

Psychiatrie : en finir avec la folie politique

Après la sidération des psychiatres sur le mépris affiché par le ministère aux revendications des états généraux de la psychiatrie à Montpellier en 2003, le double assassinat de Pau en 2004 a provoqué une «dissociation» qui a d'une certaine façon obérée toute velléité d'action collective à sa suite.

Ce n'était pourtant pas faute d'avoir alerté, Sud comme d'autres, depuis des années sur la déliquescence de l'institution de soin: perte de substance avec la disparition de la formation spécifique des infirmiers et de la spécialité médicale autonome, perte de moyens et d'effectifs avec des budgets en étranglement depuis plus d'une décennie, destruction du secteur, montée en puissance des représentations sociales de violence et perte de substance philosophique chez les soignants, soumission de l'évolution de la politique du secteur aux seuls diktats économiques et aux trusts pharmaceutiques, chacun considérant sa revendication comme prioritaire, cela avait tourné à la cacophonie stérile, bref dans cette cocotte minute privée de soupape il suffisait d'un événement émotionnellement fort, tragique, pour que tout explose.

Suite au discours ultra sécuritaire de Sarkozy à l'hôpital Erasme des résistances et des dénonciations critiques se sont exprimées, collectif contre la politique de la peur, appel des 39, appel des appels... tout cela étant encore

morcelé, chacun prêchant pour sa chapelle. Mais expression tout de même d'une opposition partagée à l'instrumentalisation de la psychiatrie pour en faire un épouvantail sécuritaire et en transformer les acteurs en gardes chiourmes sociaux et les malades en menace pour l'ordre public. Pendant deux ans les différents collectifs ont œuvrés, se «chamaillant» chacun de leur côté.



Le gouvernement en proposant une refonte de la loi de 90 (passant des placements sous contrainte aux soins sans consentement) a peut être fait œuvre d'unification. Tous les opposants à cette politique ne peuvent plus aujourd'hui se contenter de dire qu'ils sont contre, ils sont contraints de proposer.

Un des éléments du débat porte sur la façon dont doit être considérée la contrainte en matière de soins (l'article qui suit vous donnera les éléments nécessaires à sa compréhension).

D'autres porteront sur les moyens, formations, effectifs, organisations... et il nous faudra élaborer en ce sens. Ce sera l'objet de nos commissions psy et d'autres articles que d'éclairer l'enjeu social et politique.

Sud Santé Sociaux joue un rôle important dans les différents réseaux, par la place prise dans la lutte contre les politiques sécuritaires, et son implication dans la défense du secteur psychiatrique. Dans tous les cas, il nous faudra réunifier dans un projet de politique de soin, l'ensemble, tant

sur l'orientation du soin, que sur le plan des moyens et se donner collectivement un cadre pour de la résistance passer à la création.

C'est un enjeu majeur du devenir de notre société, et après des années de repli identitaire avec l'appel «mais c'est un homme» se retrouvent l'essentiel des acteurs de la société et de la psy, enfin, réunis autour de la question des droits du citoyen et des devoirs de la société. A nous d'y prendre toute notre place!

Juanito

« Nul ne peut être arbitrairement arrêté, détenu ou exilé »

Déclaration universelle des droits de l'homme, article 9. 1948.

Nous avons traité dans d'autres publications des aspects sécuritaires du projet de réforme de la loi de 1990, qui régit actuellement les modalités d'hospitalisations en psychiatrie. Nous les combattons aux côtés d'autres associations, organisations, partis politique comme dans les collectifs « Non à la politique de la peur », « Mais c'est un homme », CNU et CLEJ notamment. Ce projet de réforme relance également le débat sur la judiciarisation des hospitalisations contraintes en psychiatrie...

