
Rapport thématique

Soins sans consentement et droits fondamentaux

Dossier de presse

Un français sur cinq souffre de « troubles mentaux », souffrance ayant conduit, en 2016, 342 000 personnes à une hospitalisation à temps complet. Parmi celles-ci, 80 000 ont été prises en charge sans leur consentement. Ce mode d'admission, prévu par la loi depuis le 19^{ème} siècle, s'associe souvent à l'enfermement de ces patients dans l'établissement de santé habilité à les recevoir, établissement qui devient *ipso facto* un lieu de privation de liberté.

Les personnes admises en soins psychiatriques sans leur consentement sont, pour nombre d'entre elles, parmi les plus vulnérables des personnes privées de liberté, les moins capables de défendre leurs droits et leur dignité. Pour une partie d'entre elles, c'est même en raison de leur incapacité que cette mesure leur est appliquée. Leurs familles et leurs amis, souvent plus accablés que vindicatifs, ne sont pas en situation de veiller au respect de leur proche hospitalisé. Le patient est, à la lettre, pris en « charge » et n'est guère exigeant sur le respect de sa personne.

➤ ***L'enfermement en psychiatrie, une priorité du CGLPL***

Le CGLPL s'est toujours montré préoccupé par la question de l'enfermement en psychiatrie et en a fait sa priorité depuis 2014. A l'achèvement du mandat d'Adeline Hazan, actuelle Contrôleure générale, l'institution a visité l'ensemble des établissements spécialisés en santé mentale et une majorité des services psychiatriques des hôpitaux généraux accueillant des patients admis en soins sans consentement. **Ainsi, près de 200 contrôles d'établissements ont été réalisées par le CGLPL en douze ans.**

Ces visites ont conduit au constat que l'hospitalisation à temps plein s'accompagne d'atteintes plus ou moins graves à la dignité et aux droits des patients et singulièrement à leur liberté d'aller et venir. Le nombre important de ces visites, a permis de mesurer l'ampleur des atteintes et leur banalisation, mais aussi d'observer de bonnes pratiques et des initiatives pour échapper à ce mouvement. **Au fil des années, le CGLPL a aussi mesuré avec satisfaction l'évolution de ses interlocuteurs dans ses visites.** Réticents il y a douze ans, ils marquent désormais leur intérêt pour le prisme d'observation du CGLPL, reconnaissant les apports d'un « regard extérieur ».

➤ ***Un état des lieux des atteintes aux droits et 67 recommandations pour les prévenir***

Nourri par ses visites et les saisines qu'il reçoit, le CGLPL est en mesure aujourd'hui de dresser un panorama global des atteintes aux droits fondamentaux susceptibles de toucher les patients admis en psychiatrie et des organisations favorisant ces atteintes : prise en charge aux urgences, conditions matérielles de séjour, impact de l'organisation des soins, connaissance et exercice des droits, etc.

Le CGLPL formule dans ce rapport 67 recommandations pour améliorer la prise en charge des personnes hospitalisées, pour préserver leur dignité et leurs droits fondamentaux.

Avec le présent rapport le CGLPL souhaite apporter son témoignage tant aux professionnels qu'au grand public et participer à la discussion qui occupe la sphère psychiatrique, par son point de vue différent de ceux des professionnels et des gestionnaires de la filière, tout en replaçant ses constats dans leur contexte historique et institutionnel.

La démarche du CGLPL est mue par la certitude, confortée par nombre de ses interlocuteurs, que le respect des droits et de la dignité est une condition de l'efficacité des soins. Le CGLPL est tout autant convaincu que considérer le patient non plus comme un objet de soins, aussi bienveillants soient-ils, mais comme une personne disposant de droits redonnera un sens au travail collectif comme individuel des professionnels alors même que nombre d'entre eux ont témoigné auprès des contrôleurs de leur malaise de l'avoir perdu.

➤ *Le constat d'une forte diversité des pratiques*

Le CGLPL n'a jamais visité deux établissements similaires, les éléments de distinction touchent l'ensemble de leurs conditions de fonctionnement : la situation et l'environnement, la qualité et la disposition des locaux, les modes de gestion, l'organisation des unités, la répartition des patients, le nombre de lits. **Tous ces aspects ont une incidence sur la prise en charge des patients.** Aucun de ces établissements n'est totalement exempt d'atteintes aux droits de ses patients.

Cette diversité permet au CGLPL dans le présent rapport de ne pas se limiter à la description ou à la dénonciation de pratiques attentatoires aux droits mais de tenter de saisir les éléments de fonctionnement, local ou à de plus larges échelles, qui contribuent à ces atteintes. Ces visites ont également permis de mettre en évidence des explications sur l'origine ou les motivations de pratiques exagérément contraignantes.

➤ *Une multiplication des demandes adressées à la psychiatrie, empreintes de préoccupations sécuritaires*

Les champs de compétence et d'intervention de la psychiatrie ont considérablement augmenté depuis quelques décennies, souvent après certains faits divers dramatiques, médiatiquement surexploités.

