

point de vue

Peut-on réellement se soigner sans consentement ?

MATHIEU BELLAHSEN
VICTOR BRUNESSAUX
SERGE KLOPP

■ La loi du 5 juillet 2011 suit deux logiques distinctes : celle du pan sécuritaire et celle de la protection des personnes par l'intervention du juge des libertés et de la détention (JLD) ■ Le programme de soins s'inscrit alors comme un internement au domicile, spoliant la sincérité de la relation de confiance recherchée par les soignants ■ La présentation systématique des patients hospitalisés sous contrainte devant le JLD risque de forcer l'amalgame entre soins et délinquance ■ Point de vue du Collectif des 39 contre la nuit sécuritaire.

Is it really possible to be treated without consent? The law of July 5th, 2011 focuses on two distinct areas: the security aspect and that of the protection of people through the intervention of the liberties and detention judge. The care programme thus resembles house arrest, despoiling the sincerity of the trust-based relationship sought by caregivers. The systematic appearance of patients hospitalised under restraint before the liberty and detention judge risks creating confusion between care and delinquency. This article gives the viewpoint of the "39 contre la nuit sécuritaire" collective.

MOTS-CLÉS

- Clinique
- Dangerosité
- Folie
- Psychiatrie sécuritaire
- Programme de soins
- Souffrance

KEY WORDS

- Care programme
- Clinic
- Dangerousness
- Insanity
- Security-based psychiatry
- Suffering

La loi du 5 juillet 2011 réformant les hospitalisations sans consentement est entrée en application le 1^{er} août 2011, se substituant à la loi du 27 juin 1990. Ce changement de législation a été le théâtre d'affrontements entre les différents acteurs du champ de la psychiatrie (usagers, soignants, familles) mais a également marqué le monde de la justice avec l'introduction du recours systématique au juge des libertés et de la détention (JLD) par le biais d'une décision du Conseil constitutionnel [1]. Par ailleurs, cette loi a mis au jour une prise de position d'une partie de la classe politique en faveur d'une psychiatrie sécuritaire. Il s'agit de l'aboutissement d'années de psychiatrie gestionnaire associées au tournant sécuritaire du discours d'Antony prononcé par le président de la République, le 2 décembre 2008. L'action, notamment, du Collectif des 39 contre la nuit sécuritaire¹ a néanmoins permis un fléchissement sensible des positions d'un certain nombre de syndicats, partis et associations, créant ainsi un large front d'opposition à la loi. Celle-ci a pourtant été adoptée par le Parlement. Nous reviendrons sur le changement radical de paradigme introduit par ce texte d'exception entremêlant le médico-psychiatrique, le juridique et l'administratif. En prenant l'allure d'une simple adaptation formelle des évolutions de la loi de 1990, cette loi contient en son sein une conception réductrice des rôles et missions alloués à la psychiatrie. Cette dernière passerait ainsi d'une logique soignante à une logique policière de contrôle social.

CONTEXTE GÉNÉRAL

■ **À l'issue de son adoption au Parlement**, la loi du 27 juin 1990 relative aux hospitalisations sans consentement en psychiatrie devait être réformée dans les cinq ans suivant sa mise en application. Il aura fallu attendre la médiatisation d'un fait divers à Grenoble en novembre 2008 pour que le président de la République enjoigne le gouvernement à rédiger un nouveau projet de loi. Quelques mois plus tôt, en février 2008, était votée la loi de "rétention de sûreté" : le savoir psychiatrique était sommé de prédire la récurrence pour certains types de crimes, les personnes concernées se voyant ainsi enfermées sur simple présomption psychiatrique au terme de leur peine. Ensuite, l'amalgame entre folie et dangerosité s'est répandu dans l'opinion publique sous la forme du si médiatique "schizophrène dangereux". ■ **En débloquant immédiatement 70 millions d'euros en janvier 2009** pour construire des chambres d'isolement, des unités pour malades difficiles (UMD) et pour "sécuriser" les hôpitaux psychiatriques (sans accorder aucun moyen supplémentaire pour des soins réels ou pour l'embauche de personnel), le gouvernement mettait en acte la pente sécuritaire dans laquelle s'inscrirait le projet de loi. Après des mois de bataille des professionnels, représentants de familles et d'usagers et certains partis de gauche, l'ancienne majorité gouvernementale a semblé mettre en sommeil son projet.

