

UN QUINQUENNAT DE SANTÉ (2007-2012) Soins psychiatriques : le retour de la contrainte et de la stigmatisation

Bernard Durand

La loi du 5 juillet 2011, fortement contestée par les professionnels et les usagers de la psychiatrie, a modifié le paysage psychiatrique. Après une évolution quasiment continue qui a permis de remplacer la pratique asilaire de l'enfermement par des soins acceptés par le patient, on assiste à un retour des pratiques d'enfermement. Après des années d'engagement des professionnels et des familles pour redonner leur dignité aux personnes dont le psychisme est altéré, on constate que l'on a réactivé, à partir de quelques faits divers aussi exceptionnels que dramatiques, des représentations du fou et plus spécifiquement du schizophrène comme quelqu'un de potentiellement dangereux. La nouvelle loi, qui prétend garantir la continuité des soins, est en fait une loi de continuité de la contrainte. Elle est le résultat d'une volonté de reprise en main de la gestion de la folie par le ministère de l'intérieur depuis 2003, au détriment de celui de la santé. Pourtant, on y trouve des dispositions qui auraient pu faire l'objet d'un consensus dans une autre logique que l'obsession des troubles à l'ordre public.

Notre devoir n'est pas de nous débarrasser du fou, mais de débarrasser le fou de sa folie.

Albert Londres

La psychiatrie, née au début du XIX^e siècle, est restée longtemps identifiée à l'asile, lieu à part et inquiétant où les fous étaient relégués, gardés par des gardiens rémunérés par le ministère de l'intérieur. Les médecins aliénistes

étaient des fonctionnaires, eux-mêmes marginalisés par rapport à la médecine, et il a fallu attendre 1936 pour que les asiles d'aliénés deviennent des hôpitaux rattachés au ministère de la santé publique et 1970 pour que les médecins des hôpitaux psychiatriques soient reconnus comme des praticiens hospitaliers à part entière. Après les années noires de l'Occupation, où des milliers de malades ont souffert de la faim et en sont même morts, la psychiatrie a essayé de sortir de la logique asilaire. La politique de secteur, qui renversait la logique des soins centrée sur l'hôpital, s'est imposée progressivement en faisant du fou, non plus un aliéné à enfermer, mais un homme en souffrance dont le lien social est altéré, susceptible d'être écouté et soigné. L'apparition des médicaments psychotropes d'une part, le développement des psychothérapies d'autre part, sans oublier l'attention portée au fonctionnement même de l'institution de soins avec ce qu'on a appelé la psychothérapie institutionnelle, ont facilité cette évolution.

L'augmentation du nombre des psychiatres, qui avaient conscience de pratiquer une médecine particulière dans laquelle le relationnel et la dimension sociale tenaient une place fondamentale, a également facilité cette évolution. Même si le développement de la sectorisation a été très inégal, des avancées indéniables, soutenues par les pouvoirs publics, ont eu lieu dans les décennies 1960-1980.

Mais, depuis une vingtaine d'années, la situation s'est dégradée : un nombre considérable de lits ont été supprimés sans que des alternatives en matière de soins, d'accompagnement au quotidien, mais aussi de logement n'aient été mises en place. Aussi un grand nombre de patients psychiatriques se sont-ils retrouvés en situation de précarité, abandonnés dans la rue ou en prison.

Les dernières années du précédent quinquennat ont été marquées néanmoins par la promulgation de la loi du 11 février 2005 « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » dont a reconnu qu'elle concernait aussi les personnes en situation de handicap du fait de troubles psychiques. Cette loi a suscité un grand espoir à l'Unafam¹, chez les représentants des usagers eux-mêmes, au premier chef la Fnapsy² et les mouvements associatifs du champ de la santé mentale. Une innovation comme les groupes d'entraide mutuelle^{3, 4}, en particulier, a été saluée comme une avancée considérable.

