

Éditorial Avril 2021

*Cet objectif de résistance et de combat, il est directement nécessaire de le formuler par rapport à la tendance actuelle consensuelle. Je crois que le nerf de la psychothérapie institutionnelle est bien certes cette tendance anti consensuelle, cette absence de peur du conflit pour laisser s'installer et triompher paisiblement l'attitude qui consiste à regarder le conflit en face, et voir ce qu'on peut en faire et arriver par une analyse tous ensemble à distinguer **le compromis inévitable de la compromission condamnable**. Or chaque fois que nous ne faisons pas ce travail, je crois que nous sommes complices de la compromission qui nous est constamment proposée. »
Hélène Chaigneau*

Comment en sommes-nous arrivés là¹ ?

Les tensions qui se manifestent depuis des années en psychiatrie se cristallisent principalement autour de deux thématiques, dont nous approcherons dans cet éditorial que la première : les soins sans consentement, l'isolement et la contention et l'autisme.

Le déjà célèbre article 84 de la loi de financement de la sécurité sociale 2021 relatif à l'isolement et la contention interroge « l'identité » de la psychiatrie (l'identitaire étant tellement à la mode...), mais aussi ce que nos sociétés pensent, veulent, et attendent de la psychiatrie. Le principe d'Assises de la psychiatrie souhaitées par le président de la République pourrait être une opportunité intéressante pour poser ces questions, mais le temps court pour les préparer et l'envahissement de l'espace public, de nos cerveaux et de nos corps par la pandémie, rend improbable la transformation de l'essai, sans compter les lobbies divers qui en chercheront un profit singulier au lieu d'un intérêt collectif et d'en saturer l'expression.

J'ai déjà exposé dans des éditoriaux précédents ou dans les travaux compilés sur la page consacrée aux soins sans consentement du site de la Fédépsychiatrie des analyses de fond sur les isolements et la contention. Aussi, en ce début de printemps, je souhaite surtout interroger l'orientation que la société semble vouloir pour la psychiatrie.

*

**

Comment donc en sommes-nous arrivés là avec l'article 84 qui restera probablement un symptôme de l'étrangeté obsessionnelle à laquelle la psychiatrie est assignée, résumée à un horodatage rigide et totalement déshumanisée. Considérant que les lecteurs de cet éditorial connaissent bien le sujet, ou que ceux qui souhaitent en savoir plus peuvent consulter le site de la Fédépsychiatrie, il est inutile de développer le détail de l'article 84, ne serait-ce que pour éviter de se faire du mal.

¹ Ce titre reprend une question que j'avais déjà posée dans l'article La psychiatrie sous contraintes. L'information psychiatrique 2017 ; 93 (7) : 535-42 doi : 10.1684/ipe.2017.1667

Mais le point d'orgue de la folie sociétale est atteint à la deuxième partie de l'article 84 quand il traite de l'article L.3211-12 du code de la santé publique. Pour en rire malgré tout, j'imagine un Guy Bedos, dans ses sketches où il lisait l'actualité, commenter ce texte d'anthologie administrative stupéfiant : « *Le patient ou, le cas échéant, le demandeur peut demander à être entendu par le juge des libertés et de la détention, auquel cas cette audition est de droit et toute demande peut être présentée oralement.² Néanmoins, si, au vu d'un avis médical³ motivé, des motifs médicaux font obstacle, dans son intérêt, à l'audition du patient, celui-ci est représenté par un avocat choisi, désigné au titre de l'aide juridictionnelle ou commis d'office⁴.*

L'audition du patient ou, le cas échéant, du demandeur⁵ peut être réalisée par tout moyen de télécommunication audiovisuelle⁶ ou, en cas d'impossibilité avérée⁷, par communication téléphonique, à condition qu'il y ait expressément consenti⁸ et que ce moyen permette de s'assurer de son identité et de garantir la qualité de la transmission et la confidentialité des échanges⁹. L'audition du patient ne peut être réalisée grâce à ce procédé que si un avis médical atteste que son état mental n'y fait pas obstacle (...) ¹⁰ ».

