la personne ne va vraiment pas bien, on peut hospitaliser sans… Parce que vous savez l'HO c'est quand on se demande s'il n'y a pas un danger.*
- Oui. Un danger pour la personne ou la personne est dangereuse.
- *Voilà tout à fait, ça c'est l'HO. Et alors il y a ce qu'on appelait aussi l'HDT. Vous connaissez l'HDT ?*
- L'HDT c'est l'hospitalisation par un tiers.
- *Tout à fait. Eh bien maintenant, figurez-vous qu'on peut faire comme une HDT mais sans chercher de tiers.*
- D'accord.
- *Qu'est-ce que vous en pensez ? Est-ce que ça pourrait aider pour les gens par exemple isolés ou est-ce que, au contraire, c'est pas bien de pouvoir hospitaliser les gens sans le tiers.*
- Eh bien disons que quand j'étais hospitalisée d'office cette fois-ci je l'ai mal vécu. Et je pense que c'était nécessaire parce que je pense que c'était trop dangereux de rester chez moi. Et si ça avait été moi-même qui avais décidé j'aurais dit non.
- *D'accord. Donc vous pensez que ça peut être intéressant ?*
- Oui.
- *De pouvoir hospitaliser, même les gens qui n'ont pas de tiers…*
- Oui.
- *Parce que sinon ils se mettent en danger.*
- Oui ils se mettent en danger.
- *D'accord. Donc ça c'est intéressant.*
- Oui.
- *D'accord. OK. Et le fait que le certificat puisse être fait par un médecin généraliste, est-ce que vous pensez que c'est bien, ou que c'est mieux que ce soit un médecin psychiatre ?*
- Oui ?
- *Vous voyez, le fait que ce soit un médecin généraliste ça ne vous dérange pas ?*
- Un médecin généraliste de parcours.
- *De parcours se veut dire quoi ?*
- De parcours ça veut dire de coordonner, le médecin généraliste qui vous suit.
- *Ça, vous pensez donc que c'est logique qu'il puisse faire le certificat pour vous hospitaliser quand vous n'allez pas bien ?*
- Oui, mais un autre médecin non.
- *D'accord, pas n'importe quel médecin.*
- Non.
- *Pourquoi ?*
- Parce que je ne sais pas si les médecins généralistes connaissent bien la psychiatrie quoi.
- *Ah oui, vous vous posez la question.*
- Oui.
- *Vous vous dites que peut-être ils ne seraient pas formés pour pouvoir faire les hospitalisations comme ça ?*
- Oui.
- *Vous préféreriez que ce soit : soit le psychiatre soit un médecin qui vous connaît bien.*
- Voilà.
- *D'accord, OK. C'est intéressant ce que vous me dites. Bon, très bien. Donc si jamais c'était un médecin généraliste qui ne vous connaîtrait pas, vous diriez : « peut-être qu'il peut m'hospitaliser alors qu'il n'y a pas besoin ».*
- Oui.
- *Donc il y aurait un risque pour vos libertés ?*
- Oui.
- *D'accord…*
- Mais la première fois je ne suis pas certaine que j'étais en danger mais je recevais du courrier assez étrange dans la boîte aux lettres auquel j'avais eu tort de donner quelques sous de voyance et je

sentais qu'il y avait des choses dangereuses. Et j'ai entendu mon voisin… J'ai attendu du bruit la nuit chez mon voisin sur mon volet parce que j'avais peur qu'il pénètre chez moi parce que le voisin pénétrait… J'ai entendu claquer mon volet… Après j'ai eu peur. Est-ce que c'était réel est-ce que ce n'était pas réel je ne sais pas… mais cette fois ci j'ai reçu des gaz.

- *Hum… Vous savez que cette loi est passée cet été…*
- Oui.
- *Donc par rapport à cette loi, avant après vous avez vu la différence ? Vous avez senti la différence ?*
- Par contre ce que je ne comprends pas c'est qu'apparemment on n'aurait pas le droit de changer de département.
- *Ça c'était déjà le cas avant.*
- Oui mais ça ne va pas parce que si on a un décès…
- *Oui, mais s'il y a un décès c'est possible.*
- Oui, mais si on veut aller… Si on veut… Si on veut aller voyager, je pense qu'on ne peut pas interdire.
- *D'accord. Qu'est-ce qu'il y a d'autre comme ça que vous ne comprenez pas sur cette loi ?*
- … Si on veut voyager… Si j'avais voulu aller ailleurs… m'échapper ailleurs… Je ne vois pas pourquoi… J'aurais peut-être pu aller ailleurs… Je serais revenue à l'hôpital parce que je ne savais pas qu'on allait me mettre à l'hôpital psychiatrique… C'était une solution plutôt que d'aller me balader ailleurs... On ne devrait pas l'interdire.
- *D'accord … et vous avez d'autres questions sur cette loi qui est arrivée cet été ? Il y a une différence entre avant et après ?*
- Eh bien c'est la possibilité du juge.
- *D'accord, donc ça c'est ce qui vous intéresse.*
- Oui parce que la première fois que je suis sortie… j'aimerais être en HL, parce que le CMP je ne vois pas trop l'intérêt. Mais… mais s'il faut maintenir l'Office pourquoi pas ?
- *C'est-à-dire si ça vous fait… Si c'est la condition avec laquelle vous sortez mais on vous oblige à venir au CMP pourquoi pas, comme ça, ça vous permet de sortir. C'est ça ?*
- Oui. Mais par contre ce que je ne comprends pas c'est l'impossibilité d'aller dans un autre département.
- *D'accord. Eh bien je vous remercie beaucoup.*

ENTRETIEN 17 (E17)

En Italique : verbatim de l'enquêteur

- *Alors, je voulais vous demander déjà qu'est-ce que vous pensez de la visite chez le juge à 15 jours ?*
- C'est déjà pas tellement bien.
- *Ah oui ? Pourquoi dites-moi, comment vous l'avez vécu, comment ça s'est passé ?*
- C'est-à-dire que ça fait drôle…
- *Ça fait drôle.*
- C'est comme si on va au tribunal.
- *Ah oui d'accord.*
- C'est ça, parce qu'avant ça existait pas ça.
- *Oui, tout à fait.*
- Ça froisse un petit peu.
- *Oui, ça change.*
- Oui ça change le comportement.
- *Oui ? Parce que pour vous ça s'est passé comment en fait ?*
- Bien, bien…
- *Bien ?*
- Oui… Non mais ce qu'il y a c'est que c'est assez strict.
- *Oui ?*
- Parce que bon on n'a pas de sorties… Il faut avoir des sorties accompagnées alors qu'avant on pouvait sortir seul.
- *Oui.*
- C'est quand même assez strict.
- *Oui. Et par rapport à la visite… Alors, quand vous êtes arrivé ici on a dû vous expliquer que vous alliez voir le juge…*
- Oui, voilà.
- *Sur le coup ça vous a fait quoi ?*
- Ben ça fait un peu drôle parce que vous avez un avocat, alors on se dit : « qu'est-ce qui arrive ? »
- *Oui.*
- Alors bon ça perturbe un petit peu quoi. Enfin autrement ça se passe bien.
- *Ça se passe bien ? Avant ça vous a rendu un peu anxieux ? Avant de le voir ?*
- Voilà. Mais après ça va.
- *Après ça va, oui bien sûr.*
- Après il n'y a pas de problème.
- *Vous avez compris que c'était pourquoi ? Qu'est-ce que vous avez compris avant de le voir ? Est-ce qu'on vous a expliqué ?*
- …Ben c'est à dire… On comprend que c'est autre chose que le tribunal mais bon… Il y a l'avocat qui sont là et qui vous rassure…
- *Oui ?*
- Parce que bon… parce que prendre un avocat… il vous remonte le moral quand même.
- *D'accord.*
- Non mais c'est pas impressionnant mais bon.
- *Oui.*
- Je suis repassé une deuxième fois et ça m'a rien fait.
- *D'accord.*
- Ça se passe bien.
- *Oui. Et le juge il était là pourquoi alors selon vous ?*
- Ben le juge il est là pour les… C'est toujours pour l'incarcération tout ça… Ben ça fait quatre mois que je suis là, je ne suis pas encore sorti non accompagné voyez.
- *Oui.*
- Si je dois sortir, je dois sortir avec ma sœur… Qu'il y ait quelqu'un, parce que seul c'est pas possible.
- *Oui. Et pourquoi vous êtes passé deux fois devant le juge ?*
- Ben parce que je suis revenu.
- *Ah d'accord. Vous étiez sorti et vous êtes revenu.*
- Voilà, j'ai replongé dans la dépression.
- *D'accord… Vous c'est la dépression ?*
- Voilà.
- *D'accord. Et je voulais vous demander, les audiences, vous savez quand vous étiez là-bas, la porte est ouverte, c'est public. Qu'est-ce que vous en pensez de ça ?*
- Ben c'est bien. À la bonne franquette ! C'est pas comme dans un tribunal à Grenoble, dans une pièce fermée… Là on respire, on n'est pas enfermé, ça maintient le moral.
- *D'accord. Ça vous a semblé un petit peu plus léger ?*
- Voilà, c'est quand même à la bonne franquette, on se dit : « ils sont bien là ». Après il y a le médecin qui vous reçoit. Ils savent vous parler et tout, y'a pas de problème.
- *D'accord. Donc… Quand vous avez vu le juge, vous aviez l'impression de pouvoir lui dire tout ce que vous aviez envie de dire ?*
- Ben ce qu'il y a, il faut lui dire ce qui va pas, la dépression, après eux ils notent vous voyez. Faut dire ce qui va pas. Parce qu'ils sont là pour aussi vous aider.
- *Oui. Ils sont là pour vérifier que l'hospitalisation sans le consentement est bien légale.*
- Exactement.
- *Que tout est en règle.*
- Voilà.
- *Et vous, ça, vous avez l'impression que ça vous protège ? Que c'est une protection des libertés que le juge vérifie ?*
- Eh bien remarquez, oui parce qu'avant il y a tellement eu d'abus… Tout le monde sortait comme il voulait.
- *Ah, des abus pour sortir ?*
- À l'époque à Saint-Egrève les gens ils sortaient comme ils voulaient.

- *Ah, donc vous retrouvez ça bien parce que comme ça les gens ils ne sortent pas comme ils veulent.*
- Eh bien il y a un suivi.
- *Ah oui. D'accord.*
- Parce que bon, on est malade on se soigne.
- *D'accord.*
- Qu'avant ils leur donnaient des cachets et puis bon, ils sortaient et ils étaient complètement shootés…
- *Donc là vous trouvez…*
- Là il y a un suivi médical.
- *À l'hôpital.*
- Voilà, ici c'est suivi.
- *Oui.*
- On peut pas faire des faux écarts. C'est pas possible.
- *Ça permet de bien rester à l'hôpital ?*
- Voilà.
- *D'accord.*
- Être bien suivi.
- *D'accord.*
- Les gens sont très sympathiques… Pour ça on a un personnel très compétent.
- *D'accord. Et alors je voulais aussi vous demander, vous savez quand on arrive en hospitalisation sous contrainte… Vous c'est SDT ?*
- Voilà.
- *Eh bien on voit… On a une période pendant 72 heures où on va voir au moins trois médecins différents qui vont faire des certificats.*
- Oui.
- *Qu'est-ce que vous en pensez de cette période ? Comment ça s'est passé ?*
- Ben ça s'est bien passé, très bien hein… Parce que bon, le médecin au mois de septembre il est venu à la fin signer ma sortie, il m'a questionné sur tout. Et voyez, ça s'est bien passé.
- *Et à l'entrée, quand vous êtes revenu ?*
- Ah oui… Non mais ça s'est bien passé.
- *Parce que vous avez été obligé de voir trois médecins différents. Vous deviez répéter à chaque fois ? Comment ça se passait ?*
- Ben assez, dans ce milieu là on doit répéter à peu près la même chose.
- *Oui ? C'était pas trop dur ça, de répéter à chaque fois ?*
- Non.
- *Non, ça ne vous a pas posé souci.*
- Non non. C'est pas…
- *D'accord. Parce que vous savez, les médecins avec la nouvelle loi ils sont obligés de faire plein de certificats.*
- Oui oui bien sûr. Y'a pas de problème. J'étais suivi par Dr X.
- *Mais vous avez aussi vu, du coup, d'autres docteurs.*
- Voilà.
- *Et comment ça s'est passé ?*
- Bien bien.
- *D'accord.*
- Il n'y a pas de problème. Les médecins ils sont là pour ça. C'est leur boulot.
- *D'accord.*
- Il faut pas non plus exagérer.
- *D'accord. Et alors, vous savez les certificats que font les médecins, le juge vous en relie des petits bouts, où il vous redit ce qu'a dit le médecin.*
- Oui.
- *Ça, qu'est-ce que vous en pensez ? Est-ce que vous ça vous a intéressé de savoir ce qu'il y avait ?*
- Oui. Ben c'est-à-dire… on a déjà dialogué, on sait à peu près où on va. Vous voyez ?
- *Ce qu'on a ?*
- Oui. Mais c'est bien.
- *Ça c'est bien ?*
- Voilà.
- *Parce que vous avez des informations ?*
- Voilà, moi je dis c'est vraiment bien, c'est pas caché.
- *Oui. C'est transparent.*
- C'est à cœur ouvert.
- *À cœur ouvert, d'accord.*
- C'est transparent voilà.
- *D'accord.*
- Non mais c'est bien moi je trouve ce qu'ils font.
- *D'accord.*
- Parce que la loi ça a surpris un peu tout le monde mais bon, moi je dis il y a un suivi. Parce qu'on sort pas comme on veut. Quand on est malade, on se soigne. Un médecin il est là pour vous soigner, vous dire : « vous ne sortez pas ».
- *Hum hum…*
- « Vous n'êtes pas guéri ». Qu'avant on sortait comme on voulait, maintenant il y a suivi.
- *C'est plus rigoureux.*
- Et les cachets ils sont vraiment suivis. Les traitements ils sont bien pris.
- *D'accord.*
- Si ça va pas on change le traitement. Moi on me l'a changé au bout de deux mois. Et il va très bien celui-là.
- *D'accord. Et alors vous savez qu'il y a une nouvelle possibilité d'hospitalisation qui s'appelle le péril imminent. C'est qu'on peut hospitaliser une personne sans demander l'avis d'un tiers. Parce que vous, on a dû demander l'avis d'un tiers pour votre hospitalisation ?*
- Oui oui.
- *C'était qui le tiers ?*
- Ma sœur.
- *Votre sœur. Et imaginez que vous n'aviez pas votre sœur, avant on ne pouvait pas vous*

hospitaliser. Maintenant on peut. Qu'est-ce que vous en pensez de ça ?
- C'est bien.
- *C'est bien ?*
- Bien sûr.
- *Pour quel genre de personne alors ?*
- Si la famille peut faire le tiers, un frère, une sœur, moi je dis c'est bien.
- *Et si elle ne peut pas ?*
- Ben là c'est un peu difficile.
- *Hum. Donc vous, ça vous paraît intéressant de pouvoir hospitaliser quelqu'un sans tiers.*
- Voilà.
- *Hum.*
- Sans tiers… On peut être hospitalisé…
- *Au moins on peut être hospitalisé ?*
- Voilà. Moi je trouve que c'est pas mal.
- *Hum.*
- Parce que seul, c'est pas facile.
- *Eh oui.*
- Bon, quand on a de la famille, ou le père ou la mère, ils peuvent le faire. Moi je dis c'est pas mal. Même un frère ou une sœur ça suit.
- *Hum hum… Et vous savez, pour ce genre d'hospitalisation, le premier certificat est fait par un médecin qui peut être n'importe quelle médecin, pas forcément un psychiatre.*
- Oui oui.
- *Par exemple ça peut être un médecin du SAMU…*
- De l'extérieur.
- *Voilà, de l'extérieur, pas forcement un psychiatre. Qu'est-ce que vous en pensez de ça ?*
- Ben c'est ce qu'il m'a fait moi au mois de septembre.
- *C'est qui alors qui l'a fait ?*
- … C'était un médecin de l'extérieur de Grenoble.
- *Et c'était qui ? Enfin, c'est un médecin généraliste ?*
- Oui. Il m'a posé pas mal de questions sur ma vie, où j'en étais, le moral, les tentatives de suicide… Enfin c'est bien parce qu'on m'avait dit : « c'est un médecin de l'extérieur pour le certificat ».
- *D'accord. Et ça qu'est-ce que vous en pensez ?*
- Ben c'est bien.
- *Et pourquoi… Ça s'est bien passé ?*
- Comme ça, après 20 minutes, 25 minutes.
- *Donc ça ne vous dérange pas que ça ne soit pas un psychiatre ?*
- Non. Ça peut être n'importe quel médecin. Mais un psychiatre, moi ça ne me dérange pas.
- *Et un médecin généraliste ?*
- Ah non ça ne me dérange pas du tout.
- *Oui, d'accord.*
- C'est ce qu'ils avaient fait au mois de septembre.
- *D'accord.*
- On avait pris rendez-vous et il m'a dit : « vous ne pouvez pas sortir tant que le médecin généraliste n'a pas signé ». Alors après, il m'avait fait l'entretien, après il a signé et je suis sorti.
- *Hum… Ça c'est encore autre chose… c'est la sortie.*
- Voilà.
- *Mais pour l'entrée ça peut aussi être médecin généraliste.*
- Voilà, exactement.
- *Et quand vous êtes sorti, vous étiez en programme de soins ou vous étiez en libre ?*
- J'étais en programme de soins au CMP.
- *Alors qu'est-ce que vous en pensez ?*
- C'est bien, le CMP il vous donne les médicaments, c'est un suivi n'importe comment.
- *Ça vous oblige au suivi ?*
- Voilà. Parce que si jamais vous ne suivez pas vous revenez à la case départ.
- *À l'hôpital.*
- Ah oui oui.
- *Et ça, c'est bien ?*
- Bon moi c'est ce qui m'est arrivé.
- *Ah oui. Vous aviez arrêté votre suivi ?*
- J'avais rendez-vous avec le Dr X. et je n'y ai pas été et deux jours après hop…
- *À l'hôpital.*
- Eh oui.
- *Oui.*
- Et on m'a dit : « la case départ ».
- *Et qu'est-ce que vous en pensez ?*
- Moi je dis c'est un peu normal parce que bon, ils sont là pour nous soigner, pour dialoguer, pour nous donner les médicaments. C'est un suivi. On vous laisse pas à la rue dans Grenoble, vous avez un suivi tel jour.
- *Tel jour. D'accord. Vous avez eu un papier où on vous a tout expliqué ?*
- Voilà. Mais moi je suis allé deux fois et puis la troisième je suis pas allé. Alors là, case départ.
- *D'accord.*
- Non non mais là ils ne font pas de cadeaux, c'est normal, c'est logique.
- *Oui et donc au moment de sortir, vous avez vu le médecin et il vous a expliqué le programme de soins, qu'est-ce que ça allait être.*
- Voilà.
- *Et ça c'était intéressant ?*
- Bien sûr.
- *Oui, il vous a tout expliqué.*
- Voilà, le CMP et tout. La seule connerie que j'ai fait c'est pas d'y aller.
- *Eh oui.*
- Puis en plus j'avais pas le moral, je replonge dans la déprime et ils ont pas hésité à me ramener ici. Pour ainsi dire ils m'ont sauvé. C'est pour ça que le CMP c'est un bien, c'est un suivi. Ils ne laissent pas à la rue comme ça. Vous êtes ici, il y a des médicaments, vous expliquez vos cas…

- *Oui. Est-ce que vous avez l'impression, quand on vous a proposé le programme de soins, que c'était comme un contrat ?*
- Non.
- *Non, c'était une obligation ?*
- C'était une obligation à suivre à la lettre. C'est pas…
- *C'est pas négociable ?*
- Non non. Faut pas prendre les choses en mal. Il y a des trucs qui sont à lire, qui sont bien prescrits.
- *Qui sont à quoi ?*
- Bien prescrits.
- *D'accord. Et est-ce que vous avez l'impression que ça risquait d'atteindre vos droits… ?*
- Non.
- *… qu'on vous oblige, comme ça, à prendre des médicaments*.
- Non. Absolument pas. Quand on n'est pas bien faut se soigner quand même.
- *D'accord. Et alors vous me parliez tout à l'heure des sorties quand on est hospitalisé. Parce que c'est vrai que maintenant, soit on fait un programme de soins, soit on peut sortir que accompagné et pendant moins de douze heures. Et alors ça, qu'est-ce que ça a changé ?*
- Ben on le vit pas pareil.
- *Ça c'est un peu difficile.*
- Ben regardez, moi je sors à onze heures du matin et je rentre à six heures le soir.
- *Accompagné.*
- C'est ça.
- *Et donc il faut toujours que votre sœur soit disponible.*
- Mais elle, comme elle est seule… On passe un moment.
- *Vous ça va, vous avez…*
- Voilà.
- *Et pour ceux qui ont pas de famille alors ?*
- Ah, pour ça c'est un peu difficile. C'est ça mais bon…
- *C'est ce que vous me disiez au début : c'est un peu rigoureux là.*
- Voilà, parce que bon moi ça va que ma sœur est proche de moi, mais comme vous dites si y a personne c'est pas évident d'être seul. Parce que là les sorties c'est rare.
- *Eh oui, ils sont obligés de rester.*
- Voilà.
- *Eh oui.*
- Y'a personne. C'est ça. Moi j'ai de la chance d'avoir une sœur, comme elle est seule bon elle aime bien se promener, on va se balader ensemble avec ma nièce tout ça puis voilà. Ça va bien.
- *Mais pour les autres…*
- C'est ça. S'ils ont encore la mère ou le père ça va, que des fois je vois des personnes âgées, c'est des parents, c'est pas évident. C'est ça. Rien ne vaut une sœur ou un frère.
- *Oui. Et vous êtes bien.*
- Voilà.
- *Et vous, avant cette loi vous avez déjà été hospitalisé ?*
- Euh… Oui.
- *L'année dernière ?*
- Oui.
- *Et alors est-ce que vous voyez d'autres différences ? Qu'est-ce que vous voyez comme différence ?*
- C'est que la sortie était plus rapide.
- *La sortie était plus rapide.*
- Voilà.
- *Pourquoi alors c'était plus rapide ?*
- Ben il n'y avait pas besoin de passer au tribunal.
- *Oui.*
- Bon, c'est le médecin qui signe la sortie.
- *Plus simple alors.*
- Voilà. Mais bon, après bon… C'est pour ça qu'on nous a bien expliqué la loi Sarkozy… On est bien obligé d'y passer.
- *Hum…*
- Tous hein. Ça, bon ben comme ma sœur me dit : « c'est bien ce qu'il a fait » parce que les gens ils sont suivis, ils sortent pas comme ils veulent. Avant c'était… Moi je me rappelle, j'ai un frère qui est décédé, il était plein de cachetons et la porte était ouverte, là où il y a la clochette. Jamais fermée. Y'avait pas de suivi. Et là il y a un suivi. Comme elle me dit : « on est malade, on se soigne ».
- *D'accord. Oui, donc ça a renforcé…*
- Ça a renforcé voilà…
- *On sort moins facilement.*
- Voilà, mais il a passé… Parce qu'il y a des délinquants aussi qui sortent comme ça pour un rien… Ils sont quand même suivis. On est tous à la même page. Et on dit que c'est bien.
- *Hum hum…*
- Oui, parce que bon ben ça incite les gens à se soigner.
- *D'accord. Oui.*
- Parce qu'avant ils prenaient les cachetons comme ça et il n'y avait pas de suivi
- *Eh oui. Donc vous, ce que vous me dites, c'est que ce qui est intéressant surtout c'est le programme de soins pour être suivi à l'extérieur de manière obligatoire.*
- Voilà, exactement. Parce qu'avant ils vous laissaient comme ça. Maintenant vous avez le CMP, c'est très bien.
- *Vous êtes obligé d'aller prendre vos médicaments.*
- Bien sûr.
- *D'accord.*
- Je vous dis, c'est quand même bien.

- *Et quand vous n'êtes pas venu comment ils ont fait pour venir vous chercher ?*
- Ils sont venus chez moi.
- *Qui sont venus ?*
- Ben les gens d'ici…
- *Les infirmiers d'ici.*
- Oui oui.
- *D'accord.*
- Ah non mais ils m'ont sauvé la vie, je voulais me suicider.
- *Ah oui.*
- Et ma sœur m'a dit : « ils t'ont sauvé la vie ».
- *Ah oui.*
- Parce qu'au CMP ils ont… Ils ne savaient pas… Le moral n'y était pas.
- *Et comme vous étiez en soins ambulatoires sous contrainte…*
- Ils l'ont vu…
- *Ils ont pu venir…*
- Voilà.
- *Comme vous aviez un programme de soin.*
- Voilà, ils ont pas mis longtemps. Voilà, ils m'ont sauvé pour ainsi dire.
- *D'accord, d'accord. Eh oui, s'il n'y avait pas eu le programme de soins…*
- Eh oui. Non mais c'est ça qu'il faut faire. Parce que tous ceux qui sortent ici ils vont au CMP. Il y a un suivi.
- *D'accord.*
- C'est tout à fait normal.
- *D'accord.*
- Parce qu'en plus le docteur X. il est ici alors… J'avais rendez-vous avec lui et ça n'a pas traîné. Mais bon quand on n'est pas bien faut pas hésiter. Prendre son traitement. Faire attention quoi.
- *Donc ce qui est juste un peu difficile c'est les sorties accompagnées.*
- Voilà mais bon…
- *Ça c'est un peu difficile.*
- Comme vous dites si vous avez une sœur ou un frère, y'a pas de problème. C'est la famille, le père, la mère. Y en a qui, ici, sortent pas comme ils veulent.
- *Eh oui. D'accord. Et par rapport au juge donc vous ça vous a pas dérangé.*
- Non non.
- *OK.*
- Non mais là, il a fait quelque chose de bien parce que bon ben […] Sarkozy il a quand même fait quelque chose de bien. Il y avait trop de laisser-aller. Maintenant c'est suivi. Tout le monde dit bien… maintenant les médicaments… il y a tout ici…
- *Vous, vous avez l'impression que ça a changée pour votre hospitalisation.*
- Ah oui oui. Beaucoup.
- *D'accord. Puisque vous avez pu revenir…*
- Ah oui. Bien sûr.
- *Parce que vous aviez le programme de soin.*
- Oui.
- *OK. Bon, est-ce que vous pensez à autre chose à propos de cette loi ?*
- Qu'elle continue comme ça.
- *Vous, vous ne voyez pas d'amélioration à apporter pour certaines choses ?*
- … Pour les suivis pour sortir oui.
- *C'est-à-dire ?*
- Pour ceux qui n'ont pas de frère et sœur.
- *Voilà. Il faut que ce soit plus simple pour les sorties.*
- Il faudrait qu'ils aient quand même des sorties régulièrement.
- *Ça, vous trouvez que ça devrait être amélioré.*
- Voilà, parce que bon, pas tout le monde a ça. C'est ça le problème.
- *Eh oui, d'accord.*
- Parce que ça joue beaucoup. Dr X. m'a dit : « moi je vous fais les sorties tant que vous voulez mais accompagné avec votre sœur. Non accompagné non ».
- *Eh oui, on ne peut plus.*
- Ah non non mais c'est normal.
- *D'accord, donc ça, ça pourrait être amélioré.*
- Ça, ça pour être amélioré.
- *Et il y a d'autres choses ?*
- Non, non autrement pour le reste c'est tout… À l'hôpital.
- *Vous, ça s'est bien passé tout le reste.*
- Ah oui. Tous ceux qui sont ici ils sont sympas.
- *D'accord et ils vous ont bien expliqué.*
- Ah oui.
- *D'accord, bon, eh bien je vous remercie.*

ENTRETIEN 18 (E18)

En Italique : verbatim de l'enquêteur

- *Est-ce que vous avez entendu parler de cette loi qui est passée cet été, en juillet ?*
- Je… Euh… J'en sais rien.
- *Vous savez pas ? D'accord. Alors quand vous êtes arrivée, je ne sais pas si vous vous rappelez mais vous avez dû voir un juge 15 jours après…*
- Oui j'ai vu le juge.
- *Alors je voulais avoir votre avis sur ça, sur le fait qu'on doive voir le juge. Parce que ça c'est tout nouveau.*
- Par ce que… On a vu un juge… En fait, elle a essayé de… de faire un arrangement… de me réconcilier avec ma sœur.
- *Ah oui ? Le juge a essayé de vous réconcilier avec votre sœur ?*
- Et moi je suis pas d'accord… Ce sera toujours des gens qui m'ont fait du mal… Et…
- *Parce que votre sœur c'est le tiers qui a signé pour l'hospitalisation ?*
- C'est elle oui, ils étaient trois, je me suis fait agresser par ma famille.
- *Ah oui.*
- Dans l'escalier mon frère il a failli m'étrangler… C'est vrai, j'ai déliré, j'ai fait l'effort… Je vois des choses dans la rue et ils ont été violents, ils n'ont pas abordé par la discussion.
- *Et vous, vous ne deviez pas être hospitalisée à ce moment-là ?*
- Non. C'est à cause d'eux.
- *C'est à cause d'eux d'accord. Et le juge il était là pourquoi alors à votre avis ?*
- … Le juge il voulait qu'il y ait une entente entre nous… Je ne sais pas. Je n'ai pas compris.
- *Oui ? On ne vous a pas bien expliqué ?*
- C'est à cause des clés…
- *Ah oui, c'était à cause des clés ?*
- Je crois, parce que comme je vis seule… À mon avis le juge c'est ça… Comme je vis seule c'était une catastrophe à propos des clés s'il m'arrivait quelque chose.
- *Hum… D'accord donc vous n'avez pas trop bien compris pourquoi il vous a vu le juge.*
- Oui.
- *Il vous a…*
- En plus à la dernière minute, comme ça, on me balance ça.
- *Ah oui. Ça vous a impressionné quand on vous a dit ?*
- Ah oui, moi j'ai cru que j'allais aller en prison.
- *Ah oui, oui d'accord. Donc ça vous a impressionné.*
- Oui.
- *Vous avez eu peur.*
- Ça m'a fait terriblement peur.
- *Parce qu'on vous a dit : « vous allez voir un juge » et vous, pour vous, le juge c'est associé à quoi alors ? Ça veut dire quoi le juge ?*
- Pour moi le juge… C'est… Pour moi le juge c'est que j'allais aller en prison ou qu'on m'internerait jusqu'à la fin de ma vie.
- *D'accord. D'accord. Et une fois que vous l'avez vu, est-ce que vous avez été un petit peu rassurée ?*
- … Non.
- *Non, ça ne vous a pas rassuré après. Après c'était toujours compliqué.*
- Non parce que… En plus… Je me suis un peu énervée et j'essayais de me tempérer dans mon vocabulaire…
- *Devant le juge ?*
- Devant le juge… Et le juge j'avais l'impression qu'elle défendait ma famille et pas moi.
- *Hum … D'accord.*
- Il y avait un avocat… Un avocat… Une avocate plutôt, que je n'ai pas vu avant. C'est l'avocate qui est venue le jour où j'ai eu le juge.
- *Oui, vous l'avez vu juste avant de passer.*
- C'est normal ça ?
- *C'est souvent comme ça. Vous l'avez vu juste avant de passer chez le juge.*
- Oui. J'étais pas contente hein.
- *Qu'est-ce que vous lui avez dit à l'avocate ? Elle a dit quoi elle ? Elle a servi à quoi ?*
- Ben je me rappelle plus ce qu'elle a dit… En plus j'étais sous médicaments.
- *Eh oui, c'était à 15 jours, c'était tôt ?*
- Oui.
- *Vous pensez que c'était trop tôt ? Vous préféreriez l'avoir vu un peu plus tard quand vous alliez mieux ?*
- Non. Il fallait que je la voie avant.
- *Ah oui.*
- Moi j'ai une question à vous poser : on a le droit d'interner quelqu'un comme ça ?
- *C'est compliqué comme question. C'est justement pour ça qu'il y a un juge. Le juge, il est là pour vérifier que tous les médecins sont d'accord pour que vous soyez hospitalisée, et qu'on n'interne pas les gens comme ça, pour rien. Voyez ?*
- …
- *Que les gens soient hospitalisés quand ils ne vont pas bien.*
- Oui.
- *Voilà.*
- Vous voulez dire, c'est comme ça que ça se passe ? C'est la loi ça ?
- *C'est la nouvelle loi, le juge est là pour vérifier que tout se passe bien, pour le droit des patients.*
- Parce que moi je suis toute… seule… Je veux dire je me débrouille… Et ce qui s'est passé… c'est vrai que je me suis énervée, j'ai arrêté mes médicaments…