Les quatre dernières années, à l'opposé, ont été marquées par un désintérêt pour la psychiatrie, pourtant pionnière en matière de territoires de santé. La publication de la loi HPST⁵ semble remettre en question la sectorisation psychiatrique et le mot même de secteur psychiatrique semble ignoré, voire

1. Union nationale des familles et amis de personnes souffrant de troubles psychiques.

2. Fédération nationale des patients en psychiatrie.

3. Circulaire DGAS/3B n° 2005-418 du 29 août 2005 relative aux modalités de conventionnement et de financement des groupes d'entraide mutuelle pour personnes souffrant de troubles psychiques.

4. Durand B., « Les Groupes d'entraide mutuelle : un acquis des usagers », *Information psychiatrique*, 85, 9, 803-812, 2009.

5. Loi « hôpital, patients, santé, territoires » du 21 juillet 2009.

interdit avenue de Ségur, alors qu'il faudrait repenser celui-ci à l'aune des évolutions récentes induites justement par cette loi. Le rapport confié à Édouard Couty, ancien directeur des hôpitaux et de l'organisation des soins, en 2008, a d'ailleurs été laissé de côté, alors qu'il avait tenté d'articuler la loi HPST avec les pratiques de la psychiatrie et le développement du médico-social.

En revanche, on a assisté à une volonté de renforcer les conditions d'enfermement et de contrôle exercé sur les patients, en instillant dans l'opinion publique l'idée que les malades mentaux étaient tous potentiellement dangereux. Cette démarche a été en fait initiée dès 2003 par le ministre de l'intérieur de l'époque, devenu depuis président de la République. L'aboutissement en est la loi du 5 juillet 2011 dont beaucoup d'acteurs dénoncent la dimension sécuritaire.

Pourtant, on trouve dans cette loi des dispositions qui avaient déjà fait l'objet de débats qui auraient pu aboutir à un consensus. Comment en est-on arrivé là ? C'est ce que nous allons tenter d'expliquer en suivant l'évolution d'un certain nombre d'idées depuis la loi originelle de 1838 jusqu'à cette reprise en main sécuritaire qui risque de mettre à mal les avancées en matière de droit des patients et va à l'encontre des efforts engagés pour tenter de déstigmatiser les personnes souffrant de troubles psychiques.

DE LA LOI DU 30 JUIN 1838 À CELLE DU 27 JUIN 1990

Pendant cent cinquante ans, la psychiatrie a été structurée par une même loi, celle du 30 juin 1838, qui disposait que chaque département était tenu d'avoir un établissement consacré aux aliénés et définissait les différentes formes d'internement, à savoir le « placement d'office », suite à une décision de l'autorité préfectorale en cas de dangerosité, et le « placement volontaire », à l'instigation de la famille ou d'un proche. Cette loi, qui avait fait l'objet de débats riches et passionnés, était une loi de compromis qui prenait en compte un souci de préservation de l'ordre mais reconnaissait également que l'aliéné est un malade qu'il est nécessaire de soigner. En cela, elle constitue un des actes fondateurs de la psychiatrie.

Nous n'allons pas évoquer les multiples attaques dont cette loi a été l'objet, que les propos d'Albert Londres, qui avait fait dans les années 1930 une immersion « chez les fous », peuvent résumer : « La loi de 1838 n'a pas pour base l'idée de soigner et de guérir des hommes atteints d'une maladie mentale, mais la crainte que ces hommes inspirent à la société. C'est une loi de débarras⁶. » Il reste que l'équilibre qu'elle apportait entre les exigences du soin, de la sécurité publique et du respect des libertés individuelles lui a permis de connaître une longévité extraordinaire.

