

Refonte de la loi sur la Psychiatrie ou l'enfermement sans contrôle

MAIS c'est un homme !

DOSSIER DE PRESSE

INVITATION – p.2

APPEL contre les soins sécuritaires – p.3

ANALYSE du 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 – p. 7

POSITION du Groupe information asile (GIA) sur le projet de loi n°2494 du Ministre de la santé et des sports : « Droits et protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et modalités de leur prise en charge. » - p.14

TRIBUNE de Claude Louzoun : « Le juge peut-il être encore le garant des libertés et des pratiques éthiques ? » – p. 18

<http://www.maiscestunhomme.org/>

Contact presse : Anne Garacoïts - tél. 01 56 55 51 08 - anne.garacoits@ldh-france.org

Refonte de la loi sur la Psychiatrie ou l'enfermement sans contrôle

MAIS c'est un homme !

L'hospitalisation sous contrainte de par sa nature, même du fait d'un état de nécessité, porte atteinte aux libertés individuelles et plus particulièrement à la liberté d'aller et de venir, le droit à la sûreté ou l'inviolabilité du corps humain.

Face à ce postulat, les errements du projet de loi réformant la loi de 1990 prônent notamment **une psychiatrie sécuritaire et autoritaire** au détriment du sanitaire et s'inscrit, de ce fait, dans le droit fil des réformes en cours. Ce projet vise à faire des personnes atteintes de troubles mentaux une nouvelle catégorie de « boucs émissaires ».

Par ailleurs, afin de faire écho à la loi "HPST", le projet prévoit **des soins contraints dits « soins sans consentement » pouvant s'étendre jusqu'au domicile**. Ces dispositions induisent un changement profond des modes de prises en charges, sans pour autant en préciser l'organisation et encore moins son financement. Le risque de dérives est réel et le nombre de personnes susceptibles d'être concernées par ces dispositifs ne peut qu'augmenter.

Les organisations et associations signataires ont pris l'initiative de créer un collectif, afin de défendre les libertés individuelles, de s'opposer à l'aggravation des conditions des hospitalisations psychiatriques sous contrainte, de soutenir l'orientation de soins de qualité.

Ce collectif vous convie à une conférence de presse au siège de la Ligue des Droits de l'Homme.

Collectif Non à la Politique de la Peur, Advocacy France, Association pour la Recherche et le Traitement des Auteurs d'Aggressions Sexuelles (ARTAAS), ATTAC France, Collectif d'associations d'usagers en psychiatrie (CAUPsy), Fédération pour une Alternative Sociale et Écologique, Fondation Copernic, Groupe Information Asiles (GIA), Ligue des Droits de l'Homme, Nouveau Parti Anticapitaliste, Parti Communiste Français, Parti de Gauche, Parti Socialiste, Les Sentinelles Égalité, SERPsy, Solidaires, Sud Santé Sociaux, Syndicat de la magistrature, Syndicat de la Médecine Générale, SNPES-PJJ-FSU, Union Syndicale de la psychiatrie, les Verts.

Contact presse : Anne Garacoïts - tél. 01 56 55 51 08 - anne.garacoits@ldh-france.org

M a i s c ' e s t u n H o m m e

APPEL

CONTRE LES SOINS SÉCURITAIRES

Les politiques sociales et sanitaires, les lois récentes et à venir transforment nos représentations: les soins y deviennent un marché concurrentiel et la « folie » y est représentée comme un état forcément dangereux.

Il est douloureux pour nous, et pourtant fondamental dans la période que nous vivons, d'avoir à rappeler que ce qu'on appelle un « fou », **est d'abord un homme !**

Après la loi « HPST » qui organise la concurrence entre public et privé lucratif pour les missions de service public, vient le « *Projet de loi relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et à leurs modalités de prise en charge* », qui est l'application attendue du discours du président de la République du 2 décembre 2008.

Ce projet fait du « soin sans consentement » le modèle du soin psychique. Il 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. En posant le principe d'un soin sous contrainte imposable tant à l'hôpital qu'au domicile du patient, il y ajoute l'atteinte à la vie privée. Ainsi, les patients, fichés et contraints, se verraient enfermés dans une véritable **trappe psychiatrique** : considérés à vie comme des malades mentaux potentiellement dangereux.

L'entrée dans le soin est annoncée de fait comme une **garde à vue psychiatrique de 72 heures**, durant laquelle toute action de traitement contraint serait autorisée. C'est plus encore qu'un régime de liberté surveillée, puisque pouvant autoriser toute intrusion dans l'intimité et le corps du patient.

Nous sommes également opposés à des **soins sans consentement en « ambulatoire »**. Ce serait la partie immergée d'une **psychiatrie sécuritaire, autoritaire et paternaliste**. Pour les professionnels comme pour les usagers ce serait accepter que l'obligation de moyens pour l'Etat en vue d'une psychiatrie d'accueil et de soin, soit au contraire celle de l'organisation d'un nouveau « grand renfermement » actualisé. Depuis décembre 2008, l'État a trouvé l'argent pour construire 4 unités pour malades difficiles, pour installer ou rénover des chambres d'isolement et installer la vidéosurveillance ! N'oublions pas qu'une telle disposition entre aussi dans le cadre de la nouvelle gouvernance : cela coûterait moins cher et cela pourrait donner lieu au développement de services à but lucratif.

Au vu de l'**application de fichiers** dans d'autres domaines (que nous dénonçons), ce projet contient la perspective d'un **fichage national généralisé** de toute personne bénéficiant de soins spécialisés. Cette disposition adhère à l'amalgame entre « folie » et « dangerosité », amalgame que nous condamnons. Toutes les études sur le sujet en démontrent la fausseté. En insistant sur la figure de l'aliéné, le pouvoir justifie sa politique de la peur et la société de surveillance qu'il met en place. Tel est le véritable sens du « **soin sans consentement** » prévu dans ce texte

Citoyens, élus, usagers, professionnels, nous devons tenir bon.

Le soin psychique ne concerne pas que des « états aigus », des « troubles du comportement », auxquels la réponse unique serait simplement médicale, médicamenteuse et normalisatrice. Le soin psychique demande des approches complexes, des disponibilités d'accueil, d'écoute, d'accompagnement, d'hospitalité, des pratiques de négociation avec le patient et son entourage, avec des intervenants souvent nombreux, en difficulté, et aux intérêts différents. Cela implique que la « personne présentant des troubles psychiques » soit

pensée et vécue comme un corps, une subjectivité singulière, une personne, un individu social, et un sujet de droit. Une telle fondation éthique a pu et peut toujours s'illustrer dans des pratiques concrètes. L'État se doit de les favoriser.

On comprendra alors notre appel pour une mobilisation publique contre un tel projet de « **condamnation au soin** », et contre le projet politique qu'il promet. Si une obligation de soin peut s'imposer, elle doit être cadrée de manière à assurer l'articulation du droit à des soins garantissant la préservation de l'intégrité de la personne et de ses droits, et de droits de recours effectifs. La mise en œuvre d'une telle obligation ne peut se dérouler que pour une durée limitée sous le contrôle de la justice dans un lieu de soins spécialisé agréé et assurant des soins 24h / 24. Nous soutenons qu'il est possible pour l'essentiel d'aménager des espaces et des temps d'accueil, de traitement actif de la demande des tiers, de négociation et d'élaboration avec une personne présentant un état psychique pouvant éventuellement conduire à un traitement contraint.

