

Docteur Philippe GASSER
Psychiatre CH Uzès (30)

U.S.P.- M.C.U.H.
Philip.gasser@wanadoo.fr

Quels sens donner à la loi du 5 juillet 2011

Il ne s'agit pas seulement d'un toilettage de la loi de 1990 sur les internements psychiatriques, qui elle même modifie la loi de 1848, sur les aliénés, qui pourtant garantissait les libertés individuelles et l'indépendance du médecin qui "prescrivait" l'internement.

Il s'agit de rappeler le, d'une mesure plus sécuritaire que sanitaire, prise au décours de l'émotion médiatique, suscitée par le meurtre à Grenoble en 2008, d'un étudiant par un malade mental (qui a été instrumentalisée notamment par le Président de la République lors de son discours d'Antony en décembre 2008).

La question du soin passe paradoxalement au second plan dans une loi qui instaure non plus l'hospitalisation sans consentement, mais les soins sans consentement, en rupture avec la dimension de confiance, d'approche non défiante, et d'alliance thérapeutique que ceux ci supposent nécessairement.

Nous savons ce qu'il en est des injonctions de soins judiciaires, qui bien souvent restent "lettre morte", au sens propre, si elle ne sont pas accompagnées par un soignant, un travailleur social ou éducateur qui va leur donner un sens.

Il faut noter que cette obligation de soins, notamment en ambulatoire, était précédemment dénoncée dans un rapport de l'I.G.A.S de mai 2005, qui décrivait alors des "pratiques abusives susceptibles de constituer une atteinte sévère à la liberté individuelle".

Les modalités d'entrée dans ce type de soin contraint se font sous des motifs divers dont les statistiques traduisent bien l'inégalité qui règne sur le territoire:

Rapport de 1 à 4 pour les S.D.T. (hospitalisation à la demande d'un tiers) et de 1 à 13 pour les S.D.R.E. (hospitalisation sur décision du représentant de l'Etat) alors que la commission de l'I.G.A.S. observait déjà, en 2005 une inégalité de 1 à 5 pour les H.D.T. et de 1 à 13 pour les H.O.

Il faut noter que la D.M.S.(durée moyenne de séjour), en 2009 s'établissait déjà ainsi 52 jours en H.L., 60 en H.d.T., 95 en H.O., et que les prochaines statistiques risquent fort de démontrer une augmentation

Que dire de la véritable garde à vue psychiatrique que constituent les 72 heures premières heures d'hospitalisation sans consentement instaurées par la loi, où le sujet supposé malade mental ne bénéficie d'aucunes garanties pour ses libertés, à contrario de ce qui a pu être désormais instauré pour la garde à vue judiciaire.

Nous sommes donc théoriquement favorable à l'introduction du Juge dans ce processus de privation de liberté, mais avec quelques remarques qui ont leur importance:

- Dans cette mesure promulguée à la hâte, les J.L.D. ne sont pas préparés à cette fonction, pas plus que les patients qui "comparaissent" devant eux, et les fonctionnements judiciaires apparaissent là encore divergents selon les juridictions ... et les magistrats.

Le risque est grand de voir ces magistrats, sans statut, s'octroyer la place de J.A.S. (Juge d'Application des Soins) alors que leur mission est bien de défendre et de faire respecter les libertés individuelles.

Et que dire de ces patients, déferés en "charrettes" dans une audience publique, qui peut aussi parfois violer autant leur intimité que le secret médical dans les situations cliniques qui sont alors exposées publiquement, dans une enceinte censée protéger leurs libertés ?

Des questions se posent également :

- Et si le J.L.D. doit intervenir comme garant des libertés pourquoi cela se passe t-il seulement dans la limite du 15ème jour ? et non dans les 72 heures de "garde à vue psychiatrique"?
- Et pourquoi n'est-il pas prévu qu'il intervienne dans la contrainte que représente également, à la sortie de l'hospitalisation complète, le programme de soins ambulatoires sans consentement, qui réalise aussi une véritable privation de liberté dans l'assignation psychiatrique à résidence qu'il constitue?