La réforme de l'hospitalisation sous contrainte

■ **En novembre 2010, saisi par une association d'usagers**, le Cercle de réflexion et de proposition d'actions sur la psychiatrie (CRPA), le Conseil constitutionnel rend une décision concernant la nécessité de l'intervention systématique du juge des libertés et de la détention (JLD) avant le 15^e jour d'une hospitalisation sans consentement du fait de la privation de liberté (dans la loi de 1990, l'intervention du juge est possible mais non systématique). Le parlement a alors jusqu'au 1^{er} août 2011 pour modifier la loi dont certains articles sont taxés d'inconstitutionnalité.

■ **Dans les faits, la loi sera donc un patchwork entre deux logiques distinctes voire antagonistes** : d'une part, le pan sécuritaire avec le renforcement de la contrainte et du contrôle social des patients pressentis comme une menace pour la société ; d'autre part, celui de protection de la liberté des personnes internées contre leur gré, supposé garanti par l'intervention du JLD.

LÉGIFÉRER SUR LES PRATIQUES ?

■ **Plusieurs éléments ont concouru à l'adoption de ce projet de loi**. Tout d'abord, l'illusion selon laquelle un tel texte pourrait résoudre certains problèmes posés dans le quotidien des pratiques, consubstantiels à l'exercice de la psychiatrie (qu'il s'agisse des "sorties d'essai" se prolongeant indéfiniment, de la difficulté de travailler le déni de la pathologie dans certains cas, de fonder une alliance thérapeutique entre les équipes de psychiatrie, les patients et leurs familles etc.). D'autre part, l'abandon réel des patients et des familles. Dans de nombreux endroits, le soin se réduit à une hospitalisation pour traiter la "crise" et rééquilibrer le traitement médicamenteux, obligeant les familles à gérer seules le quotidien de leur malade souffrant psychiquement.

■ **Certaines évolutions de la psychiatrie, en se nourrissant des normes gestionnaires actuelles** (durée moyenne de séjour courte, intervention centrée exclusivement sur le traitement médicamenteux etc.), en abandonnant le côté relationnel du soin psychique et l'accompagnement nécessaire pour les patients « *aigus du quotidien* » [2] mettent au ban du soin les patients les plus en difficultés, les plus malades, les plus pauvres et leurs familles quand ils en ont encore une. De fait, le climat inhospitalier régnant dans de nombreux services de psychiatrie a tendance à faire fuir les patients, à juste titre. Plutôt qu'une remise en question des pratiques dégradées sévissant en psychiatrie (manque de formation,

manque de personnels, hiérarchies rigides dans les services, conception des maladies mentales calquées sur le modèle des pathologies somatiques, traitement centré sur le symptôme et les troubles plutôt que sur une approche relationnelle) ce sera aux patients de s'adapter, à leur corps défendant.

■ **Les « soins sans consentement en ambulatoire » [3]** rebaptisés dans la loi du 5 juillet 2011 en « *admission en soins psychiatriques en application des chapitres II et III du présent code* » ont été promus comme la panacée pour prévenir ces dérives, panacée fondée sur l'amalgame pour les patients en proie à des pathologies psychotiques entre soins et traitement médicamenteux (de type injection mensuelle de neuroleptique retard notamment). Si les médicaments sont la plupart du temps nécessaires dans les pathologies psychiques graves, ils ne sont quasiment jamais suffisants en tant que tels, car ils ne peuvent se substituer à l'accompagnement et à la création de dispositifs accueillants, chaleureux et vivants dans les secteurs psychiatriques, associatifs et médico-social. Et pourtant les discours lénifiants ont abondé dans ce sens lors des débats sur la loi. De plus, l'internement au domicile par les "soins" sans consentement en ambulatoire est un outil pratique pour remplir les objectifs gestionnaires de désengorgement des lits d'hospitalisation et pour faire accepter implicitement la logique de pénurie qui sévit depuis de nombreuses années en psychiatrie : les patients n'ont plus besoin d'être hospitalisés longtemps puisqu'ils peuvent être désormais contraints à se soigner en dehors de lieu d'hospitalisation. N'étant plus limité aux murs de l'hôpital, le système asilaire pourra désormais s'inviter jusque dans l'intimité des personnes. Ainsi, il sera désormais possible de forcer un citoyen à se soigner n'importe où dans la cité, y compris à son domicile, la contrainte se déplace d'un lieu (l'hôpital psychiatrique dans la loi de 1990) à un état (celui de personne en « *programme de soins* » qui précise lieux, dates, heures et rythmicité de tels "soins").