Il faut en finir avec l'exception psychiatrique ; le droit commun doit s'appliquer. Il faut en finir avec le pouvoir du Préfet, qui a toujours signifié loi de police et mesure de sûreté. Il faut une mesure de protection de la personne, qui relève alors de recommandations médicales et d'une obligation de prendre soin pour les services psychiatriques dans le respect de la dignité de la personne et de sa parole, autant que d'une autorisation et d'un contrôle par l'instance d'un juge judiciaire.

Ce projet de loi est un leurre démagogique à l'égard des familles, des voisins, de l'ordre public. Voté, il aurait des conséquences lourdes pour les libertés individuelles, les droits collectifs et le soin psychique. Nous demandons instamment aux parlementaires de repousser un tel projet. Nous invitons professionnels, élus, usagers, citoyens à débattre partout et à faire valoir l'alternative esquissée ici pour répondre à la situation.

Organisations Signataires :

Collectif Non à la Politique de la Peur,
Advocacy France,
Association pour la Recherche et le Traitement des Auteurs d'Agressions Sexuelles (ARTAAS),
ATTAC France,
Collectif d'associations d'usagers en psychiatrie (CAUPsy),
Fédération pour une Alternative Sociale et Écologique,
Fondation Copernic,
Groupe Information Asiles (GIA),
Ligue des droits de l'Homme,
Nouveau Parti Anticapitaliste,
Parti Communiste Français,
Parti de Gauche,
Parti Socialiste,
Les Sentinelles Égalité,
SERPsy,
Solidaires,
Sud Santé Sociaux,
Syndicat de la magistrature,
Syndicat de la Médecine Générale,
SNPES-PJJ-FSU,
Union Syndicale de la psychiatrie,
les Verts.

Premiers Signataires individuels:

Alain Acquart, Infirmier de secteur psychiatrique, Sud Santé Solidaires ;
Étienne Adam, FASE ;

Pouria Amirshahi, Secrétaire National du Parti Socialiste ;
 Michel Antony, Coordination nationale des comités de défense des hôpitaux et des maternités de proximité ; Maïté Arthur, Collectif d'associations d'usagers en psychiatrie (CAUPsy) ;
 Etienne Balibar, Philosophe, Professeur émérite ;
 Baron Sophie Laforêt, psychiatre, Vice Présidente de l'ARTAAS ;
 Martine Billard, Députée de Paris, Porte-parole national du Parti de Gauche ;
 Fabienne Binot, secrétaire de Sud Santé Sociaux ;
 André Bitton, Président du Groupe Information Asiles (GIA) ;
 Guilhem Bleirad, Collectif Non à la politique de la Peur, Collectif des 39 La nuit sécuritaire ;
 Éric Bogaert, Psychiatre, USP ;
 Paul Brétecher, psychiatre, PROGRES/Agapes ;
 François Capron, Psychanalyste, Président de la société de psychanalyse de Tours ;
 Robert Castel, Sociologue ;
 Alain Chabert, Psychiatre, USP ;
 François Xavier Corbel, Ligue des droits de l'Homme ;
 Claude Corman, médecin et essayiste ;
 Pierre Cours-Salies, FASE ; Pierre Delion, Professeur de Psychiatrie ;
 Nelly Derabours, Sud Santé Sociaux ;
 Claude Deutsch, Advocacy France ;
 Françoise Devambe ;
 Gilles Devers, Avocat ;
 Bernard Doray, Psychiatre, CEDRATE ;
 Jean-Pierre Dubois, Président de la Ligue des droits de l'Homme ;
 Antoine Dubuisson, Vice Président du GIA ;
 Cécile Duflot, Secrétaire Nationale des Verts ;
 Dumont Françoise, Vice-présidente de la Ligue des droits de l'Homme ;
 Bernard Durand, Psychiatre, Fédération des Croix Marine ;
 Louis Dureu, Coordination nationale des comités de défense des hôpitaux et des maternités de proximité ;
 Martine Dutoit, Advocacy France ;
 Hélène Franco, Responsable nationale commission « Institutions, justice et libertés », Parti de Gauche ;
 Jacqueline Fraysse, Député, FASE ;
 Marie Gaille, Philosophe, CNRS, codirectrice du Centre d'éthique clinique de l'hôpital Cochin ;
 Philippe Gasser, psychiatre, USP, ATTAC ;
 Claire Gékière, Psychiatre, USP ;
 Jean Luc Gibelin, Responsable commission santé et protection sociale, Parti Communiste Français ;
 Dominique Guibert, Secrétaire Générale de la Ligue des droits de L'Homme ;
 Jean-Marie Harribey, Economiste ;
 Isabelle Hocher, Infirmière de secteur psychiatrique ; Marie Ines, SNPES, PJJ, FSU ;
 Albert Jacquard, écrivain et chercheur ;
 Pierre Januel, Les Verts ;
 Eva Joly, Député européen, Europe Ecologie ;
 Thierry Jouanique, GIA ;
 Serge Klopp, Cadre de santé, Parti Communiste Français ;
 Anik Kouba, Psychologue Clinicienne ;
 Annie Labbé, CAUPsy ;
 Olivier Labouret, Psychiatre, ATTAC, USP, LDH, commission santé des Verts ;
 Eric Labrune, GIA ; Thomas Lacoste, Cinéaste et Editeur ; Jean-Claude Laumonier, NPA ;
 Dominique Laurent, CAUPsy ;
 Pierre Laurent, Secrétaire National du Parti Communiste Français ;
 Anne Leclerc, Nouveau Parti Anticapitaliste ;
 Henri Leclerc, Président d'honneur de la Ligue des droits de l'Homme ;
 Anne-Marie Leyreloup, SERPSY ; Claude Louzoun, Psychiatre, USP, Collectif Non à la politique de la Peur ;

Christian Mahaut, Advocacy France ;
Jean-Pierre Martin, Psychiatre, USP, Collectif Non à la politique de la Peur ;
Bernard Meile, Advocacy France ;
Philippe Meirieu, Vice-président Rhône Alpes, Europe Ecologie ;
Jean-Luc Mélenchon, Député européen, Président du Parti de Gauche ;
Jacques Michel, Universitaire ;
Miossec Yvon ;
Françoise Nay, Médecin, Coordination Nationale des comités de défense des hôpitaux et maternités de proximité ;
Frédéric Neyrat, Sociologue ;
Pierre Paresys, Psychiatre, USP ;
Philippe Rappard, Psychiatre des hôpitaux émérite ;
Gislhaine Rivet, Ligue des droits de l'Homme ;
Patrick Silberstein, Médecin, FASE ;
Evelyne Sire-Marin, Magistrate, Fondation Copernic ;
Taalba Farid, FSQP ;
Michel Tubiana, Président d'honneur de la Ligue des droits de l'Homme ;
Jean Vignes, Sud Santé Sociaux ;
Sophie Wahnich, Historienne, Directrice de recherche au CNRS ;
Elisabeth Weissman, Journaliste.

Signez l'appel en ligne :

<http://www.maিসcestunhomme.org/>

ANALYSE du 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

Après la loi Evin n°90-527 du 27 juin 1990 sur les droits des personnes atteintes de troubles mentaux et hospitalisées sous contrainte ou en régime libre, le présent projet interministériel consacre une régression des droits fondamentaux des patients et une vision de la psychiatrie axée sur le contrôle social et l'ordre public, au détriment d'une approche privilégiant l'état clinique du patient et la protection de ses droits fondamentaux.

La Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDH) avait souhaité en 1989¹ l'abrogation de la loi Esquirol de 1838 lors de la procédure d'adoption de la loi de 1990, en rappelant son opposition à *toute forme de ségrégation, d'exclusion ou de rejet*. L'actuel projet de loi, présenté par madame la Ministre de la santé et des sports, loin de rendre effectif cet avis, contient des dispositions d'orientation sécuritaires, faisant écho aux discours présidentiel, et de rentabilité financière.

L'augmentation exponentielle depuis maintenant plusieurs années du nombre de personnes hospitalisées sans leur consentement méritait une toute autre approche, tournée vers l'augmentation du nombre de professionnels hospitaliers et plus généralement vers un accroissement des moyens, comme le recommande le Contrôleur général des lieux de privation de liberté². Il aurait en effet semblé plus opportun de replacer le soin relationnel au cœur de la prise en charge du patient et d'abandonner une conception des soins basée sur le seul médicament.

Les chiffres officiels émanant des Commissions départementales hospitalisations psychiatriques révèlent en effet une augmentation de 28,7% du nombre absolu d'hospitalisations sans consentement, ce chiffre passant de 59721 en 1997 à 76856 en 2003.

Selon la statistique d'activité des établissements (SAE), pour 2008, il y aurait eu 75400 entrées dans le cadre d'une hospitalisation sans consentement en établissement psychiatrique, 14500 sous le régime de l'hospitalisation d'office (HO), 60900 à la demande d'un tiers³(HDT).

Par sa nature même, l'hospitalisation sans consentement ou, pour reprendre la formulation proposée, les soins sans consentement, constituent au plus haut point une atteinte aux libertés individuelles, aux premiers rangs desquelles la liberté d'aller et venir, le droit à la sûreté et à l'inviolabilité du corps humain.

A ce titre, le régime de l'hospitalisation ou de soins sous contrainte est soumis au respect de nombreuses dispositions internes et internationales.

S'agissant des dispositions internes et pour s'en tenir aux principales dispositions supra-législatives, citons pour la liberté d'aller et venir les articles 1^{er}, 2 et 4 de la Déclaration

¹ CNCDH avis du 7 décembre 1989 sur les droits et protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux

² Rapport d'activité 2008 du Contrôleur général des lieux de privation de liberté

³ Derniers chiffres de la SAE consultable sur le site de la DREES (<http://www.sante-sports.gouv.fr/direction-de-la-recherche-des-etudes-de-l-evaluation-et-des-statistiques-drees,5876.html>)

des droits de l'homme et du citoyen⁴(DDHC) puisque le Conseil Constitutionnel l'a englobée dans le principe de la liberté individuelle. Cette reconnaissance place ainsi la liberté d'aller et venir sous le régime de l'article 66 de la Constitution qui reconnaît notamment la compétence de l'autorité judiciaire pour protéger la liberté individuelle. Il convient dès à présent de préciser que pour la Cour Européenne des droits de l'homme, seuls relèvent de cette notion les magistrats indépendants, et que le ministère public français en est donc exclu. Le droit à la sûreté, c'est à dire de ne pas être arrêté ou détenu arbitrairement, droit le plus important de tout individu, est quant à lui régi par les articles 2, 7, 8 et 9 de cette même déclaration. Quant au principe de l'inviolabilité du corps humain, le Conseil Constitutionnel a reconnu « *la sauvegarde de la dignité de la personne humaine* » comme principe à valeur constitutionnelle en se fondant sur le préambule de la Constitution de 1946 dans sa décision de 1994 précitée (94-343). S'agissant des sources internationales et sans être exhaustif, les articles 5§1-e et 5§2 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme (CESDH) consacrent le principe de la sûreté individuelle, en particulier dans le champ de l'aliénation mentale. L'application jurisprudentielle de cet article a profondément influencé le régime applicable de l'hospitalisation sous contrainte partout en Europe édictant de nombreuses garanties contre l'arbitraire, notamment par l'arrêt Winterwerp c. Pays-Bas du 24 octobre 1979⁵.

Il est encore possible de citer, dans une moindre mesure, au titre des dispositions internationales, l'article 9 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques⁶.

Les principales mesures annoncées par madame la Ministre remettent fondamentalement en cause les droits du patient et accentuent encore le recul qui sévit depuis plusieurs années quant à la conception de la prise en charge de la maladie mentale.

1. La substitution de la notion d'hospitalisation sans consentement par celle de soins sans consentement des patients, élargis à la ville.

La notion « d'hospitalisation sans consentement » est, dans le projet, remplacée par celle de « soins sans consentement », ouvrant la possibilité de procéder aussi bien à l'hospitalisation du patient considéré comme incapable de donner son consentement qu'à sa prise en charge en soins ambulatoires, y compris par des psychiatres de ville.

Présentée comme une avancée, les craintes de dérives d'un tel système sont évidentes. En premier lieu, celle dénoncée par de nombreux professionnels de vouloir pallier au manque de lits et de moyens du milieu hospitalier et ainsi remplacer l'accueil en établissement. Une autre crainte est de voir dans ce nouveau dispositif une nouvelle mesure sécuritaire visant en fait à élargir encore le contrôle social des individus, complétant notamment les lois de rétention de sûreté et contre la récidive. A fortiori, dès lors que cette nouvelle mesure ne fait pas l'objet d'un contrôle a priori du juge judiciaire⁷.

⁴La liberté d'aller et venir est une composante de la liberté individuelle V. Cons. Const. Déc. N°s 94-343 et 94-344 du 27 juillet 1994

⁵CEDH Winterwerp c. Pays-Bas 24 octobre 1979, série A n°33, pp.17-18 §39 « Un individu ne peut passer pour aliéné et subir une privation de liberté que si les trois conditions suivantes sont réunies : premièrement, son aliénation doit avoir été établie de manière probante ; deuxièmement, le trouble doit revêtir un caractère ou une ampleur légitimant l'internement ; troisièmement, l'internement ne peut se prolonger valablement sans la persistance de pareil trouble »

⁶ Art 9§1et9§2 PIDCP : « tout individu a droit à la liberté et à la sécurité de sa personne. Nul ne peut faire l'objet d'une arrestation ou d'une détention arbitraires. Nul ne peut être privé de sa liberté, si ce n'est pour des motifs et conformément à la procédure prévus par la loi ». « Tout individu arrêté sera informé, au moment de son arrestation, des raisons de cette arrestation et recevra notification, dans le plus court délai, de toute accusation portée contre lui ».

⁷ Entre loi du 30 juin 1838 qui régna jusqu'en 1990 et ce projet de réforme, nous passons du « placement » contraignant à « l'hospitalisation sans consentement », aux « soins sous contraintes en ambulatoire », dans un mouvement continu d'emprise de plus en plus totalitaire dans l'intimité même des gens, avec une extension continue du nombre de personnes suivies par la psychiatrie de gré ou de force.

Par ailleurs, le demandeur tiers à l'hospitalisation devient de fait demandeur de soins, avec comme effet possible une déresponsabilisation de ce dernier sur les conséquences de sa démarche et alors même que de nombreux abus ont pu être relevés au sein même des familles.