D'autres atteintes aux libertés individuelles ou à la déontologie médicale figurent aussi dans cette loi :

- Tout d'abord et initialement, l'obligation faite au médecin qui reçoit un patient dans le cadre des soins sans consentement de signaler au Directeur de l'hôpital les patients ayant fait l'objet d'un séjour en U.M.D. d'un an ou ayant relevé d'une décision d'irresponsabilité pénale depuis moins de 10 ans, ce qui sort le médecin du champ strictement clinique où sa pratique le situe.
- La constitution d'un fichier des hospitalisations psychiatriques, qui stigmatise encore plus les personnes en souffrance ayant bénéficié de soins sans consentement (notamment pour postuler à des emplois publics) et procède encore de l'amalgame entre maladie mentale, dangerosité et délinquance. (alors qu'il faut rappeler qu'un rapport de la D.R.E.S.S. bien connu indique que les malades mentaux sont plus souvent victimes d'actes délictueux (agressions, rackets, vols) qu'ils ne s'en rendent coupables.

Le malade mental, le Fou, est donc de moins en moins perçu comme une personne en souffrance nécessitant des soins, que comme un danger, dans cette confusion entre malaise psychique et insécurité, très médiatiquement et socialement entretenue.

L'arbitraire est aussi de plus en plus fréquent, avec la notion de péril imminent, où le Directeur peut prononcer l'admission immédiate, la recherche de tiers étant différée, là encore de manière variable dans la pratique, selon les établissements.

Que dire aussi de la nouveauté que la loi du 5 juillet 2011 introduit : Les programmes de soins ambulatoires, qui peuvent comprendre des soins médicamenteux (avec injection "obligatoire" de neuroleptique retard), des visites à domicile, des "pointages" au C.M.P...

Là encore, outre la contrainte sociale et psychologique que cette loi représente, elle apparaît tout à fait néfaste à la qualité des soins. D'une part elle transforme l'infirmier visiteur, le médecin consultant, en contrôleur de soins, en acteur d'un contrôle social bien éloigné de la clinique, et d'autre part, et surtout, elle méconnaît la nécessité de l'alliance thérapeutique, des relations qui doivent s'établir entre soignants et soignés gages de confiance nécessaire à la réalisation et l'aboutissement des soins, dans le cadre d'une prise en charge communément contractualisée.

A noter que cette mesure a aboli désormais l'ancienne possibilité de "sortie d'essai" qui permettait d'évaluer la stabilisation du patient et ses capacités de réinsertion sociales ou familiales (les sorties ne sont désormais plus possibles que pour 12 heures au maximum).

Plus graves : les soins ambulatoires sans consentement, avec programme de soins à la clé sont sans limitations de durée...!

Et que dire du temps médical consacré désormais aux tâches ambulatoires ou de certifications qui éloignent encore plus les psychiatres de la clinique et du colloque singulier avec les patients.

Et nous connaissons maintenant de plus en plus de situations où des programmes de soins, donc des obligations de soins sans consentement s'éternisent, malgré l'avis dûment formulé par les psychiatres traitants, les experts...

De la même manière, les Préfets n'ayant pas à argumenter leur refus de lever une mesure de S.D.R.E., nous connaissons de plus en plus de situations qui apparaissent plus "justifiées" par une supposée sécurité publique que par des motifs cliniques, et où des personnes demeurent hospitalisées sans consentement, malgré l'avis des experts, les recours s'avérant longs ... et coûteux pour des personnes souvent précarisées, qui ne peuvent payer experts et avocats !

Enfin aucun observatoire des soins psychiatriques sans consentement n'a été mis en place par les pouvoirs publics afin de constater et de contrôler ceux-ci (et les inégalités existantes entre les régions !)

Seul actuellement une organisation citoyenne de ce type, structurée par la L.D.H., le S.M. et l'U.S.P. se met en place dans les régions, avec peu de moyens.

Nous demandons l'abrogation de cette loi d'exception qui judiciarise nos pratiques et stigmatise les personnes en souffrance psychique en confondant impératifs de soins et de sécurité et en amalgamant maladie mentale et dangerosité.

Une loi d'hospitalisation sous contrainte, sans doute cliniquement nécessaire, ne peut être remaniée à la hâte et à la marge.

Nous réclamons donc une loi spécifique à la psychiatrie, centrée sur la politique de secteur, avec les moyens nécessaires aux soins proprement dit, et non à la sécurité, permettant de prendre en charge durablement et valablement, tant en milieu hospitalier qu'en ambulatoire, les personnes atteintes de maladies mentales, dans le respect de leurs droits, de leurs libertés et de leur santé.