6. Londres A., *Chez les fous*, Paris, Arléa, 2009.

7. Elle sera légèrement modifiée pour être en conformité avec la loi du 4 mars 2002 sur les droits des patients.

8. Ce qui n'empêchera d'ailleurs pas l'imaginaire social de continuer de parler d'internement.

Il faudra attendre la loi du 27 juin 1990 « relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation » pour que le dispositif de la loi du 30 juin 1838, que le ministre de la santé Claude Evin estimait « désuète, obsolète et inadaptée », soit modernisé. La nouvelle loi⁷ conserve néanmoins l'architecture de la loi de 1838 et son équilibre préexistant entre l'administratif, le médical et le judiciaire, sans s'aligner sur la majorité des pays européens qui ont fait le choix de la judiciarisation. Elle prend acte que l'immense majorité des hospitalisations psychiatriques s'effectuent dorénavant sous le régime de l'hospitalisation libre. Outre le remplacement du terme « placement » par celui d'« hospitalisation »⁸, qu'elle soit d'office ou à la demande d'un tiers, la loi introduit la notion de sortie d'essai qui permet la poursuite des soins au-delà de l'hospitalisation et favorise la mise en œuvre de démarches de réadaptation. Notons que lors des débats parlementaires, les psychiatres avaient suggéré d'instaurer une période d'observation de soixante-douze heures avant que l'autorité préfectorale ne statue dans le cas des hospitalisations d'office. La loi met également l'accent sur les droits des malades hospitalisés sans leur consentement et l'encadrement de la restriction des libertés individuelles.

Enfin, cette loi crée les commissions départementales des hospitalisations psychiatriques (CDPH), chargées d'examiner la situation des personnes hospitalisées au regard du respect des libertés individuelles et de la dignité des personnes, et prévoit qu'une évaluation de cette loi sera réalisée dans les cinq années qui suivent sa promulgation.

Cette loi de 1990 qui maintient le lien indissociable entre l'hospitalisation et le soin et renforce les droits des patients a pourtant fait l'objet de nombreuses critiques de la part des psychiatres, les uns regrettant la hâte avec laquelle elle a été élaboré et les autres qu'elle vienne réactiver une « loi d'exception » qui était tombée en désuétude.

UNE SÉRIE DE RAPPORTS PRÉPARE LA RÉFORME

Autant dire que l'évaluation prévue de la loi de 1990 va se faire attendre. Néanmoins, entre 1990 et 2007, un certain nombre de rapports ont été rédigés, aux impacts contrastés. Il y a eu d'une part des rapports sur la psychiatrie et la santé mentale, dont celui de Gérard Massé⁹ en 1992 qui se poursuivra par la mise en place de la Mission nationale d'appui en santé mentale, et d'autre part des rapports centrés sur la réforme de la loi du 27 juin 1990.

Il faut citer d'abord le rapport Strohl¹⁰, du nom de la présidente du Groupe national d'évaluation de la loi du 27 juin 1990, déposé en septembre 1997. Ce rapport fait le constat d'une très grande disparité des pratiques selon les

9. Massé G., *La psychiatrie ouverte, une dynamique nouvelle en santé mentale*, ENSP.

10. Strohl H., Clément M., *Rapport du Groupe national d'évaluation de la loi du 27 juin 1990, Mission SA/AC/GT/950013*, septembre 1997.

équipes psychiatriques, avec pour conséquence une inégalité de l'accès aux soins selon les lieux où réside le patient ; il souligne même le fait que, pour des troubles du même ordre, on pouvait aussi bien bénéficier de soins ambulatoires qu'être hospitalisé en hospitalisation d'office (HO), d'où la suggestion de mieux définir et harmoniser les modes de réponse.

Il réaffirme que la psychiatrie doit se situer dans un logique sanitaire et préconise une simplification des procédures administratives d'hospitalisation sans consentement afin de donner la priorité aux soins. Il souligne que les hospitalisations sans consentement sont toujours des situations d'urgence et propose des mesures pour faire en sorte que l'accès aux soins soit le moins traumatisant possible, comme l'instauration d'une période d'orientation et d'observation de soixante-douze heures antérieure à la décision, de telle sorte que l'on puisse éviter au maximum les procédures de contrainte.

Le rapport Strohl aborde également la question des sorties d'essai¹¹ : il constate qu'elles sont de plus en plus fréquentes et utilisées pour faire pression sur certains patients afin qu'ils n'abandonnent pas les soins et de leur éviter des hospitalisations récurrentes. Pour la première fois, l'opportunité de déconnecter traitement obligatoire et hospitalisation est évoquée, à l'instar d'autres pays où existent des soins ambulatoire sous contrainte. Le rapport souligne néanmoins avec force qu'il faut éviter qu'il y ait confusion entre soins et punition¹² : « Cette forme de substitution à l'hospitalisation doit être une forme de soins comme une autre et cela seulement » – ce qu'oubliera la loi récente du 5 juillet 2011.