■ **Le plus étonnant est de constater que cet état de contrainte aux soins** n'est pas jugé privatif de liberté, puisque le Conseil constitutionnel ne l'a pas prévu. Ce dernier ne pouvait le faire étant donné que cette procédure de contrainte au domicile n'existait pas au moment de sa saisie. Donc, cela ne donne pas lieu à l'intervention du JLD, seuls les patients hospitalisés à temps plein passent devant le juge. Pourtant il s'agit là d'un important précédent, remettant en cause l'un des

NOTES

1. Le Collectif des 39 contre la nuit sécuritaire est né pour répondre au discours de Sarkozy du 2 décembre 2008 qui, à partir d'un fait divers isolé, visait à faire passer la psychiatrie d'un dispositif de soins à un dispositif de contrôle social. Il regroupe des professionnels (psychiatres, infirmiers, psychologues, éducateurs...), des usagers, des parents et des citoyens.

2. Le collège est composé d'un psychiatre participant à la prise en charge (PEC) du patient, d'un psychiatre ne participant pas à la PEC du patient et d'un représentant de l'équipe pluridisciplinaire participant à la PEC du patient.

3. Cette formule est du juge Serge Portelli qui l'a déclarée devant plus d'un millier de personnes au meeting du Collectif des 39 contre la nuit sécuritaire le 17 mars 2012.

RÉFÉRENCES

- [1] Décision du 26 novembre 2010 : <http://www.conseil-constitutionnel.fr/decision/2010/2010-71-qpc/decision-n-2010-71-qpc-du-26-novembre-2010.50790.html>.
- [2] Buzare A. La psychothérapie institutionnelle, c'est la psychiatrie ! Nîmes: Champ social; 2002.
- [3] Loi n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation. <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00000349384&fastPos=1&fastReqId=1417702860&categorieLien=cid&oldAction=rechTexte>
- [4] Foucault M. Histoire de la folie à l'âge classique. Paris:Gallimard;1976.
- [5] Gentis R. La psychiatrie doit être faite/défaite par tous. Paris:éditions Maspero;1973.

fondements du droit français, l'inviolabilité du domicile, sans commission du juge.

■ **À n'en pas douter, ce sont de tels "soins" contraints qui résument la bascule biopolitique et normative de notre lien social :** toute personne passant en hospitalisation psychiatrique sans son consentement peut se voir imposer un « programme de soin » et revenir à l'hôpital si ce dernier n'est pas respecté. Inutile de dire que cette disposition est une ouverture du parapluie pour les professionnels : à la contrainte subjective qui peut exister entre un psychiatre, une équipe et un patient (qui force ce dernier à rester hospitalisé parce qu'il s'inquiète pour lui, parce qu'il le connaît depuis un certain temps, parce qu'un lien transférentiel existe), se substitue la contrainte protocolisée et désincarnée du substrat relationnel nécessaire à une psychiatrie faisant hospitalité à la folie.

Enfin, dans cette loi, une nouvelle classe de patients fait son apparition, les patients « *réputés dangereux* » par le législateur qui vont voir leur possibilité de sortie du dispositif contraint beaucoup plus restreinte : à savoir les patients ayant dans leurs antécédents des soins à la demande du représentant de l'État (ex-hospitalisation d'office) à la suite d'une décision d'irresponsabilité pénale ou hospitalisés en unité pour malades difficiles (UMD) depuis moins de dix ans. Ceux-là devront passer devant un « collège d'experts »² pour toute décision les concernant. Il s'agit, de fait, de la constitution, sans le dire et donc sans demander l'avis de la Commission nationale informatique et liberté (CNIL), d'un fichier de ces patients. Fichier qui pourrait consister en une utilisation détournée du dossier patient unique informatisé violant ainsi l'un des fondements déontologiques nécessaires à l'exercice de la médecine, à savoir le secret médical.