- *Donc vous étiez sûrement moins bien.*
- Oui, voilà… En fait… J'ai eu des problèmes parce que j'habite pas loin du stade… J'habite à côté… Dès qu'il y a des matchs je baisse le volet…
- *Parce que du coup, oui mais…*
- C'était une peur, j'ai peur que quelqu'un dans la nuit rentre chez moi à cause de tous ces jeunes qui… qui se… qui criaient…
- *Donc peut-être que vous alliez moins bien et du coup votre famille a voulu que vous soyez hospitalisée. C'est comme ça ?*
- Ben… Ils me voient pas beaucoup… Donc ma mère, ma mère je lui ai envoyé une carte d'ailleurs, ma mère je la mets pas dedans. Elle a un certain âge, elle a un passé difficile, j'en ai pas parlé à ma mère, et je peux pas l'avoir au téléphone parce que mon frère m'a agressé… Il bloque le téléphone.
- *D'accord…*
- Et s'amuse avec ma machine à laver… Les choses comme ça.
- *Et si on revient sur votre audience alors, qu'est-ce qu'il a dit le juge, qu'est-ce qu'il vous a dit ?*
- Je m'en rappelle plus.
- *Vous ne vous en rappelez plus ? Vous aviez trop de médicaments ?*
- Oui et puis j'ai la mémoire…
- *La mémoire…*
- … Immédiate qui est en train… Qui… Enfin là je vais mieux.
- *D'accord.*
- Je veux dire…
- *Vous ne vous rappelez plus.*
- Non. J'ai peur.
- *Vous avez peur de quoi ?*
- J'ai surtout peur qu'on m'enferme.
- *Ah oui.*
- …
- *Et le fait que, je ne sais pas si vous vous en rappelez, quand vous étiez dans la petite pièce avec le juge et l'avocat, la porte était ouverte parce que c'est public les audiences. Qu'est-ce que vous en pensez de ça ?*
- Je sais pas.
- *Ça vous a dérangé que ce soit public ?*
- C'est choquant je trouve.
- *Ah oui, ça vous a choqué ? Parce que n'importe qui peut rentrer ?*
- Ben oui.
- *D'accord. Vous préféreriez que personne puisse entrer parce que c'est votre vie privée c'est ça ?*
- Oui.
- *D'accord.*
- Vous comprenez vous ça ?
- *Oui je comprends… Enfin je comprends ce que vous me dites. Après ce qu'ils disent souvent, les juges, c'est que c'est public parce que toute la justice en France est publique. Chaque fois qu'un juge intervient c'est public. Alors ils disent : « on fait comme ça aussi à l'hôpital ».*
- Ah oui.
- *C'est leur façon de travailler. Voilà.*
- Et qu'est-ce qu'on va me faire maintenant ?
- *Ah ça, je ne sais pas, moi je vous pose juste des questions sur la loi. Et moi, quand vous êtes arrivée…*
- Il m'a envoyé des papiers, je ne les trouve plus.
- *Vous pourrez en parler aux autres médecins. Et dites-moi, quand vous êtes arrivée, est-ce que vous vous rappelez que vous avez dû voir trois médecins différents ?*
- J'ai vu B. quand j'ai été à l'APEX avant…
- *Oui. Donc vous avez vu plusieurs médecins.*
- J'ai vu une femme… Aux cheveux longs… C'est tout. Les autres… Oui j'essaye… Oui.
- *Et après…*
- Dans ce bâtiment APEX c'est quoi là-bas ?
- *C'est les urgences, quand il n'y a pas de place ici.*
- Ah.
- *Et dites-moi, ça vous a dérangé de devoir répéter à tous les médecins ? Votre histoire parce que…*
- Ça va mieux maintenant.
- *Et quand ils vous demandaient à chaque fois, c'était compliqué ?*
- Ça m'énervait…
- *C'était dur ça ?*
- Oui parce que… Ça m'a choqué en fait.
- *Oui.*
- Et aujourd'hui je suis retournée à la maison. Vous savez… Il faut que je vous dise… Vous savez pas ce qui s'est passé aujourd'hui… Ce matin je suis retournée chez moi et je me suis sentie mieux.
- *D'accord, donc vous allez mieux.*
- Oui.
- *Et donc vous savez pendant trois jours, quand vous arrivez, vous restez hospitalisée d'abord pendant trois jours. Pendant ces trois jours il y a tous les médecins qui vous voient et qui font des certificats. Et donc c'est une période où vous voyez beaucoup de médecins. Qu'est-ce que vous pensez de cette période ? Vous vous rappelez de la période des trois premiers jours ?*
- Mais j'ai pas vu tant de médecins que ça.
- *Trois médecins. Les deux médecins que vous m'avez dits à l'APEX et ensuite un médecin ici je pense.*
- Non, j'ai vu que le docteur B. à Michalon.
- *Oui, plus le médecin aux cheveux longs à l'APEX…*
- Ah oui c'était une femme.
- *Voilà, et un médecin ici quand vous êtes arrivée.*
- Oui c'était Mme J.
- *Voilà. Et donc à chaque fois vous avez du tout redire.*
- Oui, je n'ai pas dit à Mme J.
- *Ah oui, parce qu'elle vous connaît ?*

- Oui.
- *D'accord, et ça est-ce que c'était un peu difficile ?*
- Je dis… Si, j'ai dit des choses à Mme J. que je n'avais jamais osé dire auparavant.
- *D'accord, donc ça se passe plutôt bien avec elle.*
- J'arrive mieux à lui parler mais elle me fait peur.
- *Hum…*
- J'ai peur des psychiatres, j'ai peur qu'on m'enferme.
- *En même temps les psychiatres ne sont pas là pour enfermer les gens. Ils sont là pour les aider. Sinon ils ne feraient pas ce métier. Ils feraient gardien de prison.*
- Oui, vous êtes gentille.
- *Et dites-moi, qu'est-ce que je voulais vous demander… Ah oui, est-ce que vous avez déjà eu… Vous avez été hospitalisée combien de fois depuis cet été ?*
- Une fois.
- *Juste cette fois ?*
- Oui, je pouvais sortir mais j'ai refusé de sortir avec ma famille. Et ma mère est fatiguée. Elle n'a pas de sens de l'orientation et je voulais pas qu'elle prenne le bus mais j'ai envie de la voir, mais j'irai la voir quand… J'irai la voir au jardin de ville.
- *Quand vous pourrez sortir ?*
- Oui voilà, dans des endroits où elle va, parce que pas chez elle.
- *Parce que là, le problème c'est que maintenant vous ne pouvez plus sortir qu'accompagnée.*
- Oui je sais.
- *Et ça, c'est difficile ?*
- Tout le temps ?
- *Il faut que vous soyez… Sauf dans le parc mais sinon il faut que vous soyez accompagnée.*
- Mais quand ? Tout le temps ?
- *Oui, pendant tout le temps.*
- Mais je vis seule.
- *Eh oui, c'est difficile ça… Euh c'est pas…*
- Je ne vais pas partager…
- *Non ! Mais c'est que pendant l'hospitalisation ! Si jamais… là par exemple vous allez faire une petite sortie dans le parc c'est ça ?*
- Oui.
- *Dans le parc vous pouvez sortir seule. Mais imaginons que là vous deviez aller…*
- Ben non, je ne sors pas, j'attends.
- *Eh oui.*
- J'attends qu'on estime que mon état… Enfin que mon état… Soit tel que je puisse sortir.
- *Voilà.*
- Excusez-moi, je ne trouve pas bien les mots des fois.
- *Non ça va.*
- Parce que je suis angoissée.
- *Ah oui ?*
- Vous êtes gentille, vous avez un beau sourire, ça me fait du bien.
- *Il ne faut pas être angoissée, là vous êtes juste en train de m'aider pour ma thèse.*
- Ah.
- *Ça ne vous engage à rien.*
- Je suis contente de vous aider.
- *Vous m'aidez oui.*
- Le milieu hospitalier il est dur.
- *C'est dur oui.*
- C'est dur le milieu psychiatrique […]
- *Et vous savez que des fois quand on sort, on a des programmes de soins. On vous en a déjà parlé ?*
- Non.
- *Ça veut dire qu'on est obligé d'aller chez son docteur à des moments réguliers et si on n'y va pas on est ré hospitalisé.*
- Attendez, répétez.
- *Eh bien il y a des patients pour qui, quand on… À la sortie, on organise des programmes de soins, c'est des programmes où on vous dit : « il faut que vous alliez tous les mois »…*
- Oui mais moi je suis d'accord !
- *C'est peut-être ce que vous aurez à la sortie.*
- Moi c'est ce que je fais moi, c'est ce que je veux faire. Ce qu'il y a c'est que j'ai été terrifiée par ce stade. Ma famille ne m'a pas soutenue et je me suis retrouvée enfermée. Le pire c'est ça. C'est la trouille de ce stade et de ces fous qui couraient la nuit et qui crient. Heureusement que j'ai des volets blindés.
- *Oui.*
- […]
- *Et vous, ça ne vous dérangerait pas d'avoir un programme de soins où on vous oblige à aller voir un médecin et à prendre des médicaments ?*
- Non. Mais un médecin… Obligé… On m'oblige à voir un médecin… Par exemple le docteur B. je veux plus le voir… Je l'ai vu, je veux plus le voir.
- *Non, le docteur C. ça serait si c'est votre psychiatre traitant.*
- Oui, lui j'ai envie de le revoir. Et qu'est-ce que vous en pensez si j'appelais ?
- *Oh je ne sais pas, il faudrait demander à Mme J.*
- Je demanderai à madame, d'accord.
- *C'est peut-être un petit peu tôt, vous verrez avec elle.*
- Non, c'était pas pour fuir. C'était juste pour lui parler comme ça.
- *Oh je sais bien, oui. Il faudrait en parler à Mme J., elle vous conseillera.*
- D'accord.
- *Oui, d'accord… OK. Ça fait combien de temps que vous avez vu le juge vous ?*
- Ça fait 15 jours.
- *15 jours.*

- Je sais plus. Je vous avoue j'ai perdu un peu la mémoire parce que…
- *Vous n'êtes pas encore tout à fait rétablie.*
- J'ai été très malade hier sur le plan physiologique, le ventre […]
- *Et donc vous c'est… Le tiers a été signé par votre famille ?*
- Je pense […]
- *Vous avez vu un médecin extérieur avant d'être hospitalisée et avant M. B. ? Est-ce que vous avez vu un médecin généraliste ?*
- Non j'ai été aux urgences par une ambulance. C'est la police qui est intervenue.
- *C'est la police qui est intervenue.*
- Oui elle est intervenue, il y avait de la bagarre… Avec ma sœur… Elle m'écrasait les pieds… C'est deux personnes… Comment je peux faire… Qu'est-ce qu'il faut que je fasse justement pour ne plus avoir à faire à eux ?
- *Peut-être que là c'est difficile, c'est une période de crise mais peut-être que petit à petit ça va aller mieux.*
- C'est-à-dire, vous croyez que je les reverrai eux ?
- *Hum…*
- Ben moi je veux pas […]
- *Donc là, vous n'avez pas de sortie en dehors du parc ?*
- Non. Et je préfère.
- *Et vous préférez. Parce que vous voulez pas sortir avec vos frères et sœurs.*
- Non. Aucune envie, je préfère ça, j'ai quelques amis […]
- *Et alors sinon, qu'est-ce que vous pensez des soins ambulatoires… Enfin des soins… De l'hospitalisation sous contrainte ?*
- Moi je trouvais que…
- *De manière générale.*
- J'ai trouvé la chose injuste parce que, que des personnes stupides comme ma famille…
- *Et vous n'avez pas l'impression que ça allait moins bien ces derniers temps ?*
- Moi c'est pas parce que ça va pas avec eux qu'il faut…
- *Non mais vous, que vous alliez moins bien et que là vous allez mieux.*
- Oui. Bien sûr j'allais moins bien à cause d'eux. Mais je ne regrette pas d'être là.
- *Même si c'est à cause d'eux… Oui, vous ne regrettez pas d'être là.*
- Parce qu'au départ mon frère m'attrapait par le cou […]
- *Donc vous aviez besoin d'être à l'hôpital à ce moment-là ?*
- Oh oui, je préfère être à l'hôpital, heureusement. J'ai crié.
- *D'accord.*
- J'ai crié et il y a des gens dans l'escalier qui ont téléphoné à la police. C'est grâce à eux. Alors vous savez, si moi je vois le juge je ne serais pas polie avec elle je suis désolée, on n'a pas à m'imposer… On n'a pas à imposer à un être humain la présence de personnes qu'elle aime pas.
- *Non mais on peut imposer des soins quand la personne n'est pas d'accord.*
- Non mais des soins c'est pas pareil. Eux c'est pas des soins…
- *Et moi je parle des soins.*
- Ah mais non mais les soins moi je les prends, c'est terminé moi maintenant.
- *Vous trouvez intéressant d'avoir des soins quand même.*
- Ah oui, moi je préfère des soins et faire mes activités, que j'ai dans la tête, réfléchir à certaines choses, c'est ça…
- *Bah écoutez merci beaucoup.*

ENTRETIEN 19 (E19)

En Italique : verbatim de l'enquêteur

- *La première chose c'est que je voulais vous poser la question par rapport au juge des libertés…*
- Oui ?
- *Donc que vous avez vu au bout de 15 jours d'hospitalisation, je voulais savoir ce que vous en pensiez, comment ça s'était passé.*
- Ben j'en pense rien.
- *Oui ?*
- Je pense que c'est une justice de brousse.
- *C'est-à-dire ?*
- Ben ça veut dire que par exemple les juges, à Cayenne, ils viennent avec leur greffier au fin fond de la brousse…
- *Hum…*
- Et puis on est là, en face de lui… Et puis on lui dit… On nous dit : « vous avez la possibilité d'être représenté par un avocat », l'avocat vous le rencontrez un quart d'heure…
- *Hum… juste avant.*
- Juste avant, personne connaît la loi, il y a juste le juge qui la connaît et encore. Tout est flou, tout est… C'est pour ça que je dis justice de brousse.
- *Oui, d'accord. C'est pas bien défini…*
- Ah non, y'a personne qui sait, même ici les professionnels ont du mal à vous répondre.
- *Oui ? Vous, on vous a expliqué ça comment quand vous êtes arrivé ?*
- Parce que j'ai des amis qui sont magistrats.
- *Oui ? Et comment…*
- Et en même temps, même eux… Parce que simplement c'est que la politique a imposé aux… a imposé à la psychiatrie une loi parce que la populace voulait une réaction rapide sur les deux meurtres ou les trois meurtres qu'il y avait eu… Sur des épiphénomènes, ils ont mis une loi qui bloque tout le monde.
- *Oui ?*
- En même temps aussi, ce qui est intéressant aussi c'est qu'aujourd'hui c'est pas Dieu le pape le médecin. Parce qu'avant c'était Dieu le pape.
- *Hum, donc il y a le juge qui est là pour contrôler ce que fait le médecin.*
- Non, c'est toujours le médecin qui a le pouvoir.
- *Oui ?*
- La justice prendra pas…
- *Et vous trouvez ça quand même intéressant qu'il y ait un regard de la justice ?*
- Si elle était claire oui.
- *Oui ?*
- Si elle était claire oui. Si ça limitait le pouvoir du médecin, oui. Ou s'il y avait une discussion plutôt, c'est pas limiter les uns et les autres en termes de pouvoir, s'il y avait réellement une vraie discussion. Alors c'est pas possible.
- *Pourquoi c'est pas possible ?*
- Parce qu'il y a un problème de temps, il y a un problème d'effectif, mais s'il y avait cette rencontre réelle entre le patient, le représentant de la justice et le représentant médical, mais vraiment, on peut discuter, on peut débattre… Voilà, ce qui manque c'est un débat. Y'a pas de débat.
- *Ben c'est censé… L'audience est censée être un débat contradictoire…*
- Mais que… C'est pas contradictoire ! Y'a pas de débat contradictoire.
- *Parce que vous, quand vous êtes arrivé, les médecins vous ont dit : « bon, vous allez voir un juge » ?*
- Oui.
- *Vous avez compris sur le coup ?*
- Non.
- *Oui ? Vous vous êtes dit quoi ?*
- Non parce que tu… Vous ne connaissez pas les tenants et les aboutissants de la loi. Pourquoi un juge ? Qu'est-ce que j'ai fait ? J'ai rien fait.
- *Oui.*
- Le juge il est là pour… Comment il s'appelle ? Le juge des…
- *De la liberté…*
- De la liberté et de la détention. Donc là, on n'est pas en détention.
- *Ben non.*
- On est malade. Donc même en termes de mots… Je réfléchissais tout à l'heure à ce que j'allais vous dire et je me disais que peut-être le juge d'instruction, qui est à charge et à décharge, paraît plus adéquat. Mais vu le boulot qu'ils ont, vu…
- *Oui. Oui, donc même en termes de mots vous trouvez ça délicat.*
- Oui, même la sémantique est pas bonne.
- *Oui. D'accord. Donc on vous a dit : « bon, vous allez voir le juge » donc ensuite vous avez eu votre audience, pendant l'audience est-ce que vous avez eu l'impression de pouvoir dire tout ce que vous aviez…*
- Non !
- *Non ?*
- Non, vous êtes un peu… Non, le juge a le dossier du médecin et voilà, il n'y a pas de débat contradictoire, il faut aller voir.
- *Oui je suis déjà allée.*
- Vous avez vu, il n'y a pas de débat contradictoire. Il n'y en a pas.
- *Du coup, vous n'avez pas pu dire: « ben non »… réexpliquer pourquoi vous ne vouliez pas être forcément hospitalisé…*
- Ça fausse parce qu'il y a le juge des libertés et de la détention. C'est un juge. C'est la justice, donc la justice elle fait peur.
- *Oui.*

- Déjà la psychiatrie elle fait peur, alors la justice avec psychiatrie ! Je veux dire pour un patient lambda comme moi…
- *Oui, ça fait beaucoup…*
- Ça fait beaucoup de termes.
- *Oui. Et puis surtout à 15 jours, vous trouvez ça rapide ou vous auriez préféré le voir plutôt, plus tard ?*
- Je sais pas, j'en sais rien…
- *15 jours c'est…*
- On comprend pas ce qui se passe. On comprend pas ce qui se passe.
- *Oui ?*
- On comprend pas.
- *C'est un peu rapide peut-être 15 jours alors ?*
- Oui et non. Oui si effectivement on est dans cet état là parce que le temps de se remettre de ce qui s'est passé pour nous à ce moment-là, c'est-à-dire pour certains qui sont, comme moi, enfermés… Le fait d'ouvrir son cœur à un psychiatre ou sa tête à un psychiatre, c'est pas une démarche qui est facile, qui est nouvelle, qui est quand même assez compliquée…
- *Oui, ça met du temps…*
- Après il faut aller voir le juge, la justice, « qu'est-ce que j'ai fait ? J'ai fais un vol, j'ai tué quelqu'un, j'ai voilà… » Voilà.
- *D'accord. Oui d'accord.*
- C'est pour ça que je parlais du juge de la brousse.
- *Par rapport à… Donc est-ce que, je vous demandais tout à l'heure mais, est-ce que vous avez l'impression quand même que c'est une garantie de vos libertés le fait qu'il y ait un juge ?*
- Non.
- *Non, pas plus que ça.*
- Celui qui est le garant de la liberté c'est le médecin. Si le médecin, demain, met un truc cool sur votre dossier, ou s'il trouve que… Alors "cool" c'est pas ça, s'il trouve qu'il y a une vraie amélioration et qu'effectivement vous pouvez retourner dans la vie sociale… Le juge, il suit.
- *Oui, d'accord.*
- Le vrai pouvoir dans tout ça c'est le médecin qui l'a encore. Sauf qu'ils ont limité… La justice… Les politiques ont limité pour des choses qui sont des non événements. Par exemple le fait de demander à un patient de ne pas sortir dans le parc. Il faut demander au préfet. Donc ça, limiter ce droit là du médecin c'est limiter aussi sa thérapeutique. Ça veut dire que je ne peux pas tester ce mec si effectivement il peut aller dans le jardin ou pas, s'il va se tirer ou pas, s'il va revenir il va être complètement… Vous savez c'est aussi… le soin c'est pas que des cachets, c'est pas qu'être enfermé…
- *Eh oui… C'est pas que l'hôpital oui.*
- Non mais c'est aussi dans le parc.
- *Oui, d'accord. Tout à fait. Et par rapport au fait, juste pour finir sur le juge, quand vous étiez en audience la porte était ouverte, qu'est-ce que vous en avez pensé ?*
- C'est une question qui est fermée ça.
- *C'est-à-dire ?*
- Ben ça veut dire je parle de vous et votre enfant, vous voulez que tout le monde sache ?
- *Il y a des gens qui me répondent que ça ne les a pas dérangés.*
- Ben je viens de vous dire, on parle de votre enfant, excusez-moi de prendre cet exemple là, puis c'est ouvert…
- *Hum, vous ça vous a dérangé parce qu'il s'agissait de votre vie privée.*
- Oui franchement c'est ma vie privée.
- *Oui, d'accord.*
- Et c'est pour ça que je parle aussi…
- *Donc les audiences publiques vous trouvez ça un petit peu…*
- Mais c'est pas public en plus, c'est un bureau… C'est pour ça, en plus c'est vraiment de la justice de brousse à tous les niveaux. La porte est ouverte, personne ne se présente, si la juge elle dit : « voilà, je suis le juge » l'autre il ne se présente pas, on sait pas qui il est, il est en train de taper à la machine… La porte est ouverte… Si effectivement c'était… Comment vous appelez ça ?
- *De quoi ?*
- Une…
- *L'audience ?*
- Oui…
- *Ah oui, l'audience publique.*
- L'audience publique. Une audience publique c'est effectivement… c'est qu'on est déjà dans un centre, dans un lieu où effectivement il y a un public qui peut avoir accès et écouter. Là on n'a pas le choix. Là ce n'est pas le cas, c'est un bureau qui est ouvert. C'est pour ça : justice de brousse. On a l'impression qu'on est au Bangladesh.
- *D'accord. OK. Bon alors ma deuxième partie c'est par rapport à la période… Il y a une période quand vous arrivez, de 72 heures, qui est une période où les médecins font des certificats toutes les 24 heures, il y a au moins trois médecins différents que vous voyez et au moins trois certificats qui sont faits. Et au bout de cette période on décide est-ce que la personne reste hospitalisée ou est-ce que la personne sort. Vous, comment vous l'avez vécu cette période ?*
- J'ai rien vu.
- *Ah oui, vous n'étiez pas bien…*
- Oui, j'ai rien vu.
- *Ça ne vous a pas… du coup vous ne vous rappelez pas du fait d'avoir eu à voir plusieurs médecins différents.*

- Si, je m'en rappelle, ma première réaction quand je suis arrivé là… j'avais déjà vu deux médecins, donc je viens… Alors je viens, moi, de l'hôtel de police. Parce que j'avais trop bu et j'ai brûlé malencontreusement mon appart'. Il a brûlé, mon appart'. Sans faire exprès j'ai fait tomber une cigarette. Et donc je vais à l'hôtel de police, j'ai passé la nuit à l'hôtel de police, j'ai vu un médecin mais le médecin c'est : « vous avez mal quelque part monsieur ? Vous avez… »
- *Oui.*
- Bon voilà, ensuite je sais plus qui j'ai vu. Je sais plus, je suis venu directement là je crois et j'ai vu Madame… Donc le médecin, la psychiatre […] Et ma première réaction c'était : « je vous fais pas confiance ».
- *Vous…*
- C'est ce que j'ai dit : « je vous fais pas confiance ». C'est tellement… c'est tellement rapide qu'on n'a pas le temps en fait, on est brassé, on est broyé, on n'a pas le temps. On n'a pas le temps.
- *Oui. Et vous n'avez pas eu à voir différents médecins ici ? Vous n'avez vu que Dr X. ?*
- Non. Dr X. c'est tout.
- *D'accord. Parce que souvent ce qu'il y a c'est qu'il y a des certificats qui sont faits ensuite, par exemple à huit jours il y a encore un autre certificat…*
- Si, je crois qu'elle l'a fait à huit jours mais moi je ne l'ai pas vu. Je n'ai pas vu. Rien n'est expliqué en fait, rien n'est expliqué. On parlait de la justice tout à l'heure, le monde de la justice c'est leur monde à part, le monde de la psychiatrie ou même de la médecine c'est un monde à part et vous êtes entre vous, ballotté entre les deux. On ne comprend rien de ce qui se passe.
- *Oui, vous avez l'impression que c'est un peu une période confuse…*
- J'ai pas… C'est une période confuse.
- *Oui, d'accord.*
- Et en même temps, moi j'ai besoin de savoir ce que pense le médecin. Le médecin a pas ces dispositions. Et puis en même temps, pas tous les patients ont cette demande là.
- *Oui, oui bien sûr. Et alors là du coup dans cette loi les médecins ont l'obligation d'informer le patient, de recueillir leur avis.*
- Vous êtes défoncé.
- *C'est-à-dire ?*
- Vous êtes déchiré, vous sortez de nuits de fou, s'il s'est passé quelque chose de grave vous culpabilisez, vous n'êtes pas bien. Vous n'êtes pas bien.
- *Donc pas apte à recevoir forcément l'information.*
- Ni l'information ni la donner.
- *D'accord. Et au moment de l'audience, souvent, le juge relie des bouts de certificats.*
- Oui.
- *Comment vous avez perçu ça, est-ce que ça vous a… Est-ce que ça a été intéressant ?*
- Le juge, en soi, apporte pas grand-chose.
- *Hum, il n'a pas lu des bouts de certificats ?*
- Si, il a lu des petits bouts en disant : « ben voilà monsieur, vous avez été dans telle situation, est-ce que vous comprenez, est-ce que vous ne comprenez pas, est-ce que vous êtes d'accord, pas d'accord » voilà.
- *Et les médecins vous ont fait part de ce qu'ils allaient mettre dans les certificats ?*
- Non.
- *Et quand vous avez reçu, parce qu'ils donnent un papier en fin d'audience…*
- Oui.
- *Il y a aussi des reprises de ce que disent les médecins.*
- Oui, c'est à ce moment-là que vous savez.
- *Oui et ça, qu'est-ce que vous en avez pensé ?*
- C'est surprenant.
- *Oui ?*
- Parce qu'ils auraient pu me le dire avant.
- *Hum, ils auraient… Enfin, avant cette loi il n'y avait même pas ce papier là.*
- Ah ben oui, même, même…
- *Donc ça c'est quand même…*
- C'est pas parce que on a avancé, progressé un petit peu plus, que la fois d'avant c'était mieux. Non, c'est clair, c'est qu'il y a un problème de… Le problème de la médecine psychiatrique d'aujourd'hui c'est que simplement… c'est qu'ils ont le pouvoir. Et ils ont l'impression que nous, on est des imbéciles. Mais nous, on veut savoir. Quand je dis nous, moi je veux savoir. Ça voudrait dire que je me serais préparé à l'audience. Si j'avais eu l'information, je me serais préparé vraiment.
- *Et vous étiez en mesure de vous préparer ?*
- J'en sais rien. Je sais pas mais ça m'aurait donné la possibilité, intellectuellement ça m'aurait donné la possibilité de le faire. De préparer réellement. Là on vous prépare pas, on vous dit : « ben voilà, vous avez rendez-vous avec le juge des libertés à tel moment » point.
- *D'accord. OK, donc cette période de 72 heures c'était confus et vous n'avez pas l'impression d'avoir reçu forcément des informations…*
- Non, non.
- *Par contre vous n'avez pas non plus eu la sensation de répéter trois fois la même chose puisque vous n'avez pas vu tant de médecins que ça.*
- Vous êtes obligé de répéter la même chose.
- *Ben pour le même médecin mais… Enfin… Comment… Si vous n'avez vu qu'un médecin, on est obligé de répéter ?*
- Non, vous en avez vu deux.