Cet article, qui concentre des impossibilités très pratiques, résume l'ensemble de l'article 84 qui à chaque ligne montre que les dispositions imposées rencontrent des oppositions pratiques multiples. Au cours de ses travaux, la sous-commission de psychiatrie médico-légale de la Commission nationale de psychiatrie a pu faire état de l'impossibilité d'appliquer strictement la loi. La rédaction de ce texte montre la discordance entre la théorie et la pratique, met en évidence l'obsession d'enfermer le réel dans un carcan théorique, ce qui n'est pas étonnant quand il s'agit d'isolement et de contention... Avant d'imposer des règles, puisque gouverner c'est prévoir, l'exécutif et le législateur auraient dû s'interroger sur l'existence de moyens permettant de les appliquer. Imaginons que le législateur décide que tous les Français courent le 100 m en 9 s.... Les juristes publicistes ont un « outil juridique » qu'ils appellent la « **théorie des formalités impossibles** ». On suivra attentivement comment ce concept de procédures impossibles pourra être utilisé pour contester la loi.

² Si on entre dans le détail : le patient isolé non contentonné ou isolé et contentonné demande oralement aux soignants qu'il souhaite une audience. Les infirmiers relaient la demande au médecin qui informe la direction de la demande du patient, qui elle-même relaie au JLD (délai, modalités de transmission de la demande ?).

³ Un avis seulement, donc pas de nécessité d'un examen clinique qu'aurait exigé un certificat.

⁴ Deuxième temps : si contre-indication médicale, le médecin relaie la demande à la direction tout en informant d'une contre-indication médicale dans « l'intérêt » du patient. Quels sont les critères permettant d'établir ce qui est l'intérêt d'un patient ? Qui est légitime pour parler de l'intérêt du patient ? Il faut s'attendre à des contestations de fond sur la légitimité soignante (médicale, infirmière, etc.) pour parler de l'intérêt du patient, puisque fondamentalement la psychiatrie est une discipline médicale dont il faut se défier.

⁵ Heureusement pas d'avis médical pour le demandeur...

⁶ Avec une caméra GoPro... et une liaison Wifi, sécurisée évidemment. Là j'imagine Guy Bedos se déchaîner...

⁷ Il faudra justifier l'impossibilité avérée : pas de matériel adéquat donc défaut d'organisation de l'hôpital ; pas de professionnels sachant l'utiliser : défaut de formation, etc.

⁸ Tout en étant en soins sans consentement...

⁹ Il faut s'assurer de l'identité du patient, plus difficile au téléphone qu'en visio (avec la caméra GoPro), car le JLD ne le verrait pas. On peut espérer qu'à notre époque technophile, la qualité de la transmission téléphonique puisse être assurée (on a entendu grâce à Perseverance le vent sur Mars). Comment s'assurer de la confidentialité des échanges ? Comment être certain qu'un patient soupçonné de radicalisation n'est pas sous écoute téléphonique ?

¹⁰ Et de nouveau, l'état mental de la personne doit permettre cette communication téléphonique. Si les établissements de santé, les juridictions et les patients ont réussi à aller jusqu'au bout de cette procédure, c'est qu'ils ont été dotés eux aussi d'un dispositif du type « Perseverance »

La sous-commission de psychiatrie médico-légale de la Commission nationale de psychiatrie s'est donc vu attribuer la mission d'examiner en urgence l'article 84. Mission étrange, car dans quel but ? Quelle est sa marge de manœuvre ? Aucune en fait, car elle n'a pas de compétence pour modifier la loi, orienter l'écriture du décret d'application ou d'une instruction à venir. La loi est tellement précise qu'il n'y a guère de possibilité d'en modifier les directives. Dura lex, sed lex. La sous-commission aura eu le mérite de permettre à ses membres de professions différentes d'exprimer leurs difficultés ou impossibilités à appliquer strictement la loi pour des raisons aussi bien techniques que cliniques et à la DGOS de relever les objections.

Et pourtant, la psychiatrie s'agite, renâcle, râle, se plaint que les dispositions légales sont inapplicables. Là se retrouve le symptôme du malaise de la psychiatrie. Pourquoi n'a-t-elle pas réagi en 2016 au moment de la discussion de la loi de modernisation de notre système de santé puis à la parution des recommandations de bonne pratique (RBP) de la Haute Autorité de santé sur l'isolement et la contention en 2017 ? Évidemment les recommandations de la HAS ne sont que des recommandations, sans obligation de les appliquer strictement. Pourtant ce sont elles qui ont été retranscrites dans la loi (cf. le communiqué de la Fédépsychiatrie interrogeant le fait que la HAS était devenue une assemblée législative de la République française, mais qui n'a entraîné à nouveau aucune réaction de la profession).