RECOURS SYSTÉMATIQUE AU JUGE

■ **« Quand la folie devient une infraction. »³** Le passage devant le juge aura pris de cours la magistrature, sommée de répondre à cette disposition légale à moyens constants. Dans la loi, il sera ainsi proposé d'avoir recours à l'aberration de la « *vidéo audience* » quand les patients ne pourront se rendre au tribunal ou quand les juges ne pourront faire des « audiences foraines » dans les lieux d'hospitalisation. Au quotidien, malgré les explications données par les professionnels, ce passage devant le juge (qu'il soit des libertés et de la détention ne rassure en rien) est souvent vécu par les patients

comme une criminalisation de leur maladie, patients dont l'état psychique est souvent précaire dans les premiers jours d'hospitalisation.

LA LOI, ENTITÉ NATURELLE OU CONSTRUCTION POLITIQUE ?

■ **Si la loi est souvent présentée aux jeunes professionnels comme un cadre naturel**, allant de soi, rappelons qu'elle est en réalité une construction politique et sociale issue de rapports de forces entre différents acteurs. Tout comme l'ensemble de normes qui traversent le champ psychiatrique, qu'elles soient gestionnaires, sécuritaires ou hygiénistes, il est nécessaire de s'intéresser au contexte qui a vu naître une loi et en quoi son application répond à des objectifs idéologiques précis, qu'ils soient émancipateurs, réactionnaires ou conservateurs. Mais comment cela se passe-t-il dans les enseignements dispensés aux futurs psychiatres ?

■ **L'apprentissage des modalités d'application de la loi par les jeunes médecins** a lieu durant les premières années d'études, avant le passage des épreuves classantes nationales et le choix de la spécialisation en psychiatrie. La présentation en est assez limitée et pragmatique : à des symptômes correspond une maladie bien identifiée, nécessitant une prise en charge protocolaire avec un traitement défini, ainsi qu'une hospitalisation soit avec l'accord du patient en soins psychiatriques libres (SPL), soit sans son accord en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SPDT), ou en l'absence de tiers et en soins psychiatriques à la demande du représentant de l'État (SPRE). Les détails s'arrêtent là. Les internes ayant choisi la psychiatrie n'ont ensuite aucune autre information concernant la loi, et l'arrivée des jeunes psychiatres dans les unités d'hospitalisation montre une réalité bien plus complexe et contraignante. La lourdeur administrative peut décourager certains à proposer des permissions aux patients ou leur fait différer une sortie. L'incompréhension initiale de la loi place donc une véritable barrière empêchant la rencontre et le soin relationnel entre le praticien en formation et le patient. L'application d'un protocole de soins prenant plus de place qu'une réflexion clinique.

RÉSISTER À UNE LOI ILLÉGITIME

■ **Devant de telles dérives sécuritaires, il nous paraît important de témoigner de notre expérience clinique.** Si nous sommes résolument

La réforme de l'hospitalisation sous contrainte

contre la loi du 5 juillet 2011 et son amalgame entre folie et dangerosité, conception réductionniste du soin basée sur l'entrecroisement du médicament et du principe de précaution, nous devons nous donner les moyens de lutter politiquement pour son abrogation et cliniquement pour son dépérissement.

Il nous paraît donc important de témoigner de notre engagement clinique et politique auprès des patients et de leurs familles. Responsabilité éthique et subjective qui ne peut s'abriter derrière un arsenal législatif, de protocoles ou de "bonnes pratiques" visant à dégager la responsabilité légale des soignants, sauf à penser que les soignants permettent d'éviter les procès plutôt que soigner et prendre soin...

Il est ainsi de notre responsabilité de ne pas laisser dériver la psychiatrie vers la gestion de l'urgence et de la crise et de penser, toujours et encore, le secteur psychiatrique comme un dispositif de désaliénation, de psychothérapie institutionnelle fondée sur des soins psychiques relationnels faisant place à l'étrangeté d'autrui, à son accueil et au travail de perlaboration psychique.

