

SOIN ET CONTRAINTE EN PSYCHIATRIE GENERALE

Pour une nouvelle loi sanitaire alternative à la loi du 5 juillet 2011

Table ronde sur l'hospitalisation sans consentement du 22 février 2013

Mission d'information sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie

intervention d'Olivier Labouret, président de l'USP

L'Union syndicale de la psychiatrie se réjouit de cette concertation avec les syndicats représentatifs de la profession psychiatrique hospitalière, dans la perspective ambitieuse mais indispensable d'une nouvelle loi de «santé mentale».

«L'avenir de la psychiatrie» publie nécessairement une large réflexion, quand on constate à quel point notre pratique institutionnelle a été dévoyée ces dernières années, pour servir d'alibi médical pseudo-scientifique à une politique sociale normative et gestionnaire qui s'est considérablement durcie. Cette question dépasse donc largement le cadre de «l'hospitalisation sans consentement», si le pouvoir politique prétend désormais donner pour mission à la psychiatrie de protéger « la santé mentale » des populations, une notion aux contours bien ambigus. De fait aujourd'hui, la psychiatrie ne se cantonne plus à prendre soin de maladies mentales avérées, puisque on lui demande de prendre en charge l'ensemble des «troubles» (troubles du comportement, troubles de la personnalité, troubles de l'humeur, etc.), pour assurer le contrôle social de toutes formes de déviance, de délinquance, de simple défaillance individuelle... Michel Foucault avait prophétisé il y a trente ans l'avènement de la biopolitique: un pouvoir qui aurait désormais la faculté de s'exercer à l'intérieur même des corps et des esprits. Une santé mentale purement adaptative que l'on pourrait programmer, réduire dès l'enfance? Avec les prétentions des neuro-sciences notamment cognitivo-comportementales, et leur utilisation par la puissance économique (ce qu'on appelle la neuro-économie), il est à craindre que la prophétie soit en train de devenir réalité : la possibilité de rentrer littéralement dans le cerveau des gens pour influencer leurs comportements et leurs pensées, leurs choix économiques, et leur docilité... Nous espérons qu'il y aura donc également une concertation, une réflexion sur la façon d'éviter cette dérive marchande et scientiste alarmante de la psychiatrie, au delà de la remise en cause de la loi du 5 juillet 2011: cela nécessitera une redéfinition précise des limites de notre discipline, qui peut certes modestement soigner certaines maladies mentales, mais certainement pas garantir une hypothétique santé psychologique de toute la société.

Pour aujourd'hui, l'intitulé de cette table ronde nous convient tout à fait, s'il rappelle, comme le faisait la loi du 27 juin 1990, que l'hôpital psychiatrique reste le lieu électif du soin, quand celui-ci est rendu légalement indispensable, à titre exceptionnel, lorsqu'une maladie mentale authentique, par sa sévérité, le nécessite absolument. L'Union syndicale de la psychiatrie pense que la loi du 5 juillet 2011 sur les «soins sans consentement» a marqué depuis lors un tournant historique dangereux, en confondant absurdement le soin psychiatrique avec la contrainte sociale. Cette loi a été imposée dans un contexte d'instrumentalisation de faits divers certes dramatiques, mais rarissimes, pour donner un vernis médical à l'idéologie sécuritaire du risque zéro. En réalité, on ne peut soigner sans consentement, il s'agit de deux logiques incompatibles. Cette confusion idéologique ouvre la voie à toutes les dérives répressives possibles: elle permet d'imposer insidieusement à tous le bon comportement individuel, auquel chacun doit se conformer malgré lui, s'il veut garder un semblant de liberté. Mais on ne peut nier sans conséquence l'arbitraire de toute norme sociale, même soi-disant «intériorisée»: le déplacement symbolique de toute contrainte sociale vers le soin psychique est une parodie de médecine qui ne peut qu'exacerber la violence et la méfiance des usagers, et de toute la société. **L'Union syndicale de la psychiatrie demande par conséquent l'abrogation de la loi sécuritaire du 5 juillet 2011.** Quelle réforme sanitaire mettre à la place?

La possibilité de «programmes de soins ambulatoires pouvant comporter des soins à domicile» a consacré cette évolution sécuritaire et anti-thérapeutique, ouverte tragiquement par la loi du 5 juillet 2011: ces programmes de soins ne sont soumis à aucun contrôle judiciaire, leurs modalités sont imposées par le représentant de l'Etat ou l'administration hospitalière, tout autant au praticien psychiatre qu'au patient, sans recours possible. La décision du Conseil constitutionnel d'avril 2012, en soutenant que seul l'enfermement permanent est une contrainte, laisse d'ailleurs parfois quant à sa légitimation implicite du chantage à l'enfermement, qui se trouve ainsi bel et bien généralisé! La multiplication des programmes de soins met donc le praticien dans la position éthique et légale intenable d'avoir à exercer une contrainte sans le dire, et à assumer la responsabilité d'un choix qu'il n'a pas fait. La récente condamnation d'un praticien hospitalier pour l'homicide

commis par un patient qu'elle n'avait pas réussi à réhospitaliser, traduit cette injonction paradoxale et ce déplacement médical de responsabilité. A l'évidence, les programmes de soins remettent en cause les libertés fondamentales que sont la liberté d'aller et venir, la sûreté (la protection contre l'arbitraire de l'Etat), l'inviolabilité du corps humain. La vie privée n'existe plus puisque l'on peut désormais surveiller et traiter de force n'importe quelle personne présentant ou causant un «trouble» à l'intérieur même de chez lui, et à l'intérieur de lui-même. Pour sortir de la confusion tragique entre le soin psychiatrique et le contrôle social des comportements, **il faut donc impérativement interdire tout pseudo «soin sans consentement» ambulatoire, a fortiori tout soin sans consentement à domicile.**