Enfin, le rapport Strohl formule un certain nombre de recommandations concernant le renforcement du droit des patients, quel que soit le mode administratif d'hospitalisation, que l'on retrouvera dans la loi du 4 mars 2002¹³.

En juin 2003, c'est le ministère de l'intérieur qui se saisit de la question en ordonnant une enquête sur la manière dont fonctionnent les services de l'État pour les personnes souffrant de troubles mentaux qui compromettent l'ordre public ou la sûreté des personnes. Il annonce la volonté du ministre de l'époque (devenu depuis président de la République) de faire prévaloir les enjeux de sécurité publique sur les exigences des soins.

Le rapport déposé en mai 2004¹⁴ préconise le renforcement des pouvoirs de l'autorité préfectorale face à l'évolution qu'a connue la psychiatrie et un meilleur suivi des malades mentaux susceptibles de présenter un danger pour l'ordre public. Il souligne que la problématique de la sûreté des personnes et de la préservation de l'ordre public est insuffisamment prise en considération par les directions départementales des affaires sanitaires et sociales, quand elle n'est pas ignorée d'elles, celles-ci se contenant de faire jouer aux préfets

11. Massé G, Zwingerberger M., « Les sorties d'essai : évolution et perspectives », *Information psychiatrique*, 82, 481-493, 2006.

12. Comme c'est le cas dans les injonctions de soins prescrites dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire, instaurées par la loi du 17 juin 1998, comme alternative à l'incarcération dans les affaires d'agression sexuelle.

13. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

14. Inspection générale de l'administration, Inspection générale de la Police nationale, Inspection générale de la Gendarmerie, *Rapport sur les problèmes de sécurité liés aux régimes d'hospitalisation sans consentement*, n° 04-023-01, mai 2004.

un rôle de « chambre d'enregistrement ». Il critique la manière dont sont gérées les sorties d'essai qui sont souvent dénaturées, estime qu'il n'y a pas assez d'unités pour malades difficiles (UMD) et déplore l'absence de structures adaptées pour la prise en charge des détenus.

Le rapport fait quelques préconisations visant « à renforcer la cohérence du dispositif », comme d'exclure la possibilité de recourir à l'hospitalisation à la demande d'un tiers au bénéfice d'une HO ordonnée par le préfet dès que les troubles d'une personne portent atteinte à la sûreté des personnes ou à l'ordre public. D'autres étaient déjà présentes dans le rapport Strohl, comme l'instauration d'une période d'observation de soixante-douze heures.

Un troisième rapport est publié mai 2005, à l'instigation du ministre de la santé et de la protection sociale et du garde des Sceaux¹⁵ : il préconise une réforme de la loi du 27 juin 1990 en faisant la synthèse des rapports précédents. Il se prononce pour le maintien de l'architecture de la loi de 1990, en conservant la dualité des procédures d'office et à la demande d'un tiers, tout en renforçant le rôle de contrôle *a posteriori* du juge des droits et des libertés. Il préconise une amélioration dans le domaine de la sûreté des personnes (en particulier dans la gestion des fugues), reprend les idées des soixante-douze heures d'observation permettant la recherche du consentement du malade et d'une dissociation possible obligation de soin-modalité de soin. Il souligne enfin la nécessité d'une meilleure gestion de la crise et de solutions pour le transport des malades.

15. Lopez A., Yeni I. (Igas), Valdes-Bouloque M., Castoldi F. (IGSI), *Propositions de réforme de la loi du 27 juin 1990*, mai 2005.

LE PROJET DE LOI DE PRÉVENTION DE LA DÉLINQUANCE

Toujours est-il que la loi de 1990 n'est pas encore réformée lorsque survient, en décembre 2004, un dramatique fait divers où un malade tue de manière horrible deux soignantes à l'hôpital de Pau. L'émotion est forte tant chez les professionnels que dans l'opinion publique, dont le pouvoir politique exploite la peur. Ce dernier ne se satisfera d'ailleurs pas de l'avis des experts, qui considèrent que le meurtrier relève de l'article 122-1 du code pénal¹⁶, au point de modifier la loi afin que se tienne un procès : procès pour la forme, en novembre 2007, puisque le sujet est en situation d'irresponsabilité pénale. On entendra même alors le président de la République commenter ce non-lieu en laissant entendre que cela voudrait dire « que les faits n'ont pas eu lieu, ce qui est une cruauté de plus pour les victimes », dans un déni total de sa signification juridique (qui ne donne pas lieu à jugement).