La judiciarisation des hospitalisations contraintes : une vieille lune

Cette question animait déjà la société avant que la loi de 1838 régie les modalités d'hospitalisations en psychiatrie. Alors que depuis 1788 tout internement supposait un jugement d'interdiction, la loi de 1838 met à mal l'équilibre des pouvoirs (familles, médecins, justice). Nous sommes en plein âge d'or de l'aliénisme qui est aussi celui du pouvoir médical absolu. A cette époque la soumission du « fou » à l'autorité médicale est la condition même du soin. Et la loi de 1838 consacre la séquestration comme condition pour soigner. Le médecin conseille, l'administration décide et le juge contrôle, à postériori et de façon très limitée. La loi de 1838

dote le « fou » d'un statut juridique, social et civil singulier, qui s'opère et s'acquière dans l'institution totalitaire de l'asile. Il devient l'« aliéné ».

En 1904 le projet Clémenceau propose que toute décision « d'internement d'aliéné » soit soumise à l'autorité judiciaire. Sa proposition ne sera pas retenue. Plus récemment, en 1990, la proposition de loi Dreyfus-Schmidt atteste de la rémanence du débat. Mais cette proposition a été rejetée à 12 voix près. En 1997 encore, la proposition de loi n° 366 relative à la prise en charge médicale et aux droits des personnes atteintes de troubles mentaux est enregistrée à la présidence de l'Assemblée Nationale. Elle ne donnera pas naissance à une mesure législative.

Ainsi la loi de 1990, qui a réformé la loi de 1838, n'apporte que peu de changements sur le fond. Alors que les recommandations européennes plaident depuis 1977 pour une intervention judiciaire à priori dans les procédures d'hospitalisations contraintes, la France ne renonce pour autant pas à la spécificité de son droit. Les améliorations qui cherchent à être apportées concernent l'exercice des libertés individuelles pendant l'hospitalisation. Les modalités d'hospitalisations n'y sont pas remises en cause, seules les procédures de « placements » se complexi-

fient, affichant ainsi une volonté de renforcer la protection des personnes hospitalisées. La loi de 1990 ne s'éloigne pas de celle de 1838 dans sa philosophie. Elle reste une loi d'exception en prévoyant des modalités de privation de liberté en l'absence de décision judiciaire. La décision d'hospitalisation contrainte est purement administrative, le contrôle judiciaire n'intervenant qu'à postériori. La personne qui souffre de troubles mentaux et qui nécessite des soins, après aval médical, peut être retenue contre sa volonté dans un service de psychiatrie sur décision administrative dans le cas des Hospitalisations d'Office (préfet, maire), et sur simple décision du directeur d'établissement pour les Hospitalisations à la Demande d'un Tiers (HDT).

Lacunes, paradoxe et dérives de la loi de 1990

La loi de 1990 présente le désavantage de ne pas clarifier la relation entre hospitalisation sous contrainte et traitement sans consentement. Un vide juridique permet l'amalgame entre l'hospitalisation contrainte et les soins de force. La contrainte aux soins recouvre en France une notion bien plus large que dans les autres pays européens. La tendance européenne est de ne recourir à la contrainte qu'après avoir éprouvé le risque encouru par le malade en cas de retard dans la mise en œuvre du traitement.

Par ailleurs, compte tenu de l'organisation des soins par découpage géographique, elle ne garantit pas le libre choix du

thérapeute pourtant inscrit dans le Code de Santé Publique, en particulier pour les personnes en hospitalisation d'office (HO), et très difficilement pour les personnes faisant l'objet d'une hospitalisation à la demande d'un tiers.

On lui reproche aussi de ne pas rompre avec l'amalgame séculaire entre troubles psychiatriques et dangerosité si bien qu'elle reste une loi de police.

Les voies de recours contenues dans la loi de 1990 sont particulièrement complexes : une requête en référé-suspension en procédure d'urgence, une requête en annulation pour vice de forme dans l'arrêté d'hospitalisation auprès du juge administratif et une requête auprès du juge des libertés et de la détention aux fins de sortie immédiate. Cette complexité et la longueur des procédures limitent de fait considérablement les possibilités de recours effectif, d'autant plus qu'elles concernent des personnes souvent pas ou insuffisamment informées de leurs droits et diminuées du fait de leur problème de santé et par l'effet des neuroleptiques.

