

Éditorial Février 2022

Vers un Guantanamo psychiatrique français ?

Un nouvel épisode de la chronique de l'isolement et de la contention est en passe de se terminer. Il le sera après la publication d'un décret puis d'une instruction, sans être assuré que d'autres épisodes ne suivront pas, tellement cette question semble insoluble. On ne peut pas dire que l'épisode glissé subrepticement dans la loi sur le passe vaccinal ait particulièrement retenu l'attention des médias et du public. La Fédération française de psychiatrie est souvent sollicitée par les journalistes pour des motifs « anodins », très « santémentalistes » comme la natalophobie, l'écoanxiété ou la solastalgie. On a échappé à l'épiphanophobie, encore appelée royalophobie ou galettrophobie...

Plus sérieusement, le nouveau texte ne résout pas grand-chose. Certes, le juge de la liberté et de la détention (JLD) est saisi systématiquement au bout d'un certain temps d'isolement ou de contention et le renouvellement des mesures suit un séquençage et non plus un horodatage. Il n'en reste pas moins que la gestion de ces mesures, qui sont considérées comme des décisions ayant un statut administratif et non comme des prescriptions médicales bien que les psychiatres en soient les auteurs, est extrêmement lourde que ce soit pour les médecins, les équipes soignantes, administratives et pour les tribunaux, magistrats et greffiers. En ce début d'année, des difficultés surgissent avec des pratiques qui diffèrent du fait d'interprétations variables des textes ou du manque de moyens des hôpitaux ou des tribunaux.

Des situations cliniques dérangeantes apparaissent. Certains JLD imposent l'application stricte de la loi ; d'autres considèrent de ne pas avoir eux-mêmes les moyens de l'appliquer (comme pouvoir agir dans les délais). Des directeurs d'hôpitaux considèrent qu'il incombe aux psychiatres de saisir le juge alors que la loi précise bien que ce sont les directeurs qui doivent le saisir ; les médecins devant eux prévenir les proches. On imagine la disparité des pratiques sur le territoire national sans que l'on en soit surpris, car comment peut-il en être autrement quand la loi « délire », c'est-à-dire ne tient pas compte du réel et notamment de ce qu'impose la maladie mentale.

Citons précisément une situation clinique. Une personne détenue est hospitalisée en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État (SPDRE) en application de l'article D398 du code de procédure pénale après avoir eu des comportements extrêmement violents au moment de son interpellation par les forces de l'ordre, en prison avec ses codétenus et à l'hôpital. Un isolement s'imposait pour prévenir un dommage imminent et dans l'attente que les traitements médicamenteux et relationnels fassent effet. Le diagnostic de schizophrénie était partagé aussi bien par les psychiatres de la prison que par ceux de l'hôpital. En dépit d'une situation clinique encore critique, le JLD lève la mesure d'isolement en étant sensible à l'argumentation habile de l'avocat qui considère que les médecins ne peuvent pas démontrer l'existence persistante d'un danger imminent et d'un risque de dommage sur autrui (il est vrai que le risque sur autrui est limité puisqu'il est isolé...). Le psychiatre hospitalier regrette la mesure alors que le traitement commençait à faire son effet. Quelques jours supplémentaires en isolement auraient permis de résoudre la crise et de poursuivre les soins en levant l'isolement. Ne pouvant assumer le risque d'une agression sur un autre patient ou sur le personnel, une demande de retour en prison est demandée. Morale de l'histoire : pour échapper à une restriction de liberté dans le cadre

thérapeutique d'un hôpital, le patient l'a vue dans le cadre carcéral, hautement plus restrictif de liberté qu'un hôpital. Comprendra qui voudra !

De nombreux hospitaliers considèrent qu'il devient de plus en plus impossible de soigner les pathologies les plus lourdes à l'hôpital. Les départs de psychiatres ou d'autres soignants se multiplient. Outre la nécessité d'avoir du personnel en nombre pour s'occuper de situations lourdes, il faut aussi qu'il ait les compétences relationnelles nécessaires pour apaiser les crises. Mais cette dernière dimension ne semble plus avoir d'intérêt. Les considérations architecturales sont priorisées. Elles sont évidemment importantes, mais elles doivent s'organiser autour d'un projet thérapeutique avec les moyens humains nécessaires pour disposer d'un « outil » efficace pour répondre aux situations les plus préoccupantes. D'autant plus que la psychiatrie réussissant, bon gré mal gré, à développer les soins ambulatoires, la concentration des situations complexes nécessitant une hospitalisation ne fait qu'augmenter. Elle peut même prendre des configurations inquiétantes comme à Toulouse, qui a fait les gros titres parfois indécentes des médias, avec l'hôpital Gérard Marchant qui comptabilise plus de 70 % de personnes hospitalisées en soins sans consentement alors que la moyenne nationale tourne autour de 25 %. Les cliniques privées, nombreuses en Occitanie se dédouaneraient des situations les plus lourdes.