- *Oui, donc vous avez quand même répété.*
- J'ai répété mais bon…
- *C'était pas…*
- C'est pas ça qui est important. C'est pas ça qui est grave. On est tellement paumé, tellement déchiré que… On est tellement en souffrance que… qu'on est incapable… ou on est capable de dire tout et n'importe quoi. C'est pas vraiment ce moment-là qui est décisif. Bon, on recueille l'information mais c'est petit à petit, comment ça va se délier quand effectivement le patient va plutôt se poser.
- *Oui, bien sûr.*
- Je sais pas si vous les voyez, quand on arrive, moi ça fait un mois et demi que je suis là, je vois bien. Dans les yeux des autres, je vois bien… Ne pas savoir où on habite, ne pas avoir de repères, ne pas voir… Moi je peux parler facilement comme ça avec vous parce que j'ai des repères maintenant aussi. Il y a quelques semaines…
- *Vous êtes mieux que quand vous êtes arrivé oui.*
- Ben ouais.
- *D'accord, OK. Alors, je voulais vous poser aussi la question de ce qu'on appelle le péril imminent. Alors je vais vous expliquer ce que c'est en gros, c'est une nouvelle façon d'hospitaliser les gens quand on ne trouve pas de tiers… Parce que vous, vous avez été en SDRE ?*
- SDRE oui.
- *Vous connaissez la SDT ?*
- Oui.
- *Eh bien maintenant il y a une façon d'hospitaliser sans tiers, pour des gens isolés qui sont vraiment en danger. Avec un seul certificat médical d'un médecin extérieur à l'établissement. Ça, vous en pensez quoi ?*
- Ben j'en pense que c'est du bien.
- *Oui ?*
- Alors je pense, j'en sais rien je ne sais pas comment ça va se dérouler, ça permettra de récupérer des gens qui sont isolés.
- *Oui.*
- Qui sont… Après je sais pas les restrictions que ça représente mais c'est bien, à mon avis c'est bien.
- *C'est intéressant pour ces situations là oui.*
- Oui, ça permet, alors je sais pas, on parle beaucoup de la justice entre nous mais il y a tout un pan qu'on n'appelle pas, c'est le social. Alors j'espère que dans cette nouvelle loi, c'est une nouvelle loi c'est ça ?
- *Oui.*
- J'espère qu'ils vont faire appel aussi aux services sociaux. C'est-à-dire que le problème c'est que… Allez OK, vous traitez quand on arrive, donc énormément perturbés, complètement paumés etc., ensuite vous vous rétablissez et après il n'y a pas de préparation pour la sortie. On vous dit : « ben voilà monsieur, ben voilà on vous a mis d'aplomb, on pense que vous êtes suffisamment fort pour aller dans la société » ce qui est vrai et faux en même temps. Parce qu'il n'y a pas de système social qui suit.
- *Il manque des moyens ?*
- C'est pas des moyens… C'est d'équilibrer les moyens.
- *Par rapport à ça il y a ce qu'on appelle les soins ambulatoires sous contrainte.*
- Oui.
- *C'est-à-dire un programme de soins.*
- Ça c'est bien, ça.
- *Oui, vous trouvez ça intéressant ?*
- Oui, parce que ça oblige le patient. Ça oblige le patient…
- *Et il y a des fois où il faut être tenu, c'est ça ?*
- Oui. Sinon vous revenez là.
- *Oui.*
- Et je trouve que c'est bien, ça permet à certaines personnes ou certains patients de ne pas avoir le choix. Un moment ou un autre, quand il arrête les médicaments, de pouvoir revenir. Alors c'est pas mon cas mais j'ai déjà entendu.
- *Oui bien sûr.*
- Ça permet de suivre quand même le patient.
- *Oui.*
- Ça, pour le coup je préfère ça que la loi du juge des libertés.
- *Oui. Vous préférez cette partie là oui.*
- Oui. Ce qui est intéressant, effectivement, c'est parce que tout le monde n'a pas le choix… que le patient est suivi. Ce qui voudrait dire que ce sera… C'est un peu comme cette nouvelle loi pour les personnes isolées. Il y a un médecin qui a repéré quelqu'un qui est seul et qui est en danger et d'en faire appel… Moi j'étais en danger. J'étais solitaire pendant, oui pendant un an.
- *Oui, vous avez vécu déjà cette situation et il n'y aurait eu personne pour vous hospitaliser.*
- Il n'y avait personne... Il n'y avait personne.
- *Et donc là vous auriez bénéficié de ce genre de chose.*
- Oui, ça aurait été bien oui.
- *D'accord. Et le fait que ce soit n'importe quel médecin, pas forcément un psychiatre, qu'est-ce que vous en pensez ?*
- C'est pas un psychiatre ?
- *Ça peut être n'importe quel médecin. Ça peut être un psychiatre qu'on voit à l'extérieur, le médecin généraliste, un médecin du SAMU, n'importe quel médecin.*
- Je sais pas, c'est remettre en question votre profession dans son entier. Je sais pas, est-ce qu'un généraliste est aussi compétent que vous pour effectivement hospitaliser quelqu'un, je sais pas.
- *Vous, ça vous…*
- Ça m'interroge. Ça m'interroge… Ça m'interroge.

- *Vous, si c'était un médecin du SAMU ou un médecin généraliste qui voyait que vous n'étiez pas bien, qui ferait le certificat…*
- Mais en même temps je parle comme ça mais de toute façon il y aura toujours une réception du médecin psychiatre.
- *Oui, tout à fait.*
- Donc…
- *Donc ça protège d'éventuels…*
- Donc c'est pas une vraie question. Si effectivement, moi je suis hospitalisé par un médecin, je vais voir de fait aussi un psychiatre.
- *Eh oui.*
- Qui lui, va valider si effectivement… Bah alors là, pour le coup, c'est bien que ce soit n'importe quel médecin.
- *D'accord.*
- Si effectivement il y a, à un moment ou à un autre, la possibilité d'un psychiatre qui a la formation a priori pour…
- *Après, de valider ou d'invalider.*
- De valider ou non.
- *Tout à fait. D'accord.*
- Je trouve que c'est une bonne chose oui.
- *D'accord. Et donc par rapport à… On revient par rapport à ce qu'on disait sur les soins ambulatoires sous contrainte. Donc c'est en fait, le médecin propose ce qu'on appelle un programme de soins en disant : « voilà, vous allez aller dans deux jours au CMP etc. ». Vous, est-ce que vous percevriez ça de manière… enfin pour vous ou pour d'autres patients… de manière intéressante ou plutôt comme une atteinte aux libertés ou… ?*
- C'est une atteinte aux libertés c'est sûr.
- *Oui ?*
- Mais en même temps qu'est-ce qu'on veut ? Est-ce qu'on veut des gens qui sont complètement malades et qui sont pas bien dans leur tête et qui risquent de faire des actes… Ou même eux-mêmes, qui sont pas bien…
- *Hum…*
- Je préfère que là, pour le coup, je préfère mettre une contrainte. Parce que cette contrainte elle est à tout moment possible d'être levée.
- *Oui.*
- Le pouvoir c'est toujours pareil, c'est le médecin qui l'a. Donc si je trouve que l'autre est vraiment rétabli, vraiment, il lèvera.
- *Oui, tout à fait.*
- Donc je trouve pas… En même temps, pour ça, j'équilibre… c'est en fait… c'est toujours le pouvoir du médecin. Qui est toujours… quand on a… quand le médecin est un… est un diktat. Un… Comment dire… un mec qui est un dictateur. Il existe aussi des dictateurs dans le métier.
- *Oui ? Vous craignez un peu ça ?*
- Oui, le pouvoir suprême, moi, me fais peur.
- *Hum… Oui, c'est pour ça qu'il y a eu le juge qui est venu là dedans…*
- Non. Non.
- *Dans la théorie.*
- Non, non. Il y a eu le gouvernement qui a mis le droit parce qu'il y a eu trois meurtres, trois ou quatre meurtres dont un à Grenoble et un où on avait égorgé une infirmière.
- *Initialement c'était ça et après il y a eu une question de constitutionnalité où ils ont dit : « la France n'est pas conforme à la constitution, il faut qu'un juge intervienne pour les soins sous contrainte ».*
- Beuh, ils l'arrangent comme ils veulent la constitution.
- *Et alors je voulais aussi vous poser la question, parce que ce qui a pas mal changé, je sais pas si vous aviez déjà été hospitalisé avant que cette loi passe…*
- Non.
- *Ce qui a pas mal changé c'est aussi que maintenant on ne peut sortir que douze heures maximum et accompagné, en dehors du parc.*
- Ça c'est toujours pareil, ça revient toujours, c'est celui qui est garant de tout ça c'est quand même le médecin référent.
- *Maintenant le médecin ne peut plus laisser sortir le patient parce que la loi l'interdit.*
- Ah. Non mais on peut sortir douze heures ?
- *Voilà, mais pas un week-end par exemple. Et vous êtes obligé de sortir accompagné.*
- Pas un week-end ?
- *Non mais pas… Je veux dire pas 48 heures. Avant il y avait des possibilités par exemple, à la fin de l'hospitalisation, de laisser quelqu'un sortir 48 heures, comme vous le disiez pour voir comment ça se passe. Maintenant c'est plus possible. Les personnes sont obligatoirement accompagnées.*
- Elle est orientée votre façon de poser cette question.
- *Ah ben non par ce que vous pourriez très bien… Moi il y en a qui me disent : « eh bien c'est très bien parce que j'étais en danger quand je sortais seul »*
- Dit comme ça, non. Dit comme ça c'est à dire oui effectivement c'est une restriction de la liberté. Mais en même temps c'est toujours pareil, c'est… Franchement… Franchement, que ce soit douze heures ou 48 heures, les médecins aujourd'hui, ils ont suffisamment de moyens aujourd'hui, je pense hein, même s'il y a des fois des fous parmi vos métiers, que ce soit douze heures ou 48 heures…
- *Vous, ça ne vous change pas.*
- Si, ça me fait chier. Je préférerais passer 48 heures dehors que douze heures. Mais en même temps c'est… Ça revient toujours pareil… Est-ce que je vais pouvoir sortir plus longuement ?
- *Hum…*

- C'est pour ça, douze heures ou 48 heures…
- *Oui, vous, ce qui vous intéresse c'est la sortie définitive ou pas.*
- Oui. Après que ce soit testé… Ça me fait chier de sortir douze heures à la place 48 bien sûr, ça me fait chier. Bien sûr ça fait chier mes proches, parce qu'il faut une organisation. Ça me fait chier que ça ne soit pas le week-end parce que mon proche… mes proches ont plutôt une disponibilité le week-end. Bien sûr c'est chiant. Ceci dit, que ce soit douze heures ou 48 heures…
- *Vous vous arrangez, accompagné, vous arrivez à vous organiser, vous avez des proches pour vous accompagner ?*
- Ben là c'est le problème. Par exemple j'ai un gros problème, il faut juste que je sorte dehors juste à la poste pour payer… Payer mon loyer… Si je ne paye pas mon loyer je risque de perdre mon appart'.
- *Oui, et alors comment vous allez…*
- Eh bien là pour le coup on revient à cette histoire de loi. Je ne peux pas sortir si je ne suis pas accompagné, il faut demander 72 heures…
- *Alors, comment vous allez faire ?*
- Eh bien c'est chiant. C'est pénible.
- *Et vous allez vous y prendre comment ?*
- Je ne sais pas.
- *Vous ne savez pas encore ?*
- Je ne sais pas.
- *Parce qu'il n'y a personne… Il n'y a pas une personne de confiance extérieure ?*
- Non… J'ai une personne de confiance mais elle n'est pas disponible. Alors là pour le coup, là c'est dramatique. Je peux être dans une situation très dramatique.
- *Donc ça, ça pourrait être amélioré dans la loi ?*
- Je vous ai dit hein, j'en discutais tout à l'heure avec un de vos… Il n'était pas d'accord avec moi. Mais je pense que cette loi est arrivée trop rapidement, sans la concertation de personne. C'est maintenant où ben voilà… Ça fait combien de temps, ça fait six mois que la loi a été mise en place, il y a une jeune fille comme vous qui étudie et qui dit : « bah voilà, moi je vais dire que la loi c'est ça, les ennuis c'est ça, les bonnes choses c'est ça » on commence à étudier avant… euh après je veux dire. Si effectivement on avait mis autour de la table en disant bon ben d'accord on a un problème ensemble, les grosses instances, on a un problème de fond, comment on fait pour qu'effectivement les uns et les autres soient… soient comment dire… qu'on fasse une bonne loi quoi. Là, la loi elle est arrivée comme un truc, la plupart des gens ne savent pas la loi. Le chef de service ici il savait pas trop. Le chef de service !
- *Oui, quand elle est arrivée personne n'avait…*
- Non, maintenant aujourd'hui ! Le chef de service… Vous avez posé la question au chef de service ?
- *Hum…*
- Il sait pas.
- *Hum…*
- Je vous dis.
- *Il est quand même bien informé.*
- Non ! Je lui posais la question en lui disant voilà, est-ce que, quand on prend rendez-vous avec un infirmier… quand je prends un rendez-vous extérieur pour l'ophtalmo ou pour… L'ophtalmo par exemple j'y suis allé avec un infirmier. Mais ça il faut demander 48 à 72 heures une permission. Mais le chef de service pff.
- *Oui, il y a des choses précises où on ne sait pas trop.*
- Le chef de service son boulot à lui c'est de faire tourner cette boutique là. Après on descend : bon les psychiatres sont au fait de la loi. Mais les infirmiers, alors les aides-soignants c'est encore moins.
- *Oui, donc elle est arrivée trop vite, on n'est pas bien informé…*
- Trop vite, pas informés, oui.
- *Quoi d'autre ?*
- Ben c'est déjà pas mal. Quand effectivement vous avez des gens qui sont pas… Qui n'ont pas d'information, qui sont incapables de vous la donner, vous qui n'avez pas beaucoup confiance en vous…
- *Ça fait pas mal de choses ?*
- Oui, ça le fait pas trop quoi.
- *D'accord. Oui. Et est-ce que vous voyez d'autres choses qui sont soit positives soit difficiles dans cette loi ?*
- Ce qui est positif c'est symboliquement de ne pas donner tout le pouvoir aux médecins, ça c'est dans la symbolique. Mais j'ai envie de faire confiance à la médecine et aux gens, c'est un peu dommage de… C'est dommage et dommageable d'avoir pris tout le pouvoir pour le coup vraiment tout, ils ont tout pris aux médecins pour faire quoi à la fin… c'est en fait… c'est de dire voilà on fait pas confiance au médecin c'est pour ça qu'on met une loi pour essayer de l'encadrer lui aussi.
- *Oui ? Vous vous avez cette sensation là du coup.*
- Oui.
- *D'accord.*
- Après je vous dis, on peut être dans des situations encore plus dramatiques. Moi je vous dis, il faut absolument que… Mon appart' a brûlé.
- *D'accord oui. Donc ça peut aggraver les choses.*
- Oui tout à fait. Tout à fait.
- *D'accord. Oui*
- Ca ne donne plus cette latitude aux médecins. En fait on n'a plus limité le pouvoir du médecin qu'on

a donné de la liberté à… En fait on n'a pas assoupli le métier de psychiatre.
- *Hum hum.*
- On l'a plutôt alourdi. Il se fait chier, lui, à faire sortir des mecs ou des minettes de leur mal-être et en même temps faut aussi qu'il jauge avec : « ah ben non je peux pas, est-ce que je peux ? Est-ce que je peux pas ? Non, lui douze heures tu penses que c'est bien, non ? ».
- *Oui, ça a un peu complexifié les choses.*
- Oui, tout à fait je pense.
- *D'accord.*
- Même si je pense que le juge est un juge de la brousse.
- *D'accord.*
- Reprenez-le dans votre texte.
- *OK, bon eh bien je vous remercie beaucoup.*

ENTRETIEN 20 (E20)

En Italique : verbatim de l'enquêteur

- *Avez-vous entendu parler de la loi du 5 juillet 2011 ?*
- Oui, j'en ai entendu parler parce qu'on a dû passer devant un greffier.
- *Voilà, on va en reparler.*
- Je n'ai pas pris… c'est dommage que je n'ai pas pris… C'est dommage que je n'ai pas pris le compte rendu là.
- *Vous me demanderez…*
- Non, mais moi je l'ai…
- *D'accord… Ah, votre audience ?*
- Mon audience oui.
- *Eh oui.*
- C'est dommage.
- *Vous…*
- La prochaine fois.
- *[…] Vous, donc, vous avez rencontré le juge…*
- J'ai rencontré le juge oui.
- *Voilà. Comment vous avez vécu votre audience à 15 jours d'hospitalisation ? Comment ça s'est passé ?*
- Eh bien… Je l'ai très bien… très bien… très bien pris, je n'ai pas eu peur…
- *Oui ?*
- Bon tout de suite… D'entrée de jeu elle m'a dit : « vous êtes schizophrène » et moi j'ai expliqué que… Ben j'ai expliqué mon enchaînement, pourquoi je suis parti à Vienne en vélo et pourquoi je n'avais pas pris pendant un an, je n'avais pas pris les médicaments.
- *Donc vous avez pu expliquer à la juge tout ça.*
- Oui voilà, j'expliquais… me confrontais… C'était pas une confrontation mais c'était… On devait quand même… On nous demande de dire la vérité quoi. Voilà c'est tout, j'ai dis la vérité.
- *Donc vous avez bien pu parler. Et quand on vous a dit, quand vous êtes arrivé ici : « vous allez voir un juge » ça vous a fait quoi ?*
- Ben je… J'ai pas eu peur je veux dire…
- *Oui ? Vous ne vous êtes pas dit : « qu'est-ce que j'ai fait ? »*
- Non, non parce que j'ai pas… J'ai rien à me reprocher…
- *Oui.*
- Je n'ai pas été violent, je ne bois pas d'alcool, je ne fume pas la cigarette, je me drogue pas… Je suis strict.
- *Oui. Et on vous a expliqué… on vous a dit… Comment on vous a expliqué que vous alliez voir un juge ? On vous a dit qu'il servait à quoi le juge ?*
- Et ben la nouvelle loi… Que depuis six mois, au mois de juillet… Le 5 juillet je crois ?
- *Oui tout à fait.*
- Voilà, qu'il y a une nouvelle loi, qu'on doit passer, tout le monde doit passer devant un greffier et un juge et puis bon bah j'ai pas eu peur, j'aurais pu prendre un…
- *Un avocat…*
- Un avocat. Il y avait l'infirmière qui était à côté de moi, il y avait la greffière, il y avait le juge et son greffier et voilà quoi. J'ai pu discuter sans avoir peur, sans aucune…
- *Oui, donc c'était plutôt positif ?*
- Oui, c'était plutôt positif. Oui c'était positif.
- *Et est-ce que vous avez ressenti ça comme une garantie de vos libertés ?*
- Que… Ben non mais aujourd'hui justement, aujourd'hui en sortant avec Mohamed et Jean-Jacques… Parce que j'ai pas eu encore… depuis trois semaines, j'ai pas eu de sortie… J'ai pas pu, par rapport à ma famille, au niveau organisation.
- *Ah oui.*
- J'ai pas pu avoir de sortie libre mais j'ai su que maintenant le week-end on ne peut plus rentrer… dormir la nuit. Voilà, il faut revenir à chaque fois.
- *Oui, on ne peut pas sortir plus de douze heures.*
- Ca je trouve ça dommage parce que nous mettre tous dans le même panier, je trouve ça dommage qu'il y ait ça quoi.
- *Oui ? Vous êtes obligé de sortir accompagné et vous ne pouvez pas sortir plus de douze heures*.
- Voilà. On est accompagné, on ne peut plus sortir plus de douze heures.
- *Ça c'est compliqué à organiser du coup ?*
- Ben du coup, oui c'est compliqué… Oui c'est… Je trouve ça dommage parce qu'on nous met… On nous a mis une étiquette… Je trouve que même quand ils en parlent de la schizophrénie, ils parlent de paranoïa, de tout ça, ça fait peur aux gens. Mais ils ont pas à avoir peur, on est des gens doux, gentils… Je veux dire moi je me sens pas, je me sens pas agresseur de qui que ce soit. Moi j'ai. …
- *Eh oui. Et puis il y en a autant parmi les gens qui ont une schizophrénie que parmi les gens qui n'en ont pas.*
- Voilà.
- *C'est pas du tout…*
- Moi je sais qu'il y a des gens qui passent leur journée au téléphone, par exemple, leur journée sur Internet, non moi je trouve que la vie c'est pas ça, c'est d'aller un peu à l'extérieur, d'échanger, de se faire apprécier et c'est tout. Voilà, moi je demande que ça, je ne demande pas plus… moi je veux dire… que d'être apprécié, d'être correct, d'être respectueux, voilà c'est pas ce que je…
- *Et par rapport à l'audience, je sais pas si vous vous souvenez, mais la porte était ouverte.*
- Oui.
- *Comment vous avez perçu ça ? C'est public.*
- Oui. Ben oui en fait…

- *Ça ne vous a pas…*
- Ça m'a pas… Non moi, avant l'audience, j'avais parlé avec la personne qui gérait un peu tout le monde.
- *Oui ?*
- J'avais parlé de mes chiens, j'avais même fait rigoler, parce que j'aime bien rire, j'aime bien faire rigoler et puis je veux dire le… le…
- *L'ambiance ?*
- L'ambiance était apaisée.
- *D'accord, donc vous avez trouvé ça assez détendu la porte ouverte ?*
- C'était détendu oui…
- *Ça faisait un peu diminuer le…*
- Voilà.
- *Le stress. D'accord.*
- Voilà, non mais j'étais pas stressé, franchement, j'étais pas stressé du tout. Je suis pas quelqu'un qui stresse facilement.
- *D'accord, donc vous l'avez bien vécu.*
- Je l'ai bien vécu oui.
- *OK, alors la deuxième partie, ce que je voulais vous demander… Vous, vous êtes en SDT ou en SDRE ?*
- Non je suis en SDT.
- *SDT oui.*
- Je veux dire, mon beau-frère m'a fait rentrer.
- *D'accord... Alors quand on entre en SDT il y a une période d'observation pendant trois jours qu'on appelle période d'observation où vous avez dû rencontrer beaucoup de médecins différents…*
- Exactement oui.
- *Et au terme de cette période, le médecin décide : soit la personne reste, soit la personne part. Et je voulais savoir, vous, comment vous aviez vécu cette période et qu'est-ce que vous en pensiez ?*
- Ben j'étais un peu agité je reconnais, il fallait que je me repose, il fallait que vraiment je reprenne mes esprits pour me retrouver, parce que bon j'étais un petit peu… Ben par rapport aux épisodes… aux épisodes… c'est revenir en arrière, je veux dire quand je dis les épisodes, de revoir un petit peu ce que j'avais fait, ce que je n'avais pas fait, comment j'avais parlé, comment…
- *Donc vous aviez besoin de cette période pour vous reposer.*
- Il me fallait vraiment cette période pour que je me pose et que j'analyse un petit peu, m'ouvrir les yeux face à la réalité, me remettre vraiment dans la réalité des choses.
- *Et de rencontrer ces médecins différents, qu'est-ce que ça vous a fait ?*
- Et ben de toute façon, moi je trouve qu'ils sont épatants, maintenant, par rapport à en 2003…
- *C'était… C'était… Le fait de devoir répéter c'était pas dérangeant ?*
- Moi ça ne m'a pas trop dérangé. Non.
- *Oui. Ça ne vous a pas dérangé. C'était pas trop dur.*
- Ben non, je peux dire que… Je peux dire que ben justement, le fait de répéter, ça m'a permis de tourner la page.
- *D'accord, donc vous c'était positif de voir des médecins différents.*
- Oui, c'était positif, j'ai tourné la page et puis…
- *D'accord.*
- Je suis passé à autre chose quoi, je veux dire.
- *D'accord. Et donc les médecins, normalement, ils devaient vous expliquer qu'ils faisaient des certificats…*
- Euh… Des certificats ?
- *Parce qu'en fait ils font des certificats et les certificats ils vont au juge. Et le juge il a les certificats et c'est pour ça qu'il vous a dit que vous étiez schizophrène parce qu'il avait relu les certificats.*
- Oui, oui bien sûr.
- *Et ça aussi, quand vous avez eu le petit papier à la fin de l'audience il devait y avoir des bouts de certificats.*
- Voilà, voilà.
- *Alors ça, c'est la nouvelle loi qui fait que maintenant on a des bouts de certificats… Qu'est-ce que vous en pensez ? Ça vous a intéressé ?*
- Moi ça me… Je veux dire… Du fait qu'aussi moi j'ai vu l'assistante sociale… Je veux me mettre sous tutelle… Pour moi c'était pas dérangeant. Parce que je veux me mettre sous tutelle, c'est une protection au contraire. C'est une protection que la psychiatre a dit que j'étais… Que j'avais besoin de médicaments.
- *Hum… Oui, d'accord.*
- C'était normal. Je me dis qu'elle fait son travail et c'est tout à fait normal qu'elle dise ça quoi.
- *D'accord. Oui, comme ça vous avez eu l'information.*
- Voilà, j'ai eu l'information par une personne qui est autre…
- *Que le médecin.*
- Peut-être que… Je sais pas mais à un moment donné je me suis demandé si elle était pas médecin aussi. Elle avait des… parce qu'elle avait des responsabilités pour qu'elle me dise que j'étais schizophrène…
- *Elle juge…*
- Elle juge.
- *Mais c'est parce qu'elle a le certificat.*
- Oui, devant les yeux elle avait tout épluché, bien sûr, je comprends. Je comprends oui.
- *Donc ça, ça vous a intéressé voilà d'avoir son…*
- Son avis ?
- *De voir… qu'elle vous dise que vous étiez… ce qu'avait dit le médecin dans le certificat.*

- Ben oui, ça m'a intéressé. Ça me concerne bien sûr. Ça me concerne.
- *D'accord.*
- Et puis bon maintenant, moi je vis plus pour les autres comme avant je vivais, j'ai plus… J'ai plus cette attache… Bon j'ai toujours mes enfants et ma… Mais enfin c'est mes enfants… Moi je vais plus… Elle a refait sa vie mon ex femme, voilà, donc moi j'ai ma vie je veux dire…
- *Maintenant vous regardez les choses en face quoi…*
- Voilà.
- *Vous savez que vous avez une maladie, qu'il faut prendre des médicaments…*
- Voilà. Il faut que je prenne les médicaments, je les prends…
- *D'accord.*
- Au mieux… je veux dire … Voila il y aura toujours des hauts et des bas mais j'espère que… D'être bien entouré, d'être toujours… De dire ce que je ressens, voilà, le ressenti… Si ça peut faire avancer beaucoup de choses, voilà quoi. Être positif toujours. Voyez ce que je veux dire ?
- *Oui. Alors je voulais aussi vous poser une question : il existe une nouvelle façon d'hospitaliser les gens, avec cette loi, qui s'appelle le péril imminent. En fait, c'est quand quelqu'un va très mal mais que l'on trouve personne pour signer le tiers…*
- Oui…
- *Parce que vous, c'est votre beau-frère c'est ça ?*
- Oui, c'est mon beau-frère.
- *Ben quand quelqu'un est très isolé et qu'il n'y a personne et qu'il va très mal, on peut l'hospitaliser sans tiers avec un certificat médical. Vous, qu'est-ce que vous en pensez ? Est-ce que vous pensez que ça peut aider ?*
- Ben oui, ça peut aider si quelqu'un est… Oui c'est vrai ça peut aider.
- *Vous, si vous n'aviez pas une famille…*
- Eh bien j'aurais aimé qu'il y ait quelqu'un qui me dise : « ben écoute tu t'es mis en danger, est-ce que tu vas comprendre ce que je suis en train de te dire ? » et essayer de parler avec lui de la psychologie pour voir un petit peu où est-ce que j'en étais quoi.
- *Et si vous n'aviez pas eu de tiers, pour pouvoir être hospitalisé sous contrainte mais sans tiers quoi.*
- Oui.
- *Vous, vous trouvez que ça peut aider dans certaines situations.*
- Ben oui, des gens qui sont isolés, des personnes âgées ou les personnes très jeunes qui sont un peu bornées, parce que quand on est jeune on est… C'est vrai que moi, 2003 ça fait neuf ans, j'avais pas du tout la maturité que j'ai aujourd'hui. Même vraiment en une année j'ai pris 10 ans je veux dire.
- *D'accord, donc vous acceptez mieux les soins ?*
- Ah oui, j'accepte mieux… Oui j'accepte mieux, je lis, je m'informe, je peux poser des questions, je peux… J'ai une vie… J'estime que j'ai une vie normale quoi.
- *Oui.*
- Je veux dire qu'on peut prendre des médicaments et être juste…
- *Oui bien sûr.*
- Voilà.
- *Oui. Et donc par rapport à ce que je vous disais pour le péril imminent, en fait la personne qui signe le certificat ça peut être n'importe quel médecin, pas forcément un psychiatre. Donc ça peut être un médecin généraliste, un médecin du SAMU, ça vous en pensez quoi ?*
- Ben écoutez, pas tous les médecins mais au moins son généraliste.
- *Oui ?*
- Ou un généraliste qui a des compétences en psychologie… Qui sait… Voila : « c'est pas cohérent, et il s'est mis en danger… »
- *Oui.*
- D'accord, on n'y met pas, je veux pas généraliser mais voila, celui qui connaît bien la personne…
- *Vous pensez que c'est important, qu'il faille connaître la personne pour pouvoir faire ce certificat d'entrée.*
- Non mais ça… Je veux dire… Bon, à la suite de… Ben c'est délicat franchement. Je ne saurais pas vous dire.
- *D'accord.*
- C'est délicat parce que je peux pas… Moi j'ai de la chance j'ai une famille, j'ai de la famille qui me connaisse, qui me… Malgré la maladie bon, on m'a dit que je faisais exprès au début…
- *Au début c'est difficile de comprendre pour la famille.*
- Oui, ils comprennent pas, ils sont jamais rentrés… Ils ont peur même, ils ont peur… c'est… Moi je pense que c'est de la peur, c'est pas, c'est… Même ma sœur elle me dit : « mais toi, tu es malade, tu es schizophrène » ça fait pas plaisir vous voyez.
- *Oui, c'est difficile au début.*
- C'est difficile mais bon…
- *Après quand on explique…*
- Eh bien après, oui, quand on a expliqué : « bon ben écoute c'est comme une chambre à air, tu mets une rustine, si tu enlèves la rustine tu prends plus tes médicaments eh bien après il y a peut-être des fuites, des hallucinations ». Bon moi j'ai pas eu trop d'hallucinations, j'ai jamais entendu dire des voix mais peut-être que la dernière fois quand j'étais… Les trois premiers jours j'étais vraiment K.O., elle m'avait emmené dans une pièce pour me laver et après je suis revenu avec des gens, j'étais au milieu de gens, de personnes, mais j'entendais