C'est à l'automne 2006 que Nicolas Sarkozy, ministre de l'intérieur, propose une loi dite « de prévention de la délinquance » (loi du 5 mars 2007) dans laquelle il intègre la réforme de la loi de 1990, ce qui provoque l'ire des

16. Il a remplacé l'article 64 du code pénal et dit que « n'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes ».

familles et des professionnels qui dénoncent l'amalgame entre troubles mentaux et délinquance.

Tout comme il met en question les enseignants incapables de « tenir » et d'enseigner leurs élèves à l'école, les magistrats laxistes auxquels il veut imposer des peines plancher, il affirme que les psychiatres et leurs équipes sont à l'origine de drames liés au fait que des personnes en situation de souffrance psychologique n'ont pas été convenablement prises en charge ou n'ont pas été suffisamment suivies pendant leurs sorties. Il met en avant le droit des victimes : « La victime n'est pas simplement le malade : c'est aussi la victime innocente qui croise la route d'un malade ! La société doit lui rendre des comptes », affirme-t-il devant les députés.

Aussi propose-t-il d'inclure six articles sur la psychiatrie (articles 18 à 24) dans ce projet de loi, qui concernent essentiellement le régime de l'HO, avec notamment la création d'un Fichier national des hospitalisations d'office, l'exclusion du dispositif de l'hospitalisation à la demande d'un tiers pour les patients ayant présenté des troubles à la sûreté des personnes ou à l'ordre public, un meilleur contrôle des sorties d'essai des établissements psychiatriques, la faculté pour le préfet d'ordonner à tout moment qu'il estime opportun une expertise psychiatrique, y compris pour les personnes hospitalisés à la demande d'un tiers.

Les réactions des psychiatres, mais aussi des familles et des usagers, ne vont pas manquer. Tous dénoncent les articles 18 à 24 de ce projet de loi qui conduisent à traiter les malades comme des personnes potentiellement dangereuses et délinquantes et demandent que les modifications des conditions d'hospitalisation des patients fassent l'objet d'une loi sanitaire. Le ministère de la santé, curieusement absent du débat jusque-là, entame alors une concertation afin de dessiner les contours d'une réforme d'ensemble des soins sous contrainte ; le gouvernement accepte de retirer ces articles de la loi et décide de recourir à une ordonnance, mais le Conseil constitutionnel déclare la démarche contraire à la Constitution dans une décision du 25 janvier 2007. Le gouvernement tente alors de réintroduire les articles en question, mais la levée de boucliers est telle qu'en fin de compte, il y renonce. Au terme de ces débats, le ministre de l'intérieur déclare devant les parlementaires que si le peuple français lui confie d'importantes responsabilités, il déposera de nouveau ce texte au début de la prochaine session.

LE DISCOURS D'ANTONY ET SES SUITES

Au mois de novembre 2008, un nouveau drame survient à Grenoble : un patient en fugue poignarde un jeune passant dans la rue, événement qui

déclenche une forte émotion et réactive le souvenir de l'homicide de Pau de décembre 2004. Le chef de l'État, comme à son habitude, réagit immédiatement au plus fort de l'émotion et sanctionne de manière expéditive le directeur de l'hôpital de Saint-Egrève. Il se saisit de ce contexte pour annoncer une réforme de l'hospitalisation d'office et la constitution d'un Fichier national des malades hospitalisés d'office. Le 2 décembre 2008, il se rend à l'hôpital Érasme à Antony pour préciser ses projets.