2. L'instauration d'une période « d'observation » de 72 heures en hospitalisation complète à l'issue de laquelle sera décidé le sort de la personne.

Une possibilité est ainsi prévue pour un directeur d'établissement d'admettre une personne « *en cas de péril imminent pour la santé du malade* » et sur présentation d'un simple certificat médical. Ainsi, la décision d'hospitaliser sans consentement repose sur le seul directeur de l'établissement et ce durant une période de 72 heures. Un tel délai de privation de liberté, uniquement fondé sur un certificat médical d'un médecin généraliste et sans contrôle a priori du juge, semble excessif au regard tant de la liberté d'aller et venir, du droit à la sûreté que de celui de l'inviolabilité du corps humain. Par ailleurs, de telles modalités de privation de liberté contreviendraient aux dispositions de l'article 5-1-e de la CESDH. C'est un des apports de l'arrêt de Winterwerp précité rendu par la CEDH que d'avoir affirmé comme principe de base que l'aliénation de l'intéressé doit être établie de manière probante par une expertise médicale objective (§39). Ce principe a pu être rappelé et précisé dans un arrêt du 28 novembre 2002⁸ qui énonce qu'aucune privation de liberté d'une personne considérée comme aliénée **ne peut être jugée conforme à l'article 5§1-e si elle a été décidée sans l'avis d'un médecin expert**, toute autre approche restant en deçà de la protection requise contre l'arbitraire, inhérente à l'article 5 de la CESDH.

Par ailleurs et s'agissant de la durée de 72 heures, son examen au regard de sa conformité à l'article 5 semble également pour le moins douteuse. La CEDH considère en effet que la privation de liberté est une mesure si grave qu'elle ne se justifie que lorsque d'autres mesures, moins sévères, ont été considérées et jugées insuffisantes pour sauvegarder l'intérêt personnel ou public exigeant la détention et qu'en tout état de cause, l'internement ne peut se prolonger valablement sans la persistance de pareil trouble (voir notamment CEDH Winterwerp c. Pays-bas 24 octobre 1979 précité).

Il en outre encore utile de s'interroger sur le fait que dans de telles situations de privation de liberté, la possibilité que le juge soit saisi de la légalité de la décision du directeur de l'établissement manque d'effectivité. Malgré l'information donnée au patient sur la possibilité de saisir le juge des libertés et de la détention insérée dans le projet de loi, et alors même que la délivrance de cette information est conditionnée à une validité de santé du patient sous contrôle médical, ce même contrôle médical pouvant interdire la délivrance de l'information à l'intéressé, dont au surplus les facultés sont par hypothèse altérées par le choc de la situation et la prise de médicaments ... Les patients n'auront donc trop souvent ni le réflexe ni la force d'intenter un recours. En outre, cette durée de 72 heures s'applique également dans le projet en l'absence de tiers identifiable, donc par hypothèse de proches du patient susceptible de faire valoir ses droits.

3. La suppression de l'obligation d'un deuxième certificat médical pour l'hospitalisation sans consentement à la demande d'un tiers et la possibilité que celui-ci émane d'un médecin exerçant dans l'établissement d'accueil.

Ces dispositions sont présentées dans l'exposé des motifs du projet de loi comme facilitant l'accès aux soins des personnes.

⁸ CEDH Lavents c/Lettonie du 28 novembre 2002

Il n'en demeure pas moins que l'exigence actuelle de deux certificats médicaux et le fait que l'un deux émane d'un médecin n'appartenant pas à l'établissement d'accueil, conformément au souhait de la CNCDH émis dans son avis précité de 1989, constituent des garanties contre l'arbitraire, et à tout le moins, renforcent les garanties contre une expertise médicale qui peut, dans certains cas, être erronée.

Au regard de la grave atteinte à la liberté individuelle que constitue l'hospitalisation sous contrainte, la suppression de ces garanties constitue une régression certaine.

4. L'institution d'un collège de soignants comprenant deux psychiatres et un cadre infirmier.

Le collège a notamment pour mission de fournir un avis aux préfets sur les sorties de l'hôpital pour les patients placés en hospitalisation d'office à la suite d'une décision d'irresponsabilité pénale ou hospitalisés en unité pour malades difficiles. Ce même avis s'applique pour les patients en H.O ordinaire mais qui ont des antécédents d'irresponsabilité psychiatrique pénaux ou de passage en Unité pour Malades Difficiles (UMD), mais également aussi pour les personnes en soins contraints sur demande d'un tiers sans qu'il y ait eu de tiers compétent trouvé par l'administration hospitalière. Soit au total un nombre très conséquent de patients, parfois même inoffensifs.

Il est légitime de s'interroger sur la nécessité de conditionner la décision de sortie à l'avis d'un non spécialiste quant aux patients « medico légaux » (objets de non lieux pénaux), la sortie étant déjà à ce jour soumise à l'avis de deux experts.

5. La création de fait d'un fichier pour les patients ayant fait l'objet d'une hospitalisation en Unité pour Malades Difficiles ou pour ceux déclarés pénalement irresponsables

Dans le droit fil des mesures sécuritaires, et plus particulièrement du fichage, la psychiatrie n'échappe pas à ce phénomène qui transcende l'ensemble de la population. Les méthodes sont de plus en plus incisives en témoigne la gradation des mesures prises depuis quelques années.

En effet, si dès 1988 un fichier était établi lors de l'admission d'un patient dans un service de psychiatrie, il restait au sein de l'établissement. Toutefois depuis janvier 2007, à l'instar des services de **médecine, chirurgie, obstétrique** ou des services de soins de suites et de réadaptations dans les établissements de santé, le patient admis au sein d'un service de psychiatrie est soumis au Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI). Ce dispositif induit, de facto, la création de fichiers comportant des informations sur son identité et sur sa pathologie et plus particulièrement le Recueil d'Information Médicalisé pour la Psychiatrie (RIM psy). Il est transmis à des services extérieurs avec une anonymisation des données. Il se décline sous deux aspects en fonction de la prise en charge.

1- Lors d'une hospitalisation dans un établissement il se traduit par un recueil par séquence (RPS). Il tient compte d'un recueil administratif par séquence qui précise les informations suivantes : l'identifiant de l'établissement et du patient et mouvement du patient ainsi que d'un recueil médical qui prévoit le diagnostic principal, diagnostics et facteurs associés et dépendance.

2- Dans le cadre de soins ambulatoires il est décliné sous la forme d'un recueil par ambulatoire (RAA). Le recueil administratif comprend l'identifiant de l'établissement, numéro de secteur, identifiant du patient, mouvement du patient et intervenant

extérieur. Le recueil médical se compose du diagnostic principal, du diagnostic et facteurs associés et de la nature de l'acte (grille ADGAR).

L'ensemble de ces mesures s'inscrivent dans le respect de la loi informatique et liberté en date du janvier 1978 ainsi que de l'article 9 du code civil ou de l'article 8 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme et des Libertés Fondamentales. Elles doivent tenir compte du Code de déontologie médicale et de la réglementation en vigueur notamment le décret 2007.

Pour autant, la vulnérabilité de la personne admise en milieu psychiatrique prend toute son acuité. Souvent confuse, refusant parfois les soins, il est bien compliqué de recueillir son consentement pour un fichier informatique. Cette notion peut apparaître comme antinomique face à la pathologie des patients.