pas des voix, vous voyez, mais… mais la personne, j'avais l'impression que… Comment dire… qu'elle parlait fort mais en fait elle parlait doucement.
- *Eh oui, ça, ça peut être un petit peu ça, quand on n'est pas bien au début, ça peut être un peu lié à ça.*
- Bon j'étais vachement… vachement… j'avais pris des médicaments, j'étais vraiment… Mais voilà, ce que j'ai ressenti… J'ai eu un peu peur quand même. J'ai eu un peu peur, en plus j'avais été entravé…
- *Oui, des moments difficiles oui.*
- Oui, j'ai eu des moments difficiles. Franchement je vous dis… Et puis de dormir entravé, jamais dormi comme ça… Vraiment je vous dis, d'habitude je me prends comme ça…
- *Mais oui. Mais il y a des fois…*
- C'était obligé, c'était obligé.
- *Quand on est agité au début…*
- J'étais agité, voilà, je comprends…
- *Et alors je voulais aussi vous poser la question : vous savez que… Je sais pas si vous l'avez déjà expérimenté, mais quand on sort, on peut avoir ce qui s'appelle un programme de soins. C'est des soins ambulatoires sous contrainte c'est-à-dire que le médecin défini avec le patient un programme, vous allez devoir aller au CMP tous les combien etc.*
- Oui.
- *Et donc c'est des soins obligatoires et si jamais la personne n'y va pas, elle est ré hospitalisée. Qu'est-ce que vous en pensez de ça ?*
- Ça c'est dur ça.
- *C'est dur ?*
- C'est un peu dur, oui. Je veux dire, des fois on peut être fatigué, on a des hauts et des bas, si vous n'allez pas au CMP, on vous pénalise, on vous remet en hospitalisation. Ça c'est pas… Du moment que vous prenez toujours votre traitement, je veux dire ils peuvent, les gens du CMP, l'infirmière ou l'infirmier, ils peuvent venir à la maison.
- *Oui, mais ça c'est négociable je pense.*
- Voilà, c'est négociable.
- *Mais ce qui veut dire, ça, ça veut dire quand même que si jamais on voit que vous ne prenez pas votre traitement parce que vous êtes en train de rechuter, on vous hospitalise.*
- Ah ben oui… Ben oui c'est ce qu'on a dit un peu avant, que le médecin généraliste… C'est un peu ça, je crois que…
- *Vous pensez que c'est important que … Enfin vous pensez que ça peut être intéressant qu'on oblige à faire des soins à l'extérieur ?*
- Euh… Ça dépend, ça dépend si la personne… Je veux dire elle est, elle est quand même… Elle prend bien ses médicaments… Faire des soins… Voir un CMP c'est ce que vous voulez dire ?
- *Oui, voir un CMP.*
- Oui… Oui, j'accepte… Je veux dire d'aller voir mon CMP.
- *Et si on vous oblige, est-ce que vous avez l'impression… Enfin si on vous fait un programme de soins, est-ce que vous avez l'impression que ça peut aider, que ça peut aider à ce que vous n'arrêtiez pas le traitement ?*
- Euh ben…
- *Vous avez le droit de me dire non !*
- Oui… moi je dirais oui et non.
- *Alors oui pourquoi et non pourquoi ?*
- Oui, parce que ça peut être intéressant pour les gens qui ne prennent pas leur traitement et non c'est parce que… ben on rentre un peu trop dans l'intimité des patients, quoi je veux dire. Mais bon je veux dire…
- *Oui. Vous, vous dites qu'on a le droit de refuser de se soigner ?*
- Si… de se soigner si, on peut se soigner mais après si c'est trop envahissant on a le droit aussi de dire : « stop, arrêtez maintenant ». Je veux dire, moi j'ai 41 ans, je suis plus un enfant de 20 ans donc je peux dire, moi, « arrêtez, stop ». Ça va trop loin je trouve. On a le droit, on a le caractère, la personnalité, si on a rien à se reprocher, je veux dire, on a le droit de leur dire à ces soignants aussi, de leur dire : « vous allez un peu trop loin » moi j'ai envie d'aller là-bas, j'ai envie de promener les chiens, j'ai envie d'aller, mettons, à Brignoux, à la PAJI, j'ai envie de faire du bénévolat aux restos du cœur… Parce que ça me tient à cœur… Je veux dire, voilà. On veut un petit peu de… Je veux pas dire de la liberté mais… Voilà, on peut le dire.
- *D'accord. Et alors par rapport à ce que vous me disiez tout à l'heure, vous m'avez tout de suite dit ça, ce que vous discutiez avec vos collègues, c'est vrai qu'avec cette nouvelle loi on ne peut plus sortir à la nuit… Enfin si, mais on ne peut pas sortir plus de douze heures. Et forcément accompagné.*
- Oui.
- *Et alors ça, vous me disiez : c'est compliqué.*
- Oui, douze heures, mais pour l'hospitalisation ?
- *Pendant l'hospitalisation.*
- D'accord. Oui c'est… C'est…
- *Comment vous allez faire, vous ? Parce que du coup vous n'êtes pas sorti parce que vous n'avez pas encore eu le temps de vous organiser, c'est ça ?*
- Ben oui parce que ma sœur, mes sœurs, mes autres frères, j'ose pas les déranger parce que bon, dans toutes les familles, maintenant toutes les familles sont un petit peu dissoutes… Je sais pas pour vous mais pour moi, ma famille à moi, on est tous éparpillés, divisés quoi.
- *Oui, d'accord.*
- Voilà, on est divisé, on est plus ni comme avant.
- *Oui, d'accord.*
- C'est plus… ça n'existe plus ça.

- *Les familles…*
- Toutes les familles… Il y a aussi les familles recomposées, moi j'ai fait mon choix d'être célibataire, j'ai fait un choix, j'aurais pu me retrouver une compagne et non, ben je veux pas.
- *Donc vous êtes assez isolé…*
- Je suis pas isolé non.
- *Non mais pour les sorties c'est compliqué de demander à quelqu'un ?*
- Euh…
- *Pour les sorties accompagnées.*
- Euh… Le temps de l'hospitalisation ?
- *Oui.*
- Oui, ben oui c'est compliqué, ben oui c'est compliqué.
- *Donc vous ne sortez pas. Juste dans le parc.*
- Ben je sors dans le parc. Quand mon beau-frère il pourra me prendre il me prendra, mais bon je peux pas leur dire à tout prix : « prenez-moi » ils ont du travail, je sais qu'ils ont du travail, ils ont une famille. Eh bien je prends sur moi, mais c'est embêtant.
- *Et vous avez des choses à faire à l'extérieur importantes ?*
- Oui, ben oui, j'ai mon appartement, je dois mettre en place aussi mon tuteur renforcé, je dois… Ben oui, mon appartement il faut que je le remette en état, voilà, j'ai une vie, j'ai ma vie tout simplement quoi. Comme tout le monde j'ai envie de vivre, comme tout le monde, d'avoir une vie normale, prendre mon petit sac à dos, les chaussures de marche et marcher un peu…
- *Donc ça, ça pourrait être amélioré dans la loi, cette partie là des sorties pendant qu'on est hospitalisé ?*
- Oui ben…
- *Être un peu élargi quoi.*
- Oui. Voilà.
- *Parce que pour les soins, c'est vrai que, ce que vous me dites, c'est que vous avez aussi besoin de sortir, même le fait de mettre en place une tutelle c'est un soin aussi.*
- Oui, ben oui.
- *Ça fait partie des soins.*
- Oui, ça fait partie des soins.
- *Donc c'est vrai que ça freine un peu les soins le fait qu'on ne puisse pas sortir seul, qu'on soit obligé d'être accompagné…*
- Oui. Mais là c'est une tutelle, je veux dire, je n'ai pas le droit de sortir chez moi ? Non, si quand même !
- *Il faut que vous sortiez accompagner. Obligé, la loi dit quand on est hospitalisé à temps complet…*
- Ah ! A temps complet ici.
- *Oui, non mais quand vous serez sorti ça sera autre chose !*
- Ah c'est différent alors.
- *Oui, c'est pendant l'hospitalisation.*
- D'accord.
- *Quand on sort non, non, on a le droit évidemment… Oui il n'y a pas de problème.*
- Ben moi j'aurais dit, voilà, comme les familles sont divisées, comme les gens je veux dire comment ils se comportent, comme ils parlent avec les gens, je veux dire ben voilà, je sais pas… Moi j'aurais aimé prendre un chien mais je ne peux pas parce que je sais qu'un chien c'est de la responsabilité d'avoir un chien. Déjà c'est coûteux, c'est… Bon on doit aller le sortir, bon ben c'est contraignant, mais j'aime ça. Mais je peux pas en prendre, je peux pas en prendre. Alors je me contente d'aller à la PAJI ou… et d'éventuellement le sortir là-bas. Me faire plaisir comme ça. Voyez, des petits plaisirs comme ça, si on nous enlève des petits plaisirs…
- *Hum…*
- Je veux dire, moi manger, pour moi j'aime pas manger au restaurant, tout ça je trouve ça… Alors j'essaie de me préparer au maximum… Bon de temps en temps je me prends une pizza dans le mois chez mon pizzaiolo… Voilà autrement, en bas de chez moi, je mange des fois un kebab par mois, puis c'est tout, je me fais que ça comme plaisir.
- *Et alors pour revenir à cette loi, est-ce qu'il y a d'autres choses qui vous ont marqué, est-ce que vous avez eu l'impression qu'il y a eu d'autres choses difficiles ou d'autres choses intéressantes ?*
- D'autres choses difficiles…
- *Ou intéressantes.*
- Non, ben non, non, moi je dis pas que c'est intéressant ni difficile, je veux dire on n'a pas le choix, ils ont mis ça, devant le fait accompli, on est obligé de… Voilà, on est obligé de. On a tout quoi. Voilà.
- *D'accord. Bon, eh bien très bien, je vous remercie.*

ENTRETIEN 21 (E21)

En Italique : verbatim de l'enquêteur

- *Donc vous, vous avez rencontré un juge ?*
- Oui.
- *Oui. Donc c'est un peu mon premier point : comment vous avez vécu l'audience, quand on vous a annoncé que vous alliez voir un juge, quand vous êtes allé le voir, le transport, le retour, comment ça s'est passé ?*
- Euh… Le transport s'est très bien passé, là-bas y avait pas d'avocat disponible, donc j'ai fait la séance sans avocat…
- *Hum, vous auriez aimé en avoir ?*
- Euh non.
- *Non, pas spécialement.*
- Pas spécialement. Ensuite, le problème c'est que c'est de la justice d'abattage, c'est-à-dire que les juges ont absolument aucun temps.
- *Oui ?*
- Les juges ont aucune… Enfin, ce qui m'a semblé c'est que ce juge, finalement, n'étudie que la forme, en aucun cas le fond, or comment peut-on parler de juge des libertés, si des soins vont jusqu'à la privation de liberté, si les juges ne sont pas à même de juger le fond et la forme.
- *Et le juge, vous, vous préféreriez qu'il juge aussi le fond ?*
- Ben…
- *De quelle manière ?*
- Si on vous laisse en hospitalisation à la demande… que ce soit d'office, d'un tiers, ou autre, et que ben, finalement, les seules questions qui vous sont posées c'est : « est-ce que vous avez bien eu tel jour telle visite pour avoir tel certificat médical » ça sert absolument à rien. Un secrétariat peut le faire.
- *Et vous, vous auriez…*
- Un secrétariat assermenté. Un secrétariat assermenté peut faire, justement, la vérification du dossier administratif.
- *Oui ? D'accord. Parce que vous, vous auriez… Comment il aurait pu statuer sur le fond ? En vous interrogeant vous ? Ou en…*
- En ayant… En ayant… Déjà en ayant une spécialisation en psychiatrie, mais qui elle-même n'est pas suffisante.
- *Oui ?*
- Qui elle-même n'est pas suffisante parce que la psychiatrie… Euh…
- *Mais ça serait quoi la différence entre le juge et le psychiatre à ce moment-là ?*
- Et ben dans une position de surplomb. C'est-à-dire que le juge pourrait juger du fond et de la forme à partir d'une connaissance du sujet à plat. Et puis interroger le patient sereinement…
- *En faisant un entretien finalement, comme un entretien médical ?*
- Absolument. Mais mieux encore qu'un entretien médical. Parce que je vous rappelle que là je suis hospitalisé, par exemple, pour mon cas personnel, pour la deuxième fois en deux mois… Euh, j'ai eu tout cumulé à peu près pour l'instant… je vais sur mes trois semaines et demi d'hospitalisation, je vous fais l'addition à la louche, mais jamais il m'a été donné même pas la possibilité de raconter, juste la possibilité de l'écoute.
- *Hum… D'accord donc en gros vous chercheriez ça chez un juge finalement.*
- Mais on ne peut le trouver nulle part ! Comment voulez-vous soigner des êtres en urgence et en détresse en appréhendant que leur physiologie ou en appréhendant que ce qui est administratif.
- *Oui, d'accord.*
- On est forcément parcellaire.
- *Hum…*
- On est forcément… Donc on est forcément aveugle ou borgne.
- *Donc vous, vous trouveriez intéressant que le juge statue sur le fond.*
- Mais… Si… S'il ne statue pas sur le fond il sert à rien !
- *D'accord.*
- Il sert à rien, il n'y a pas besoin d'un juge…
- *Donc lui, il vous a demandé en fait si vous aviez eu les bons certificats, si vous aviez vu les bons médecins à la bonne heure… C'est ça ? C'est ça qu'il a fait ?*
- Ben il a regardé le dossier, j'imagine c'est ce qu'il avait dans le dossier… qui lui était soumis, et après finalement il m'a demandé comment je voyais le futur de l'hospitalisation, depuis le dossier médical qui était constitué, mais sans jamais remettre en question le dossier médical en question.
- *Hum… D'accord. D'accord. Et quand on vous a dit…*
- En gros, est-ce que j'agréais depuis la position de soigné, finalement, l'état de malade, et comment je me proposais à moi-même finalement de planifier une sortie de cet état.
- *Oui.*
- Mais bon, ça c'est… C'est aussi débile qu'une conseillère d'orientation au lycée qui… Ben oui, mais c'est du même ordre.
- *Hum hum…*
- Et ça fait pas rire. Moi ça me fait pas rire de tout.
- *D'accord. Et du coup, quand on vous a annoncé que vous alliez aller voir un juge, avant de le voir, donc avant les 15 jours, comment vous avez réagi ? Vous avez tout de suite compris qu'il s'agissait d'un juge des libertés ?*
- Mais moi, je suis un mauvais cas parce que j'ai une culture administrative déjà presque atavique.

Familiale. Donc il suffit qu'on me donne des mots clés et puis je sais de quoi il en ressort, mais ce n'est pas le cas des autres.
- *Hum, donc…*
- On me dit que je vais voir un juge, j'ai compris qu'il fallait que je me rase et que je m'habille bien.
- *Oui. Mais vous savez, il y a différents types de juges.*
- Dans… Sur la tête du juge… Je me suis rasé…
- *Donc vous, vous avez compris…*
- Je me suis fait beau…
- *Vous avez compris le but de l'audience tout de suite ?*
- Et puis… Non.
- *Non.*
- Mais non, bien sûr que non.
- *Quand est-ce que vous avez compris le but de l'audience ?*
- J'ai toujours pas compris.
- *Ah d'accord.*
- Je l'ai toujours pas compris. J'ai compris en cours d'audience.
- *Ah, en cours d'audience.*
- Parce qu'on m'a dit, on m'a dit : « c'est juste pour vérifier », tout ce qu'on m'a dit, c'est un infirmier qui me l'a dit entre une porte et une fenêtre, bien sympathique au demeurant d'ailleurs, je lui jette pas du tout la pierre, qui m'a dit… Il n'y a aucune information faite aux patients de ce qu'est cette procédure…
- *Il vous a dit quoi du coup ?*
- Et ben il m'a dit : « c'est juste pour vérifier la forme, ça n'a pas vraiment de sens, vous pouvez ne pas y aller… Voilà, si vous y allez ça fera toujours une sortie. »
- *D'accord et vous…*
- Ça fera toujours une promenade.
- *Il vous a expliqué du coup que c'était…*
- On m'a dit, on m'a dit ça, on m'a dit : « ça fera toujours une promenade » !
- *On vous a dit que c'était pour vérifier l'hospitalisation…*
- Même pas !
- *… Sous contrainte…*
- Même pas.
- *D'accord. Bon du coup il n'y avait pas eu de confusion avec une idée de juge pour vous juger…*
- Dans mon esprit non. Mais il y en a forcément.
- *Oui, oui, mais on parle de vous.*
- Il y en a forcément parce qu'il y a la liberté qui est en question…
- *Oui mais ne vous inquiétez pas, on parle de vous, je vois d'autres patients.*
- Oui oui mais il y a la liberté qui est quand même en question et puis c'est un juge dont il est question. Donc forcément il y a la confusion.
- *Et le fait que l'audience soit publique et que la porte soit ouverte, est-ce que vous avez quelque chose à dire là-dessus ?*
- Non. Non j'ai regretté qu'il n'y ait pas de public.
- *Ah oui ?*
- Bah bien sûr !
- *Pourquoi ?*
- Parce qu'il y a certaines choses qui méritent d'être dites sur la place publique.
- *Hum… C'est le but de ces audiences publiques du coup.*
- Oui mais là c'est de la fausse audience publique parce qu'il y a un greffier, le juge et nous quoi.
- *Oui. Mais la porte est ouverte…*
- Mais la porte est ouverte et personne n'écoute derrière la porte.
- *Hum…*
- C'est plus pour protéger le juge d'un accès de fureur potentielle du patient…
- *Vous pensez ça ?*
- Ben c'est pas je pense ça, c'est… c'est fait pour ça.
- *D'accord.*
- Il n'y a personne… Pourquoi est-ce qu'il n'y a personne dans la salle ? Ça n'intéresse personne ?
- *Je n'ai pas de réponse.*
- L'exercice du juge des libertés ça n'intéresse absolument personne. C'est ni fait ni à faire pour moi.
- *OK. Alors ça c'est par rapport au juge. Et quand vous êtes arrivé, il y a une période d'observation de 72 heures en hospitalisation complète, elle est appelée période d'observation et au cours de cette période le médecin est censé orienter votre prise en charge et vous voir pour rédiger plusieurs certificats et normalement vous avez rencontré pas mal de médecins différents. Comment vous avez vécu ça ? Qu'est-ce que vous en pensez ?*
- Moi j'ai été en isolement, c'est-à-dire que les trois premiers jours j'étais en chambre d'isolement, chambre qu'ils appellent lâchement chambre d'apaisement.
- *D'accord.*
- Mais entre eux ils disent : chambre d'iso. Et quand ils en parlent au public ils parlent de chambre d'apaisement. Ça veut dire… c'est le signe d'une hypocrisie totale.
- *Donc vous, vous étiez les trois premiers jours là-bas.*
- Voilà.
- *D'accord, et vous vous rappelez quand même avoir rencontré trois médecins différents ?*
- Absolument pas.
- *Non, absolument pas.*
- Absolument pas.
- *Oui, vous n'étiez pas bien à ce moment-là.*

- Mais j'étais pas bien… Quand on vous fait les piqûres qu'on m'a faite !
- *D'accord. C'est à cause de la chambre d'isolement que vous n'étiez pas bien.*
- Hé ! Je vous le ferai pas dire.
- *D'accord. Et du coup vous ne vous souvenez pas que vous ayez vu trois médecins différents.*
- Ben non.
- *D'accord. Par contre, pendant l'audience, il a dû vous être relu des parties des certificats des médecins, même vous avez eu un papier de l'audience…*
- Oui.
- *…Qui explique la décision du juge.*
- Oui. Que je n'ai même pas pris la peine de lire.
- *Ah oui ?*
- Ah oui.
- *D'accord, donc vous, ça ne vous a pas plus intéressé que ça de savoir ce qui était dit.*
- Mais que… Vous êtes pris dans un rouleau compresseur, vous savez que vous allez être éclaté, aplati, vous pouvez rien y faire, vous êtes pas préparé en un mot, vous pensez que ce rouleau compresseur est inique…
- *Hum…*
- Qu'est-ce que vous voulez retirer du jugement ?
- *D'accord, donc vous, vous n'avez pas lu le…*
- Mais pourquoi faire ? Je l'ai, je sais que je l'ai, si on me le demande je sais où il est.
- *Oui.*
- Mais c'est vraiment… Moi j'appelle ça… C'est Dostoïevski il parlait de jouissance administrative. C'est-à-dire qu'on est vraiment purement dans la jouissance administrative. C'est-à-dire qu'on a… on a mordu à pleines dents dans l'exercice des libertés, à l'occasion… Et d'ailleurs c'est grenoblois-grenoblois… Parce que c'est suite à un fait divers qui est survenu à Grenoble, Sarkozy a fait une loi en quatrième vitesse etc. mais on a mordu se faisant à pleines dents dans l'exercice des libertés humaines et après on a maquillé ça avec de la jouissance administrative en y balançant au milieu du jeu de quilles un juge des libertés qui n'a aucune position de surplomb, c'est-à-dire qu'il ne peut juger de rien quant au fond.
- *D'accord…*
- Alors moi…
- *Et est-ce que pendant l'audience…*
- La jouissance administrative elle est très déconseillée pour ma part… pour ma personne parce que ma mère était attachée principale d'administration. Donc la jouissance administrative si vous voulez, il y a un côté œdipien… Une transgression d'un interdit… Donc j'ai…
- *Dites-moi, et le…*
- Je dis ça très sérieusement, pas parce que c'est enregistré.
- *… le juge, quand il vous a vu, est-ce qu'il vous a lu des bouts de certificats ou est-ce qu'il vous a expliqué les raisons médicales de votre hospitalisation ?*
- Je ne me souviens plus exactement.
- *D'accord, OK.*
- Je ne me souviens plus exactement.
- *D'accord.*
- Je pense qu'il y a eu… Il me semble me souvenir qu'il y a eu une partie de reformulation.
- *Oui.*
- Oui, oui.
- *D'accord. Et ça vous a apporté quelque chose ou pas du tout ?*
- Mais non parce qu'en aucun cas… C'est-à-dire que d'abord il prend ce qui est mis dans le certificat comme argent comptant…
- *Mais du coup…*
- Donc moi…
- *… Vous avez l'information de ce qui est dans le certificat.*
- Oui, oui, non mais ce qui était dans le certificat c'est : « propos logorrhéiques » !
- *C'est ça que je vous demande, c'est ça ma question.*
- Propos logorrhéiques.
- *D'accord.*
- Alors vous pourrez juger, enregistrement qui vaudra certificat à l'appui, si mes propos sont logorrhéiques.
- *Non ça ne vaut pas du tout certificat.*
- Non, non.
- *C'est justement pour…*
- Pour vous, puisque vous êtes par ailleurs…
- *Oui mais je ne suis pas là pour juger de votre état clinique, là.*
- Oui mais puisque vous êtes par ailleurs médecin interne.
- *Oui, mais je ne suis pas du tout là pour ça.*
- Puisqu'on ne pourra pas manipuler cet enregistrement…
- *Je ne suis pas du tout là pour ça.*
- Non mais très bien, vous pourrez juger du contenu, à savoir si…
- *Selon vous oui. Mais moi je ne jugerai pas du contenu. Ce ne sont pas mes propos, ça ne m'intéresse pas.*
- …À savoir si les réponses que je fais à vos questions tiennent de la logorrhée ou pas.
- *D'accord.*
- Parce que jusqu'à présent ce qui était dans… Je réponds à votre question je vous signale.
- *Mmm…*
- Si, vous allez voir.
- *Hum…*

- Vous allez voir que je réponds à votre question. Parce que ce qui était dans le certificat c'est : « propos logorrhéiques ».
- *Hum…*
- Propos logorrhéiques. C'est-à-dire finalement, débit sans queue ni tête de langage. C'est ça la logorrhée. Bon.
- *Mais ma question c'est : est-ce que ça vous a intéressé de savoir ce que les psychiatres avaient posé dans les certificats.*
- Votre question c'est : est-ce qu'il vous a été lu des contenus de certificats et qu'est-ce qui s'est passé autour de ça. Moi je vous dis, dans le certificat il était marqué, il était inscrit, propos logorrhéiques. C'est un cas d'école de ce que je vous ai décrit juste avant. C'est-à-dire que, parce qu'il était inscrit propos logorrhéiques, la juge a pris toutes mes explications pour de la logorrhée.
- *Hum…*
- Toutes.
- *D'accord.*
- Voilà. Donc maintenant, peut-être que je suis…
- *Ce que vous me dites c'est…*
- …Peut-être que je suis encore…
- *Vous, vous êtes en train de me dire…*
- … Prisonnier d'une logorrhée insensée et comme vous avez un enregistrement vous pourrez en être juge vous-même.
- *Hum… Donc vous, là, vous revenez sur l'idée…*
- Attendez, je réponds à votre question.
- *Vous revenez sur l'idée que la juge se fie aux certificats et pas sur son propre avis en vous interrogeant.*
- Mais elle peut pas.
- *Mais moi, ce n'est pas ça que je vous demandais, ce que je vous demandais c'est : est-ce que ça vous a intéressé d'avoir des informations sur ce que les psychiatres avaient mis dans les certificats ?*
- Mais on n'a pas d'information. On a des…
- *Ben « propos logorrhéiques » par exemple c'est une information.*
- C'est pas des informations ça, c'est des attaques.
- ...
- Eh oui, c'est des attaques ! Moi je passe mon temps à construire une pensée. Quand je parle c'est le fruit d'une pensée construite, que j'ai mis des décennies à construire. Et tout d'un coup sur un claquement de droit… de doigts… Ou de droit, appréciez le lapsus, on viendrait annihiler toute construction.
- *D'accord. Bon, le point suivant c'est par rapport à…*
- C'est un déni… C'est un déni de philosophie
- *… une possibilité d'hospitalisation…*
- C'est un déni…
- *… qui s'appelle le péril imminent.*
- C'est un déni… Non mais c'est un déni d'humanité. C'est un déni de ma… C'est un déni…
- *Est-ce que vous connaissez l'hospitalisation…*
- … de ma liberté de…
- *… qui s'appelle le péril imminent.*
- …de penser madame. Ça c'est un déni de ma liberté de penser.
- *Hein, est-ce que vous connaissez la nouvelle…*
- C'est pas le contenu de certificat médical.
- *Est-ce que vous connaissez…*
- Vous en prenez… excusez moi je m'en prends à la machine [le dictaphone] parce que tout ce que je vous dis, j'ai pas pu le dire à personne. Et c'était souhaitable sinon ils auraient encore changé le traitement. Oui.
- *D'accord. Alors est-ce que vous connaissez la nouvelle possibilité d'hospitalisation pour péril imminent ?*
- J'en ai entendu parler oui.
- *En fait c'est une nouvelle modalité d'hospitalisation…*
- Péril imminent.
- *Voilà. Quand le patient va se mettre en danger dans les heures qui suivent ou dans les jours qui suivent, par exemple menace suicidaire ou des choses comme ça, on peut l'hospitaliser avec un certificat médical d'un médecin extérieur, bon bien sûr après il y a tous les certificats médicaux des psychiatres que le patient revoit, sans tiers.*
- Oui, oui, j'en ai entendu parler. J'en ai entendu parler mais pas ici.
- *Et vous en pensez quoi de ça ?*
- Je peux pas avoir une vue d'ensemble de tous ces… De toutes ces catégories. Pour moi c'est forfaiture et compagnie. Voir "fortuiture" si le mot existe. Eh oui, comment voulez-vous que je donne un avis sur des catégories sans avoir une vue d'ensemble avec du recul ? C'est pas possible.
- *D'accord. Donc vous n'avez rien à dire là-dessus.*
- Mais non.
- *D'accord. Et est-ce que vous avez aussi entendu parler de soins ambulatoires sous contrainte ?*
- Non.
- *C'est le fait qu'ensuite…*
- Non mais j'ai compris ce que c'est ! Non, j'en ai jamais entendu parler.
- *Et c'est quoi alors selon vous ?*
- Eh bien selon l'intitulé ça veut dire que vous êtes en hôpital de jour sous contrainte. Ça veut dire que vous êtes astreint à venir tel jour de chaque semaine…
- *Soit au CMP…*
- Voilà et puis si vous y allez pas, c'est ré enfermement.
- *Hum hum.*
- Ça veut dire… Ça s'appelle du sursis. Ça s'appelle pas des soins ambulatoires. Ça s'appelle du sursis.