C'est la première fois qu'un président de la République se déplace directement dans un établissement psychiatrique, mais c'est pour se livrer à un véritable réquisitoire contre le laxisme de la psychiatrie face à la dangerosité de certains patients et annoncer la réforme de l'hospitalisation d'office. Il déclare que les faits divers récents « ne sont pas imputables à la fatalité, mais aux lacunes de l'organisation de la prise en charge » et affirme qu'il faut mieux encadrer la sortie des patients hospitalisés d'office, dont la décision est aujourd'hui « prise à la légère par des préfets qui décident de manière aveugle ». Il annonce alors un plan de sécurisation des hôpitaux psychiatriques (feignant d'ignorer que plus du tiers du dispositif d'hospitalisation psychiatrique est géré par des hôpitaux généraux), la mise en place d'un dispositif de géolocalisation pour les patients, l'installation d'une unité fermée par établissement, la création de deux cents chambres d'isolement et l'ouverture de quatre unités nouvelles pour malades difficiles.

La réaction des professionnels ne se fait pas attendre et, dans les jours qui suivent, trente-neuf psychiatres et professionnels lancent un appel « contre la nuit sécuritaire », affirmant que la dimension relationnelle est au cœur de tout processus de soins et que l'enjeu essentiel du travail des soignants est d'organiser une « hospitalité pour la folie ». Dans le même temps, un autre mouvement se positionne « contre la politique de la peur ».

Fin janvier 2009¹⁷, néanmoins, une circulaire signée de Roselyne Bachelot-Narquin confirme l'enveloppe de 70 millions d'euros annoncée par le président de la République et demande à chaque établissement d'élaborer, pour la fin du mois suivant, un plan d'amélioration de la sécurité visant en particulier les enceintes : il faut réduire le nombre d'accès à l'établissement, renforcer les barrières d'entrée, développer la vidéosurveillance et mieux contrôler les allées et venues. Il est également demandé d'organiser une unité fermée ou des espaces fermés et de faire des propositions pour la création de chambres d'isolement.

On est ainsi en train d'organiser un véritable retour en arrière, en rupture avec les décennies précédentes où l'on avait cherché à abattre les murs d'enceinte pour ouvrir l'hôpital vers la ville (ce qui ne voulait pas dire qu'il n'y

17. Circulaire n° DHOS/O2/F2/2009/23 du 22 janvier 2009 relative au financement par le Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) du plan d'amélioration de la sécurité des établissements ayant une autorisation en psychiatrie.

avait plus d'espaces fermés et sécurisés). S'il ne s'agit pas de nier qu'il y a des patients violents, cette généralisation de l'image du schizophrène comme prototype du fou dangereux est inacceptable lorsque l'on sait qu'ils sont 600 000 en France et que, loin d'être violents, ils sont les premières victimes de la violence de notre société, abandonnés scandaleusement pour beaucoup dans la rue ou en prison. Ce qui se joue, c'est la recherche obsessionnelle de l'impossible risque zéro avec le passage du sécurisé au sécuritaire, alors même que les soignants sont de moins en moins nombreux, de plus en plus jeunes et féminisés et insuffisamment formés. Et de fait, avant même cette impulsion pour multiplier les chambres d'isolement, on a constaté un accroissement des pratiques de contention physique qui avaient quasiment disparu.

LA LOI DU 5 JUILLET 2011

18. 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, Assemblée nationale, XIII^e législature, n° 2494.

C'est dans ce contexte qu'un projet de loi de réforme de la loi du 27 juin 1990¹⁸ est déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale au mois de mai 2010. Il faut souligner d'emblée l'écart qui existe entre les ambitions affichées (« droits et protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques ») et la tonalité du texte centrée exclusivement sur les traitements sous contrainte. La volonté d'exploiter politiquement la dimension sécuritaire, rendant suspectes certaines des mesures proposées qui dans un autre contexte auraient pu faire consensus, constitue le péché originel de ce texte.