De plus, il convient de prendre en compte la mise en place de l'identité vigilance aux seins des services de soins ainsi que le dossier médical partagé qui circule entre les professionnels d'un même établissement ou d'un réseau (hors de l'institution) et bientôt le dossier médical personnel.

Par ailleurs, dans le cadre d'une hospitalisation d'office ou à la demande d'un tiers, les forces de police accompagne le plus souvent le patient vers les établissements spécialisés, de ce fait l'inscription au STIC n'est pas à exclure.

Le projet de loi fait référence aux patients ayant fait l'objet d'une hospitalisation en Unité pour Malades Difficiles, ce qui induit d'une façon implicite qu'un fichier soit déjà en service afin de les identifier, alors même que l'opposition au patient de ses antécédents psychiatriques est et reste prohibé tant par la loi actuelle (article L. 3211-5 du Code de la santé publique), que par ce même article modifié du projet de réforme gouvernemental...

Dans le cadre du 4^{ème} alinéa de l'article 706-53-2 du Code de procédure pénale, une personne frappée d'une décision d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental peut faire l'objet d'une inscription au sein du fichier judiciaire national automatisé des auteurs d'infractions sexuelles ou violentes.

L'ensemble de ces constats souligne la mise en place insidieuse d'un fichage caractérisé des patients bénéficiant de soins psychiatrique, en témoigne la demande du Président de la République en date du 13 novembre 2008 au cours d'une réunion interministérielle, à propos des hospitalisations d'office. L'ultime finalité étant probablement une interconnexion entre les multiples fichiers déjà existants ou en cours afin de d'identifier et de permettre la gradation de la dangerosité de la population ; la méconnaissance de la psychiatrie en générale et des troubles mentaux en particuliers expose tout particulièrement l'ensemble des patients qui bénéficient de soins dans ce domaine.

Comment mieux légaliser ces fichiers traditionnels de police pratiqués au secret tels le « fichier des aliénés » de la Préfecture de police de Paris que certains contentieux d'accès aux dossiers d'internements douteux ou abusifs ont permis de mettre au jour, et dont la presse s'est parfois faite l'écho (voir par exemple un arrêt de la Cour administrative d'Appel de Paris, affaire Pr. Denis Buican, 15/12/2005, n°04PA0363) ?

6. La suppression des sorties d'essai.

Seules des sorties de courte durée, 12 heures maximum, subsistent. Il semble difficile de justifier la suppression des sorties d'essai autrement que par la volonté de ce projet de faire écho au discours sécuritaire qui a suivi de récents incidents.

7. La Commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP) se voit doter d'un secrétariat permanent et lorsqu'elle décide de la levée d'une HDT, le recours du psychiatre est supprimé.

La CDHP est souvent critiquée comme ne constituant pas une garantie contre l'arbitraire, les hospitalisations abusives et les mauvais traitements, alors que c'est sa mission essentielle selon l'article L. 3222-5 du CSP. Au-delà de la déclaration de principe, elle ne dispose d'aucun moyen réel pour accomplir sa mission.

La CDHP dispose du pouvoir juridictionnel en matière de levée d'HDT, très rarement mis en œuvre et elle n'a qu'un pouvoir de recommandation en matière d'HO. Si au cours de ses visites d'établissement psychiatriques, elle constate des atteintes à la dignité des personnes, elle n'a qu'un pouvoir de constat.

La composition actuelle de la CDHP est inadaptée à sa mission. Elle n'a aucune compétence légale pour porter un jugement sur le diagnostic médical pouvant justifier un internement. Sur les 6 membres composant la CDHP, 3 mandats sont réservés aux médecins (2 psychiatres et un généraliste) ; ce qui aboutit dans les faits à ce qu'il soit tenu compte prioritairement de l'aspect médical, au détriment du respect des libertés individuelles et de la dignité du patient. S'ajoute le fait que parmi les psychiatres de la CDHP, ceux-ci sont issus, au moins pour l'un d'eux, des hôpitaux psychiatriques censés être contrôlés par la CDHP. Il y a là, manifestement un conflit d'intérêt et une absence d'indépendance de cette commission.

Une modification de sa composition avec la présence d'un seul psychiatre (uniquement nécessaire pour les demandes de communication du dossier médical) et la présence d'un avocat aurait peut-être permis de constituer un contre-pouvoir. Une autre solution consisterait pour la CDHP d'être présidée par un magistrat, garantissant l'indépendance de cette commission.

Actuellement le secrétariat de la CDHP est assuré en application de l'article R. 3223-7 par les services de la DDASS, devenues ARS DT, il a donc déjà un caractère permanent. L'hypocrisie se révèle surtout dans le fait que ce secrétariat est assuré par les mêmes agents qui gèrent en parallèle les procédures d'internements. Lui allouer un secrétariat permanent révèle, en termes de protection des droits fondamentaux des patients, l'hypocrisie de ce projet. Ce n'est pas la notion de permanence qui prime, mais celle d'indépendance du secrétariat de la CDHP.

7bis - Les sanctions pénales maintenues dans le projet de loi, n'apportent aucune novation. Dans les faits, elles ne sont jamais appliquées. De nombreuses transgressions des règles peuvent être constatées, notamment en matière de délais ou de respect des conditions d'admission.

Les différentes autorités destinataires des documents ou soumis à visites obligatoires des hôpitaux psychiatriques, au travers des registres obligatoires ou des dossiers personnels qui constatent ces irrégularités, notamment les Procureurs, n'engagent aucune poursuite, voire même un simple rappel à la loi.

Les différents acteurs de l'internement bénéficient de fait d'une totale impunité pénale alors même qu'il s'agit de sanctionner de graves atteintes aux libertés individuelles. Pour illustration, alors que des levées d'HDT ordonnées par une CDHP, pourtant d'application immédiate, n'interviennent que plusieurs semaines après, les plaintes déposées ne donnent lieu à aucune poursuite.

8 - L'absence de judiciarisation : L'autisme français

Alors que le principe de judiciarisation est étendu à la plupart des pays européens et bien au-delà, l'actuel projet de loi ne prévoit même pas de contrôle automatique du juge sur la décision d'hospitalisation ou de soins sous contrainte.

Une politique respectueuse des droits fondamentaux et permettant à l'individu d'être mieux protégé contre toute atteinte injustifiée à sa liberté individuelle passerait notamment mais nécessairement par un contrôle a priori du juge judiciaire, statutairement indépendant et garant des libertés individuelles aux termes de l'article 66 de la Constitution. Alors que l'hospitalisation sans consentement touche aux aspects les plus fondamentaux de la liberté individuelle (liberté d'aller et venir, inviolabilité du corps humain et droit à la sûreté), elle constitue une des rares hypothèses (également présente en droit des étrangers lequel connaît en revanche un contrôle automatique a posteriori du juge des libertés et de la détention après un délai de 48h00) où un individu peut-être enfermé sans contrôle d'un juge et sur la seule décision d'un préfet. Un tel contrôle aurait pour effet de dissuader de recourir trop souvent à la contrainte et, par son caractère contradictoire, permettrait à la personne d'être entendue au préalable en présence d'un avocat ou de tout autre conseil.