- *Vous ne pensez pas que pour certaines personnes ça peut tenir les choses ?*
- Mais je pense que la contrainte est très mauvaise conseillère pour soigner l'homme.
- *Hum.*
- C'est vraiment ce qui a… S'il y a un ingrédient qu'il faut bannir, c'est la contrainte.
- *D'accord.*
- La contrainte bien comprise, ça, éventuellement. Mais au moins si on essayait la persuasion avant la contrainte. Mais la question n'est même pas étudiée. Moi je… C'est moi en tant que patient qui suis obligé de… de… d'expliquer à d'autres patients qui sont en rupture par rapport à l'autorité médicale, le bien-fondé de certaines choses.
- *Comme quoi ?*
- Ben justement, ce que vous dites là, par exemple il y a une patiente aujourd'hui qui a été ré hospitalisée… Elle était hospitalisée pour de l'alcool, ils lui ont fait une prise de sang, trois jours après sa libération elle revient, ils lui font une prise de sang, ils retrouvent une trace infinitésimale d'alcool, ils la gardent chez elle… euh ils la gardent ici à l'hôpital. Bon ben c'est la catastrophe parce que c'est quelqu'un qui imite tout le monde et tout d'un coup privation de liberté, elle veut s'enfuir et puis elle ne peut pas s'enfuir et elle est retenue dans sa chambre etc. etc. et donc par, si vous voulez, par écho… oui, comme des ricochets, c'est tout le service qui est touché. Parce qu'il y a des liens d'empathie avec une dizaine de personnes dans le service. Et alors tout le monde n'est pas à même, dans cette dizaine de personnes, de gérer finalement ces influents émotionnels autour de cette affaire. Donc qui sait…
- *Et tout ça c'est à cause de la contrainte ?*
- Mais qui c'est qui crève les abcès de ça, c'est même pas le… c'est même pas les soignants. C'est-à-dire que la parole n'est pas prise en charge.
- *Et tout ça c'est à cause de la contrainte ?*
- Et ben oui. Du coup oui.
- *Hum…*
- Ben oui.
- *D'accord. Mais la contrainte elle existait déjà même avant la loi du 5 juillet.*
- Et alors ?
- *Et alors comme moi je m'intéresse à la loi du 5 juillet, je ne m'intéresse pas spécifiquement à la contrainte.*
- Mais vous vous intéressez à ce que vous voulez, moi je m'intéresse aux problèmes !
- *Hum… Mais là on est dans un entretien sur…*
- Oui mais moi je ne suis pas dans une jouissance administrative relative à la loi du 5 juillet. Je suis relative… C'est pas le symptôme, le énième symptôme autour du problème qui m'intéresse.
- *Oui mais je ne fais pas une thèse sur la contrainte, il y en a beaucoup déjà.*
- Faites ce que vous voulez. Je vous parle de ce que j'ai sur le cœur et puis vous ferez ce que vous pourrez faire. Excusez-moi si je ne rentre pas dans les clous.
- *D'accord. Et par rapport aux sorties, là du coup vous pouvez sortir…*
- Mais rien du tout ! Hier j'ai…
- *Comment vous faites du coup ?*
- Hier, hier j'ai vu un médecin qui me dit : « vous avez autorisation d'une heure ». Les yeux dans les yeux il me dit : « vous avez une heure de permission par jour, d'autorisation », ça n'a même pas été consigné !
- *Hum… D'autorisation de sorties dans le parc ?*
- Voilà.
- *D'accord.*
- Ça a pas été consigné. Du coup aujourd'hui j'ai eu rien du tout.
- *Vous avez des gens pour vous accompagner, vous ?*
- Non seulement… Non mais autorisation sans accompagnement.
- *Juste je vous demande est-ce que…*
- Mes parents oui.
- *Vos parents sont en mesure de vous accompagner.*
- Oui, c'est un grand luxe ils habitent pas trop loin et ils sont à la retraite. Mais ce qui est étonnant quand même c'est qu'on en soit réduit à un point où l'on ne sache pas nous, comme patient, si le fait de m'avoir dit que je pouvais sortir sans accompagnement une heure dans le parc c'est pas un test. Si le fait de m'avoir dit…
- *Vous avez redemandé ?*
- … et de ne pas l'avoir consigné, c'est pas un test, pour voir comment gérer les frustrations. On en est là !
- *Vous le prenez comme ça du coup.*
- Mais je ne le prends pas comme ça… C'est une question qu'on m'a posé. C'est une question qu'un autre patient m'a posé. Donc comment voulez-vous, avec des liens de confiance de cet ordre, pouvoir avancer ? Comment voulez-vous consolider la relation patient-médecin ? C'est pas possible. C'est de la défiance. Mais même à l'intérieur de l'équipe interne c'est de la défiance. Il y a une infirmière… moi, une infirmière qui… qui arrive… une aide-soignante stagiaire. Bon ben moi, elle me dit quoi cette aide-soignante stagiaire, elle me dit : « mais moi je ne sais pas qui est qui là-dedans, je ne sais pas qui est le fou ». C'est-à-dire que son premier ressenti en rentrant dans le service c'est : il y a des personnes du personnel soignant qui sont déjà dépassées et voilà, qui sont pas très claires. Qui sont pas au clair de leurs

histoires. Alors ce qui fait que quand elle parle avec moi, quand elle parle avec moi elle me met un pied dans le couloir pour surveiller s'il n'y a pas une blouse blanche qui arrive.
- *…*
- C'est quand même hallucinant quoi ! C'est-à-dire qu'il y a de la défiance à l'intérieur de l'équipe soignante.
- *Et du coup vous…*
- Et vous voudriez que…
- *Vous avez discuté d'un projet de sortie avec l'interne ou pas ?*
- Mais oui mais non mais pff… Ils s'en foutent, franchement ils s'en foutent. Moi quelqu'un qui…
- *Vous avez discuté ?*
- Quelqu'un qui… quelqu'un qui n'a comme temps d'écoute que cinq minutes toutes les deux semaines je suis désolé, pour moi, il ne s'intéresse pas. Pour moi il ne s'intéresse pas.
- *D'accord.*
- Il ne s'intéresse pas ou alors il ne peut pas s'intéresser. Mais ça revient au même. Ce n'est pas de sa faute.
- *Pour vous ça a duré combien de temps l'entretien ?*
- Là ? Ici là ?
- *Oui.*
- Là il y en a pour un quart d'heure. Pas 20 minutes.
- *Et si.*
- Il y a 20 minutes là ?
- *Oui.*
- Le temps passe vite !
- *Ben oui, c'est pour ça que je vous dis ça. Vous avez l'impression que vous avez cinq minutes toutes le deux semaines…*
- Mais j'ai beaucoup parlé !
- *…Je me dis que peut-être en fait on vous voit un petit peu plus longtemps.*
- Oui… D'accord. Auquel cas ce serait de 25 %. Donc ça ferait sept minutes et demie. Voyez.
- *Hum… OK. J'ai fait un peu le tour de mes questions…*
- Vous avez fait le tour de vos questions…
- *À part le péril imminent où vous ne pouvez pas répondre…*
- Mais ça ne m'intéresse pas. Je vais vous dire un truc, péril imminent, j'ai été hospitalisé en péril imminent, à Paris il y a moins d'un mois. J'ai déjà oublié ça. C'est tellement du flanc. Vous prenez au sérieux…
- *Vous, ça ne vous a pas dérangé d'être…*
- Vous prenez au sérieux… Excusez-moi de vous le dire mais vous prenez, dans le cadre de vos études, au sérieux quelque chose qui tient du… du… pet de none sur une toile cirée des libertés et des droits humains.
- *Et vous…*
- C'est scandaleux.
- *Par rapport au péril imminent, le fait qu'il n'y ait pas de tiers et d'avis de la famille, est-ce que vous avez eu l'impression que ça atteignait encore plus vos libertés ?*
- Pas du tout. Mais pas du tout, on rentre… À partir du moment où on rentre ici on décroche de tout repère.
- *Donc tiers ou pas tiers, ça n'a rien changé.*
- Tiers, pas tiers, d'office, pompiers, police, gendarmerie, voisin…
- *Pour vous…*
- Tout ça c'est tutti quanti.
- *Et comme vous, de toute façon, vous êtes contre la contrainte, le fait que…*
- Mais au moins avant la contrainte, qu'on essaye la persuasion. Alors vous allez me dire : en état de crise on peut pas persuader. Et si on essayait pour voir. Si on essayait pour voir.
- *Et du coup…*
- Moi j'y arrive à persuader les gens en état de crise. Je le fais dans le service quand ils arrivent. C'est moi qui les ramasse à la petite cuillère quand personne ne les écoute. Pourquoi, parce que j'ai une analyse derrière, j'ai 10 ans d'analyse. Donc je sais écouter les gens. Sans les violer par la reformulation etc. sans suggérer des réponses, sans fabriquer chez eux de la… Voyez ?
- *Et donc comme vous êtes contre la contrainte, le fait qu'il y ait un tiers ou pas, de toute façon… Enfin par exemple, parce que là, ce que certains patients disent de l'avantage du péril imminent c'est que ça peut aider pour les gens très isolés à quand même les hospitaliser quand ils sont en état de crise.*
- Mais écoutez, les gens très isolés, c'est parce qu'ils sont très isolés qu'ils sont là. Alors que c'est complètement ubuesque comme raisonnement. L'étymologie de fou c'est : qui est renvoyé qu'à ses propres affaires, qui est isolé, déjà.
- *Mais vous par exemple vous n'êtes pas isolé et…*
- Mais bien sûr que si je suis isolé !
- *Vous avez vos parents pour vous aider et pour signer le tiers ?*
- Mais ça n'empêche pas que je suis isolé.
- *Mais on ne parle pas dans ces termes-là.*
- Mais pourquoi, mais pourquoi.
- *Parce que vos parents ils pourraient signer le tiers. Moi je vous parle de gens pour qui on n'arrive même pas à trouver de personnes pour signer le tiers.*
- Ben oui et alors ?
- *Ben ça existe.*
- Mais vous relativisez l'isolement à quoi ? À la parenté, à l'affectif ?
- *Oui, dans ce cas-là, dans le cadre de la loi…*
- Mais c'est une erreur madame, c'est une erreur.

- *Non mais on ne parle pas de philosophie.*
- Mais pourquoi ?
- *Parce que ce n'est pas notre propos.*
- Mais…
- *Je parle de philosophie quand j'en ai envie…*
- Mais on parle de folie.
- *… pas quand vous en avez envie.*
- Mais on parle de folie là ou pas ?
- *Ben on parle là, de tiers…*
- On parle de psychiatrie, on parle d'isolement ?
- *On parle d'isolement par rapport à un tiers.*
- Voilà, voilà et donc moi je vous invite à mettre dans votre thèse la phrase de Georges Bataille qui disait : « j'écris pour rompre l'isolement dans lequel me maintient l'approfondissement de ma pensée ».
- *D'accord, eh bien on s'arrêtera là-dessus.*
- Et quand les hommes ne peuvent pas écrire, ne peuvent pas parler depuis l'isolement auquel les tient l'approfondissement de leur pensée, qu'il y ait des parents ou qu'il n'y en ait pas…
- *Si tant est que vous êtes capable de vous arrêter.*
- Ils arrivent ici. Ils arrivent ici.
- …
- Ils arrivent ici.
- *C'est bon ?*
- Ben c'est bon, je sais pas si ça vous servira.

ENTRETIEN 22 (E22)

En Italique : verbatim de l'enquêteur

- *Vous avez rencontré le juge des libertés ?*
- Non.
- *Non ? Jamais ?*
- À la première hospitalisation, mais pas à celle là.
- *D'accord. Et comment ça s'est passé alors à la première hospitalisation, dites-moi ?*
- Ben très bien.
- *Oui ? Quand on vous a dit que vous alliez aller voir un juge, est-ce que ça vous a fait quelque chose ?*
- Non… Ça m'a fait un peu bizarre, je savais pas que ça allait à ce niveau-là…
- *Oui.*
- Et… Non, ça m'a pas fait plus que ça.
- *Ça ne vous a pas impressionné ou vous ne vous êtes pas dit : « j'ai fait une faute » ?*
- Non, pas du tout non.
- *D'accord. Parce qu'on vous a bien expliqué que c'était pour votre liberté ?*
- Euh oui… Ben j'ai pas fait de faute donc…
- *Oui.*
- Je me sentais pas… Je sais pas.
- *D'accord. Et comment on vous l'a expliqué ? Qu'est-ce qu'on vous a dit ? On vous a dit que ça servait à quoi ?*
- On m'a pas beaucoup expliqué.
- *Oui ?*
- On m'a donné une feuille sur laquelle était écrit… Je sais plus…
- *La date ?*
- La date et… euh les recours en cas d'appel ou de mainlevée ou je sais pas…
- *Oui, d'accord. OK. Les démarches à suivre…*
- Voilà, les démarches.
- *OK.*
- Et qu'on avait le droit à un avocat et tout ça. Mais tout ça on ne me l'a pas dit, c'était écrit sur des feuilles.
- *D'accord.*
- Voilà.
- *Et alors ensuite, vous avez eu le transport jusqu'à chez le juge…*
- Oui…
- *Et comment ça s'est passé en audience ?*
- En audience ?
- *Oui, quand vous étiez avec lui.*
- Non mais, bien… Avec elle.
- *Avec elle oui.*
- Très bien. Très sympa.
- *Oui ? D'accord.*
- Rien de spécial.
- *Et elle vous a expliqué pourquoi elle maintenait la mesure d'hospitalisation ?*
- Pourquoi… Je sais pas. Je sais pas si on a abordé le pourquoi mais… Oui… Elle maintenait pour quelques jours.
- *Oui ?*
- C'est-à-dire un mois. Mais je ne savais pas que quelques jours voulaient dire un mois. Ce serait bien pour la suite qu'ils me précisent que quelques jours ça signifie un mois.
- *Oui, donc vous n'avez pas, sur le coup elle vous a dit ça, vous n'avez pas eu plus de précisions que ça quoi.*
- Voilà.
- *Oui. Ça manquait un peu de précisions ?*
- Voilà.
- *Ou alors est-ce que c'est possible que vous n'étiez pas très bien et que vous n'ayez pas perçu ce qu'elle voulait vous dire, où vous étiez bien à ce moment-là ?*
- Sur les quelques jours ?
- *Non pas… Oui, quand vous avez vu la juge.*
- J'étais bien oui.
- *Oui ? Vous étiez en mesure ? Parce que vous savez des fois quand on arrive à l'hôpital on n'est pas très bien et on n'est pas toujours en mesure de…*
- Non mais j'étais pas à l'hôpital là, j'étais… Quoi ici, vous appelez ça l'hôpital ?
- *Oui, j'appelle ça l'hôpital.*
- D'accord. Donc non, non, j'étais bien.
- *D'accord. OK. OK d'accord, et le fait que la porte soit ouverte, parce que la porte reste ouverte en fait, les audiences sont publiques, est-ce que vous en pensez quelque chose ? Est-ce que ça vous a fait bizarre… Est-ce que…*
- Je ne me souviens pas de… de la porte… Non, ça m'a pas fait bizarre.
- *Et est-ce que ça vous embête le fait que les audiences soient publiques et que n'importe qui puisse venir ?*
- Euh… Non, ça m'embête pas.
- *Non.*
- Je trouve ça plutôt bien pour la démocratie.
- *Oui ? D'accord. Et est-ce que vous avez l'impression que ça a été une garantie de vos libertés, qu'on a bien pris en compte vos libertés à cette audience ?*
- Je sais pas quoi dire.
- *Vous avez le droit de dire non !*
- Je sais pas quoi dire. Qu'est-ce que vous entendez par liberté ?
- *Ben ce que j'entends… En fait je vous demande ça parce que ça a été mis en place, cette visite chez le juge, euh… Ça a été mis en place pour pas qu'il y ait d'hospitalisations abusives, pour qu'il y ait un regard extérieur de la justice.*
- Oui, alors le problème c'est que si on est… Si on considère que l'hospitalisation est abusive, le

temps qu'il y ait un expert qui vienne pour démontrer que l'hospitalisation est abusive il se passe 15 jours et c'est la même chose que de dire : « il n'y a pas d'hospitalisation abusive ».
- *Vous pensez que… Allez-y, allez-y…*
- Non, vous comprenez ce que je veux dire ?
- *Oui, c'est intéressant ce que vous me dites.*
- Donc autant… Je veux dire, que ce soit abusif ou pas c'est le même temps dans tous les cas. On reste le même temps dans les…
- *D'accord. Vous pensez peut-être alors que ce serait plus intéressant qu'on le voit dès le début, le juge, peut-être dans les premiers jours, au moins qu'il vérifie le dossier. Comme ça, s'il y a 15 jours pour l'expert et cætera ça fait pas un mois ça fait que 15 jours.*
- Voilà, ben déjà, déjà oui ça serait une bonne idée, tout à fait.
- *Ce serait intéressant. OK. D'accord. Et alors quand vous êtes arrivé, donc cette première fois… Sur la première ou sur la deuxième, la fois où vous vous souvenez le mieux, il y a une période qu'on appelle une période d'observation, pendant trois jours, où vous rencontrez trois médecins différents qui font trois certificats différents… Ça, est-ce que vous vous souvenez d'avoir rencontré tous ces médecins différents ?*
- Non.
- *Non ? Ça ne vous a pas choqué plus que ça ?*
- Non.
- *Vous avez pas eu l'impression de devoir répéter ?*
- J'ai pas bien compris la question.
- *C'est par rapport à, au début de l'hospitalisation… Quand on arrive ici, ce qui se passe quand on est en soins sous contrainte… Vous, c'est à la demande d'un tiers ?*
- Oui.
- *Quand on est en soins à la demande d'un tiers, on doit voir trois médecins différents, il faut trois certificats par des médecins différents.*
- Oui ben je me souviens pas avoir vu trois médecins différents.
- *D'accord. La première comme la deuxième fois.*
- Non.
- *D'accord, OK. Et quand vous avez vu le juge il a dû peut-être, je sais pas si vous vous souvenez, vous relire des bouts de certificats ou vous expliquer ce que pensaient les médecins et pourquoi ils voulaient vous maintenir hospitalisé.*
- Oui.
- *Est-ce que ça vous a intéressé, est-ce que vous avez eu l'impression que…*
- Oui, c'est intéressant.
- *Oui ? Est-ce que vous avez l'impression, du coup, que c'est de l'information qui vous est donnée ?*
- Oui. Tout à fait.
- *D'accord. Que c'est peut-être plus transparent…*
- Oui, c'est plus transparent oui.
- *D'accord. Parce que c'est vrai qu'avant on n'avait pas forcément les informations de ce que faisaient les psychiatres…*
- Voilà tout à fait.
- *D'accord. Et vous vous souvenez de ce qu'ils ont pu dire ?*
- Non je ne me souviens pas.
- *Oui, d'accord. Après j'ai une question qui est un peu plus théorique parce que vous, vous n'avez pas été hospitalisé sous cette modalité là. Mais en fait il existe une possibilité d'hospitalisation qui est : quand le patient va très mal, qu'il y a un péril imminent pour lui, par exemple qu'il va mettre…*
- Une HO non ?
- *Non, ce n'est pas l'HO, ça s'appelle le péril imminent, c'est quand par exemple il peut mettre fin à ses jours dans les jours qui viennent, on peut hospitaliser sans le tiers.*
- D'accord.
- *C'est-à-dire juste avec un certificat d'un médecin extérieur.*
- D'accord.
- *Est-ce que vous avez impression que ça, ça peut être soit intéressant soit dangereux soit… ?*
- C'est très dangereux.
- *Ah oui ? Pour quelles raisons dites-moi.*
- Pour la démocratie.
- *Oui ? C'est quoi… Quel exemple vous vient à l'esprit ? Qu'est-ce qui pourrait se passer ?*
- Ben c'est-à-dire que y a plus besoin d'un tiers et n'importe quel médecin peut…
- *Hum.*
- Peut faire ce qu'il veut quoi.
- *Oui. Donc vous vous pensez que c'est un risque pour le patient.*
- Oui.
- *Et le fait que ce ne soit pas forcément un psychiatre, même si après il y a des psychiatres qui revoient le patient, vous en pensez quoi ?*
- Ah ça peut être n'importe quel médecin ?
- *Oui.*
- Donc c'est n'importe quoi.
- *Ah oui, vous, vous pensez qu'il faut que ce soit un psychiatre.*
- Non plus.
- *Non ?*
- Non, je trouve que cette mesure est abusive.
- *D'accord, qu'il faut vraiment un tiers.*
- Absolument.
- *D'accord. Et pour les gens isolés qui vont mal et qui veulent pas être hospitalisés ?*
- Eh ben il y a déjà l'HO qui est déjà présente, y a pas besoin d'aller vers une… Je sais pas comment expliquer ça… Je sais vraiment pas.
- *Oui.*
- Bref, peu importe.

- *D'accord. Donc pour vous c'est un abus de droit.*
- Tout à fait.
- *D'accord. OK. Et alors est-ce que vous avez entendu parler de soins ambulatoires sous contrainte ? Est-ce que vous avez déjà eu… Est-ce qu'on vous a déjà expliqué ce que c'était ?*
- …
- *Est-ce que… Parce que vous, quand vous êtes sorti entre les deux hospitalisations est-ce que vous étiez en sortie d'essai ?*
- Vous pouvez répéter la question ?
- *On va commencer par… Vous, si j'ai bien compris, vous avez eu deux hospitalisations.*
- Oui.
- *Entre les deux, vous étiez en sortie d'essai ?*
- En sortie définitive.
- *Définitive. Il n'y avait pas de mesure.*
- Non. J'étais en sortie accompagnée, j'avais des visites à l'extérieur.
- *Euh… Des visites à domicile ou des choses comme ça ?*
- Non, non, je devais aller voir le CMP toutes les semaines.
- *Oui, d'accord. Mais ça c'était… Mais vous étiez quand même en libre.*
- Oui, oui.
- *Parce qu'il existe quelque chose qui s'appelle les soins ambulatoires sous contrainte ça veut dire que quand les gens, on a besoin pendant un petit moment de les obliger un petit peu à aller au CMP, on peut faire un programme de soins, c'est-à-dire qu'on leur dit : « bon, vous sortez d'hospitalisation parce que vous n'avez plus besoin d'être là tout le temps mais vous vous rendez au CMP toutes les semaines » voilà.*
- Ben c'est ça…
- *Et si on vous y voit pas, on vous ré hospitalise. Et comme ça… Enfin voilà, ça, vous en pensez quoi, est-ce que vous trouvez que ça peut être intéressant… ?*
- Le fait de : si on n'y va pas on vous ré hospitalise je trouve ça un petit peu abusé…
- *Hum…*
- Parce qu'elle est où la raison d'hospitalisation à ce moment-là ?
- *Oui. En fait ce qui est sous-entendu c'est que si vous n'y allez pas c'est que vous allez moins bien.*
- Oui mais…
- *Mais c'est vrai que si vous n'y allez pas pour un empêchement…*
- Si on n'y va pas parce qu'on veut aller quelque part dans une autre ville ou voilà, qu'est-ce qui se passe ?
- *Ça je pense que c'est négociable… Enfin a priori, moi dans mon idée, c'est négociable. C'est ça l'intérêt, c'est que vous prévenez, vous expliquez et puis on comprend…*
- D'accord. À ce moment-là…
- *Hum… Ça peut aider pendant une période…*
- Oui.
- *Hum… Parce que vous, quand vous avez été ré hospitalisé…*
- Combien de temps elle dure cette période de…
- *Ça dépend des gens.*
- Ça peut être un an ?
- *Ça dépend, ça peut être un mois, ça peut être un an, ça peut être…*
- D'accord.
- *Ça dépend.*
- Hum… Très bien.
- *Oui, c'est à… Justement…*
- C'est au cas par cas.
- *Voilà. Et justement, ce qui a été fait dans cette loi c'est que maintenant il faut établir un programme de soins, c'est-à-dire qu'il faut dire à la personne qui est soignée : « voilà ce qu'on va faire » et puis il y a une feuille qui est mise dans le dossier et c'est obligatoire de le faire. Ça ne se fait pas juste comme ça, à l'oral.*
- Oui. D'accord.
- *Et ça, le programme de soins, vous en pensez quoi ? Le fait qu'il faille faire une feuille où on explique au patient…*
- Non, c'est bien.
- *Oui ? D'accord. Et alors j'ai une dernière question par rapport aux sorties… Quand vous sortez…*
- En permission ? Ou pour les sorties dans le parc ?
- *Oui, les deux.*
- Oui ?
- *Parce que vous savez que maintenant on ne peut plus… Je sais pas si vous avez été hospitalisé l'année dernière, avant l'été ?*
- Non.
- *Vous n'aviez jamais été hospitalisé.*
- Non.
- *Parce qu'avant, en fait, on pouvait avoir des permissions de plus de douze heures, mais maintenant on ne peut pas avoir de permissions de plus de douze heures.*
- D'accord.
- *On est obligé : maximum douze heures et toujours accompagné.*
- Oui.
- *Sauf dans le parc.*
- Oui.
- *Qu'est-ce que vous en pensez de ça ?*
- Ben c'est dommage. C'est dommage de pas… Si avant c'était comme ça je ne vois pas pourquoi ça change. Je ne pense pas qu'il y ait eu des problèmes spéciaux pour changer cette loi… C'est… Parce que c'est court douze heures, et de toute façon on les fait pas. On les fait pas parce qu'il n'y a pas douze heures dans la journée. Donc… Donc…

Voilà, moi j'en pense pas… Je pense que c'était mieux avant. Voilà.
- *Hum hum. Vous, vous vous débrouillez comment ? Est-ce que vous avez des gens qui peuvent vous accompagner ?*
- Oui, oui, tout à fait.
- *Donc vous pouvez sortir au-delà du parc quand on vous le permet.*
- J'ai des permissions et j'ai des sorties dans le parc.
- *Et les permissions ça dure combien de temps par exemple ?*
- Pour la journée.
- *Oui, d'accord. Mais vous devez être accompagné.*
- Oui accompagné.
- *D'accord. OK. Et si les gens n'ont pas de famille ou pas de gens pour les accompagner…*
- Et ben voilà, c'est idiot parce qu'ils ne peuvent pas bouger alors qu'avant ils pouvaient.
- *Voilà c'est ça.*
- C'est idiot. Là, j'ai un ami qui avait une permission mais personne pour l'accompagner donc il ne pouvait pas sortir.
- *D'accord. Eh oui. D'accord.*
- Ils devraient mettre… Ils devraient mettre une option comme ça dans le cas où la famille ne peut pas l'accompagner.
- *Oui.*
- La possibilité de sortir seul. Ça devrait être possible ça.
- *Oui, il devrait y avoir des exceptions pour que les gens…*
- Voilà.
- *D'accord. OK. Bon, est-ce que vous avez des choses à rajouter par rapport à la contrainte, comme vous la vivez ici…*
- Elle est facile à mettre, elle est moins facile à lever.
- *À lever ?*
- On comprend pas les raisons… Comment elle est levée. On sait pas les recours. Je sais pas… Les médecins la lèvent quand ils veulent et il n'y a pas de… On n'a aucune marge, là-dessus, de contrôle. On ne sait pas du tout, ça peut être le mois suivant ou alors dans trois mois ou dans 10 ans. Donc ça… Les médecins ont tout le pouvoir là-dessus, je trouve que c'est un petit peu trop. Le juge devrait mettre une limite à l'hospitalisation, en durée.
- *Oui d'accord, soit il dit : « bon ben vous êtes hospitalisé encore tant de jours ».*
- Voilà.
- *Ou alors au moins il pourrait aussi dire…*
- Voilà, quelques jours et ça veut dire autant qu'on veut… Voilà.
- *Il pourrait aussi dire : « je vous revois dans tant de jours en fonction de… »*
- Voilà tout à fait.
- *Pour réévaluer les choses avec vous.*
- Voilà.
- *D'accord. Oui, il pourrait ré intervenir.*
- Voilà.
- *D'accord. OK. Bon ben écoutez ça m'a beaucoup aidé, merci.*

ENTRETIEN 23 (E23)

En Italique : verbatim de l'enquêteur

- *Vous avez rencontré le juge des libertés vous ?*
- Oui.
- *Oui. Comment ça s'est passé votre audience ?*
- Mon audience s'est bien déroulée…
- *Oui.*
- Euh… Elle s'est bien déroulée au départ mais dans la mesure où c'est une audience ouverte…
- *Publique.*
- Publique donc ouverte…
- *Oui tout à fait.*
- Donc mon frère, qui était déjà la personne qui a demandé cette hospitalisation…
- *Le tiers…*
- …Anciennement HDT et maintenant je pense qu'elle a un nouveau nom…
- *SDT ou ADT.*
- Il était présent donc moi j'étais… euh, je suis passé de 3 janvier…
- *Oui ?*
- Et j'ai été hospitalisé sous contrainte le 21 décembre.
- *D'accord.*
- Il est vrai qu'au départ j'étais fou de colère… j'étais fou de colère de savoir que… d'être contraint.
- *Oui.*
- J'étais fou de colère, cependant au bout d'environ une semaine, une semaine ou huit jours, je me suis dit : « finalement ce n'est pas plus mal ».
- *D'accord, que vous aviez peut-être besoin d'être hospitalisé ?*
- Ben disons que ce qui se passe, c'est que moi je suis alcoolique.
- *D'accord.*
- Et le fait est que j'ai réalisé que si jamais je n'avais pas été hospitalisé sous contrainte, si j'avais été en hospitalisation libre, j'aurais fait comme j'ai fait déjà… Si j'ai pas fait 20 cures de sevrage dans ma vie j'en n'ai pas fait une seule.
- *Ah oui, d'accord.*
- J'en ai fait plus que 20, c'est sur.
- *Eh oui.*
- Et donc je me serais fait sevrer, au bout de 15 jours même pas, mettons 15 jours, c'est sûr et certain qu'on est sevré, j'aurais demandé à sortir…
- *D'accord.*
- On m'aurait laissé sortir et j'aurais recommencé la vie comme avant…
- *Donc avec un risque de rechute.*
- Au bout d'un mois, un mois, un an, même deux ou trois ans, j'aurais tenu mais j'aurais replongé.
- *D'accord.*
- Et je me suis dit là, finalement : « c'est une bonne chose dans la mesure où tu es tranquille, tu es au calme, tu attends, il faut que tu réfléchisses, il faut que tu remettes ta vie à plat et il faut que tu changes quelque chose, ta façon de fonctionner, de façon à ne plus retomber là-dedans.
- *Et quand vous disiez, vous parliez de votre frère qui était là…*
- Oui, alors bon justement, je vous dis j'ai réalisé cela…
- *Oui ?*
- Je l'ai expliqué au juge.
- *D'accord.*
- Euh bon… Mon frère a osé dire à la juge… Il lui a dit : « ah mais Madame, c'est pas la première fois qu'il dit ça » c'est pas vrai. C'est pas vrai, c'est pas vrai.
- *Ah, donc ça, ça a été difficile qu'il y ait votre frère en…*
- Il m'a enfoncé. Bon, je pense que c'est dans un but… C'était pas… C'était pas dans le but de me faire du mal.
- *Oui, c'était peut-être…*
- Parce que lui c'est vrai que bon, il commence à en avoir marre d'avoir un frangin alcolo, il veut vraiment, ce coup-ci il veut…
- *Oui, peut-être qu'au fond c'était pas…*
- Mais bon, il a une façon… Il n'est pas très psychologue.
- *Oui.*
- C'est comme lorsque j'étais aux urgences, je n'ai pas… Je n'ai jamais montré aucun signe de violence, il a quand même demandé à ce qu'on m'attache.
- *D'accord.*
- Bon, les infirmiers ont quand même été… Ont bien vu que je ne manifestais aucun signe de violence, ils m'ont juste mis en chambre… Vous appelez ça une chambre…
- *D'isolement…*
- D'apaisement […] C'est pour ça, ça s'est bien passé, à la fois oui et non.
- *D'accord, donc il y a eu cet élément difficile du fait que ça soit public et qu'il ait pu y avoir votre frère.*
- Ben oui, et donc moi je vois du coup, je suis passé pour un menteur.
- *Eh oui, d'accord, alors que ça n'aurait pas été public, vous étiez dans votre bonne résolution, vous auriez pu…*
- Je vous dis ça, c'est la vérité…
- *Oui, bien sûr, d'accord.*
- Je me suis étonné moi-même d'ailleurs…
- *Vous êtes resté calme du coup ?*
- Oui, oui, je suis resté zen. Je suis resté zen.
- *D'accord. Et quand on vous a dit que vous alliez voir un juge, parce que vous me dites que vous aviez déjà été hospitalisé avant mais peut-être jamais sous contrainte ?*