Il m'est d'autant plus difficile de constater l'absence de réactions de la profession en 2017 que j'avais consacré toute la trêve des confiseurs de la fin 2016 pour faire les commentaires demandés au Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux (SPH) sur le projet de recommandations relatives à l'isolement et la contention et que la plupart des critiques que l'on constate actuellement y étaient développées. Je m'étais d'ailleurs demandé s'il fallait rendre publiques les observations du SPH. Peut-être que le moment est venu de le faire (les observations n'avaient d'ailleurs eu aucun effet sur la version finale des recommandations). Commentant la bureaucratie déjà dénoncée dans la 2^e moitié du XIX^e siècle et affectant le fonctionnement des asiles d'alors, Jacques Hochmann écrit en 2015 : « *Que dirait aujourd'hui cet avocat déclaré du pouvoir médical devant la montée des empiètements administratifs et l'encadrement de plus en plus inquiétant des pratiques autorisées par la Haute Autorité de santé et les pouvoirs publics qui s'abritent derrière ses recommandations* »¹¹.

*

**

Comment en sommes-nous encore arrivés là avec cet autre étonnement : pour quelles raisons l'article 84 entraîne-t-il une telle agitation ? On pouvait penser que les RBP de la HAS étaient finalement suivies sans problème, que l'isolement et la contention étaient des pratiques marginales, comme les déclarations d'apparence semblaient le proclamer et que le renforcement de leur contrôle ne rencontrerait pas de problème.

Eh bien non, semble-t-il. Le trop grand recours aux isollements et à la contention serait-il un indicateur du délabrement matériel, idéologique et thérapeutique de la psychiatrie ou bien l'obstination déraisonnable de la maladie mentale à s'exprimer **parfois** de manière sévère.

¹¹ Les antipsychiatries. Une histoire. Odile Jacob, 2015, 83-4.

« Parfois » est utilisé ci-dessus de manière précise, car en considérant, sans que les chiffres aient une précision arithmétique indiscutable, que les mesures d'isolement et de contention seraient en augmentation ces dernières années, elles ne concernent qu'une très faible proportion des 2,2 millions de patients suivis chaque année, avec une augmentation régulière des demandes de consultation qui ne risquent pas de diminuer avec les conséquences psychiques de la Covid-19.

S'il est indéniable que la psychiatrie, publique comme privée, a été négligée par les pouvoirs publics ces nombreuses dernières années, sans revendication sociétale majeure pour demander une amélioration de ses conditions d'exercice, il est regrettable que l'article 84 soit l'occasion d'en donner une image particulièrement dégradée, les médias s'intéressant plus aux trains en retard que ceux qui arrivent à l'heure. Il suffit de lire le récent article à charge de Libération (30 mars 2021) pour constater le focus exclusivement négatif porté sur la psychiatrie en annonçant un « *Avis de défaillance généralisée* ». Si tel était le cas, pourquoi la demande de consultation ne se tarit-elle pas ?

On peut craindre également que l'action de certains groupes de pression, très demandeurs de recours à une psychiatrie qui n'en ferait jamais assez tout en la dénonçant sans nuances, risque d'aboutir à l'inverse de ce qu'ils souhaitent. Avec la dénonciation de la contrainte en psychiatrie, des mauvais traitements dont elle est accusée (défaillance généralisée), avatar contemporain de l'antipsychiatrie, il n'est pas impossible de craindre une évolution vers un système de défense sociale, sous-médicalisé où tous les déviants et perturbateurs de l'ordre public, souffrant ou non de maladie mentale, y seraient reclus (en s'associant aussi avec la prison), pour des durées mal définies. Est-il utile de rappeler à quel point la psychiatrie est trop souvent utilisée par les pouvoirs publics pour réguler l'ordre social, y compris pour les radicalisés, surtout islamistes en ce moment, et voulue par une partie de la société quand un fait divers grave est mis sur le compte d'une personne souffrant de troubles mentaux que des psychiatres trop laxistes n'auraient pas contenue.

*

**

Comment enfin en sommes-nous arrivés là avec les législations récentes, les représentations des politiques, l'image qu'elles donnent à la société de la psychiatrie et de la maladie mentale, la place assignée aux patients, les moyens qu'elles donnent ou ne donnent pas aux professionnels de la psychiatrie, etc.

