

Réforme de la psychiatrie et politique sécuritaire

A l'heure d'un bouleversement profond des méthodes de prise en charge de l'hospitalisation sous contrainte, voici un regard posé sur un projet de loi qui, soumis aux principes sécuritaires, fait fi de la dignité humaine et des libertés individuelles.

Gislhaine RIVET, responsable du groupe de travail « Santé, bioéthique » de la LDH

« **L**es progrès de l'humanité se mesurent aux concessions que la folie des sages fait à la sagesse des fous. »
(Jean Jaurès)

Une personne sur quatre souffre de troubles mentaux ou neurologiques au cours de sa vie, soit environ quatre cent cinquante millions de personnes dans le monde. En France, les études montrent que plus d'un tiers de la population a souffert d'au moins un trouble mental au cours de son existence. Les troubles anxieux sont les plus fréquents, soit entre 12 et 13 %, suivis par des troubles de l'humeur, entre 8 et 11 %. Les chiffres l'attestent, la maladie mentale n'est pas réservée à une minorité de la population, mais impacte un grand nombre de personnes.

Par ailleurs, les personnes atteintes de troubles mentaux sont confrontées en permanence à l'incompréhension et à la stigmatisation de leur environnement. Or ces troubles peuvent affecter leur capacité d'analyse ou leur aptitude à défendre leurs propres intérêts. De ce fait, ces personnes sont doublement vulnérables, ce qui induit un risque accru de violation de leurs droits les plus élémentaires. La prévalence des crimes violents envers des patients psychiatriques serait

11,8 fois plus importante qu'au sein de la population, selon le rapport de la commission « Violence et santé mentale »⁽¹⁾.

Revenons dans la France de l'ancien régime. Les personnes malades sont à cette époque le plus souvent confiées aux familles, ou enfermées dans des prisons, sans la moindre reconnaissance de leur pathologie. Sous l'impulsion de certains psychiatres, une loi en 1838 reconnaît les troubles mentaux comme une maladie à part entière. De ce changement découlera notamment la mise en place d'un établissement psychiatrique par département. Au gré du temps, sous la pression notamment des normes internationales⁽²⁾ et de l'évolution des pratiques médicales, des adaptations seront nécessaires. En 1990 le législateur viendra amender et compléter les textes en vigueur.

Si les hospitalisations psychiatriques sont, pour la grande majorité, dispensées avec l'accord du patient, parfois, dans les phases les plus aiguës de la maladie, des moyens sont mis en place afin de le contraindre à une hospitalisation. Ils sont déclinés en hospitalisation d'office, ou à la demande d'un tiers. En 2007, le nombre d'hospitalisations sous contrainte était évalué à soixante-

treize mille, dont soixante et une mille mesures à la demande d'un tiers. De fortes disparités sont soulignées en fonction des régions : on note des écarts de un à cinq pour les hospitalisations à la demande d'un tiers, et de un à neuf pour les hospitalisations sous contrainte⁽³⁾.

En mai 2010, un projet de loi « relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge »⁽⁴⁾, complété en janvier dernier par une lettre rectificative, tente de modifier considérablement certains aspects des textes en vigueur. Il soulève bien des incertitudes et appelle certaines réserves, notamment en ce qui concerne les motifs, réels, assignés à ce projet.

Démystifier la maladie mentale

L'opinion publique tend à associer maladie mentale et dangerosité. Or la majorité des crimes sont commis par des personnes qui ne présentent pas de troubles mentaux : dans les pays occidentaux, le taux d'homicides est de un à cinq pour cent mille habitants, les troubles mentaux avérés des personnes impliquées ne concernant que 0,16 cas sur cent mille habitants. De plus, 90 % des

(1) http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/violences_sante/sante_mentale.pdf.

(2) Notamment la recommandation R 83-2 du 22 février 1983 du Conseil de l'Europe sur « la protection juridique des personnes atteintes de troubles mentaux et placées comme patientes involontaires ».

(3) Etude d'impact dans le projet de loi de mai 2010, abordé ensuite dans cet article.

(4) <http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/projets/pl2494.pdf>.

malades mentaux ne commettent pas d'actes de violence et le taux d'actes recensés pour des patients régulièrement traités est tout à fait comparable à celui de la population générale⁽⁵⁾.