Précisément car il s'agit de garantir le respect des plus fondamentales des libertés individuelles des personnes atteintes de troubles mentaux, dont les capacités sont par hypothèse amoindries (personnes en état de choc et/ou sous traitement médicamenteux), il convient d'instaurer une autorisation du juge sur toute décision d'hospitalisation ou de soins sans consentement. La seule exception pourrait concerner les cas d'urgence permettant l'hospitalisation pour un temps très limité avec le contrôle automatique du juge dans les 24 heures. Dans ce domaine plus que dans tout autre, l'effectivité du recours au juge fait défaut et nécessite l'intervention a priori de ce dernier.

Au-delà de l'adoption du principe de judiciarisation par la plupart des législations des Etats européens, se sont prononcés en faveur de la judiciarisation notamment l'assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe en 1994 et en 2005 (résolution 1460) ou encore le Commissaire européen aux droits de l'Homme Mr Gil Robles qui dans son rapport de février 2006 n'émettait aucune réserve sur cette question en considérant qu'en matière de privation de liberté, la seule autorité administrative ne pouvait être compétente sauf à prendre une décision provisoire en cas d'urgence.

Le présent projet de loi est fondamentalement ancré sur la politique sécuritaire où la personne atteinte de troubles mentaux est appréhendée sous l'unique aspect de son éventuelle dangerosité. La peur du « fou » est au centre de ce projet. Les progrès et le changement de conception dans l'approche de la maladie mentale engendrés grâce au mouvement désaliéniste ayant pris naissance après-guerre semblent désormais bien loin.

COMITE DE PARRAINAGE :

Laurent Friouret (avocat), Philippe de Labriolle (psychiatre), Michel Landry (psychiatre honoraire des hôpitaux), Christian Trumel (psychologue), Corinne Vaillant (avocate).

Paris, le 31 mai 2010.

POSITION du Groupe Information Asiles (GIA) sur le projet de loi n°2494 du Ministre de la santé et des sports : « Droits et protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et modalités de leur prise en charge. »

(Assemblée Nationale, 5 mai 2010. Documents législatifs.)

Le Groupe Information Asiles (GIA), dont l'objet statutaire est de promouvoir les droits de l'homme en psychiatrie, **de lutter contre la contrainte aux soins et l'utilisation répressive de la psychiatrie**, de conseiller juridiquement et défendre les personnes victimes d'abus psychiatriques, s'oppose radicalement au projet de réforme que la Ministre de la santé a rendu public au début de ce mois, en vue d'une inscription à l'ordre du jour du Parlement à la rentrée 2010.

Ce projet de réforme, de nature hygiéniste, et sécuritaire, va à l'encontre des droits fondamentaux des personnes prises en charge de gré ou de force en psychiatrie. Ce projet sonne la fin de plusieurs décennies d'ouverture des hôpitaux psychiatriques vers le secteur, et de l'affirmation issue de la loi du 27 juin 1990, actuellement en vigueur, que la contrainte en psychiatrie, doit être l'exception et le soin contractuel comme l'hospitalisation libre, la règle.

Ce projet de réforme du Gouvernement constitue dans son ensemble une considérable régression.

Le Groupe Information Asiles (GIA), dénonce en particulier dans ce projet, le fait que l'ensemble des droits prévus par la législation précédente, ou qui avaient été affirmés par la jurisprudence - qui n'a été dégagée et affirmée sur ce terrain qu'à partir des efforts constants de notre association depuis une trentaine d'années - sont empiétés, contournés et réduits. Alors même que l'exposé des motifs fait état de progrès sur ce terrain des droits des psychiatisés, force nous est de constater, après une lecture attentive de ce projet, que celui-ci, tout au contraire, entraînera une considérable réduction des droits concrets des personnes sous contrainte psychiatrique, et qu'il tend également à légaliser un abaissement général des droits fondamentaux des personnes, en vue en l'espèce de faciliter « l'accès aux soins » (comprendre en fait l'accès au camisolage chimique). Ce soin étant vu essentiellement comme étant contraint, est évidemment en opposition avec les droits concrets des personnes.

Dans la logique de la facilitation de « l'accès aux soins » sans barrage ni contre pouvoir, ce projet de loi conserve une conception juridique de mise sous contrainte psychiatrique, entièrement administrative, sans qu'il soit question de façon quelconque **de judiciaire**

ce système et donc de confier à des magistrats le soin de décider des mesures de contrainte en psychiatrie. Les pouvoirs de décision des Préfets, et de l'administration hospitalière et donc des psychiatres, étant renforcés, sans contre pouvoir judiciaire réel, et sans aucun renforcement des droits de recours **immédiats** et **effectifs**.

C'est ainsi également que **le contrôle judiciaire a posteriori, seulement ouvert en cas de saisine**, que constituent, en cours d'exécution de mesures de contrainte, les Juges de la liberté et de la détention, est réduit par ce projet de loi, dans les nombreux cas où un collège de 3 soignants de l'intra hospitalier, devra obligatoirement être associé comme collège expert, en vue d'une quelconque décision de main levée de contrainte. Le pouvoir de décision des Juges de la liberté et de la détention étant réduit d'autant.

Ces cas de figure qui pourront nécessiter jusqu'à 6 avis d'experts concordants (3 avis du collège + celui du psychiatre traitant + celui de deux psychiatres experts désignés par le Préfet ou le Juge si saisine du Juge), et au minimum 4 (le total précédent – les deux psychiatres experts), vont des H.O médico légales, aux H.O dans le cadre desquelles les personnes ont eu de simples antécédents (pouvant être anciens) de transferts en Unités pour Malades Difficiles (UMD), ou d'internements passés de nature médico légales ou judiciaires. Il sera donc, de fait, interdit à ces personnes de faire une quelconque amende honorable ou une quelconque réhabilitation Reste également le cas de personnes mises sous contrainte pour péril imminent sans qu'on ait pu trouver de tiers apte légalement à être tiers demandeur à la contrainte. L'avis collégial sera également requis ...

Ce projet instaure une garde à vue sanitaire de 72 heures préalable à l'instauration d'un internement ou d'une mise sous contrainte aux soins en ambulatoire, dans le cadre de laquelle une contrainte aux soins psychiatriques pourra être exercée. Alors même qu'au contraire, cette mesure préalable d'observation, devrait être indemne de toute possibilité de mise sous contrainte aux soins, sauf quelques situations extrêmes, afin précisément d'ouvrir les possibilités de négociation et de dialogue avec les patients sur leur mise sous contrainte à venir, ou sur la libération à intervenir, si le maintien n'est pas justifiée.

C'est ainsi également que des possibilités de mises sous contrainte aux soins psychiatriques (entendre : sous camisole chimique !), vont être légalisées, qui pourront s'exécuter hors les murs des hôpitaux, en ville, comme à domicile, et pourront s'étaler sur des années entières, voire à vie, selon le gré de soignants et d'administratifs tout puissants. Ces soignants n'auront plus aucune obligation de rechercher par la négociation et donc la discussion, un quelconque consentement aux soins de leurs patients. La solution de facilité sera évidemment pour les personnels soignants des structures psychiatriques de maintenir les gens sous contrainte aux soins au motif qu'ils refusent les soins, ou que leur consentement n'est pas probant et que ces personnes arrêteront leurs traitements dès que la contrainte sera levée ... Les gens pourront donc croupir sous contrainte aux soins psychiatriques des années entières sans plus aucun soin digne de ce nom. Perspective dégradante et régressive contre laquelle nous nous élevons.