2008 a été une année importante pour l'impulsion donnée à une psychiatrie sécuritaire. Qui ne se souvient pas du discours d'Antony au centre hospitalier Érasme le 2 décembre par le président Sarkozy¹². Il y a été annoncé un « plan de sécurisation des hôpitaux psychiatriques » avec le projet d'une unité fermée dans chaque établissement avec vidéosurveillance, la création de 200 chambres d'isolement et même, *horresco referens* de doter chaque patient en soins sans consentement d'un système de géolocalisation, heureusement non réalisé, mais Hopsyweb en est un avatar plus insidieux, car moins visible. Nicolas Sarkozy annonçait aussi

¹² <https://www.dailymotion.com/video/x7lj27>

la nécessité d'une surveillance hors les murs avec l'équivalent d'une « obligation de soin », c'est le terme que le président emploie annonçant les programmes de soins, mais s'inspirant nettement des systèmes de surveillance judiciaire post-carcérale des personnes délinquantes. Il convient d'ailleurs de rappeler qu'un des moments importants de la surveillance dans la cité des personnes délinquantes remonte à 10 ans auparavant avec la loi du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs instaurant le suivi sociojudiciaire et l'injonction de soin issue de travaux de psychiatres et psychologues psychanalystes¹³.

Et 2008 aura été vraiment une annus horribilis puisqu'il faut aussi faire référence à la loi de rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental qui prévoit après l'exécution d'une peine privative de liberté le placement en centre de rétention de sûreté d'une personne qui présente « *une particulière dangerosité caractérisée par une probabilité très élevée de récidive parce qu'elles souffrent d'un trouble grave de la personnalité* ». La loi s'inscrit ensuite dans la tendance générale du législateur à s'immiscer de manière très précise dans les prescriptions médicales puisqu'elle « **habilit**e » (article 6) le médecin à prescrire au condamné, avec son consentement écrit et renouvelé, au moins une fois par an, un traitement utilisant des médicaments qui entraînent une diminution de la libido. On voit aisément la similitude avec l'article 84, bien que finalement en 2008 c'était encore le bon temps puisque la loi parlait de prescription et non de décision.... Lors du discours d'Antony, Nicolas Sarkozy annonce aussi la loi HPST qui inaugurerait le déclin de l'hôpital public et on ne peut oublier le moment d'anthologie où il évoque le chef unique qui doit diriger l'hôpital et que son propos prend une forme comique quand il s'embrouille sur le pouvoir de dire oui ou non (environ à 22 minutes de la vidéo citée) et dont on ne peut s'empêcher de penser que cette vision de la gouvernance hospitalière n'allait pas de soi et que son annonce dans la confusion ne pouvait que créer de la confusion à venir....

Et 2011 vint. Dans la précipitation de la question prioritaire de constitutionnalité, le gouvernement s'est vu dans l'obligation de mettre en conformité avec le droit européen, mais aussi notre Constitution, l'hospitalisation contrainte des patients en psychiatrie. Quel paradoxe que cette loi ! Son premier article du premier chapitre intitulé « Droits des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques » commence plutôt mal, par une formule négative et se poursuit par une objectivation de la personne et sans qu'elle soit considérée comme un sujet et un acteur de ses soins : « *Une personne ne peut sans son consentement (...) faire l'objet de soins psychiatriques* ». Ne serait-ce que ce premier article justifie une refonte complète de la loi qui serait bien inspirée si elle commençait par exemple par une formule de ce type : « *Les soins psychiatriques relèvent du droit fondamental à la protection de la santé pour toute personne conformément à l'article L1110-1 du code de la santé publique* ».

Éludons ici la réforme de 2013 montrant essentiellement l'incomplétude de la loi de 2011 et corrigeant la distancielles et froide visioconférence pour l'audience auprès du juge des libertés et de la détention passée de 15 jours à 12 jours pour en arriver à 2016. La loi de modernisation de notre système de santé rajoute un article sur l'isolement et la contention dans une loi non spécifique à la psychiatrie. Comme pour 2011, réformée en 2013, l'article de 2016 est de nouveau insatisfaisant et est réformé début 2021, tout en suscitant de nombreux

¹³ Balier C, Ciavaldini A, Girard-Khayat M, Rapport de recherche sur les agresseurs sexuels, Direction générale de la Santé, juin 1997

mécontentements pour des motifs très différents, mais dont on peut s'attendre qu'ils soient à l'origine de plusieurs QPC, sans compter tous les litiges auprès des différents niveaux de juridictions. Ainsi en est-il du principe de répétition que la Fédération française de psychiatrie a déjà relevé dans son communiqué du 29 décembre 2020.