Lors de certaines affaires, la surmédiatisation entraîne de facto l'opinion dans un cercle vicieux, stigmatisant à outrance les malades mentaux et dénaturant grandement la réalité. Comme l'illustre Nathalie Przygodzki-Lionet, maître de conférences en psychologie sociale, « la focalisation des médias sur les affaires criminelles amène l'opinion publique à surestimer la fréquence des actes violents, cette distorsion perceptive facilitant l'émergence d'émotions négatives telles que la peur et le sentiment d'insécurité, ce qui conduit inévitablement à une sévérité accrue chez les individus... ».

Des mesures prises sans passion seraient certainement plus judicieuses, afin d'accompagner au mieux les patients. En premier lieu, répondre à la demande dès que ces derniers se présentent de façon volontaire au sein d'un établissement, afin de recevoir des soins, ce qui suppose des lits disponibles et des personnels à disposition. Le maintien des structures dites de proximité, avec des plages horaires adaptées, serait en outre un atout. En effet l'accessibilité et la familiarité des lieux sont des éléments essentiels pour accompagner des patients en souffrance psychique. L'hôpital psychiatrique reste, pour la majorité des usagers, une représentation froide, tentaculaire, où ils se rendent uniquement dans le cas d'une nécessité absolue. Or, contrairement à d'autres pathologies, la douleur n'est pas un facteur révélateur. Parfois celle-ci provoque une atténuation de la conscience, la personne concernée n'étant plus en mesure d'appeler à l'aide. L'individu se replie sur lui-même, et peut faire preuve d'excès de violence. L'écoute attentive par des professionnels

« La Cour européenne des droits de l'Homme précise qu'un acte médical est une ingérence dans la vie privée, lorsqu'il a lieu contre la volonté de la personne, et notamment lors de l'administration, de force, d'un traitement. »

© DR

L'opinion publique tend à associer maladie mentale et dangerosité. Or 90 % des malades mentaux ne commettent pas d'actes de violence et le taux d'actes recensés pour des patients régulièrement traités est tout à fait comparable à celui de la population générale.

devient alors prépondérante, et évite parfois des mois d'hospitalisation sous contrainte ou des actes irréparables.

Vers la remise en cause du « prendre soin »

Déjà, en 1838, De Portalis énonçait : « *Nous ne faisons pas une loi pour la guérison des personnes menacées ou atteintes d'aliénation mentale; nous faisons une loi d'administration de police et de sûreté.* »⁽⁶⁾

Si, comme le souligne André Breton, « *tous les internements sont arbitraires* »⁽⁷⁾, le rôle du juge judiciaire doit être prépondérant. Une large place s'impose, de fait, au gardien de la liberté individuelle. L'article 66 de la Constitution, dernier rempart de nos libertés, ne peut être écarté.

L'autorisation du juge, a priori, devient une condition essentielle, afin de soutenir le bien-fondé de la mesure. Les soixante-douze heures d'une hospitalisation sous contrainte, sans les garanties imposées lors d'une garde à vue, ne peuvent être admises. En substance, c'est une porte ouverte à l'arbitraire sans précédent, et une résurgence à peine

dissimulée des lettres de cachet. Par ailleurs, au cœur des juridictions, un vif débat se situe dans le domaine des compétences respectives entre le juge judiciaire et le juge administratif. Cette dualité apporte elle aussi, pour la majorité des justiciables, un flou sur la saisine du juge compétent. Elle opacifie les voies de recours. Les notions d'hospitalisation et de soins viennent complexifier encore le paysage : si la contrainte à l'hospitalisation est admise, l'injonction de soins est contestée et son contrôle encore plus incertain. Un dispositif simplifié et clarifié serait le bienvenu. L'éloge des traitements s'étioule peu à peu. Le plus performant des médicaments ne remplace pas – et encore moins dans le domaine de la perturbation mentale – la notion de « prendre soin ». La prise en compte de l'environnement, le temps consacré à l'écoute, à la reconnaissance de l'autre comme un être à part entière, sera essentielle pour lui permettre de se reconstruire. Le temps consacré à la relation entre les professionnels et le patient est consubstantiel au soin. La pharmacopée, bien que très abon-



La géolocalisation (bracelet électronique ou vidéo-surveillance) n'est pas à exclure. Or une absence d'accroche territoriale rend l'hospitalisation sous contrainte accessible en tout lieu, sans garanties, ni pour les professionnels ni pour l'utilisateur.

dante, ne saurait, à elle seule, être un moyen suffisant pour parvenir à la guérison. Or, le temps de travail des professionnels s'inscrit dans un espace de plus en plus limité, où les facteurs production et rentabilité sont inexorablement prépondérants.