Bien pire, des centaines de milliers de personnes dont le corps soignant comme leur environnement estiment actuellement qu'elles ont besoin de soins, y compris sous contrainte, vont être progressivement mis sous dispositif légal de contrainte aux soins. **En quelques années d'exercice de ce nouveau cadre légal, nous passerons évidemment d'une cinquantaine de milliers de personnes actuellement sous contrainte psychiatrique légale, à cent mille, voire deux cents mille personnes sous contrainte aux soins psychiatrique, et éventuellement bien plus !** Un authentique cauchemar se dessine donc à l'avenir, au plan thérapeutique et sur le plan des droits fondamentaux des personnes aux prises avec un pareil système.

Mais c'est aussi de la même manière que **l'accès à l'information des patients psychiatriques contraints sur leur situation juridique et sur leurs droits**, dont leurs possibilités de recours, qui auparavant était d'exercice entier, **va être soumis à un avis médical préalable**, selon que le psychiatre hospitalier et son équipe, estiment que l'état de santé du patient lui permet ou non de recevoir l'information légale, qui devrait pourtant être délivrée de façon obligatoire et systématique. Etant entendu que si le psychiatre juge que son patient est médicalement inapte à recevoir cette information, ce patient ne la recevra pas. Cela alors même que l'information d'un détenu ou d'une personne contrainte aux soins - la contrainte aux soins étant assimilable à une contrainte par corps, et donc astreinte aux mêmes obligations de droit que celles valables pour les détenus- n'est pas une question de nature médicale, mais de nature juridique ... Mais comme il s'agit de faciliter l'accès aux « soins », on met à terre allègrement, toute obligation d'information juridique incluant donc aussi les voies de recours, pour les internés et contraints aux soins ...

C'est également ainsi que les familles voient leur pouvoir d'intervention dans la contrainte psychiatrique réduit, puisqu'en cas de désaccord de la part des familles des personnes contraintes, avec les « soins » et/ou l'enfermement, si le psychiatre hospitalier s'oppose à une demande de main levée de contrainte par tiers formulée par la famille, le psychiatre ne sera plus obligé (comme il l'est actuellement) de demander à la Préfecture une transformation de l'HDT en mesure préfectorale d'office. Son avis négatif à la demande de sortie ou de main levée familiales s'imposera à la famille en désaccord.

Ces perspectives font sans aucun doute par avance, les délices des firmes pharmaceutiques pourvoyeuses des principaux médicaments psychiatriques, et de leurs obligés du corps soignant à qui des prébendes et avantages sont distribués pendant que les patients sont à l'abandon dans les structures hospitalières dans des conditions souvent abjectes et indignes.

Dans de pareilles conditions le Groupe Information Asiles (GIA) dénonce ce projet de réforme gouvernemental dans sa globalité A notre sens, un pareil projet de réforme ne peut que provoquer une hausse dramatique du nombre de personnes tenues sous contrainte psychiatrique, ainsi que celui des personnes abusivement internées et traitées de force en psychiatrie.

Nous réaffirmons par le présent communiqué qu'**une judiciarisation des mesures de contrainte psychiatriques est nécessaire**, tant pour promouvoir les droits fondamentaux des personnes tenues sous contrainte psychiatrique, que pour rationaliser et humaniser les circuits du soin psychiatrique contraint.

Rappel historique des positions du GIA en matière de réforme de la contrainte psychiatrique :

- Le groupe national d'évaluation de la loi du 27 juin 1990, sous la direction de l'inspectrice de l'IGAS, Hélène Ströhl, réuni entre 1996 et 1997, avait été le premier ensemble d'organisations réunies par le Gouvernement afin de concertation sur une réforme de la loi du 27 juin 1990 sur l'hospitalisation psychiatrique. A l'issue de ses travaux, Hélène Ströhl, pour le compte du Gouvernement, avait émis pour la première fois, une proposition de réforme dans le sens d'une légalisation de la contrainte aux soins en ambulatoire en matière psychiatrique. Le GIA qui avait été associé en tant qu'expert à cette commission, avait dès 1997, dénoncé toute légalisation de la contrainte aux soins en ambulatoire en psychiatrie. Notre position actuelle n'a donc rien de neuf. Dans la position du GIA de l'époque, qui figure parmi les annexes du rapport Ströhl, le Groupe Information Asiles avait rappelé sa revendication de principe pour une judiciarisation des mesures d'internement psychiatrique, telle que celles-ci ne puissent

être décidées que par des magistrats, après débat contradictoire, et avec ouverture immédiate de droits de recours. Voir à ce sujet : Le Monde 14 mai 1997, Laurence Folléa, et Acacia Pereira.

- En conséquence de cette participation au groupe d'évaluation de la loi du 27 juin 1990, le Groupe Information Asiles (GIA) avait participé à la rédaction de deux propositions de loi du groupe parlementaire communiste à l'assemblée nationale proposant deux schémas différents de judiciarisation de l'internement psychiatrique. Il s'agit d'une part de la proposition de loi n°366, du 21 octobre 1997, relative à la prise en charge médicale et aux droits des personnes atteintes de troubles mentaux, et d'autre part de la proposition de loi n°3624 de février 2007, sur le même sujet, toutes deux sous la signature du député Georges Hage et du groupe parlementaire communiste.

- Par une proposition de réforme publiée en 1989, de la vieille loi du 30 juin 1838 qui a régi jusqu'au 27 juin 1990 « l'enfermement des aliénés », le Groupe Information Asiles (GIA), avait pris publiquement position, de façon détaillée, **et** pour la judiciarisation des internements psychiatriques, **et** pour la réduction du champ d'application de l'internement psychiatrique aux seuls aliénés dangereux. Voir à ce sujet Les dossiers noirs de l'internement psychiatrique. Philippe Bernardet, Fayard (épuisé). Plus précisément pages les 360 et suivantes de cet ouvrage au chapitre intitulé : proposition de loi du GIA relative à l'internement des aliénés dangereux.

Le juge peut-il être encore le garant des libertés et des pratiques éthiques ?

Il est édifiant de poser une telle question dans une démocratie digne de ce nom. C'est pourtant ce que certains interpellent dans leur refus d'avancer une alternative au « *Projet de loi relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et à leurs modalités de prise en charge* » auquel ils s'opposent. C'est ce que nous évaluerons de manière circonstanciée ici.

En d'autres termes, dans une société à qui on fait miroiter le fantasme du risque zéro, à un pouvoir qui déploie une politique de la peur et multiplie les lois liberticides qui égrènent invariablement « dangerosité », « classes dangereuses », « mesures de sûreté », se bâtit une société de surveillance et une justice d'élimination. Le discours de Grenoble n'en est qu'une confirmation supplémentaire. Voilà ainsi l'énumération des « classes dangereuses » complétées : les Roms et les gens du voyage après les immigrés, les jeunes, les SDF et errants et les « malades mentaux ». Revenons sur cette dernière « catégorie » de « population à risque » ciblée par Nicolas Sarkozy depuis 2005. Ciblons donc à notre tour le Projet de loi déposé à l'Assemblée Nationale le 5 mai dernier et contre lequel « Mais c'est un homme... L'appel contre les soins sécuritaires » engage une large opposition radicale et invite à une solution alternative.

Ce domaine de la loi régissant les soins obligés et les placements involontaires est sensible et pensé en impasse en France au point que la loi du 30 juin 1838 sera simplement « toilettée » en loi du 27 juin 1990. Alors que cette loi prévoyait sa révision 5 ans après sa promulgation, c'est seulement en 2010 qu'elle est à l'ordre du jour dans le contexte de politique de la peur exercé en la matière depuis le discours d'Antony du 2 décembre 2008.