La prise en charge des psycho traumatismes, la création d'équipes mobiles de psychiatrie et précarité, l'augmentation des mesures de suivi socio-judiciaire avec des obligations de soins pour les délinquants sexuels puis pour les sujets violents, la loi sur les risques psychosociaux et la loi sur le partage des données dans le cadre de la suspicion de radicalisation illustrent cette **psychiatisation des problèmes sociaux**. S'y ajoute la **psychiatisation de toute souffrance psychique, résultant d'événements ordinaires de parcours de vie** (deuils, ruptures) ou induits par la pression de l'injonction sociale à la performance sur tous les aspects de la vie : professionnelle, scolaire, relationnelle, apparence physique, etc.

Une partie de la communauté médicale se montre ambiguë sur ces impératifs sécuritaires. Les professionnels hésitent à ouvrir les portes des unités de soins qui accueillent des patients en soins sans consentement et des patients en soins libres, entravant ainsi gravement leur liberté d'aller et venir, au motif de la sécurité, du risque de « fugue », etc.

Pour les patients admis sur décision du représentant de l'État, les psychiatres font valoir que leur responsabilité serait engagée en cas de problème et parfois citent des affaires, récemment jugées, mettant en cause des psychiatres. Ainsi, même si elle ne reprend pas à son compte les représentations stigmatisantes des malades dont elle a la charge, la communauté médicale est obnubilée par la responsabilité qu'elle pense encourir en cas de passage à l'acte, quel que soit le patient et son mode d'admission. **Le patient devient dangereux d'abord pour le risque juridique potentiel qu'il fait courir au médecin** ou à l'établissement et s'en prémunir peut passer avant le respect des droits du patient.

➤ *La contrainte persiste dans les soins*

La loi, depuis près de deux siècles, permet d'hospitaliser des personnes atteintes de troubles mentaux sans leur consentement. Même si les textes affirment que les soins libres doivent être privilégiés lorsque l'état de santé de la personne le permet, dans la pratique, **la part des soins sous contrainte dans les admissions croît de façon préoccupante**, atteignant le quart des admissions et représentant 40 % d'entre elles dans certains établissements.

De cette contrainte aux soins, les professionnels ont parfois tiré l'autorisation implicite d'une contrainte au corps se traduisant en une contrainte aux comportements : horaires, tabac, visites, etc., dans un souci de normalisation afin d'organiser la vie collective. La limitation, voire l'absence de relations avec l'extérieur, l'agitation de certains patients et la nécessité de maîtriser quelques faits et gestes erratiques ont permis, historiquement, le développement de pratiques empiriques, hors de tout contrôle réel par des instances institutionnelles.

Ces établissements se sont bien sûr ouverts sur l'extérieur mais, dans bien des lieux, les esprits le sont moins et les professionnels sont d'autant moins enclins à l'observation et à l'analyse critique de leurs pratiques et de leurs effets qu'ils n'en ont pas le temps et qu'ils sont dans leur immense majorité mus par la conviction que « c'est pour le bien du patient ». **Le fonctionnement fermé, conjugué aux difficultés matérielles croissantes, entraîne des dérives**, limite les prises de distance, ainsi qu'en témoignent de nombreux soignants : « on ne se voit plus travailler ».

➤ *La crise de l'hôpital public n'épargne pas la psychiatrie*

Les établissements de santé mentale ne sont pas épargnés par la crise de l'hôpital public, qui touche notamment aux moyens humains, à laquelle s'ajoute pour eux, la mutation de la patientèle et de la demande collective : l'évolution de la nature des troubles mentaux, en partie consécutive aux difficultés sociales et à des conditions de vie déstabilisantes, un besoin de sécurité plus ou moins réel mais exacerbé par le discours politique.

Une demande paradoxale est faite à la psychiatrie : celle d'une ouverture par le virage ambulatoire accompagné de la fermeture d'un grand nombre de lits d'hospitalisation et celle d'un enfermement de plus en plus fréquent ou durable des individus perturbants, par souci de sécurité.

Sur le territoire, il existe un besoin incompressible d'hospitalisation. **La diminution rapide des capacités intra hospitalières – passée de 170 000 lits en 1970 à 50 000 lits en 1999 – n'a pas été compensée par une augmentation nécessaire des moyens alloués aux dispositifs extrahospitaliers** ; couplée à la pénurie de médecins psychiatres exerçant en secteur public, elle a conduit à une croissante difficulté pour accueillir des patients en crise, à des retours insuffisamment préparés vers le domicile et à des ré-hospitalisations plus fréquentes.

➤ *Des pratiques plus respectueuses des droits sont possibles*

Le parcours d'une personne souffrant de troubles psychiques est souvent long, alternant des phases d'équilibre et des phases de crise dont la prise en charge sera plus ou moins intense selon les épisodes. Le respect des droits de la personne doit être constant, à tous les moments de la maladie, lors de toutes les phases ; il passe par la recherche de modalités de soins les moins restrictives des libertés possibles et la réduction des périodes d'hospitalisation complète au minimum nécessaire.

En France comme à l'étranger, **des initiatives intéressantes prouvent que le cadre institutionnel n'empêche pas des modes de prise en charge respectueux du patient et de ses objectifs personnels** : même en situation d'hospitalisation complète, celui-ci, plus usager que patient, peut cogérer avec l'équipe soignante le déroulement de sa prise en charge.