Sous l'effet de la mise en place de la politique de secteur et le développement des alternatives à l'hospitalisation, le nombre des mesures autoritaires avait brusquement chuté. D'environ 90 000 en 1970 les hospitalisations contraintes sont évaluées à moins de 28 000 en 1980. La tendance s'est retournée et se renforce depuis le milieu des années 80. En 2003, le nombre des admissions sous contrainte est évalué à 80 000. Paradoxa-

lement, puisqu'elle se voulait mieux protéger les droits des personnes atteintes de troubles mentaux, la loi de 1990 n'a pas permis de limiter le nombre des hospitalisations sous contrainte. Ainsi, en 1985, les admissions sous contrainte représentaient moins de 9,8 % du total des admissions, elles ont dépassé 14% en 2000. Entre 1980 et 2000 le nombre des hospitalisations sous contrainte s'est ainsi accru de près de 150 % ! (« *Contribution à l'étude de l'évolution de l'hospitalisation psychiatrique en France de 1838 à nos jours* ». Philippe Bernardet, chargé de recherches au CNRS.)

Il apparaît que la France fait partie des pays dans lesquels on a le plus recours à la contrainte avec 110 admissions sous contrainte pour 100 000 hospitalisations contre 93 pour 100 000 en Angleterre, 74 pour 100 000 en Irlande, 47 pour 100 000 en Belgique, 44 pour 100 000 en Hollande et 34 pour 100 000 au Danemark (source chiffres DGS).

Une autre dérive est relevée depuis la loi de 1990. Toutes les CDHP (Commissions Départementales des Hospitalisations Psychiatriques) constatent une augmentation alarmante des admissions sous HDT en urgence. Cette procédure permet de se dispenser de l'avis d'un médecin extérieur à l'établissement pour admettre un patient sous contrainte. Cette « urgence » ne correspond bien souvent pas à une urgence médicale mais permet de contourner la loi et de se dispenser du regard extérieur que représente l'avis du médecin non attaché à l'établissement, habituellement requis en cas de procédure d'admission sous

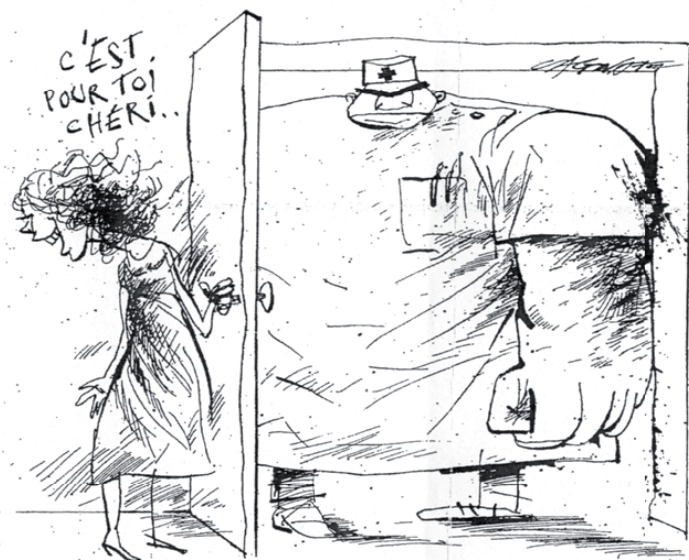
HDT. La Direction Générale de la santé corrobore cette forte augmentation des procédures d'hospitalisation d'urgence qui offrent évidemment moins de garanties aux malades.

Dans le même esprit, la généralisation des sorties à l'essai s'est transformée petit à petit en suivi psychiatrique obligatoire ambulatoire, parfois durant des années. La sortie à l'essai (sous HO ou HDT) continue à imposer des soins à la personne au terme de son hospitalisation. En cas de non coopération aux soins, elle risque une réadmission. Cette pratique banalisée de la sortie à l'essai préfigure de l'obligation de soins ambulatoires contenue dans le projet de réforme de la loi de 1990.