Rappeler aussi qu'il est possible de privilégier les hospitalisations libres, de lever la contrainte avant le passage devant le juge si l'état clinique de la personne le permet, de ne pas prescrire de programme de soins une fois que le patient est sorti de l'hôpital. Politiquement, nous avons pris comme décision de refuser l'application des programmes de soins en ambulatoires, ceux-ci nous servent uniquement à faire des sorties seul pour les patients dans le cadre d'une hospitalisation.

CONCLUSION

■ **Les "soins" promus par la loi partent d'un postulat précis** : ce qui soigne, ce sont d'abord et avant tout les médicaments. Si l'on pensait que la folie et les problématiques existentielles complexes se traitent uniquement par des médicaments, en effet, leur caractère obligatoire serait le meilleur choix pour répondre à la demande sécuritaire actuelle entrecroisant principe de précaution et idéologie fantasque du risque zéro.

■ **Ce réductionnisme structurerait les "soins" autour de la prise régulière de médicaments**, et notamment pour les patients étiquetés "psychotiques", sur l'injection mensuelle d'un neuroleptique retard. Mais peut-on, en raison et avec sérieux, appeler cela des soins ? Est-ce cela l'idée contemporaine que l'on se fait de soins psychiques de qualité tenant compte de la spécificité

de la psychiatrie dans le champ médical et social ? Alors que cinquante ans de lutte contre la ségrégation des plus fous d'entre nous ont permis, quand les moyens et une formation de qualité étaient au rendez-vous, de réintégrer les "malades mentaux" dans la cité, force est de constater que l'arrivée des "soins" sans consentement en ambulatoire reconstruit un système asilaire qui sera non plus limité à l'hôpital mais s'étendra au domicile, donnant ainsi l'illusion à la cité de se protéger de ses membres les plus en marge.

Un « *grand renfermement* » [4]... à domicile ; solution sécuritaire dont l'efficacité gestionnaire pour répondre à la baisse du nombre de lits et des moyens alloués au développement des structures ambulatoires, nous apparaît comme la trace au mieux d'une déraison, au pire d'un cynisme d'État.

■ **Cette extension illimitée de la contrainte dans le champ social marque un changement paradigmatique du rôle alloué à la psychiatrie.**

Au nom du principe de précaution, toute personne un tant soit peu en marge des normes dominantes devra être mise sous contrôle puis normalisée par de tels "soins". Cette légitimation d'un État d'exception se fait au détriment d'un accueil de la souffrance singulière des patients, de l'écoute et du temps nécessaire pour mettre en place une relation de confiance et des créations que nous devons trouver au quotidien pour soigner les patients d'une manière singulière et non ségréguative. Dans cette perspective, il nous paraît important pour la suite de prendre acte des prises de positions affichées lors du meeting du Collectif des 39 du 17 mars 2012. Alors que nous avons invité la plupart des candidats aux élections présidentielles et législatives, seuls les représentants de l'ensemble des partis de gauche sont venus et se sont prononcés clairement pour l'abrogation de la loi du 5 juillet 2011.

Si le Conseil constitutionnel a déclaré, le 20 avril dernier, contraire à la Constitution le paragraphe II de l'article L.3211-12 du Code de la santé publique et son article L.3213-8, ces deux dispositions, issues de la loi du 5 juillet 2011, ne pourront être abrogées que le 1^{er} octobre 2013 afin que le législateur puisse revoir sa copie.

Il demeure qu'il nous appartient – collectivement et individuellement – au niveau local et national de subvertir, avec les patients et leurs familles, de telles lois qui tendent à empêcher des soins psychiques de qualité. « *La psychiatrie doit être faite et défait par tous* » rappelait Roger Gintis [5] et donc par chacun ! ■

Déclaration d'intérêts : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêts en relation avec cet article.

LES AUTEURS

Mathieu Bellahsen, psychiatre du secteur adulte 91G08 dans l'Essonne, membre fondateur du Collectif des 39 contre la nuit sécuritaire et d'Utopsy
Victor Brunessaux, interne en psychiatrie, secteur 91G08, AFFEP (Association pour la formation française et européenne en psychiatrie),
Serge Klopp, cadre de santé, secteur 91G08, membre fondateur du Collectif des 39 contre la nuit sécuritaire, Étampes, (91152), serge.klopp@wanadoo.fr
www.collectifpsychiatrie.fr