La prise en compte de la contrainte reste un facteur déterminant. Les études démontrent que l'acceptation de la thérapie reste un gage de réussite essentiel, quelle que soit la pathologie. La contrainte devient alors une limite certaine à la guérison ou à une possible rémission. La Cour européenne des droits de l'Homme et des libertés fondamentales⁽⁸⁾ précise qu'un acte médical est une ingérence dans la vie privée, lorsqu'il a lieu contre la volonté de la personne, et notamment lors de l'administration, de force, d'un traitement. Dans la même lignée, la décision du Conseil constitutionnel souligne que les soins sans consentement ne font pas obstacle à la recherche de l'avis de la personne sur son traitement⁽⁹⁾.

Le domicile représente, pour chaque individu, le socle matriciel d'une protection ou d'un

refuge. Il prend la forme d'une habitation, sous des apparences diversifiées. Les « Assises du logement », en 2004, l'érigent comme un élément essentiel pour l'accomplissement de chaque Homme.

Reconnaître le domicile comme lieu de soins psychiatriques prend nécessairement une autre dimension. Ce « chez-soi » devient alors un espace commun partagé par d'autres, ce qui complexifie largement, voir remet partiellement en cause cette notion, protégée par le Conseil constitutionnel.

Le sécuritaire au mépris de la dignité ?

Le projet de loi ne prévoit pas de moyens à mettre en place pour assurer la sécurité des usagers, de l'entourage ou des professionnels. La géolocalisation (bracelet électronique ou vidéosurveillance) n'est pas à exclure, ce qui serait largement préjudiciable. Ce dispositif pourrait dès lors s'inscrire dans un vaste champ de surveillance de l'ensemble de la population, et remettre en cause les fondements de la vie privée. Une absence d'accroche territo-

riale rend l'hospitalisation sous contrainte accessible en tout lieu, sans garanties, ni pour les professionnels ni pour l'utilisateur. La géolocalisation peut à terme faciliter et multiplier ces formes d'hospitalisation. La conjonction de plusieurs critères, notamment la possibilité d'une hospitalisation au domicile sous contrainte – une procédure d'admission subordonnée à un seul avis médical dans le cadre d'une admission à la demande d'un tiers⁽¹⁰⁾ –, associée à la suppression des sorties d'essai sont des signes révélateurs de modifications substantielles des méthodes de prises en charge. En filigrane se dessine une organisation composée de normes purement sécuritaires, au mépris de la santé et de la dignité humaine.

La psychiatrie s'inscrit dans le vaste champ de la protection des personnes vulnérables. Elle ne devrait pas être le support de considérations sécuritaires, comme la lecture des articles du projet de loi semble pourtant le supposer. Au cœur de ce projet se dessinent l'avenir de nos libertés et la sauvegarde de la dignité humaine. ●

(5) Senon J.-L., Manzanera C., « Psychiatrie et justice pénale à la difficile recherche d'un équilibre entre soigner et punir », in *Actualité juridique pénale*, Dalloz, 2006.

(6) M. De Portalis, *Législation sur les aliénés et les enfants assistés*, Paris, Berger-Levrault, 1880-1884, tome II, p. 507 (discours prononcé le 8 février 1838 à la Chambre des pairs).

(7) André Breton, *Manifeste du surréalisme*, éditions du Sagittaire, 1924, p. 14.

(8) CEDH, « X c. Autriche », 13 décembre 1979 et CEDH, « Storck c. Allemagne », 16 juin 2005.

(9) Conseil constitutionnel, « mademoiselle Danièle S », 26 novembre 2010.

(10) Selon les circonstances, le médecin exerçant dans l'établissement d'accueil aura la faculté d'établir le certificat médical.