- Jamais sous contrainte.
- *D'accord. Et quand on vous a dit que vous alliez voir un juge, comment vous avez réagi, comment on vous a expliqué les choses, comment vous avez compris les choses ?*
- Oh non, ça ne m'a pas du tout… Un juge, mais je savais très bien que je n'allais pas en correctionnel ou quoi que ce soit…
- *Oui, d'accord.*
- Donc… Et je m'étais quand même fait fournir toute une documentation sur l'HDT et j'étais déjà… Un ami m'a sorti sur Internet 18 pages…
- *Ah, vous étiez déjà informé.*
- Voilà, j'étais déjà informé…
- *D'accord.*
- … De la procédure.
- *Vous étiez déjà informé par Internet. D'accord. OK, donc vous n'avez pas été plus étonné que ça.*
- Non, non. Pas du tout, aucune inquiétude donc ça ne m'a pas du tout…
- *D'accord. Bon, et quand le juge vous a… Normalement souvent le juge il lit des passages de certificats médicaux qui sont faits par les médecins, il explique pourquoi un peu il maintient la contrainte par exemple. Est-ce que vous vous souvenez de ça ? Est-ce qu'il a lu des passages, est-ce qu'il vous a redit un petit peu ce qu'il y avait dans les certificats ?*
- Oui. Oui, il a dit quelques… Elle…
- *Oui elle…*
- ... Parce que c'était une dame. Je vous avoue qu'elle ne m'a pas dit grand-chose, elle a certainement dû dire… dû dire certaines choses ou citer certains textes… Enfin bref, mais non, non.
- *Non ?*
- Par contre je suis étonné car je lui ai posé une question par la suite, à laquelle elle n'a pas su me répondre.
- *C'était quoi la question ?*
- Il s'avère que mon père vient de décéder le 4 août de cette année. Donc dans peu de temps je vais être amené à signer des documents notariés. Et je désirais savoir si le fait d'être en psychiatrie, interné en psychiatrie et sous contrainte, peut remettre en cause la signature sur un document.
- […] mais enfin, là j'ai posé la question au juge le 3 janvier, qui a dit qu'elle se renseignerait et qu'elle ferait passer le renseignement, on est le 17 et je n'ai pas de nouvelles.
- *D'accord. Ils croulent sous le travail mais d'accord. OK. Bon et ben écoutez, on va peut-être passer au deuxième point. Alors mon deuxième point c'est sur la période initiale d'hospitalisation. En fait, quand vous arrivez, il y a une période de 72 heures, qui se partage entre les urgences et ici par exemple, où vous rencontrez au moins trois médecins différents qui font des certificats. Est-ce que vous vous souvenez ? Est-ce que ça vous a interpellé de rencontrer ces trois médecins différents ou est-ce que ça ne vous a pas particulièrement marqué ?*
- Du tout du tout du tout.
- *D'accord. Vous vous souvenez que vous avez rencontré des médecins différents ?*
- Disons que ce qui se passe c'est que, en plus, moi j'ai été d'abord aux urgences, des urgences j'ai été transféré à l'APEX, on m'a dit : « il n'y a pas de place ici », et après j'ai eu une place ici.
- *D'accord.*
- Donc les trois médecins différents, je n'ai pas trop… Enfin ça m'a, ça m'a pas surpris.
- *D'accord. Et le fait de devoir répéter c'était pas quelque chose de particulièrement difficile.*
- Non, pas spécialement. Bon il est vrai que je me suis dit… Parce que des fois j'avais l'impression qu'on me faisait répéter… Je me disais : « est-ce qu'il ne font pas exprès pour voir si je suis cohérent en réponse ».
- *Oui ? Donc vous vous êtes demandé…*
- Oui, voilà, j'ai eu l'impression d'être interrogé plusieurs fois et qu'on me posait plusieurs fois, plusieurs personnes différentes me posaient à chaque fois la même question.
- *Hum, d'accord.*
- Mais je ne pense pas m'être trop mélangé les pinceaux.
- *Non mais c'est surtout que, en fait, s'ils font ça c'est pour rédiger un certificat, en fait c'est un peu toujours le même canevas d'entretien finalement que l'on fait. Je pense que c'est pour ça que vous avez eu les mêmes questions qui sont revenues, parce que les médecins ont besoin de ces éléments pour remplir leur certificat. Mais c'est pas euh… à la limite… Enfin je ne pense pas que c'était pour vous tester.*
- Ah oui.
- *D'accord. Et euh... Est-ce que vous pensez que ces trois jours là on peut observer les gens, ça permet d'aider à savoir si on maintient la contrainte ou pas, est-ce que vous pensez que ça a un intérêt dans la prise en charge ?*
- C'est-à-dire, les trois jours ?
- *Les trois premiers jours oui.*
- Les trois premiers jours moi je les ai passés à l'APEX. Parce que la première fois… Enfin bon… Bref, j'étais le 21 aux urgences, le 22 je suis passé à l'APEX et je suis arrivé ici le 26 décembre 2011. Donc 22,23…
- *Cinq jours.*
- Donc c'était à l'APEX. Donc… Si…
- *Est-ce que vous avez l'impression que cette période ça peut être une période d'observation qui aide les médecins ensuite à savoir s'ils maintiennent la contrainte ou pas ?*

- Bien entendu. Bien entendu…
- *D'accord. Comme ça on peut voir si c'est aigu, si ça se tasse, si ça va mieux…*
- Oui, mais bon moi je… Ce que je trouve regrettable c'est que… Oui, je pense que… Non, si si si si si, c'est vrai qu'ils ont bien fait, ils ont bien fait puisque…
- *Mais c'est quoi qui est regrettable dites-moi ?*
- Pardon ?
- *C'est quoi que vous trouvez regrettable ?*
- Ben… C'est vrai que c'est, à la limite, je dirais que c'est un hasard malheureux que je me sois retrouvé sous HDT, mais je pense qu'il y a des cas beaucoup plus graves que moi qui n'y sont pas.
- *Qui… Qui ne le sont pas quoi ?*
- Qui ne sont pas sous HDT.
- *Ah d'accord. D'accord, oui, vous avez l'impression qu'il y a des gens qui… dont… Qui devraient être sous HDT et qui ne le sont pas.*
- Voilà.
- *D'accord.*
- Mais bon…
- *Et comment on pourrait faire pour les… pour qu'ils le soient ?*
- Pardon ?
- *Qu'est-ce qu'il faudrait faire pour qu'ils le soient… Pour qu'ils soient sous HDT ?*
- Ah ben… Justement, il faut que quelqu'un de leur entourage… En règle générale… Dans je suppose 99 % en général c'est quelqu'un proche de l'entourage qui le demande.
- *D'accord. Oui, OK.*
- Mais bon, l'entourage parfois ils ont tendance à trop protéger, d'autres fois ils ont tendance… Ben écoutez, dimanche dernier j'appelle ma mère et je lui dis : « écoute maman, cette après-midi j'ai eu une permission, je suis parti me promener dans la montagne avec une copine » ça faisait quand même un mois que j'étais enfermé en gros et elle me répond : « ah mais quand même ils te laissent sortir ? Tu ferais mieux de rester dans ta chambre et de penser un petit peu à tout ça ».
- *Oui, la famille peut des fois au contraire être trop…*
- A tendance à…
- *À être dure.*
- Oui.
- *D'accord.*
- Pour eux, la psychologie c'est : attaché sur un lit pendant 15 jours et puis après… Bon bref.
- *D'accord. Bon alors ça rejoint un petit peu parce que le point suivant c'est sur une modalité d'hospitalisation nouvelle qui s'appelle le péril imminent. En fait c'est quand les patients sont en danger dans les heures ou les jours qui suivent, par exemple qu'il y a une menace suicidaire ou des choses comme ça, on peut maintenant les hospitaliser avec un seul certificat d'un médecin extérieur, et sans tiers, sans le papier de la famille.*
- Oui ?
- *Donc ça, je voulais savoir ce que vous en pensez, est-ce que vous avez une idée là-dessus… Enfin une opinion là-dessus, le fait qu'on puisse hospitaliser comme ça : sans qu'il y ait de tiers.*
- Sans qu'il y ait de tiers, tout à fait. Mais qu'il y ait un seul médecin, là, il y a un souci.
- *Il y a un médecin au début en fait, à l'extérieur, mais ensuite le lendemain il voit un autre médecin psychiatre dans l'établissement, et le jour d'après encore un autre médecin. Mais pour l'entrée un seul médecin.*
- Oui. Parce que le fait que… Moi je m'imagine très bien que si ça se produisait, rien que le fait qu'il y ait un seul médecin qui me fasse rentrer, alors là je suis devenu… Si j'étais à moitié fou alors là je suis complètement fou.
- *D'accord.*
- Alors là moi je… Pour moi c'est pas…
- *En plus ce n'est pas forcément un psychiatre. Ça peut être un médecin généraliste, un médecin du SAMU.*
- Voilà, donc non. Non, moi je suis contre… Si vous me dites que ça existe.
- *Oui, mais c'est intéressant, moi ça m'intéresse ce que vous me dites.*
- Moi je trouve ça… Non.
- *Ça ne respecte pas les droits des gens pour vous ?*
- Je ne pense pas. Peut-être que c'est… Je vous dis moi… C'est sûr que le lendemain je suis complètement fou.
- *D'accord.*
- Il n'y a pas de souci.
- *D'accord. Oui, pour vous il faut qu'il y ait au moins deux médecins qui jettent un coup d'œil sur l'affaire, qui vous rencontrent…*
- Voilà, c'est ça.
- *Et des psychiatres ?*
- Des psychiatres oui. Je préfère.
- *D'accord, oui. OK. Et le fait qu'il n'y ait pas de tiers par contre, ça, ça ne vous pose pas de souci parce que…*
- Non.
- *Par exemple pour les patients isolés ou les gens qui n'ont pas… plus de famille ?*
- Oui, même des gens qui ont de la famille et dont la famille accepte ou cautionne leurs comportements.
- *D'accord, tout à fait. OK. D'accord. Euh… Et ensuite le dernier point, mais ça je ne pense pas que ça vous concerne, mais… Enfin c'est une petite partie qui peut vous intéresser, c'est une partie sur les soins ambulatoires sous contrainte. C'est le fait que les patients, quand ils sortent, parfois on peut mettre en place des soins où on leur dit : « vous*

êtes obligé de vous rendre au CMP toutes les semaines par exemple et si vous ne le faite pas vous êtes ré hospitalisé » vous en avez entendu parler de ça ?
- J'en ai entendu parler, il y a des gens qui viennent ici en hôpital de jour par exemple.
- *Oui, tout à fait.*
- C'est clair, bon j'ai eu l'occasion d'en discuter avec eux.
- *Qu'est-ce que vous en pensez alors de ça ?*
- Moi je pense que c'est… C'est une bonne mesure dans la mesure où cela peut être aménagé en fonction de l'activité professionnelle de la personne. Moi il s'avère par exemple, en ce qui me concerne, moi actuellement je suis chauffeur-routier, je prends mon camion lundi matin des fois très très tôt, rarement après huit heures du matin, et je rentre le vendredi soir si ce n'est le samedi matin. Donc la, il y aurait eu un souci.
- *Pour vous… D'accord. Donc si ça peut être discuté, ça peut être intéressant.*
- Mais dans d'autres cas je pense qu'il serait bon pour moi d'avoir un suivi lorsque je sortirai d'ici.
- *Oui, d'accord.*
- Donc là il faudra que je trouve une formule avec les soignants qui soit adaptée. Bon je ne pense pas reprendre le boulot tout de suite tout de suite. Mais…
- *Oui, d'accord. D'accord. Et par rapport aux sorties, aux permissions, en fait avant cette loi on pouvait sortir, on pouvait avoir des sorties, des permissions, maintenant depuis cette loi, quand on est hospitalisé à temps complet, on ne peut sortir que douze heures maximum, et toujours accompagné. Est-ce que vous avez une opinion là-dessus ?*
- C'est nouveau ça ?
- *Oui. Avant on pouvait sortir tout le week-end par exemple.*
- Ah ben attendez, il y a un patient ici qui s'appelle M. C., qui est sorti… Ben de toute façon là il vient de partir. Il devait partir à seize heures donc je suppose qu'il est parti de façon définitive, mais il a passé bien plus que douze heures dehors.
- *Ça devait être dans le cadre d'un programme de soins alors. Ils ont dû mettre en place un soin ambulatoire sous contrainte.*
- Non non, Mme C. est aussi sortie plus de douze heures. Là ce n'est pas respecté pour l'instant.
- *En fait, il y a une possibilité de faire autrement c'est de mettre en place un soin ambulatoire sous contrainte c'est-à-dire que…*
- Mais non, ce n'était pas un soin ambulatoire…
- *… Mais avec de l'hospitalisation.*
- Je ne sais pas comment ils ont fait mais…
- *Ils ont peut-être fait comme ça. Ils ont peut-être tourné les choses comme ça. Parce que vous par exemple, comment vous faites, quand vous devez sortir vous avez des gens pour vous accompagner ?*
- Au départ j'avais droit uniquement aux sorties accompagnées, là depuis… Attendez que je ne vous dise pas de bêtises, depuis… Je crois que c'est depuis mercredi dernier et c'est très bien tombé, j'ai le droit de sortir tout seul.
- *Dans le parc par contre ?*
- Dans le parc, oui. Et j'ai une sortie de trois heures ainsi que je vous l'ai dit précédemment, dimanche, mais accompagné.
- *Accompagné, d'accord.*
- Mais par contre maintenant, je vous dis depuis la semaine dernière, j'ai droit de sortir tout seul dans le parc.
- *Oui d'accord. Et ça, vous trouvez ça bien ou contraignant de devoir être accompagné pendant toute la permission ?*
- Je vous dirai que le gros problème qu'il y a c'est que bon, moi, j'ai une chance énorme dans la mesure où j'avais… j'avais ma fille qui était très disponible, et c'est tombé pile poil, là elle vient de reprendre une affaire donc du coup elle n'est plus disponible, donc du coup je peux sortir tout seul. Mais je vois pour les gens qui n'ont pas… qui n'ont pas d'amis disponibles… Parce que sinon j'ai des amis, mais ils travaillent. Je suis désolé mais mes amis ne sont pas RMIstes, ils vivent pas au crochet de la société…
- *Du coup ça peut être difficile quand on n'a personne ?*
- Et donc du coup, on nous dit qu'on peut sortir avec un aide-soignant, donc je l'ai fait une fois, alors l'aide-soignant… Oui c'est un aide-soignant… L'aide-soignant en principe il est débordé, l'heure ça a été un quart d'heure, ça a été allé retour au CHU pour aller à la bibliothèque et m'acheter un casse-croûte à la cafète et pourtant c'était le plus sympa de tous.
- *Oui donc ça c'est pas…*
- C'est pas… Maintenant, il est évident que sur un type de pathologie, quelqu'un qui visiblement risque d'en profiter pour s'enfuir, on peut comprendre que… Ça je pense que…
- *Mais ça devrait, vous pensez que ça devrait être adapté, adaptable, en fonction des patients et qu'il pourrait y avoir des sorties seul au-delà du parc ? Ce serait intéressant vous pensez ?*
- Je pense oui.
- *D'accord, OK. OK. Est-ce que vous avez quelque chose à rajouter sur… Sur la contrainte ou…*
- Non, ainsi que je vous l'ai expliqué en ce qui me concerne personnellement, cela a même été une bonne chose.
- *D'accord, OK. Bon ben je vous remercie beaucoup.*
- Je persiste et je signe.

ENTRETIEN 24 (E24)

En Italique : verbatim de l'enquêteur
En gras : grands thèmes du guide d'entretien

- ***Alors ma première partie ça concerne le juge des libertés et de la détention : j'aurais aimé savoir ce que vous pensez de l'intervention systématique du juge des libertés et de la détention au bout de 15 jours d'hospitalisation ?***
- Alors bon, là on n'a pas eu grand-chose à dire puisque c'était à la suite d'une plainte d'un patient qui a demandé ça. Donc…
- *Mais par rapport à l'expérience qu'on en a ?*
- Bon l'expérience qu'on en a… nous à l'accueil on reçoit des gens, les questions des gens c'est de savoir comment ça marche, les gens sont venus nous dire : « on est au CHU, on sait qu'au CHU le juge c'est à Saint Egrève et que c'est lui qui décidera de la sortie de notre enfant » donc ils veulent savoir quelle date, quelle heure…
- *D'accord, donc ils avaient des questions sur…*
- La manière dont c'était organisé à Saint-Egrève… sur Grenoble.
- *D'accord. Et il y en a qui souhaitaient y participer ?*
- Eh bien je crois qu'ils y participent, il me semble.
- *D'accord. Moi, ceux que j'ai vu il n'y avait pas de famille mais…*
- Ah bon. Alors il y a quelqu'un qui m'a dit qu'il y avait les familles. On les jette pas les familles si elles veulent venir.
- *Non non, on peut bien sûr.*
- Enfin il y a peut-être un effort à faire pour leur dire qu'elles peuvent y aller.
- *Parce que du coup c'est public. Vous en pensez quoi vous du fait que ce soit public ?*
- Moi je trouve que c'est bien. Les gens ne se précipitent pas hein !
- *Hum hum. Parfois on me dit qu'il y a un problème par rapport au secret médical, vous en pensez quoi ?*
- Moi je trouve que… Non ça ne me tracasse pas. De toute façon quand ils sont malades psychiques ça se sait vite. Quand je suis rentrée à l'UNAFAM les gens ne donnaient pas leur nom parce qu'ils ne voulaient pas qu'on sache qui ils étaient mais ça a changé. Maintenant les gens disent : « eh bien voilà, j'ai un enfant il est malade psychique ».
- *D'accord.*
- Eh bien j'assume, j'assume plus ou moins bien mais bon je ne vais pas raconter des salades.
- *Oui, d'accord. Et en plus ça permet, comme vous disiez, aux familles de participer à l'audience.*
- Oui. Ils ne le savent pas tous mais bon… Donc à Saint-Egrève c'est la nouvelle présidente de l'UNAFAM qui assiste, qui est au conseil de surveillance et qui a des informations là-dessus.
- *D'accord. Et en tant que famille qu'est-ce que vous pensez de cette intervention systématique du juge pour une hospitalisation sous contrainte ?*
- Alors bon, je pense que la loi de 90, c'est la loi de 90 qui est révisée, donc ça fait très très longtemps qu'il y a des groupes qui travaillent là-dessus, de psychiatres et puis de familles, voilà. Donc il y avait des choses dont on était au courant. Par exemple l'observation de 72 heures… tout ça… Pour le juge ça a été imposé par le conseil d'État donc je ne sais pas si ça retarde ou pas le… la sortie.
- *Oui ? Ça serait le problème : que ça retarde la sortie ?*
- Pas trop, parce qu'il y a une externalisation forcée des malades. Il y a beaucoup de malades qu'on ne garde pas et qui n'ont pas beaucoup de solutions. Si ce n'est la famille.
- *Hum hum…*
- Donc… Je ne sais pas si je représente l'opinion globale mais bon voilà.
- *D'accord. Et vous pensez que ça peut être une garantie de leur liberté ou pas, par rapport à l'hospitalisation ?*
- Eh bien… Je pense que… Je pense que ce n'est pas plus mal. Si vous voulez on a discuté beaucoup à l'intérieur de l'UNAFAM, les gens qui sont en prison et les gens qui sont à l'hôpital en HDT ou en HO… Ça n'existe plus mais enfin… Les gens qui sont en HO, l'hôpital ils n'en sortent jamais. Et en prison ils sortent. Et on s'était dit il y a deux poids deux mesures c'est-à-dire qu'il y a quand même des gens qui sont considérés peut-être quand même comme un peu dangereux et qui restent très très longtemps sans solution, qui restent à l'hôpital et qui ne sortent plus. Donc il faudrait quand même trouver des solutions.
- *Hum, donc le fait que le juge intervienne là-dedans ça pourrait être un petit peu…*
- Eh bien le juge il a expliqué au colloque qu'il y avait beaucoup de psychiatres qui faisaient des copier-coller de certificats. Alors… Il y a aussi des choses qui nous interpellent beaucoup, c'est qu'il y a très peu de diffusion d'un dossier d'un psychiatre à l'autre.[…] Par exemple à Saint-Egrève, un patient qui est allé à l'UMD, qui en est ressorti bien mais qui est quand même à surveiller de près, le psychiatre de week-end va le passer à un autre sans lui dire qu'il était en UMD.
- *Ah oui.*
- Et je trouve que peut-être ça… Je ne sais pas si ça ressort dans le dossier du juge.
- *Donc ça pourrait aider à une communication… Ça pourrait forcer à une communication entre les psychiatres ?*
- Oui. Enfin je ne sais pas, je ne sais pas s'ils disent qu'ils ont été en UMD ou pas. Mais nous on estime

que quelqu'un qui est allé en UMD il a besoin d'un suivi régulier.
- *D'où l'intérêt que l'information soit transmise.*
- Voilà. Le juge il juge juste pour les hospitalisations sous contrainte.
- *Oui. Mais bon comme dans la loi il est formalisé que les patients… il y a des conditions particulières pour des patients qui ont fait un séjour en UMD, peut-être que cela permet de plus communiquer par rapport à ça vous me disiez ?*
- Oui.
- ***OK. Justement vous parliez de la période d'observation de 72 heures, ma deuxième partie concerne cette période : comment vous percevez cette période initiale d'observation en hospitalisation complète ?***
- Je pense que c'est bien. Parce que c'est quelque chose qui avait été étudié, on ne peut pas décider aux urgences, en huit heures. Surtout que maintenant les urgences du CHU ne vont plus prendre des gens en hospitalisation sous contrainte, on estime qu'ils ne sont pas équipés, mais c'est assez récent finalement. Ça date de l'année dernière. Autrement ils étaient dans une chambre d'isolement quasiment ouverte, et il y avait beaucoup de… Bon je crois que ça s'est un petit peu arrangé, l'UNAFAM est beaucoup intervenue sur les urgences donc maintenant il y a un sas qui existe à Saint-Egrève. Donc moi je trouve que c'est bien, ça permet aussi de calmer les gens, la famille, tout le monde.
- *Oui, c'est une période d'observation qui permet d'orienter ensuite.*
- Voilà, et puis ça donne le temps de trouver un lit. Bon moi je pense que les psychiatres sont d'accord puisqu'ils ont quand même… C'est quelque chose qu'on connaît depuis longtemps.
- *Et au cours de cette période, il est demandé aux psychiatres de rédiger de nombreux certificats, il y en a un de plus, et au patient de rencontrer au moins trois médecins différents. Vous en pensez quoi de ça ?*
- Eh bien écoutez, même quand on en veut deux… deux c'était déjà super galère. On a déjà l'UNAFAM qui a fait des dossiers sur la manière dont on hospitalisait leur fils. Donc il y a une dame qui a fait un dossier sur comment elle arrivait à mettre son fils en HDT. Et elle a fait un dossier de 44 pages avec toutes ses interventions et les réponses données. C'était très très dur.
- *C'est quoi qui était difficile ?*
- Eh bien, si vous voulez, maintenant c'est hospitalisation sous contrainte ou hospitalisation libre. Et en HDT c'est les familles qui hospitalisent. Et donc les ambulanciers ne veulent pas venir, les médecins ne veulent pas venir…
- *Donc ça c'est déjà une difficulté : la mise en application de cette nouvelle loi, même si elle donne peut-être plus de facilités pour rentrer à l'hôpital il n'y a pas les moyens au niveau des ambulanciers. C'est ça ?*
- Euh… Alors là la nouvelle loi je ne sais pas. La nouvelle loi ils sont obligés de les prendre non ?
- *Oui mais rien n'est formalisé par rapport au transport depuis le domicile.*
- Hum.
- *Donc vous disiez qu'il y a déjà ça qui est difficile, qu'est-ce qu'il y a d'autre ?*
- Eh bien si vous avez… Alors… Je crois que dans la loi, mais vous allez me le dire après, il faut qu'il y ait des gens qui soient formés à la psychiatrie pour accueillir les gens. C'était la demande de l'UNAFAM. Le point de vue de l'UNAFAM c'est de dire : « on va changer cette loi et après on ne va plus toucher pendant très très longtemps, donc on va mettre des choses qui nous tiennent à cœur. »
- *Alors ce qui tenait à cœur, quand vous disiez… Alors… On était parti du fait que les patients rencontrent trois médecins différents. Et ça vous disiez : « déjà deux c'est difficile » c'était quoi qui était difficile ?*
- Alors ce qui était difficile c'était l'HDT, parce que dans l'HO il y avait une procédure qui était obligatoire. C'était d'obtenir que l'ambulancier et le médecin viennent en même temps, d'arriver à emmener le patient réticent à l'hôpital, et bon, c'était quasiment impossible. Les familles se heurtent à ce problème là : avoir un enfant qui est malade, qui est en crise, et ne pas arriver à l'hospitaliser.
- *D'accord, oui.*
- Donc maintenant je ne sais pas si la nouvelle loi va autoriser les gens à rentrer aux urgences tout de suite ?
- *Eh bien ça on pourra peut-être en parler juste après, c'est par rapport au péril imminent. Mais juste pour finir sur la période de 72 heures : est-ce que vous pensez que c'est difficile pour un patient de voir des médecins différents, tous les jours un médecin différent pendant les trois premiers jours, ou vous pensez plutôt que ça peut être intéressant pour lui ?*
- Là c'est trois médecins mais c'est pas forcément des psychiatres ?
- *Ce n'est pas forcément des psychiatres oui.*
- Moi je trouve qu'ils sont quand même ambitieux : trois médecins, il n'y en a pas beaucoup des médecins. Ils auraient pu mettre un psychologue par exemple. Le médecin des urgences, un psychiatre et un psychologue.
- *Mais pour faire les certificats ils ne peuvent pas, il y a que le médecin qui peut faire des certificats.*
- Oui.

- *Donc c'est difficile au niveau matériel, effectif…*
- Oui c'est un peu difficile. Enfin vous êtes bien placée pour savoir le manque de médecins. Non mais pour le patient je pense que quelqu'un qui est en crise il ne réalise pas grand-chose.
- *D'accord. Et en fait ces certificats sont faits et ensuite ils sont adressés au juge et ils sont relus au patient pendant l'audience, et à la famille si la famille est présente, par le juge. Ça qu'est-ce que vous en pensez ? Du fait que certaines parties des certificats soient relues, soient écrites et données aux patients à la suite de l'audience ?*
- Moi je pense que tout ce qui est fait dans la clarté c'est bien. Je trouve que c'est pas la peine de cacher.
- *D'accord. Du coup le patient a une copie à la fin de l'audience, qui reprend certaines parties des certificats.*
- Voilà. Bon, c'est sûr que si vous avez un bipolaire, il va vachement ergoter. Il y en a qui se défendent méchamment…
- ***D'accord. Du coup on va parler de la possibilité d'hospitalisation pour péril imminent. C'est une possibilité d'hospitalisation nouvelle : quand le patient va se mettre en danger dans les heures ou les jours qui suivent, il peut être hospitalisé avec uniquement un certificat d'un médecin extérieur à l'établissement, sans forcément la nécessité d'un tiers. Et ça qu'est-ce que vous en pensez ?***
- Je trouve que c'est bien ! Parce que nous le problème des familles c'est qu'on n'arrive pas à hospitaliser nos enfants. On va avoir quelqu'un qui est super malade, qui ne tient pas en place, qui pète deux plombs, qui est infernal et si on n'arrive pas à l'emmener on l'emmène pas. Mais là l'ambulance vient pas non plus ?
- *Alors ce n'est pas spécifié dans la loi.*
- Voilà. Mais le médecin est obligé de se déplacer ?
- *Du coup ça peut être un médecin, n'importe lequel, pas forcément un psychiatre. Ça peut être le médecin généraliste.*
- Le problème du généraliste, qu'on a vu dans l'HDT, c'est que le généraliste s'il se déplace pour un malade psychiatrique il va perdre beaucoup de temps. Il faut le prendre avec douceur, il faut l'écouter, et lui il a le compteur qui tourne et il n'est pas payé pendant ce temps. Alors nous on disait qu'il aurait fallu indemniser le généraliste qui vient pour participer à une hospitalisation. Hélas ce n'est pas fait.
- *Non.*
- Et donc bon ils ne viennent pas facilement.
- *Et le SAMU…*
- Et puis moi je connais des gens qui ont fait ça par complaisance parce que les familles étaient complètement bouleversées et qui ont été condamnés par l'ordre des médecins à des amendes. Ça c'est dégueulasse. Moi je trouve ça… Ils dépannent une famille qui n'y arrive pas du tout ! Le problème des familles c'est qu'elles n'arrivent pas hospitaliser leurs enfants.
- *Et ils dépannent parce que les familles n'arrivent pas signer le tiers ?*
- Non c'est parce que… Pour le signer faut le médecin et les parents… Et puis ça peut être l'hôpital…
- *Et en quoi c'était de complaisance alors ?*
- Eh bien vous avez un enfant très malade par exemple, est bien le mec il envoie un mot et il ne vient pas le voir, il fait confiance à la famille.
- *Ah d'accord ! Et ça a été… Oui oui. D'accord. Parce qu'évidemment il ne faut pas faire de certificats sans voir le patient.*
- Et nous on a eu des gens qui avaient beaucoup de mal à hospitaliser leurs patients et des fois c'est les gendarmes qui ont piqué des familles, qui aident les familles à les emmener.
- *C'est-à-dire « qui ont piqué » ?*
- Ils ont piqué des familles ! Qui disent : « eh bien voilà, il est en danger, regardez, il est sur la route, il va se faire écraser, il n'y a plus moyen, il ne veut pas, il ne veut rien faire » et les policiers qui disent : « allez » qui prennent le mec, le patient, lui disent : « allez viens on t'emmène ».
- *D'accord. Donc cette possibilité d'hospitalisation, finalement, permet d'accélérer un petit peu les choses…*
- En cas de… Voilà.
- *D'accord, et ça peut être très aidant pour les familles. C'est ça ?*
- Voilà. Très aidant. Bon alors c'est sur que si le patient est déjà traité dans un CMP, on va d'abord s'adresser au CMP.
- *Oui. D'accord. Et le fait que ça ne soit pas forcément un psychiatre, qu'est-ce que vous en pensez ?*
- Moi je trouve que le psychiatre c'est une denrée rare, il faut les trouver, et puis… Le psychiatre et l'hôpital… Donc vous avez une grande partie des psychiatres privés qui n'ont pas accès à l'hôpital non plus.
- *Du coup ça augmente le panel des professionnels à qui s'adresser, c'est ça ?*
- Oui.
- *D'accord. Et par rapport aux droits du patient, est-ce que ça peut entraîner des risques sur les droits du patient de pouvoir hospitaliser juste avec un certificat et sans tiers ?*
- Eh bien non, nous on trouve que c'est trop dur de faire soigner […]
- ***D'accord. Bon. La partie suivante concerne les soins ambulatoires sous contrainte : qu'est-ce que vous en pensez de manière globale ?***
- Alors nous on les a demandés.