Des organisations témoignent que le respect des droits non seulement n'est pas une obligation pesante et subsidiaire mais peut être appréhendé comme un élément du travail thérapeutique. Ainsi en témoignent des établissements spécialisés en psychiatrie dont les unités et les sites sont ouverts, le CGLPL a même pu observer des modèles identiques dans des centres hospitaliser généraux.

Le passage par l'hospitalisation, souvent vécu comme un échec, doit au contraire permettre de renouer ou renforcer une alliance thérapeutique, un lien de confiance indispensable incluant l'équipe et les proches et qui ne peut se tisser dans un cadre contraignant, infantilisant voire dégradant.

De la même façon, le **développement de programmes de soin au sein de prises en charge ambulatoires étoffées et pluridisciplinaires**, articulées avec l'offre sanitaire, sociale et médicosociale, permet de **réduire les périodes d'hospitalisation complète au minimum nécessaire** et, par-là, les restrictions de liberté.

➤ *Déstigmatiser la maladie mentale pour faciliter l'inclusion dans la cité*

Une pensée nouvelle est nécessaire pour des propositions de soins psychiatriques sur le territoire national. Comme il est nécessaire de procéder à une refonte des lois de 2011 et 2013, il est indispensable de repenser le soin avec non seulement une prise en compte des nouveaux champs des neurosciences mais aussi en donnant une **place prioritaire aux moyens humains qui permettent l'accompagnement, l'apaisement et le soin des troubles psychiatriques.** L'empilement de nouvelles dispositions législatives a abouti à une rigidification des pratiques et à un enfermement des soignants dans les logiques paradoxales du soin et de la sécurité.

L'alternative à l'institutionnalisation, plus ou moins rigide et plus ou moins durable, des personnes souffrant de troubles mentaux, suppose de faciliter leur inclusion dans la collectivité, au sein de la cité. Il s'agit alors plus largement, de travailler à la déstigmatisation de la maladie mentale, une condition pour offrir à la personne souffrant de troubles psychiques le respect d'une place qui ne soit pas confinée à la périphérie de la communauté. La déstigmatisation passe notamment par la modification d'un discours général porté sur les troubles mentaux, avec la représentation des personnes qui en sont atteintes qu'il véhicule.

Les troubles mentaux suscitent plus d'effroi que de compassion. L'empathie trouve difficilement à s'exprimer face au délire, à la désorganisation apparente de la pensée, à la déraison. La prise en charge thérapeutique longtemps inefficace, passant par la réclusion dans l'asile, a fait le lit d'une stigmatisation du malade mental qui se trouve aujourd'hui avivée par une normalisation étendue du comportement social. **La stigmatisation, avec ce qu'elle entraîne de rejet et de souffrance supplémentaire pousse tant le malade que ses proches au déni de la maladie, retardant d'autant la prise en charge.**

Il convient de sensibiliser les médias, premiers façonneurs de ces représentations, à la nécessité de les modifier ; **d'informer les travailleurs sociaux** et les enseignants lors de leur formation ; **de diffuser les informations auprès des entreprises** sur l'employabilité des personnes malades. Il s'agit également **de conduire les préfets et les maires à faire prévaloir l'inclusion sociale sur la préoccupation de l'ordre public**, d'impliquer les élus sur les cas individuels, de rendre les villes et les bailleurs moins frileux au vivre ensemble avec les personnes « handicapées », quels que soient leurs antécédents, et d'offrir des outils d'inclusion.

➤ *Une réforme d'ampleur de la psychiatrie est nécessaire*

Les gouvernements successifs, depuis les années 1990, ne semblent pas avoir pris la mesure de l'accroissement des difficultés de la filière psychiatrique, du découragement des professionnels avec ses effets délétères sur l'efficacité des soins. Ils ont largement minimisé les effets de l'intrication des difficultés économiques, du délitement des solidarités et des troubles mentaux.

Dans sa *Feuille de route pour la santé mentale et la psychiatrie*, présentée le 28 juin 2018, **la ministre des solidarités et de la santé a affirmé sa volonté de « garantir des soins coordonnés et soutenus par une offre en psychiatrie accessible, diversifiée et de qualité ».** Elle y précisait les conditions de mise en œuvre des projets territoriaux de santé mentale, afin de structurer une offre de proximité assurant une continuité du suivi tout au long du parcours.

S'il faut saluer la volonté de faire travailler ensemble, sur un même territoire, les différents intervenants et l'affirmation de la nécessaire diversification des prises en charge, **il y manque à l'évidence,**

la volonté politique de limiter l'hospitalisation sous contrainte et de favoriser, soutenir et développer des modes de soins et d'accompagnement alternatifs à l'hospitalisation.

Une réforme d'ampleur du système de santé mentale et de la psychiatrie doit être élaborée qui permette d'offrir à son usager une prise en charge respectueuse de ses droits, de ses spécificités sociales et familiales, ainsi que de ses choix et qui préserve donc, tant dans la formation et la recherche que dans la pratique, la diversité des approches thérapeutiques.