Et passons rapidement sur le plan national de prévention de la radicalisation présenté par le Premier ministre le 23 février 2018 qui aboutira à deux décrets en 2018 et 2019 instituant le Fichier Hopsyweb mettant en relation les personnes hospitalisées sans consentement avec le fichier des signalements pour la prévention de la radicalisation à caractère terroriste (FSPRT) et rendant très lisible l'utilisation de la psychiatrie à des fins sécuritaires. La psychiatrie est dotée de deux gènes, un thérapeutique et un sécuritaire, avec selon les époques un dominant, l'autre récessif. Il est indéniable que le gène sécuritaire est dominant actuellement.

*

**

Comment enfin en sommes-nous arrivés là avec deux décisions récentes du Conseil constitutionnel à un mois d'intervalle qui pour la première valide la loi d'urgence sanitaire limitant la liberté d'aller et venir en arguant à plusieurs reprises de la **protection de la santé**¹⁴ et qui pour la seconde sanctionne la psychiatrie au nom de la liberté d'aller et venir sans citer la protection de la santé¹⁵. On aurait été en droit de penser que la deuxième décision aurait pu s'inspirer des arguments de la première. Que nenni ! Pour quelles raisons la psychiatrie est-elle à ce point déconsidérée qu'il n'est pas concevable qu'elle agisse pour la **protection de la santé** des personnes malades, alors qu'elle doit répondre au premier article du Code de la santé publique qui met tous les soins sous l'égide du principe constitutionnel de la protection de la santé ? Et comme pour les RBP de la HAS, personne ne soulève cette inéquité de traitement que je n'arrêterai pas de rabâcher¹⁶. Qui défend foncièrement la discipline, sans évidemment se garder d'en souligner les manquements ? Une démarche nuancée est-elle si impossible dans ce monde craintif ?

L'article 84, symptôme d'un « sur droit » dont la psychiatrie est tout particulièrement la cible, érige des règles incompatibles avec la clinique la plus ordinaire et les réalités basiques de terrain. Il pourrait toutefois être l'opportunité, grâce à son irréalisme, d'initier une réflexion sur ce que notre société souhaite comme système de soin psychiatrique et les moyens qu'elle veut ou peut y attribuer. Cette élaboration collective exige du temps et une rigueur méthodologique. La référence proustienne au temps a inspiré Jean-Jacques Bonamour du Tartre, ancien président de la Fédération française de psychiatrie, pour le titre de son éditorial de ce mois d'avril 2021 pour la revue de l'Information psychiatrique tout en ayant la subtilité de le relier à un lien perdu¹⁷.

¹⁴ Décision n° 2020-800 DC du 11 mai 2020

¹⁵ Décision n° 2020-844 QPC du 19 juin 2020

¹⁶ Le détail de ces argumentations est exposé dans le mémoire de la Fédépsychiatrie : « De la liberté en psychiatrie et ailleurs ».

¹⁷ Bonamour du Tartre JJ. À la recherche du lien perdu... L'Information psychiatrique 2021 ; 97 (3) : 187-8 doi : 10.1684/ipe.2021.2227.

[https://www.dropbox.com/s/xzipa5oshv11g54/JJBT%20a la recherche du lien perdu.pdf?dl=0](https://www.dropbox.com/s/xzipa5oshv11g54/JJBT%20a%20la%20recherche%20du%20lien%20perdu.pdf?dl=0)

Ce ne sont pas des Assises de la psychiatrie prévues dans la précipitation, non concertées avec la profession, mais dont sauront se saisir des lobbies bien placés auprès du pouvoir ultime, qui permettront d'oser regarder le conflit en face afin d'éviter une compromission condamnable comme le disait Hélène Chaigneau et de retrouver le lien perdu.

Dr Michel DAVID
Psychiatre/pédopsychiatre honoraire des hôpitaux
Président sortant de la Fédépsychiatrie