- *Alors dans quel cas ça peut vous aider dans votre expérience ?*
- Ça veut dire que si le malade est dangereux et qu'il ne prend pas ses remèdes, bon on sait que quand ils ne prennent pas leurs remèdes ils rechutent, et donc c'est bien qu'ils soient suivi. Nous ce qu'on veut c'est un suivi. Voilà, donc suivi à la maison pourquoi pas. Nous on a des gens de l'UNAFAM qui prennent des infirmières privées qui viennent donner les médicaments.
- *D'accord. Et donc cette loi, par les soins ambulatoires sous contrainte, elle permet de formaliser les choses, c'est ça ?*
- Eh bien elle permet de soigner des malades qui sont récalcitrants.
- *Parce qu'avant il y avait… Ce qui se faisait c'était les sorties d'essai longue durée finalement.*
- Oui.
- *Et du coup comment c'était vécu ?*
- Eh bien les sorties d'essai, on a vu ce que ça donne.
- *Ça donne quoi ?*
- Eh bien la sortie d'essai ça permet une ré hospitalisation plus facile.
- *Donc ça permet de faire ça de manière claire avec la nouvelle loi.*
- C'est-à-dire que, aller au domicile de la personne c'est aussi bien. Ne pas… Nous on a des gens… Il y a des secteurs qui ne se déplacent absolument pas, même si les gens peuvent crever dans leur lit. Donc ils disent : « nous on n'est pas nombreux, nous on est si, nous on est ça » mais ça a beaucoup régressé la psychiatrie. Avant les gens se déplaçaient beaucoup plus.
- *Il y a eu une régression de moyens peut-être aussi ?*
- Oui, une question de moyens et puis quand même, moi dans le personnel soignant je vois qu'ils ont la trouille quand même. Donc, je ne leur jette pas la pierre, ce n'est pas évident de se retrouver devant un grand gaillard qui a un couteau à la main. Non non mais je pense que… Je ne sais pas, les familles, on est d'accord pour que les gens, que le médecin ou le soignant puissent aller à la maison.
- *D'accord. Et comment vous percevez le programme de soins ? Parce que vous savez, pour les soins ambulatoires sous contrainte, il est fait entre le médecin et le patient un programme de soins. Ça vous en pensez quoi ?*
- C'est bien. C'est-à-dire que nous on pense que toute hospitalisation doit donner suite à un programme, un projet qui est structuré, et qui est suivi. C'est-à-dire que si la personne est hospitalisée, qu'elle sort et qu'on ne sait plus où elle est… Moi j'aime bien par exemple que l'hôpital donne un rendez-vous pour le CMP, que le CMP, s'il ne vient pas, il le relance, et que la personne n'ait pas trop le choix de décrocher.
- *Hum hum, d'accord.*
- Parce que c'est quand même grave.
- *D'accord. Et est-ce que vous voyez le programme de soins comme un contrat ou comme une obligation ?*
- Un contrat. Oui.
- *D'accord. OK. Par rapport aux sorties : quand on est hospitalisé, maintenant, on ne peut sortir plus que douze heures maximum et toujours accompagné. Depuis la nouvelle loi.*
- Mais dans l'hôpital aussi ?
- *Oui. Alors en fait, en SDT il y a certains établissements qui autorisent à sortir dans le parc…*
- SDT ?
- *Ancien HDT.*
- D'accord.
- *Mais en ancien HO : en SDRE…*
- Je ne sais pas s'ils l'appliquent à Saint Egrève ça.
- *De sortir dans le parc ?*
- Oui.
- *Si, à Saint Egrève ils peuvent sortir dans le parc mais par contre dès qu'il s'agit de sortir au-delà du parc c'est forcément accompagné, quelque soit la modalité d'hospitalisation sous contrainte, et forcément moins de douze heures. Donc il n'y a pas de week-end possible, sauf si on met en place des soins ambulatoires sous contrainte. Ça vous en pensez quoi ? Est-ce que vous avez eu des retours de familles par rapport à ça ?*
- … Non, pas trop… Enfin je ne suis pas tout le temps de permanence… Je n'ai pas fait de synthèse… Je suis en accueil à peu près une fois par mois. Ça dépend un petit peu du lien de la famille avec son patient. Il y a des familles qui vont être avec des gens assez agressifs donc ça craint, et puis d'autres où ça se passe bien. Là je n'ai pas trop d'avis. Moi je pense que si ça se passe bien pourquoi pas laisser le week-end ?
- *Ce n'est plus possible.*
- Ce n'est plus possible. Mais douze heures ça fait quand même un bon… Un bail quoi. Ça fait une journée et puis on le rentre le soir.
- *Hum … Donc vous pensez que déjà ça fait beaucoup pour les familles ? C'est quelque chose de lourd d'accompagner…*
- Non mais ça fait quand même un contact qui reste quoi.
- *Avec l'extérieur ?*
- Oui.
- *Parce que les accompagnements sont vécus comment par les familles ?*
- Ils sont accompagnés par un soignant ?
- *Non par la famille.*
- Oui. Eh bien il a toutes sortes de tiers.
- *Oui.*

- Mais je pense que… Je pense qu'à Saint Egrève c'est pas mal qu'ils surveillent un peu ce qui se passe. On est intervenu plusieurs fois pour dire au directeur que ce n'était pas normal que les dealers de drogue rentrent en grande Mercédès dans le parc. Et le directeur était bien d'accord. Il a dit, il a dit le directeur : « bon eh bien on va les accompagner, on ne les laissera pas seuls ».
- *D'accord.*
- Je pense que c'est bien qu'il y ait quand même un regard sur ce qui se passe dans ce parc. Mais c'est Saint Egrève ça. Au CHU ça ne se pose pas, ils ne sortent pas je pense.
- *Si, ils ont aussi le parc de la faculté dans lequel ils peuvent sortir.*
- Ah oui ? Ah je ne savais pas.
- *Mais ce n'est pas un parc de la même façon. D'accord, donc vous me disiez que finalement ça permet de réguler les sorties et de…*
- Et de voir ce qui se passe. Moi je pense aux dealers. Je pense que… Mais je sais qu'on est intervenu souvent […]
- *D'accord.*
- Nous, en tant qu'usagers on est intervenu fermement. Je crois qu'il y avait un moment il y avait de gros relâchements.
- *D'accord. OK.*
- Mais ça ce n'était pas en lien avec les douze heures… Mais à Saint Egrève c'est bien de surveiller ce qui se passe. Voilà.
- *D'accord.*
- Ailleurs je ne sais pas. Ailleurs c'est peut-être mieux surveillé.
- *OK. Je ne sais pas non plus. Et par rapport à cette loi est-ce que vous aviez d'autres choses à rajouter ?*
- Alors cette loi dans les familles il y a eu des gens qui étaient contre…
- *Oui, pour quelle raison ?*
- Mais contre, par exemple sur le juge. On leur a dit que nous on avait aucun pouvoir là-dessus.
- *Et pourquoi ils étaient contre le juge ?*
- Eh bien ils trouvaient que ça alourdissait les trucs… Donc nous on leur a dit… Et puis alors attendez il faudrait que je regarde… Donc le vice préside de l'UNAFAM m'avait passé un truc… L'ARS doit organiser le transport pour les hospitalisations, et donc l'ARH doit faire en janvier une réunion.
- *Donc ça c'était quelque chose de plutôt positif que dans la loi ils disent « il faut transporter le patient dans un hôpital au bout de 48 heures » ?*
- Oui.
- *Il ne faut pas qu'il reste aux urgences.*
- …
- *C'est ça qu'elles doivent organiser ?*
- Non ils doivent organiser le transport des patients.
- *Mais de où à où ?*
- Ben… En hospitalisation…
- ***Qu'est-ce qu'il y a d'autre, du coup, dans cette loi ?***
- Alors nous sur la loi c'était : arriver à faire soigner nos enfants, arriver à ce qu'un suivi soit fait.
- *Donc les soins ambulatoires sous contrainte.*
- Voilà.
- *Le péril imminent.*
- Bon bah c'était surtout ça.
- *Oui, ça c'était le point le plus important pour les familles ?*
- Oui.
- *D'accord.*
- Donc pour le juge ce n'est pas nous qui avons…
- *Pour le juge l'idée c'était que ça alourdissait un petit peu…*
- Oui oui, ça alourdit un petit peu. Et puis… Donc… Qu'est-ce qu'ils ont essayé d'autre de faire… Je sais que l'UNAFAM a dit cette loi ne repassera pas avant 20 ans donc il faut mettre les choses qui nous tiennent à cœur.
- *Hum…*
- Pouvoir soigner, un suivi… Donc ce qu'on a vu c'est que… Donc on a des liens internationaux avec le Canada, au Canada il n'y a pas de différence entre les soins et le médico-social. Nous on a une grande césure et donc il n'y a pas de liens entre ce que va devenir le malade à la sortie, le médico-social. Comme l'ARS va s'occuper de ça, je pense que quand même ils vont essayer de le faire.
- *Oui, c'est un peu le rôle des programmes de soins finalement d'organiser des soins et le lien entre l'hospitalisation et le médico-social ?*
- Oui, mais en France il y a une césure, ce n'est pas historique, ils ne se connaissent ni les uns ni les autres. C'est très très difficile. Donc par exemple, l'hôpital a beaucoup de mal pour trouver des logements aux malades qui sortent de l'hôpital, des logements accompagnés, des équipes d'animation, pour les gens qui ont un SAVS. Mais là c'est déjà plus la loi. Mais par rapport à la loi, c'est sûr que le juge se déplace mais il y a des départements où ils ne veulent pas se déplacer. Donc ça, ça occasionne beaucoup de…
- *Et pour les patients du CHU finalement c'est comme s'il ne se déplaçait pas. Puisque les patients du CHU sont obligés d'aller à Saint Egrève.*
- Oui. Je ne sais pas comment ils le vivent.
- *C'est coûteux en termes de temps.*
- Voilà.
- *Oui, donc il aurait été peut-être selon vous intéressant que le juge soit obligé de se déplacer ?*
- Oui…
- D'accord. Bon, écoutez, merci beaucoup.

Annexe 4 : Travail d'analyse thématique E1

- ***Alors ma première question c'est ce qui vous concerne le plus : qu'est-ce que vous pensez de l'intervention systématique du juge des libertés de la détention à 15 jours d'hospitalisation complète ?***	
- Alors d'abord, qu'est-ce que je pense de l'intervention du juge dans les soins sous contrainte. L'histoire de la psychiatrie française nous enseigne que globalement il n'y a pas eu d'utilisation de l'enfermement psychiatrique à d'autres fins que des fins sanitaires.	1. Ne nous renseigne pas sur ce que l'interviewé pense
- *Oui, comme des fins arbitraires…*	
- Voilà. Comme on a pu le constater dans d'autres pays. Néanmoins, depuis la révolution française, le législateur se rend quand même bien compte que le traitement des malades mentaux pose question au regard des libertés individuelles. Alors, à l'avènement du XIXe siècle, on s'est posé déjà la question de l'intervention du juge. À l'époque, les juges n'en ont pas voulu.	2. Thématisé dans le commentaire 7
- *D'accord.*	
- Donc c'est resté… alors, avec la loi emblématique de 1838, autour du critère d'atteinte à l'ordre public… et c'est quand même une loi qui a connu une stabilité tout à fait exemplaire. Assez unique même, puisqu'il faudra attendre plus d'un siècle pour que ce texte soit réformé, ce qui n'a pas empêché des évolutions et des critiques de la prise en charge des malades mentaux. Ce qu'on observe quand même, c'est que le législateur a souhaité un droit de regard de tout un tas d'instances sur ce qui se passe dans les hôpitaux psychiatriques. C'est que donc, en sous-entendu, il doit s'y passer des choses. C'est-à-dire qu'on n'envoie pas tout un tas d'organismes de contrôle, des instances de contrôle, dans les hôpitaux généraux. Le maire, le préfet, le juge d'instance, le président du tribunal, le procureur de la république et puis dernièrement, dans la loi de 1990, il y a la fameuse commission départementale des hospitalisations psychiatriques. Tous ces contrôles ont révélé des choses. Et il y a quand même eu des critiques à la fois du monde médical mais aussi de l'extérieur, sur la qualité de la prise en charge des malades mentaux. Et les hôpitaux psychiatriques ont connu, en termes de prise en charge, les mêmes évolutions que l'hospitalisation générale avec la loi de 1990 : le principe que l'hospitalisation devrait être l'exception, la règle c'est les soins ambulatoires avec sectorisation, CMP… Le bilan que l'on fait de la loi de 90 c'est un bilan extrêmement mitigé. C'est-à-dire que, non seulement ça n'a pas fait disparaître les hospitalisations mais il y a quand même des inégalités sur le plan du territoire quant à la mise en place des secteurs. Et puis est arrivé ce qui devait arriver avec la réforme constitutionnelle. Tout le monde s'attendait à ce que le conseil constitutionnel censure la loi de 90 compte tenu que les garanties des libertés étaient insuffisantes. Certes, la loi de 90 avait prévu la requête devant le JLD, moi je peux vous assurer que […] la CDHP a distribué de façon extrêmement fréquente des requêtes pour saisir le JLD […] Alors moi, je pense que le monde hospitalier, la loi de 2002 sur les droits des malades, n'est pas suffisamment incité. Moi je me souviens avoir organisé un colloque où le Dr X. du Vinatier est venu nous interroger en disant : « mais	3. Hors de notre sujet (loi de 2011) 4. Il se passe des choses dans les hôpitaux psychiatriques, thème possible mais vague, à préciser 5. Idem que le commentaire précédent 6. **Il y avait encore trop d'hospitalisations en psychiatrie au détriment des soins ambulatoires** 7. En croisant avec 2 : **Le traitement des malades mentaux engage la garantie des libertés individuelles** 8. **Le monde hospitalier n'est pas suffisamment incité à informer les patients**

comment dire à un fou qu'il est fou ? ». Et on voit bien que les soins contraints sont dans cette problématique, c'est-à-dire que si c'est contraint c'est qu'il n'y a pas de discernement. Bon, et l'information du malade ça nécessite malgré tout un minimum de discernement.	9. **Difficulté d'informer les patients sous contrainte car ils manquent de discernement**
Bon, donc est arrivée la QPC et la censure du conseil constitutionnel qui est venue télescoper tout un tas d'objectifs politiques. Alors il y avait en projet la réforme de la loi de 90 et une sorte de loi programme sur la réforme des soins psychiatriques et puis des questions d'ordre public notamment l'affaire de Pau, l'affaire de Grenoble… Et donc tout ça s'est télescopé et voilà, le sentiment que j'ai c'est que le conseil constitutionnel a coupé la poire. Moi je trouve que ce délai de 15 jours je ne sais pas d'où il sort…	10. il s'agit plutôt d'une connaissance et non d'une perception, ne répond pas vraiment à mon objectif
- *Oui, c'est ce que j'allais vous demander.* - C'est un délai complètement arbitraire… - *Oui, dans la pratique c'est…* - Qui, dans la pratique, contraint quasiment le juge à s'abandonner à l'appréciation médicale.	11. **Le délai de 15 jours contraint le juge à s'abandonner à l'appréciation médicale**
Parce qu'on voit bien que ce délai de 15 jours c'est un délai dans lequel on est encore en crise et légitimement les médecins, notamment pour un patient qu'ils ne connaissent pas, peuvent dire « mais nous on n'y voit pas bien clair, on ne sait pas quelle évolution va avoir cette pathologie, on repère bien des éléments qui laissent à penser qu'il a besoin de soins… ».	12. **15 jours : situation de crise, non claire cliniquement**
Donc moi j'aurais… enfin je pense qu'il aurait été plus opportun… mais tout ça s'est fait dans une précipitation…	13. **Loi précipitée**
on subordonnait l'hospitalisation à une décision judiciaire et on organisait la compétence du juge. Et moi j'ai été très intéressé, et j'espère pouvoir obtenir un stage à la fin de l'année, par l'expérience québécoise où le juge décide de la contrainte mais il est assisté par deux médecins psychiatres. - *D'accord. En tant qu'experts, du coup ?* - Voilà, mais c'est-à-dire qu'ils sont capables de l'éclairer sur la pathologie que présente le malade, quelles sont ses conséquences au regard de son intégrité physique à lui et dans ses relations avec autrui.	14. **Proposition : subordonner l'hospitalisation à une décision judiciaire assistée par des experts psychiatres puis ré intervention du juge à plus long terme (croisé avec commentaire 18)**
Parce qu'il n'y a pas simplement les questions d'ordre public, il y a aussi les risques suicidaires, les risques de passage à l'acte… Et nous, les juges, on est très démuni là-dessus. Alors déjà que c'est très compliqué en matière de criminalité, mais là on a une certaine pratique, c'est-à-dire que si on présente au JLD un type qui a dix condamnations à son casier judiciaire, c'est pas très compliqué de motiver un risque de réitération. Si les éléments dont on dispose nous disent qu'il n'a pas de domicile, qu'il est complètement en déshérence, les garanties de représentation sont inexistantes. Tout ça on sait le motiver. Sur une pathologie mentale c'est très compliqué. Et on voit bien qu'il y a des risques de manipulation.	15. Rejoint le commentaire précédent pour justifier l'assistance par des experts 16. **Risque de manipulation du juge par le patient**
Le seul cas que moi j'ai vu […] c'était une hospitalisation abusive dans un contexte de divorce. C'est-à-dire que c'est le mari qui voulait se débarrasser de sa femme et qui a demandé son hospitalisation. Bon, les médecins qui faisaient partie de la commission, notamment les médecins psychiatres, ont dit : « mais cette femme n'a rien à faire à	17. **Avant la loi : possibilité d'hospitalisations abusives**

l'hôpital, on voit bien que c'est un conflit conjugal et qu'on a instrumentalisé une pathologie qui n'est même pas avérée ». - *Oui, donc dans ces cas-là, qu'un juge statue au début de l'hospitalisation ça aurait pu éviter une hospitalisation.* - Voilà. Moi je pense qu'il y a l'urgence à traiter et c'est un des buts de la réforme de juillet, c'est-à-dire ces 72 heures où on se donne un temps d'observation, moi j'aurais très bien vu que le juge arrive au bout de ces 72 heures et ré intervienne, je ne sais pas moi, au bout d'un mois, deux mois.	18. Ajout commentaire 14
- *Oui, un peu plus à distance.* - Voilà. 15 jours c'est bâtard. Et moi je vois bien dans les certificats médicaux, que les médecins sont très embarrassés pour renseigner le juge sur cette période.	19. Thématisé dans le commentaire 12
- *Oui d'accord.* - Et je ne sais pas d'où c'est sorti ces 15 jours. - *Il me semblait que c'est sorti d'études statistiques : combien cela ferait d'audiences…* - Je n'en sais fichtre rien. Parce qu'il y a des pratiques médicales tellement différentes. Moi je fais le pari que l'intervention obligatoire du juge ça va contraindre les médecins à sans doute élaborer un projet de soins de manière un peu plus rapide. Bon, mais c'est une hypothèse.	20. **L'intervention du juge va contraindre les médecins à élaborer plus rapidement le projet de soins**
Peut-être que les médecins ne vont pas modifier leurs pratiques et puis vont prendre acte de ce que décide le juge. Parce que le juge, par rapport à ce contrôle de 15 jours, il peut avoir plusieurs attitudes. C'est-à-dire que soit il exerce… alors bien sûr le minimum qu'on exige de lui c'est le contrôle de la légalité. - *Oui, que ce soit daté…* - Voilà : est-ce que les certificats ont bien été produits dans les délais prévus par la loi. Ça c'est le contrôle à minima.	21. **Exercice minimum du juge : contrôler la légalité de l'hospitalisation**
Après, soit le juge exerce sa toute-puissance et s'autorise à être critique sur le choix thérapeutique, parce que l'hospitalisation ça n'est qu'un choix thérapeutique. - *Et ça, ça aurait pu être formalisé dans la loi ? La position du juge, son rôle justement, le fait que le juge n'utilise pas sa toute-puissance…* - Et bien ça on va voir, c'est la jurisprudence qui le dira.	22. Ajout pour le thème suivant
- *Et ça aurait pu être noté dans la loi ?* - Et non. Non, parce qu'on ne peut pas contraindre le juge. C'est-à-dire qu'on ne peut pas écrire : le juge doit accéder au diagnostic médical ou… Bon, sinon il n'y a pas besoin de faire venir le juge.	23. **Le juge est libre dans sa position vis-à-vis du diagnostic médical, il peut le critiquer**
Vraisemblablement la Cour de Cassation se refusera à un contrôle de fond. C'est-à-dire, elle dira « le juge du fond est souverain pour apprécier si l'hospitalisation était nécessaire ou pas ». Je le vois venir… Parce qu'on a des critères de comparaison : par exemple le juge des enfants qui décide du placement d'un mineur, la Cour de Cassation se refuse depuis la création du juge des enfants à exercer son contrôle sur la pertinence de la décision. Elle n'arrête pas de dire : « c'est le juge du fond qui détermine si la mesure de placement, par rapport à la situation de l'enfant, est nécessaire ou pas ».	24. Argumente la liberté du juge vis-à-vis du diagnostic médical sus-citée
Mais elle exige du juge des enfants qu'il motive, c'est-à-dire qu'il explique pourquoi il a abouti à cette conclusion. Bon. Et c'est là la responsabilité des médecins. C'est-à-dire que si les certificats sont vides, c'est la porte ouverte pour que le juge exerce sa toute-puissance. Il lui sera facile d'écrire : aucun des	25. **Devant des certificats vides, le juge peut exercer sa toute puissance**

certificats médicaux n'établit l'existence d'un péril imminent, l'incapacité du patient à accéder aux soins, ou en quoi ses troubles risquent d'entraîner une atteinte à l'ordre public etc. - *D'où l'intérêt de la relecture des certificats.* - Oui, c'est-à-dire que le juge n'a besoin que d'être convaincu. - *D'accord.* - Si on a des certificats sibyllins : psychose délirante. Je veux dire il y a plein de délirants qui sont dans les rues. Ce n'est pas parce qu'il y a l'existence d'une psychose délirante qu'il y a nécessairement besoin d'atteinte à la liberté. Et là je crois que ça va être la confrontation des cultures. C'est-à-dire que nous, les juges, quand on nous demande d'intervenir, on exerce le pouvoir qui nous est donnée par la constitution. Si les médecins n'arrivent pas à nous convaincre, de ce qui justifie l'atteinte à la liberté, il va y avoir des enjeux de pouvoir. C'est-à-dire que le juge va exercer son pouvoir. - *Du coup il va poser des questions au patient directement…* - Voilà. Et il va se faire éventuellement abuser par un discours très adapté du patient. Un bon parano, il peut tenir un discours très cohérent et très convaincant, séduisant… - *Mais comme il n'aura pas l'appui des certificats…* - Le juge est le symbole de la balance. Il convient aussi en cette matière. Je veux dire que si du côté du patient il y a une force de conviction : «J'ai rien à foutre à l'hôpital, j'ai un domicile, je m'engage à aller au CMP» et qu'en face on nous dit « psychose délirante », la balance elle aura vite fait de… Et c'est pour ça que, moi l'approche que j'ai du contrôle, c'est une approche très pragmatique. Si j'ai des certificats circonstanciés je ne vois pas pourquoi j'irais exercer mon imperium et dire « les médecins sont des abrutis, ils passent leur temps à porter atteinte à la liberté des gens… » - *Oui, s'il y a des certificats circonstanciés…* - Alors 15 jours, moi je me sens piégé par ce délai de 15 jours parce que je vois bien que même les médecins ils n'y voient pas trop clair. - *Oui, c'est sûr que 15 jours ça pose question. Et par rapport à ce que vous me disiez, « le choc des cultures », le fait que les audiences soient publiques vous en pensez quoi ?* - Ça il faut poser la question au législateur. Alors les médecins sont horrifiés parce que c'est une atteinte au secret médical. Bon, ils n'ont qu'à venir à une session d'assise et ils verront ce qu'on fait du secret médical. L'accusé, il est déshabillé de la tête aux pieds. Moi en correctionnel, parce que j'ai un pouvoir de direction des débats peut-être plus important, j'évite. Je sais que tel prévenu présente telle pathologie. J'évite, mais il y a des avocats qui n'hésitent pas. - *Vous évitez pour préserver la vie privée du patient ?* - Oui, c'est-à-dire que, dans une audience pénale, si la pathologie n'a pas un lien direct avec l'infraction, sincèrement, je ne vois pas ce qui peut justifier de porter atteinte à ce qui appartient effectivement au respect de la vie privée. S'il y a un lien direct, si par exemple, je ne sais pas moi, un type cambriole une pharmacie parce qu'il présente une pathologie qui entraîne des souffrances importantes et qu'il cambriole une pharmacie pour aller piquer de la morphine, là il y a un lien direct. On ne va pas faire l'économie de parler de la pathologie. Mais de dire	26. **Cette loi entraine une confrontation des cultures médicale et judiciaire** 27. **Cette loi peut entrainer des enjeux de pouvoir entre juges et psychiatres** 28. Déjà thématisé au commentaire 16 29. Thématisé au commentaire 83 30. Thématisé au commentaire 12 31. **Pour les médecins c'est une atteinte au secret médical** 32. Voir commentaire 33 et 34 33. **Les audiences publiques portent atteinte au respect de la vie privée**

qu'un prévenu souffre d'un cancer, du sida… Sauf à faire pleurer dans les chaumières… ça on peut, nous, en parler en délibéré… - *Mais pas en public.* - Pas en public. - *Mais là, ce qu'il y a c'est que ce sont des prévenus, il y a une idée de faute. Mais les patients, ils sont hospitalisés…*	
- Oui mais là, il faut aller voir le législateur. Le législateur n'avait qu'à dire que les audiences se tiendront, comme les audiences de tutelle, comme les audiences chez le juge des enfants, comme les audiences familiales, en chambre du conseil.	34. **Amélioration possible : audiences en chambre du conseil**
- *Et pourquoi…* - Moi je n'en sais fichtre rien pourquoi ils ont décidé ça ! La règle c'est la publicité. - *Et l'intérêt de la publicité, c'est ?*	35. **La publicité de l'audience (audience publique) est la règle dans le domaine judiciaire**
- Et bien… c'est tout ce qui… c'est-à-dire que le… On a beaucoup critiqué le JLD parce que jusqu'en… c'est l'affaire d'Outreau, ça doit être 2007 ou 2008, tout se tenait en chambre du conseil. Bon, c'est-à-dire que la décision de placer ou pas en détention se donnait en chambre du conseil et les voies de recours devant la chambre de l'instruction se tenaient aussi en chambre du conseil. Bon, l'affaire Outreau a suscité des débats et on a trouvé ça scandaleux. Donc on a décidé de la publicité. Bon, moi je pense que le législateur n'a pas percuté. C'est-à-dire qu'il a dit : on donne ça au JLD, comme pour le JLD, en matière de détention, les audiences sont publiques, il n'y a qu'à dire que les audiences sont publiques. Bon, moi je trouve anormal qu'on ait confié cette fonction au JLD. Qu'on la confie à un juge, par exemple au président du tribunal ou son juge délégué. Mais moi je me mets à la place des patients que je vais voir demain, qui sont hospitalisés à la demande d'un tiers, je ne vais surtout pas leur dire que je suis le juge de la détention ! Je vais leur dire que je suis le juge et parce que je suis juge, je suis garant de la liberté.	36. **Proposition d'amélioration : président du tribunal ou son juge délégué plutôt que le « JLD »** 37. **Problème lié à l'appellation JLD : incompréhension du patient**
- *Oui, c'est ce que vous me disiez, au niveau sémantique c'est un peu délicat de dire « juge de la détention ». Et au niveau du vécu, vous avez des retours pendant l'audience par rapport à ça ? Ils vous disent : « mais qu'est-ce que j'ai fait ? »*	
- Il y en a, oui, bien sûr. Mais je leur dis : « non vous n'avez rien fait si ce n'est que vous êtes malade » voilà… « Et moi je viens vous dire est-ce que votre maladie justifie qu'on porte atteinte à votre liberté » voilà pas plus. Mais moi je me plie… vous savez, les juges, contrairement à ce qu'on pense, ils sont très très respectueux de la loi. Moi on me dit : audience publique, audience publique. C'est vrai qu'à Saint Egrève, c'est quand même une publicité assez restreinte. Sauf à ce que les gens qui sont dans la salle d'attente tendent de l'oreille… Mais je ne peux pas refuser à quelqu'un de rentrer dans la salle.	38. Se rapproche du commentaire 40
- *Sauf quand c'est décidé de statuer en huis clos…* - Voilà, parce qu'il y a des risques d'atteinte à l'ordre public… Mais c'est le régime général.	
- *Et s'il y a une demande du patient c'est possible aussi ?* - Bof. - *Pas forcément ?* - Il faudrait que je regarde le texte mais je ne crois pas. - *D'accord…*	39. Loi complexe, difficile de connaitre tous ses détails