Néanmoins, il existe des situations dans lesquelles les maladies mentales avérées peuvent mettre en péril la santé voire la vie même du malade, ou de tiers, sans que le malade en ait conscience, et cela justifie une mesure d'hospitalisation sous contrainte, pour motif sanitaire et non d'ordre public. Ces situations restent exceptionnelles: l'empathie du personnel soignant, la relation thérapeutique consiste à instaurer ou restaurer la confiance du patient, à l'aider à composer avec sa situation, à rechercher son consentement, notamment pour la prise d'un traitement. Dans les cas où ce processus d'alliance thérapeutique reste inopérant, un encadrement médico-légal parfaitement sûr est nécessaire afin de protéger la personne contre elle-même. Ce cadre doit rester dans le droit commun, la personne en question étant un citoyen à part entière, même s'il est mentalement malade. Dans un état de droit respectueux des libertés fondamentales, en effet, la protection sanitaire doit être légalement garantie, pour éviter tout arbitraire médical, administratif voire étatique. Nous demandons par conséquent que toute hospitalisation sans consentement, mesure privative de liberté, s'opère sous le contrôle de la Justice. **Le Juge des libertés et de l'hospitalisation doit exercer un contrôle systématique initial de cette hospitalisation, puis très périodiquement et en tant que de besoin, notamment à la demande de l'intéressé.** Les audiences indispensables auront lieu dans une annexe du tribunal sise dans chaque établissement.

La loi sécuritaire du 5 juillet 2011 a dramatiquement prolongé les séjours d'enfermement, paralysant les services hospitaliers et surmenant les médecins psychiatres contraints à multiplier certificats et procédures. La lourdeur administrative résulte en partie de certificats redondants qu'il serait bon de simplifier. La multiplication du recours aux expertises, dont l'indépendance et la pertinence sont sujettes à caution, témoigne encore des effets pervers de la loi, qui empile les artifices pseudo-légalistes et pseudo-médicaux pour mieux dissimuler son fondement liberticide. **Un mode unique d'hospitalisation pour motif sanitaire, sur certificat médical circonstancié et demande légitime d'un tiers, confirmée par un praticien hospitalier psychiatre dans les 24 heures,** est nécessaire et suffisant. Les procédures de soins pour péril imminent sans demande de tiers, sur demande de tiers en cas d'urgence lorsqu'il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade, sur décision du représentant de l'Etat sont donc inappropriées. Le recours à l'expertise extérieure nous semble devoir être limité aux cas de désaccord entre médecins et juge, et le débat réellement contradictoire au sein de l'établissement privilégié (collèges de soignants, avis conjoints, etc.). Rappelons que la possibilité de soins contraints sous un autre mode que l'hospitalisation est contestable dans son principe même, car attentatoire aux droits fondamentaux. Si elle trouve une justification exceptionnelle (sortie transitoire en milieu familial, urgence somatique, transfert entre établissements, etc.) elle doit être a fortiori juridiquement très encadrée

Mais la loi du 5 juillet 2011 n'est pas tombée du ciel : elle est venue couronner des pratiques de contrôle et de coercition de plus en plus pesantes et intrusives. Sous le précédent gouvernement, en effet, de multiples lois et circulaires (prévention de la délinquance, lois sur la récidive, rétention de sûreté, etc.) ont psychiatrisé toujours davantage toute sorte de délinquance et de déviance, et permis de renforcer drastiquement les technologies de surveillance pesant sur les patients (procédures d'isolement, grillages, dispositifs électroniques d'alerte, vidéosurveillance, traçabilité informatique du RIMP, unités spéciales pour détenus et malades difficiles, etc.). Si une palette de dispositifs de protection doit pouvoir être mise en oeuvre, de façon adaptée et proportionnée, afin de prodiguer les soins indispensables au patient dans le respect de sa plus grande liberté possible, toute mesure de contention physique exceptionnelle (telle qu'attacher une personne sur son lit, la maintenir dans une chambre d'isolement « sécurisée », etc.) doit être légalement autorisée et contrôlée. **Comme les méthodes de contention, les technologies de surveillance ne pourront jamais remplacer le soin humain : elles doivent être elles aussi sérieusement restreintes et contrôlées.** Ce peut être là le rôle d'un contrôleur des lieux d'hospitalisation sous contrainte, d'une Commission départementale des soins psychiatriques remaniée, comme d'un observatoire citoyen de la contrainte...