Ce n'est pas avec la réforme des autorisations que la situation pourrait changer puisqu'il est prévu que les hôpitaux demanderont à être autorisés pour assurer les soins sans consentement. Les conditions techniques de fonctionnement pour assurer cette mission ne portent que sur les caractéristiques des locaux (comme les chambres d'isolement par exemple), mais non sur les effectifs en personnels, que ce soit pour assurer la sécurité minimale ou pour envisager un effectif optimal pour assurer un soin de qualité. Pourtant la question des effectifs est très présente dans le débat actuel, notamment pour les EPHAD. Il existe déjà une tendance parmi certains hôpitaux de ne pas solliciter l'autorisation d'assurer les soins sans consentement considérant ne plus avoir les moyens humains pour mener cette mission.

La dégradation de l'outil psychiatrique publique est indéniable. Les volontés de voir les patients aux pathologies lourdes être orientés dans les unités pour malades difficiles (UMD) ou dans des unités dont la qualité laisse à désirer et sans encadrement réglementaire, comme les USIP (unités de soins intensifs psychiatriques) deviennent de plus en plus prégnantes.

Le risque est grand d'une orientation vers un système de défense sociale où l'on ne s'encombrerait pas des subtilités juridiques sur la liberté d'aller et venir ni de la protection de la santé, mais vers des oubliettes bienvenues. Les perturbateurs pourraient y être jetés sans autre forme de procès, voire encore mieux pourquoi pas un Guantanamo psychiatrique français. D'autant plus que la France dispose de territoires éloignés de la métropole où l'on pourrait cacher ceux que l'on ne veut pas voir, renouant avec le bagne ou la relégation. À vouloir trop bien faire, on risque la catastrophe.

Malheureusement, et cela contribue à alimenter la crise, les positions sur ces questions se cristallisent parfois, voire trop souvent, en débats passionnels. Une démarche raisonnée (l'agriculture arrive bien à le faire...) semble irréaliste. Est-on à ce point dans une démocratie où le débat concernant la psychiatrie est impossible et notamment sur les soins sans consentement ? Ne me résignant pas à constat, j'ai proposé dans un article de [l'Information psychiatrique](#) de janvier qu'un observatoire des soins sans consentement (cf. tableau ci-dessous) dont il est pourtant question depuis quelque temps, puisse étudier sérieusement cette question.

- Établir une bibliographie internationale et nationale et la rendre accessible par des synthèses didactiques ;
- Comptabiliser les mesures de SSC, y compris les programmes de soins, d'isolement et de contention en lien avec les autres organismes les comptabilisant (comme l'ATIH) quel que soit le lieu d'hospitalisation (Unités d'hospitalisations classiques, UHSA, UMD, USIP...);
- Comptabiliser et évaluer les autres mesures de contraintes aux soins : obligations et injonctions de soins ;
- Comptabiliser et évaluer les SDRE D398 (personnes détenues) ;
- Comptabiliser et évaluer les soins sans consentement (hospitalisations et programmes de soins) concernant des personnes ayant été irresponsabilisées pénalement et leur répercussion sur l'organisation et la qualité des soins ;
- Recenser les difficultés d'aménagement des SDRE par les préfetures ;
- Comptabiliser les demandes d'expertises relatives aux SSC demandées par les magistrats ou les préfets et en analyser les décisions, leurs répercussions et leurs suivis ;
- Évaluer l'utilisation de fichiers comme Hospyweb et le FSPRT et s'assurant de l'effacement des dossiers dans les délais prévus par la loi ;
- Étudier les logiciels des dossiers des patients informatisés (DPI) et leur ergonomie notamment pour tenir à jour le registre d'isolement et de contention, les difficultés et les succès rencontrés dans leur utilisation, les surcoûts (financiers et humains) supportés par les établissements de santé ;
- Lister les situations de contraintes notamment sur les restrictions à la liberté d'aller et venir dans d'autres contextes médicaux et médico-sociaux que la psychiatrie ;
- Recenser les rapports annuels sur la politique d'isolement et de contention tenus par les établissements de santé (une information que ne connaît pas le ministère de la Santé). L'élaboration de ces rapports est une obligation légale pour les hôpitaux, plus formelle que pratique. Leurs contenus ne sont pas assez exploités alors qu'ils devraient permettre de voir les actions mises en place et l'évolution des pratiques d'isolement et de contention, si possible tendant vers la diminution. Les rapports, comme les registres, servent surtout les mouvements sectaires antipsychiatriques qui en exigent la communication ;
- Recenser les expériences tendant à la diminution des contraintes, mais aussi ne pas occulter leurs éventuels effets indésirables (comme une perte de chance de soins) ;
- Mener et animer une réflexion pluridisciplinaire sur la contrainte en psychiatrie ;
- Assumer une fonction pédagogique pour les différentes composantes de la société ;
- Et sans oublier la **situation des personnes mineures** concernées par plusieurs des situations listées ci-dessus. Ce point est essentiel et pour l'instant quelque peu négligé dans les politiques de santé publique en psychiatrie et qui met usagers et professionnels dans de constantes difficultés quotidiennes ;
- Etc., Etc., Etc....

Missions possibles d'un observatoire des soins sans consentement

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