- Mais est-ce qu'il se débat vraiment des choses… C'est-à-dire que l'ordonnance que je rends, le malade il en fait ce qu'il veut. C'est-à-dire qu'il peut la laisser traîner dans son pavillon et, je veux dire, il y a des choses très intimes. Parce que le juge il faut bien qu'il motive sa décision. Et il va la motiver sur quoi, sur des éléments médicaux. Et les éléments médicaux bien évidemment ça appartient à la vie privée. - *Et vous les donnez aux patients, systématiquement.* - Oui.	40. **Le juge motive sa décision sur les éléments médicaux qui doivent justifier l'atteinte à la liberté**
- ***Et ce que vous disiez par rapport à la période d'observation de 72 heures en hospitalisation complète, vous percevez comment cette nouveauté de la loi ?*** - Moi je pense que c'est une garantie supplémentaire. C'est-à-dire qu'avant, une fois que l'admission avait été prononcée on partait pour 15 jours. Bon c'est-à-dire que le patient n'était obligatoirement revu qu'au bout de 15 jours. Là on a réduit ce délai.	41. **La période d'observation est une garantie supplémentaire** 42. Difficile à thématiser : le délai de quoi ?
Bon, nous l'expérience qu'on a, parce qu'on est souvent allé au CHU et on a eu quelques discussions musclées avec le professeur des urgences, on voit bien qu'il peut y avoir, associé à des troubles du comportement, éventuellement des pathologies mentales mais aussi des pathologies somatiques. Moi, en tant que juge, j'ai toujours été horrifié, et je ne me suis pas gêné pour le dire, que des gens restent dans les locaux des urgences plusieurs jours, parfois entravés, en tout cas enfermés, sans qu'il y ait un cadre juridique qui garantisse tout ça. Bon moi j'ai bien expliqué au docteur des urgences que la puissance du juge c'est de raconter l'histoire telle qu'elle aurait due se passer quand il y a eu un incident. Bon, imaginons qu'un patient meurt brûlé dans une chambre fermée aux urgences, moi je peux vous dire que la responsabilité du chef de service, je ne sais pas si elle sera engagée mais en tout cas elle sera recherchée. - *Et d'autant plus maintenant avec cette loi.*	43. **Permet les diagnostics différentiels et la confirmation de la pathologie mentale** (thématisé avec le commentaire 45) 44. **Encadre juridiquement le temps d'hospitalisation aux urgences**
- Voilà, donc aujourd'hui il y a un cadre. Et donc moi je trouve que c'est assez pertinent 72 heures, il y a l'air d'avoir un consensus là-dessus pour évaluer. D'abord ça permet aux gens, notamment ceux qui sont dans des conduites addictives, les remettre à l'état zéro. De faire un bilan somatique et effectivement d'établir : un, qu'il y a une pathologie mentale et deux, que cette pathologie justifie une mesure d'hospitalisation. En tout cas que le patient n'est pas en état de se prononcer sur cette modalité de soins.	45. Ajouté sur le commentaire 43
- *Et par rapport au fait qu'il y ait trois certificats qui soient demandés, est-ce qu'il n'y a pas un peu des répétitions ?* - C'est là qu'on voit la limite de ces 15 jours. C'est-à-dire qu'on voit bien qu'il y a des patients dont l'état de santé évolue très doucement. Mais il y en a d'autres dont l'état de santé évolue rapidement. Il y en a eu un mardi, ce monsieur qui avait pris du Temesta, une fois qu'il est revenu dans un état normal, à l'évidence, en tout cas moi je n'ai pas trouvé dans le dossier d'éléments qui pouvaient justifier son maintien d'hospitalisation. Bon. - *Oui, ça dépend des patients.* - Voilà, évidemment. Mais il faut que le juge trouve… encore une fois, moi je ne demande qu'à être convaincu. Si dans le certificat de huitaine	46. Cela ne répond pas à ma question des certificats sur trois jours, aborde plutôt la huitaine et la quinzaine

on me dit que ce délai est encore trop court pour pouvoir se prononcer sur l'évolution de la pathologie, qu'on observe encore, je ne sais pas, une réticence à entrer en communication… - *Même s'il y a encore quelques répétitions, du moment que…* - Oui. - *C'est parce que ça évolue doucement.* - C'est parce que ça évolue doucement. - *Le but n'est pas forcément de faire des certificats différents à chaque fois.* - Non, mais qu'on nous dise. - *D'accord. Et du coup, les patients doivent voir trois médecins différents, je ne sais pas si vous avez un avis là-dessus.*	47. **Les trois certificats ne doivent pas être forcement différents si l'évolution clinique est lente**
- C'est comme chez nous les délibérés. Il vaut mieux délibérer à trois que délibérer tout seul. Parce que si c'est le même médecin qui le revoit trois fois, alors je ne veux pas mettre en cause la rigueur scientifique du médecin, mais je comprends bien qu'il a autre chose à foutre et que s'il n'y a pas d'évolution significative… Et puis vous serez d'accord avec moi pour considérer que la psychiatrie n'est pas une science dure. - *Oui. Avec le fait que, pour les patients, de tout répéter à chaque fois c'est pas forcément évident.* - Oui mais voilà.	48. **Trois certificats augmentent la rigueur diagnostique**
- *D'accord.* - L'enjeu est quand même la liberté ! Alors moi je pense que ça va modifier quand même les pratiques médicales, c'est-à-dire qu'il va falloir que chacun de ces médecins explique au patient le pourquoi de cet entretien. « Je ne suis pas votre médecin traitant, je vais être obligé d'établir à l'intention d'un juge un certificat médical sur votre état de santé, ne soyez pas contrarié de devoir me répéter ce que vous avez dit à un autre parce que ce qui est en jeu c'est votre liberté. »	49. **La répétition par les patients vaut la peine puisque l'enjeu est la liberté**
- *Ça permet de renforcer en plus l'information qui est donnée.* - Voilà. - ***D'accord. Je voulais parler aussi du péril imminent. Qu'est-ce que…*** - Tarte à la crème ça.	50. **La rencontre avec différents médecins renforce l'information du patient**
- *Oui ? Qu'est-ce que vous en pensez ?* - On sait très bien pourquoi ça été voté ça. Pour pallier le manque de tiers. - *Mais dans la loi ce n'est pas très explicite, c'est juste dit « péril imminent ».*	51. **Le péril imminent a été instauré pour palier le manque de tiers**
- Là aussi, moi mon expérience […] m'a montré qu'il y avait quand même tout un tas de travailleurs sociaux des hôpitaux qui devenaient des tiers : des assistantes sociales… C'est pas vraiment ça un tiers. Un tiers c'est un proche. On sait très bien qu'il y a des proches qui sont dans des conflits de loyauté insolubles, pour qui c'est trop difficile de demander une hospitalisation. - *Oui, ou des gens très isolés.* - Normalement, le péril imminent doit être caractérisé. C'est-à-dire que ça ne se définit pas… - *Par absence de tiers.* - Et oui. Mais il faut nous expliquer en quoi : un, il est en péril et deux, en quoi ce péril est imminent. Il y a un arrêt du conseil d'état célèbre sur l'urgence. Et le conseil d'État a dit « l'urgence ne se définit pas elle se constate ». Et c'est ce qu'on appelle des certificats circonstanciés. Voilà,	52. **Avant la loi : tiers non justifiés (travailleurs sociaux…)**

quelles sont les circonstances qui laissent à penser que ce monsieur est en péril et que ce péril est imminent. Tentative de suicide, errance, clochardisation. Voilà, c'est pas compliqué. Mais au fond, ça va être utilisé pas vraiment pour le fait qu'il y ait un péril imminent mais parce que… Voilà, parce qu'on n'a pas de tiers. - *Et ça entraîne un risque pour les droits du patient ? Parce que du coup il suffit d'un seul certificat.* - Oui, je sais bien. - *Enfin je ne sais pas… Peut-être que ça peut plutôt aider…* - Si le certificat est circonstancié… Moi j'aurais plutôt tendance à dire : aller voir le directeur de l'hôpital qui accepte d'hospitaliser quelqu'un alors que le certificat est plein de vent. - *Oui, si le certificat est circonstancié…* - Je peux vous en montrer un, bon, moi j'ai fermé les yeux. Ecoutez : péril imminent, certificat médical d'admission « …avoir constaté les troubles suivants : délire persistant non critiqué, pas d'adhésion aux soins » et le directeur derrière il prend une décision d'admission. Bon… - *Et il y a des possibilités de retour de la part du directeur ?* - Et bien ça, allez lui demander, moi je pense que oui. C'est une décision administrative qui fait grief ça. - *Est-ce que le directeur peut appeler le médecin en disant « refaites-moi votre certificat » ?* - Bien sûr, voilà, j'espère ! - *Il faudrait que je me renseigne.* - Enfin ça, c'est pas un certificat qui justifie une admission pour péril imminent. - *Oui, on ne voit pas l'imminence du péril.* - Moi j'ai fermé les yeux… - *Parce qu'après il y avait d'autres certificats qui explicitaient plus ?* - Parce qu'après j'ai un certificat de 24 heures qui est très circonstancié. - *D'accord.* - Je veux dire, où il y a un risque de passage à l'acte, un risque suicidaire. - *D'accord. Parce que justement, le premier certificat est fait par un médecin extérieur, pas forcément un psychiatre. Et ça vous en pensez quoi ?* - Ça c'est la loi, moi je n'en pense rien. Est-ce qu'un médecin est capable… - *Mais vous, au niveau de votre expérience, dans le certificat que vous avez, est-ce que ça pose un problème ?* - C'est mieux quand c'est un psychiatre. - *Parce qu'il a l'expérience ?* - Évidemment. Le certificat que je vous lisais, c'est les urgences du CHU. - *Oui, donc ça pose un peu ce souci là. Le certificat moins circonstancié…* - En quoi un médecin urgentiste est-il capable d'évaluer un « délire persistant non critiqué » ? Persistant depuis quand ? Comment ? Il se caractérise comment ce délire… ? Enfin moi je serais directeur d'hôpital, je n'accepterais pas ça. Mais je ne suis pas directeur d'hôpital. Mais à partir du 1er janvier 2013, je serai aussi juge de la légalité des décisions administratives. Et là j'aime autant vous dire que ça va cartonner.	53. **Risque d'utilisation du péril imminent lors de l'absence de tiers** 54. **Péril imminent : pas de risque pour les droits du patient si le certificat est circonstancié** 55. Décision judiciaire aidée par le deuxième certificat à 24h, à voir si thématisable 56. **Manque d'expertise d'un médecin non psychiatre pour juger cliniquement**

- *D'accord.* - Les gens n'ont qu'à faire leur boulot. Péril imminent, la loi dit : on doit établir des certificats circonstanciés. Ce n'est pas compliqué de dire… de caractériser ce délire non ? Alors je sais bien que les urgences au CHU c'est un peu à la bourre… - ***Et le dernier pan que je voulais aborder, c'est par rapport aux soins ambulatoires sous contrainte. De votre expérience est-ce que…***	
- Moi je pense que si ça peut éviter un maximum d'hospitalisations c'est bien. Ça va empiéter, et d'ailleurs la loi les a interdites, sur ces sorties interminables.	57. **Les SASC peuvent permettre d'éviter des hospitalisations**
- *Les sorties d'essai longue durée.* - Les sorties d'essai qui durent trois ans… Il faut être sérieux ! Soit il est dedans soit il est dehors.	58. Thématisé dans le commentaire 61
Et moi je pense que c'est aussi de nature à mobiliser le service social, parce qu'on voyait bien qu'il y avait des gens qui restaient hospitalisés parce qu'il n'y avait pas de structure d'accueil à l'extérieur. - *Oui, mais du coup il n'y en a toujours pas.*	59. **Les SASC peuvent permettre de mobiliser les services sociaux**
- Oui mais… Bon… Ces programmes de soins externes… alors vous me direz : il peut y avoir des hospitalisations ponctuelles, bon. Au moins ce n'est pas en continu. Non mais ça c'est sûr que le gros déficit de notre système c'est l'absence de fluidité…	60. **Problème : absence de fluidité vers l'extérieur (manque de moyens)**
- *De relais vers l'extérieur c'est ça ?* - Moi, au mois d'août, j'ai vu un type qui me dit « mais moi je veux aller dans un foyer, j'en ai marre de l'hôpital psychiatrique » ça faisait quatre ans qu'il était là. Et tous les certificats établissaient qu'il pouvait. - *Mais il manquait le moyen ?* - Moi j'ai hésité à lever l'hospitalisation. Parce que si je la lève et s'il refuse une hospitalisation libre, il est à la rue, il est clochard. Bon ce n'est pas ça le but de la manœuvre. Mais moi je n'ai pas le pouvoir de…	
- *Donc là, l'avantage c'est que ça permet quand même de contraindre, mais à l'extérieur.* - Voilà. - *Tout en restant dans la légalité, du coup.* - Voilà, absolument. Parce qu'avant on était dans une espèce de non-droit. Alors ça a posé la question des gros déficitaires. […] Moi je pense que les grands déficitaires il ne faut plus les mettre en hospitalisation sous contrainte. Parce qu'on sait qu'ils ne seront jamais en état d'exprimer leur point de vue. Cent pour cent de ces personnes bénéficient d'une mesure de protection judiciaire. Il appartient donc à leur représentant légal, leur tuteur, d'être vigilant sur les conditions d'hospitalisation. - *Oui et de décider si… Plutôt que de prendre une mesure d'hospitalisation sous contrainte.* - Ce sont des hospitalisations libres à la demande du tuteur. C'est la position qu'on a adoptée.	61. **Les SASC permettent de sortir du non droit des sorties d'essai d'hospitalisation longue durée**
- *Oui. Et par rapport au programme de soins que doit établir le psychiatre avec son patient, est-ce que vous l'entendez comme un contrat ?* - Ah non, c'est une contrainte.	62. **Le programme de soin est une contrainte et non un contrat**
Alors ça pose la question de quelle compétence a le juge de contraindre à l'élaboration d'un programme de soins. Puisqu'il peut différer sa décision de 24 heures. Moi j'ai eu un échange avec un docteur sur ce point, il me dit « mais vous pouvez me dire qu'il faut faire un	63. Thématisé dans le commentaire suivant

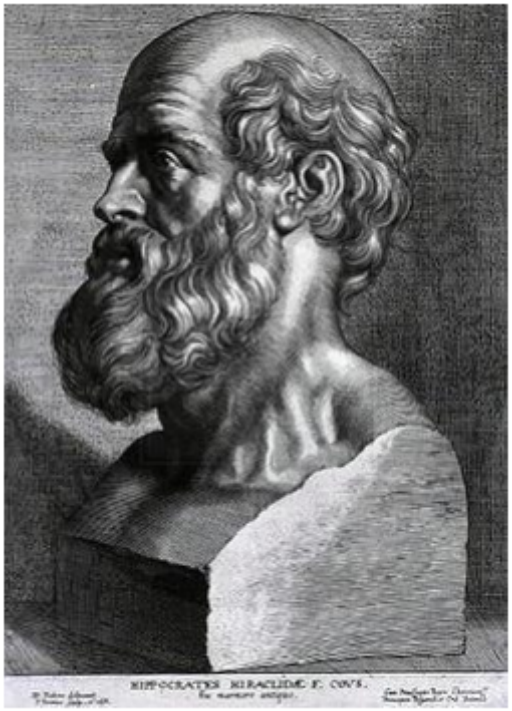
programme de soins mais si je vous dis qu'il a besoin d'être hospitalisé je ne mettrai pas en place un programme de soins. Il sortira et… » - *Et donc ça c'est possible.* - Ah ben oui, on ne peut pas contraindre. C'est-à-dire qu'au bout de 24 heures, programme de soins ou pas il sort. Voilà. - *D'accord, c'est juste un délai pour que si…* - Voilà, au cas où… Mais c'est bizarre. - *Oui, c'est quand même particulier.* - Oui, c'est une ingérence thérapeutique du juge alors qu'il n'en a absolument pas les compétences. C'est-à-dire que si les médecins disent que son état justifie qu'il reste à l'hôpital, c'est indiscutablement un choix thérapeutique qu'impose le juge. Et quelle est sa compétence pour l'imposer ? Moi je l'ai décidé une fois mais je ne suis pas contrarié si les médecins me disent : « non, on ne met pas en place de programme de soins et le type il sort » voilà. En fait ils ne sortent pas, parce qu'aussitôt on embraye sur… - *Oui, sur une autre mesure.* - Voilà. Mais un jour ça va tomber ça. - *Oui, ça va être légiféré ?* - Et bien ça va être censuré, c'est sûr. - *Ce n'est pas possible que ça continue comme ça… donc ça va être réglementé ?* - Ah non non, il va y avoir des arrêts de la Cour de Cassation parce que ça c'est un contrôle de forme. Quand je vous disais tout à l'heure que la Cour de Cassation ne se prononcera pas sur le fond… [Coup de téléphone] - *Vous me parliez de la Cour de Cassation.* - Oui, la Cour de Cassation ne va pas exercer son contrôle sur le fond mais sur la forme. C'est-à-dire que si elle se rend compte que le juge ordonne la levée de l'hospitalisation et que le type ne sort pas et qu'on a simplement changé les modalités de l'hospitalisation et qu'il y a des recours sur la deuxième mesure, alors là elle va dire que c'est un détournement de la loi. - *D'accord. Et du coup, il peut y avoir des modifications apportées par rapport à ça ?* - Ah non. Les hôpitaux vont devoir s'incliner. C'est-à-dire que le directeur d'hôpital refusera l'arrêt d'hospitalisation. Non parce qu'il faut quand même savoir, je ne sais pas si vous avez lu la loi jusqu'au bout, les hospitalisations arbitraires c'est quand même puni de peines d'enfermement. - *Oui.* - C'est-à-dire que si le juge dit « il sort » et qu'on constate qu'il ne sort pas, ça peut ressembler étrangement à une hospitalisation arbitraire. Donc moi je l'ai dit aux médecins : c'est à vos risques et périls. Je veux dire que s'ils tombent sur des avocats un peu vigilants… - *Oui, ça risque d'être compliqué. Après il y a la question de non-assistance à personne en danger. C'est-à-dire que si la personne sort et qu'il lui arrive quelque chose…* - Oui mais, alors ça c'est bien une remarque de médecin ! Les règles de la détention provisoire sont rythmées par un certain nombre de délais. Si par exemple une personne qui est détenue, un criminel hyper dangereux qui a déjà trucidé trois personnes, il fait une	64. **L'intervention du JLD (il peut ordonner la levée d'une mesure d'hospitalisation complète et la mise en place de SASC) est une ingérence thérapeutique alors qu'il n'en a pas les compétences** 65. **Si un juge ordonne la main levée et que le patient change simplement de modalité d'hospitalisation, il s'agit d'un détournement de la loi** 66. Difficile à thématiser, abordé dans le commentaire suivant

demande de mise en liberté, le juge des libertés a dix jours pour statuer sur sa demande de mise en liberté. S'il n'a pas statué au 10ème jour, il sort. Bon. - *Il faut dormir tranquille après !* - Alors je ne dis pas que ça arrive tous les jours, mais ça arrive. Ça c'est dans notre culture. Bien sûr qu'on n'est pas ravi. Et ça, ce n'est pas dans la culture des médecins. - *Voilà, ça c'est sûr.* - Voilà, parce que leur préoccupation c'est les soins et nous notre préoccupation c'est la liberté. - *Et oui, il y a un conflit.* - Mais je suis très respectueux des préoccupations du médecin. Mais il n'a qu'à convaincre le malade se faire soigner. - *Ce n'est pas toujours facile !* - Je sais, surtout quand il est fou… - *Et mon dernier point sur les soins ambulatoires sous contrainte, c'est pour les sorties de plus de douze heures mais les sorties de moins de douze heures doivent être accompagnées.*	67. **Préoccupations différentes entre psychiatres : le soin, et juges : la liberté**
- Moi je constate. Dans le dossier dont je vous parlais, le patient était hospitalisé depuis presque six mois et il a eu, je ne sais plus, une douzaine de sorties accompagnées. Mais ça c'est l'aspect ordre public. Comme je le disais tout à l'heure, cette loi elle est venue essayer de résoudre la confrontation de tout un tas d'objectifs. C'est-à-dire le contrôle de l'atteinte à la liberté, l'organisation des soins, et des éléments d'ordre public.	68. **Les sorties de moins de douze heures répondent à l'aspect ordre public**
- *Et elle n'a pas demandé à ce qu'un juge vérifie les procédures de soins ambulatoires sous contrainte ? Puisqu'il y a aussi notion de privation de liberté.* - Si, le patient peut faire une requête. Mais il n'y a pas de contrôle obligatoire. Parce que la liberté d'aller et venir est garantie. - *D'accord, c'est pour ça.* - La liberté fondamentale c'est celle-là. Un type qui est incarcéré, normalement, la seule liberté à laquelle on porte atteinte c'est celle d'aller et venir. Bon, l'état de nos prisons fait que… il y a bien d'autres libertés qui sont atteintes. Mais là c'est le même raisonnement. Si la personne ne veut plus aller au CMP, elle écrit au juge en disant « j'en ai marre de prendre des cachetons ». Parce que […] c'est ça quoi, c'est les critiques sur les effets secondaires des médicaments. En général les patients ont une certaine conscience de leur pathologie, ne se plaignent pas vraiment des conditions de l'hospitalisation, mais ils se plaignent d'être shootés… - *Surtout les premiers jours…* - Voilà et puis même ceux qui sont soignés au long cours.	69. **Intervention du JLD dans les SASC non nécessaire car liberté d'aller et venir garantie**
- *Mais du coup, pour ceux-là, s'ils échappaient aux sorties d'essai et qu'ils ne se présentaient plus au CMP, ils se perdaient dans la nature, alors qu'avec les soins ambulatoires sous contrainte ce n'est plus possible.* - Si, ils peuvent disparaître dans la nature. Bien sûr. Après la sanction ça va être l'arrêt d'hospitalisation. Mais une fois qu'ils sont dehors… - *Oui, parce que ce n'était pas la même chose avec les sorties d'essai…* - Parce que c'est quoi le programme de soins, c'est d'aller au CMP une fois par mois… - *Ça dépend des moyens du service.*	70. **Les SASC ne permettent pas d'éviter les perdus de vue**

- Voilà. Là, les Québécois sont un peu plus performants. Parce qu'il y a un vrai suivi, c'est-à-dire que c'est les soignants qui vont à domicile, il y a des rencontres extrêmement fréquentes, régulières, mais ça après c'est vrai que c'est une question de moyens. - *Ça c'est le problème des moyens. D'accord.* - C'est un peu l'échec de la loi de 90 qui, à la sectorisation, n'a sans doute pas mis assez de moyens médicaux et aussi médico-sociaux. Je veux dire des appartements thérapeutiques… - *Mais c'est un peu une question générale : qu'on fasse des lois et qu'on ne mette pas forcément les moyens pour les appliquer…* - Oh oui, c'est typiquement français ça ! - *Mais pour vous aussi, parce que vous vous retrouvez à…* - En matière de criminalité c'est pareil. Quelqu'un qu'on place en sursis avec mise à l'épreuve, celui que j'ai vu mardi et pour lequel j'ai levé l'hospitalisation, il relève d'une prise en charge par le service pénitentiaire d'insertion et de probation. Dans l'inconscient collectif on s'imagine que ces gens sont suivis à la culotte, qu'on les voit tous les jours… Ils sont convoqués une fois par mois ! - *On n'a pas les moyens d'appliquer…* - Non. Le type va venir avec son certificat mensuel comme quoi il s'est présenté au CMP, mais ça ne va pas l'empêcher aussi bien à 15 jours de refaire une connerie. Non, là-dessus je suis sans illusion. On est une machine qui s'auto alimente. Alors il y a certains collègues qui sont très désabusés par rapport à cette loi, en disant « ça ne sert à rien, c'est du boulot en plus». Moi je suis moins sévère, moi je pense que pour des malades c'est bien qu'il y ait un regard extérieur. Alors après, il y a le déroulement de l'audience, la capacité d'empathie… Il y a autant de manières de conduire les audiences qu'il y a de juges. Moi j'ai des collègues à Bonneville ils y vont en robe avec tout le pataquès… - *Ils se déplacent déjà…* - Ils se déplacent… mais c'est violent ! Vous les voyez arriver avec la robe, pourquoi pas mettre le code pénal sur la table ! - *Oui c'est sûr que ce doit être difficile pour les patients.* - Non, moi je pense qu'il faut que le juge ait tout à fait intégré qu'il a en face de lui un malade. - *Ce qui n'est pas forcément facile, parce qu'il y en a qui n'ont pas d'expérience. Et vous avez des formations ?* - Pour l'instant rien. Moi je suis allé à un séminaire au mois d'avril. Si, on a un enseignement de psychiatrie à l'école de la magistrature. - *Ah oui ?* - Historiquement c'est un truc qui fait débat et c'est pas pour rien. Quand moi j'étais en formation c'était très nosographique quoi. On nous disait « voilà, un parano c'est ça, un maniaco-dépressif c'est ça, la différence entre une psychose et névrose… » ce qui fait qu'on avait l'impression d'être savant. Mois après je prenais le bus et je disais « lui il a une tête à être parano, il a une tête à être schizophrène… » ce qui était absurde. Et quand moi j'étais enseignant à l'école de la magistrature, la commande qu'on avait passée au psychiatre, à laquelle il avait adhéré, c'était de présenter aux futurs juges comment se construisait la personnalité psychique. De l'intra-utero… - *C'est pas simple ! On ne sait pas tout…* - Justement. Ce psychiatre avait cette humilité là, en disant « voilà, moi je	71. **Il est difficile d'établir un vrai suivi en SACS faute de moyens** 72. **Pour les patients c'est bien qu'il y ait un regard extérieur** 73. Intéressant mais difficile à thématiser, très précis 74. **Absence de formation des juges sur cette loi et absence de supervision** (commentaire 77) 75. La suite ne concerne pas la loi de 2011

vous propose ça, à telle étape de la construction il peut y avoir tel accident qui peut se manifester de telle manière, voilà les soins qu'on peut proposer » alors c'était extrêmement angoissant pour le futur juge. Parce que ça les renvoyait à leur propre fonctionnement psychique. Mais moi je suis très partisan que les juges soient ébranlés quant à leur fonctionnement psychique. Parce que chez nous il y a des paranos qui s'ignorent. - *Chez nous aussi je pense.* - Et bien oui ! Et moi je trouvais que c'était très riche. Et on avait même inventé une activité pédagogique qu'on appelait « de double lecture ». C'est-à-dire qu'on prenait un dossier très trash, un type qui tue ses gamins et le groupe de futurs juges réfléchissait en la présence d'un magistrat d'expérience et soit d'un psychologue soit d'un psychiatre d'expérience. Et on essayait de voir comment pouvait se confronter, s'allier, les deux approches. Quel sens pouvait avoir sur un plan psychique le passage à l'acte, sur un plan criminologique… - *Et ça a changé quelque chose ces cours ?* - Bof. La dimension humaine de l'acte de juger est encore en panne. - *Sa prise en compte ?* - La dimension technique de l'acte de juger est très satisfaisante. Les collègues sont de très bons techniciens du droit. Ils sont suffisamment sélectionnés pour qu'on ait la crème. Mais c'est pas parce qu'on a la tronche bien faite, pleine de connaissances, que… Il y a tout un tas de fonctions où il y a une dimension humaine qui est aussi importante sinon plus. - *Oui, c'est vraiment intéressant parce que nous c'est un peu la même problématique, à part que nous on est un peu plus sensibilisé peut-être parce qu'on est renvoyé directement…* - Mais il y a des médecins qui sont dans la toute-puissance. - *Mais voilà, il y en a aussi, c'est la même problématique. Y a-t-il des pays dans lesquels les juges ont une supervision ?* - Bien sûr. - *Ce n'est pas notre culture.* - Non. Et puis surtout on est un des rares pays où on devient juge très jeune. Dans ma promotion la plus jeune est devenue juge à 20 ans. Quand on dit ça notamment aux anglo-saxons… chez les Anglo-Saxons on devient juge à 45 ans. Après une carrière… Alors je ne dis pas que c'est mieux. Moi j'ai l'habitude de dire que la jeunesse ça passe mais la connerie ça reste. - *Oui, mais on a peut-être un peu plus de recul et d'expérience sur soi-même.* - Voilà. C'est-à-dire qu'on a accumulé la conscience de la difficulté qu'il y a à entrer en relation. Et toute la déclinaison des modalités d'entrée en relation. Et moi je dis souvent aux médecins qu'on fait un peu le même métier. C'est pas pour rien que les uns et les autres on rend des « ordonnances », qu'on pose des « diagnostics ». Définir la culpabilité de quelqu'un, c'est poser un diagnostic. Et la démarche intellectuelle est comparable. Et moi je pense que la posture humaine a aussi des similitudes. C'est-à-dire s'entretenir avec un malade c'est un peu comme s'entretenir avec un prévenu. Par exemple le minimum, c'est de se présenter à l'arrivée des patients en audience. C'est le minimum. Ces patients, ils ne vont pas bien, on leur demande de venir…	76. **La dimension technique de l'acte de juger est très satisfaisante chez les juges, mais ils doivent prendre conscience de la dimension humaine de l'acte de juger** 77. Thématisé dans le commentaire 74 78. **Il y a des similitudes entre juges et psychiatres dans la démarche intellectuelle et la posture humaine**

- *Oui, qu'ils sachent à qui ils ont à faire.* - C'est le minimum. Et chez les toubibs il y a aussi du boulot. - *Du coup cette loi elle…* - Voilà, elle ne fait que créer un petit peu de culture du contradictoire.	79. **Cette loi créé de la culture du contradictoire**
Et moi je pense que la toute-puissance médicale a besoin de contrôle. Voilà. La loi de 2002, renversant la charge de la preuve a été quand même une révolution. Vous devez me dire de façon suffisamment détaillée ce que j'ai, pourquoi vous décidez de me soigner, pourquoi vous décidez de cette manière plutôt que d'une autre…	80. **La toute puissance médicale a besoin de contrôle**
- *Et le fait que vous lisiez des passages de certificats, qu'il y ait un juge pour faire ça, ça systématise l'information…* - Mais vous avez vu que c'est possible ! [Coup de téléphone]	81. **La lecture des certificats par le juge au patient systématise l'information**
- ***Bon, et du coup sur cette loi, est-ce qu'il y a d'autres points qui vous semblent importants ?*** - On n'a pas assez de recul. - *D'autres, qui ont posé souci de votre pratique ?*	
- Non, moi je me suis bien mis dans les chaussures. […] Mais au bout de six mois il faut impérativement organiser la rencontre entre juges et médecins. - *Oui, pour voir…* - Sur le plan administratif c'est à peu près rôdé, mais sur le plan des certificats médicaux on n'y est pas.	82. **Il faut organiser des rencontres juges-médecins**
- *Pour dire qu'est-ce que vous attendez, citer des exemples des choses comme ça…* - Voilà. Pour dire qu'on veut des certificats circonstanciés. - *Mais je pense que les médecins sont en demande. Parce que c'est vrai que ça leur pose problème d'avoir des certificats à rédiger à 24 et 72 heures parce qu'ils disent : « mais qu'est-ce qu'on peut mettre de différent ? » pour eux vous attendez quelque chose de forcement différent. Alors que c'est pas forcement ça.* - Mais pas nécessairement ! Qu'on nous dise que l'état de santé n'a pas évolué de façon significative… ça on peut l'entendre. - *D'où l'intérêt d'en discuter.*	83. **Les certificats doivent être circonstanciés**
- Je veux dire, c'est comme quelqu'un qui a une pathologie somatique, qui est aux urgences, son état est qualifié de stationnaire. On n'est pas abruti, on peut le comprendre. Non, si les médecins sont prêts, et de manière honnête sur le plan intellectuel, à accepter le débat contradictoire, moi je pense qu'il n'y aura aucune difficulté. Mais sincèrement, quand j'écris dans une ordonnance que je lève une mesure parce que, dans les certificats, il n'y a aucun élément qui me permet d'apprécier la justification à une privation de liberté, ma plume ne tremble pas. …Bon, en en reste là ? - *D'accord. Merci beaucoup !*	84. Déjà thématisé 85. Déjà thématisé



SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,
Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.
Je donnerais mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail.
Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.
Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.
Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.
Je garderai le respect absolu de la vie humaine.
Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.
Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.
Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.