Le texte présenté garde les deux modalités de contrainte, soit à la demande d'un tiers, soit sous l'autorité du préfet, mais la grande nouveauté est qu'on ne parle plus d'hospitalisation mais de soins, en instaurant les soins sans consentement en ambulatoire. Des dispositions sont prises pour les situations d'urgence afin de faciliter l'accès aux soins en n'exigeant qu'un seul certificat et en donnant la possibilité au directeur d'établissement d'admettre le patient en l'absence d'un tiers, en cas de péril imminent. Une autre innovation est l'instauration d'une période d'observation de soixante-douze heures avant de décider de la mesure : hospitalisation complète ou programme de soins sans consentement pouvant utiliser les différentes ressources du dispositif de soins (hospitalisation de jour, consultations, etc.), ce qui implique néanmoins la rédaction de trois certificats en soixante-douze heures. Le texte renforce la référence à la notion ambiguë d'ordre public et élargit considérablement les prérogatives du préfet sur les patients qui ont des antécédents d'hospitalisation en UMD ou qui ont fait l'objet d'une inculpation au titre de l'article 122-1 du code pénal. Il institue en outre, à côté des expertises psychiatriques que peut demander le préfet, un collège de trois soignants dont un cadre de santé qui donnent un avis quant à l'opportunité de lever les mesures de contrainte.

Ce projet suscite l'indignation des professionnels car il fait un amalgame entre folie et dangerosité et propose un modèle de contrôle social accru des patients souffrant de troubles psychiques. Pourtant, certaines des propositions de cette loi ne font que reprendre des idées qui ont déjà été évoquées antérieurement, comme nous l'avons vu, et sur lesquelles un consensus aurait pu être trouvé. C'est le cas par exemple de la période d'observation de soixante-douze heures, mais l'architecture générale du texte est telle que l'on va parler de garde à vue psychiatrique. De même, il y avait un consensus sur l'intérêt des sorties d'essai qui pouvaient constituer un cadre contenant pour permettre des soins en ambulatoire pour certains patients acceptant difficilement leur maladie. Cette loi veut officialiser cette pratique, mais là encore la connotation sécuritaire du texte est telle qu'on y voit surtout une surveillance accrue des plus démunis, tandis que la majorité des professionnels soulignent qu'il ne peut y avoir de soins sans la recherche du consentement. Cela d'autant plus qu'une circulaire conjointe des ministères de l'intérieur et de la santé de janvier 2010¹⁹ à destination des préfets précise que les sorties d'essai ne peuvent être octroyées sur les seules considérations médicales.

Les conséquences de cette circulaire sont d'ailleurs immédiates : on constate que les levées de HO et les demandes de sorties d'essai formulées par les praticiens sont de plus en plus fréquemment refusées par les préfets qui appliquent le principe de précaution (pour eux-mêmes au premier chef), ce qui conduit certains patients à être maintenus à l'hôpital sans raisons médicales. Le contrôleur général des lieux de privation de liberté, Jean-Marie Delarue, constate ces dysfonctionnements et, dans son rapport de 2010²⁰, fait état des conséquences de la circulaire de janvier 2010 : il évoque les interruptions brutales de processus thérapeutiques et la frustration des malades auxquels ces autorisations sont refusées sans explication. On assiste, dit-il, « à un véritable dévoiement du système prévu et ces restrictions n'ont pas seulement pour effet d'interrompre une chaîne raisonnée de soins. Elles entraînent aussi le maintien sous un régime de privation de liberté de malades dont le médecin traitant avait estimé qu'il pouvait prendre fin ».

Un élément nouveau apparaît soudainement qui va accélérer le processus d'élaboration de la loi : c'est la décision du Conseil constitutionnel de déclarer inconstitutionnel l'article L. 337 du code de la santé publique sur le maintien des hospitalisations sous contrainte à la demande d'un tiers après les quinze premiers jours et l'injonction qu'il donne au législateur de modifier cet article avant le 1^{er} août 2011²¹. Le rapporteur de la loi à l'Assemblée nationale, Guy Lefrand, relève le défi : la place du juge des libertés est redéfinie dans le projet de loi, de telle sorte qu'un contrôle systématique du juge des

19. Circulaire du 11 janvier 2010 : « Modalités d'application de l'article 3211-11 du code de la santé publique, Hospitalisation d'office, Sorties d'essai ». Il faut noter que cette circulaire, contre laquelle un syndicat de psychiatres avait déposé un recours, a été annulée par le Conseil d'Etat le 7 septembre 2011.