Le projet de réforme de la loi de 1990, maintien d'une spécificité française



Si le débat sur la judiciarisation des hospitalisations contraintes est toujours vivant, il ne se traduit pas dans le projet de réforme de la loi de 1990. Le projet maintient l'exception française en Europe d'une loi spécifique pour le traitement sous contrainte en psychiatrie, sans qu'un juge intervienne dans l'autorisation de cette privation de liberté. Pourtant, malgré les difficultés pour les personnes hospitali-



sées sous contrainte à saisir le juge, des centaines de décisions d'hospitalisations contraintes, ou de maintien en hospitalisations contraintes, ont été annulées par le juge administratif, qui statue sur la régularité des actes. Cette jurisprudence atteste d'abus, de dérives, de négligences qui portent atteinte aux droits des personnes hospitalisées.

En Europe pourtant, depuis les années 70, de nombreux textes se consacrent aux droits des malades. Les arrêts rendus par la Cour Européenne des Droits de l'Homme, en application de la Convention Européenne des Droits de l'Homme adoptée en 1950 (que la France n'a ratifiée qu'en 1974 !) et les recommandations du Conseil de l'Europe se succèdent dans le sens d'une intervention à priori du juge dans les décisions d'hospitalisations contraintes. Sous cette pression, les pays du Conseil de l'Europe se sont progressivement alignés, ce qui fut le cas en Angleterre en 1983, en Belgique en 90 et en Autriche en 1991. La France a ainsi été condamnée à plusieurs reprises pour non respect des articles 3 (prévention de la

torture et des traitements inhumains ou dégradants), 5 (droit à la liberté et à la sûreté), 6 et 13 (garanties des procédures, droits de recours) de la Convention Européenne des droits de l'homme.

Le projet de réforme de la loi de 1990 ne règle encore pas le double problème de la mise en conformité avec les recommandations européennes et celui de son anti-constitutionnalité en regard de l'article 66 de la constitution de 1958 qui fait du juge judiciaire le garant des libertés individuelles. En effet, selon notre constitution, «Nul ne peut être retenu arbitrairement. L'autorité judiciaire, gardienne de la liberté individuelle, assure le respect de ce principe dans les conditions prévues par la loi ». Le système d'hospitalisation psychiatrique sous contrainte va de même à l'encontre de l'article 9 de la déclaration universelle des droits de l'homme.

La main mise de l'administration sur les malades et les équipes de soins

Non seulement le projet de réforme de la loi de 1990 ne

progresses pas du côté des libertés individuelles mais en plus il prévoit de renforcer l'arbitraire. La simplification des modalités d'admissions contraintes (possibilités de dispense du deuxième avis médical et de se passer du tiers) constituent une grave régression pour le droit des personnes malades mais aussi pour les équipes de psychiatrie. Une intervention judiciaire à priori dans les procédures d'hospitalisations contraintes permettrait d'en contrôler l'opportunité. L'intérêt serait d'introduire un débat contradictoire, de concourir à la matérialité des faits (en l'occurrence mesurer le péril imminent qu'encourrait la personne en l'absence de soins immédiats), de rapprocher le statut des personnes malades du droit commun et de limiter les procédures d'admissions sous contraintes.

Pour les équipes de soins, la facilitation des procédures d'hospitalisations sans consentement les enferment dans l'exercice du soin contraint. Nous l'avons déjà écrit, contraindre n'est pas soigner et ce projet de loi facilite la contrainte et l'exporte hors de l'hôpital. Si la contrainte s'avère parfois nécessaire, après que tout ait été mis en œuvre pour l'éviter, elle doit demeurer l'exception. Les pratiques innovantes pour faciliter l'accès à des soins précoces hors de l'hôpital ont fait leurs preuves entre 1960 et 1985. C'est dans les pratiques de secteur que pourront advenir de nouvelles avancées tant au niveau des soins que des libertés fondamentales.

Nelly Derabours