Pourtant, dans la profession psychiatrique, une réponse consensuelle et radicale fut proclamée à l'adresse du monde médical par Henri Ey (référence contemporaine de la psychiatrie classique), Paul Sivadon (fondateur du secteur psychiatrique de la M.G.E.N. et cofondateur de la Fédération mondiale pour la santé mentale) et Lucien Bonnafé (psychiatre désaliéniste, père de la psychiatrie de secteur) : « *Le seul texte législatif s'appliquant pleinement et exclusivement à la maladie mentale et qui ne soit point anachronique serait la traduction dans les formes juridiques actuelles de la proposition : La loi du 30 juin 1838 sur les aliénés est abrogée.* » (1967). Cela ne signe pas pour autant, qu'il ne faut pas une loi et que « *là où il n'y a pas de loi, il n'y a rien d'injuste* » (Thomas Hobbes). Il est question d'insérer l'« aliéné » dans le droit commun certes, dans le droit aux droits de l'homme et du citoyen plus encore. Les pratiques psychiatriques désaliénistes, la culture du *welfare* (celle de l'État providence ou État social), le mouvement pour les droits de l'homme ainsi que celui des usagers ont incontestablement fait grandement évoluer « *cette conduite primitive de la société devant le malade mental, l'internement* » (Lucien Bonnafé, Georges Daumézou, 1953). Or, la législation psychiatrique en France n'a pas elle réellement suivi. Ses racines, son fondement restent les mêmes : l'aliénisme et son expression, la loi du 30 juin 1838. Au point d'ailleurs que nombre de professionnels et d'usagers de la psychiatrie ne sont pas heurtés par le projet d'instauration d'une garde à vue psychiatrique et de « soins sans

consentement » extensifs de l'hôpital au domicile sous gestion administrative du Préfet. Nous sommes là au nœud de la question.

À la place de la relation réelle soignant/soigné, le projet dénoncé installerait un continuum de contrôle, une logique de gestion des risques basée sur la dangerosité (définie comme la mise en relation de facteurs qui rendent plus ou moins probables l'avènement de comportements indésirables), une idée du « malade mental » en tant qu'homme sans qualités, sans discernement, objet compliant de soins à perpétuité. Au détriment des pratiques éthiques qui s'intéressent aux individus et à leur parcours singulier, ce projet, adoubé à la loi « hôpital, patient, santé, territoire », illustre bien la logique gestionnaire prédictive, utilitariste, invasive, neutralisante, par ailleurs reproductrice des inégalités sociales et de la marchandisation. Articulé à l'avalanche de lois guidées par l'idée de sécurité et à la folie du fichage (un fichier national des malades mentaux s'ajouterait aux 45 déjà existants), ce projet conforte à l'évidence l'avènement d'une culture de la surveillance quasi généralisée pouvant conduire à la négation des droits fondamentaux.

Il faut changer le jeu. Oser l'alternative c'est se fonder sur la possibilité de psychiatrie démocratique qui s'honore des décennies de pratiques transformatives d'une minorité agissante. C'est pourquoi il nous faudra une autre tribune pour traiter du comment la psychiatrie se doit d'exercer l'obligation qu'elle a envers la condition de santé de la personne. Pour ce qui concerne notre propos disons déjà que la psychiatrie n'a pas un devoir de défense de la société ou d'ordre public, mais un devoir éthique de soin. L'alternative commence donc par couper le lien entre maladie mentale et dangerosité, par en finir avec l'amalgame loi de police – soin contraint et le paradigme de l'internement, par le retrait au préfet de la gestion de l'internement ; et donc d'avoir en perspective l'abrogation de la loi du 27 juin 1990.

Ces mesures législatives ne règlent pas à elles seules l'ordinaire de la contradiction de la psychiatrie entre contrôle et liberté : la continuité des soins peut se transformer en contrôle social voire, comme le prescrit le projet, à un hygiénisme généralisé, à un « circuit de contrôle », à un grand renfermement d'un type nouveau ; le droit au refus de soin, le droit à l'autodétermination du patient peuvent être mystifiés, en particulier dans le néolibéralisme, en politique de l'abandon et en populisme pénal. Le dispositif légal que nous voulons s'agence autour de la responsabilité du médecin, placé au cœur d'un tel dilemme éthique, et de la garantie des droits de la personne, en premier celui d'être soignée.

Pour rester dans les limites de notre propos, disons qu'un « soin sans consentement » ne peut se concevoir que selon trois termes : l'existence d'un état de nécessité de soin ; le refus de soin du patient ; l'absence de possibilité d'espace de soin adapté. Alors, l'obligation de soin est demandée et proposée par un médecin, validée par un psychiatre, mais elle doit être **autorisée** et **contrôlée** par un juge disposant bien sûr d'un pouvoir d'investigation et d'élargissement. Cela ne fait pas pour autant d'une telle mesure une peine ou une sanction. Nous ne sommes pas dans le droit pénal, et nous ne devons plus être dans le domaine du droit administratif, mais dans le droit civil. D'ailleurs, les dispositions régissant un tel traitement psychiatrique obligatoire doivent être inscrites dans le code civil et non dans une loi spéciale et spécifique.

Pourquoi l'intervention du juge ? Toute mesure limitative ou privative des libertés relève du pouvoir judiciaire. Mais alors que dire de la santé publique, limitative des libertés

individuelles. Mais là il s'agit de contrainte par corps, d'enfermement, d'isolement, de traitement contre la volonté du patient, du pouvoir exorbitant du médecin. Bien sûr, il y a le principe hippocratique : *primum non nocere*. Pour autant, nous avons à faire à des pivots des droits de l'homme : l'inviolabilité du corps humain, dont les racines sont le respect de la vie humaine et de la dignité de la personne ; l'indisponibilité du corps humain fondée sur l'inaliénabilité de la personne. La référence d'appui complémentaire, c'est l'article 2 de la déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789 qui déclare naturels et imprescriptibles les droits à la liberté (c'est-à-dire pouvoir faire tout ce qui ne nuit pas à autrui), à la sûreté et à la résistance à l'oppression.

C'est aussi, inscrire de la temporalité, du recours, du contradictoire (de la confrontation à la négociation), du Tiers. C'est aussi, travailler dans le cadre de la promotion des valeurs de citoyenneté du « fou ».

Ce pourrait être ainsi une plateforme de relance d'un autre type de développement des relations de la psychiatrie au contrôle social et aux libertés individuelles, de remaniement des représentations de la psychiatrie, de tension dynamique entre égale dignité, liberté et responsabilité.

Une note optimiste pour terminer : l'Espagne (et tout particulièrement la Catalogne) vient de repousser pour la seconde fois un projet de loi sur le « traitement sans consentement en ambulatoire » grâce à l'opposition active de psychiatres, de magistrats et d'élus, et la fédération des associations de familles de malades mentaux est désormais opposée à cette solution. Notre objet avec « Mais c'est un homme. l'appel contre les soins sécuritaires » est de battre la politique de la peur et la société de surveillance, et donc de convaincre par le débat public et l'action collective qu'une autre loi que celle du 27 juin 1990, qu'une autre politique de santé que celle mise en œuvre, sont possibles.

Claude Louzoun