20. Delarue J.-M., *Rapport annuel du contrôleur général des lieux de privation de liberté*, Éditions Dalloz, mai 2011, mis en ligne le 15 juin 2011 sur le site www.cgplp.fr

21. Décision n° 2010-71 du Conseil constitutionnel suite à QPC du 26 novembre 2010.

libertés et de la détention soit effectué au quinzième jour de l'hospitalisation et au bout de six mois si l'hospitalisation perdure.

Bien évidemment, cette loi pose la question des moyens et il faut que ce soit le contrôleur général des lieux de privation de liberté qui, devant la commission des lois de l'Assemblée nationale, demande « aux pouvoirs publics de réfléchir sérieusement à un plan de développement de la psychiatrie publique », un secteur en « graves difficultés » avec « des problèmes cruciaux d'effectifs ». Du côté judiciaire, il est prévu la création d'un certain nombre de postes de magistrats et de greffiers en 2012, mais la loi est effective au 1^{er} août 2011.

22. Il faut vraiment n'avoir aucune idée de ce qu'est un patient délirant et dépersonnalisé comme le sont ceux qui sont hospitalisés sous contrainte pour avoir imaginé une telle possibilité.

23. Le Grand-Sébillé C., Ernoult A., « Parents de grands adolescents et jeunes adultes hospitalisés en psychiatrie : quels vécus ? quels besoins ? quelles violences ? quels soutiens ? », Recherche action menée avec le soutien de la Fondation de France, mai 2010.

Deux questions inquiètent particulièrement les professionnels. La première est celle des conditions d'audition des patients par les magistrats ; plusieurs hypothèses sont envisagées dont la visioconférence, le déplacement du magistrat à l'hôpital ou celui du patient au tribunal. Si la première hypothèse fait l'unanimité contre elle²², les deux autres éventualités sont tributaires des possibilités locales. L'autre question est celle du programme de soins et de la position particulière dans lequel celui-ci met le médecin : en effet, ce dernier doit indiquer au patient que s'il ne respecte pas le programme proposé, il devra le signaler au directeur de l'établissement qui pourra prévenir le préfet qui décidera d'une réhospitalisation... On voit comment les conditions de la recherche d'une alliance thérapeutique sont mises à mal et comment cette disposition risque au contraire de favoriser la fuite des patients, voire leur errance. Cette obligation de soins en ambulatoire a été défendue pourtant avec insistance par le président de l'Unafam, au prix de désaccords internes dans l'union, alors que la question est celle de l'insuffisante coopération des soignants avec les familles permettant des interventions à domicile²³.

EN CONCLUSION

Il est trop tôt pour savoir quel va être l'impact réel de cette nouvelle loi qui a été mise en application en pleine période de vacances, alors même que les circulaires d'application n'étaient pas encore publiées. Quoi qu'il en soit, on est en face d'un dispositif chronophage et l'on se demande comment l'on va pouvoir respecter les exigences légales de cette loi, lorsque les équipes psychiatriques ont déjà du mal à assurer les soins et lorsque les tribunaux subissent également les conséquences de la RGPB²⁴. Il reste qu'on a le sentiment d'un gâchis et que les représentations véhiculées du fou dangereux suscitées par la préparation de cette loi vont à l'encontre de tout un courant qui revendique au contraire la reconnaissance de la citoyenneté des patients psychiatriques. Cette loi telle qu'elle a été pensée se situe plutôt du côté du

24. Révision générale des politiques publiques, qui conduit au non-remplacement d'un fonctionnaire sur deux.

« surveiller et punir » que du « prévenir et soigner ». Le pouvoir politique a-t-il pris conscience d'être allé trop loin dans cette démarche sécuritaire et stigmatisante ? Toujours est-il qu'il vient d'inviter l'ensemble des acteurs, professionnels, représentants des familles et des usagers à une nouvelle concertation sur la politique de santé mentale.

Contact**b.j.durand@free.fr**

Bernard Durand est ancien praticien hospitalier, chef de secteur de psychiatrie infanto-juvénile (Créteil). Membre correspondant de la Mission nationale d'appui en santé mentale, il est aujourd'hui médecin médiateur dans le cadre de la Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge du Centre hospitalier intercommunal de Créteil et président de la Fédération d'aide à la santé mentale Croix-Marine, qui regroupe des associations œuvrant dans le champ de la psychiatrie et du secteur médico-social.