

Les politiques de santé mentale

D'une approche sécuritaire à une dimension sociétale et éthique, la politique suivie en matière de santé mentale gagnerait à définir davantage ses priorités.

L'introuvable politique de santé mentale en France

La politique de santé mentale, en France comme ailleurs, est le fruit d'une longue histoire qui s'est construite dans les dernières décennies sur un mélange d'humanisme et de peurs, d'ambition et de frilosité, de tolérance et de souci de sécurité. En effet, seule la santé mentale, dans le champ de la santé publique, est à ce point au carrefour des enjeux sociaux, éthiques, médicaux et économiques. La sensibilité du sujet est telle que la politique de santé mentale relève aujourd'hui davantage des pratiques de terrain que de l'affirmation d'orientations assumées par le ministère. Néanmoins, il est possible de retrouver les lignes de force historiques qui ont conduit au paysage actuel et structuré les différents plans ou programmes sur ce champ et qui reposent tous sur un équilibre entre trois piliers : l'insertion des personnes souffrant de troubles psychiques, la dimension sécuritaire et les contraintes de la gestion.

Les fondements de la politique de santé mentale en France

L'insertion des personnes souffrant de troubles psychiques et la politique de secteur

Si la politique a pendant longtemps consisté essentiellement à se protéger contre la dangerosité des malades mentaux (loi de 1838 sur les aliénés), la période d'après-guerre a permis une évolution notable et positive en ce qui concerne la dignité des personnes et l'approche

clinique. En ce sens, la circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales marque la fin de l'hospitalisation comme seule réponse à la maladie mentale. Elle pose en principe que « *L'hospitalisation du malade mental ne constitue plus qu'une étape du traitement qui a été commencé et devra être poursuivi dans les organismes de prévention et de postcure* ». L'insertion de la personne souffrant de troubles psychiques dans son milieu de vie est la finalité de sa prise en charge et de son accompagnement. Pour atteindre cet objectif, les soignants doivent eux aussi sortir des murs. Même si cette circulaire traite formellement d'organisation et d'équipement, chacun s'accorde à lui reconnaître la paternité d'une affirmation politique qui va définir avec plus ou moins d'adhésion, plus ou moins de résistance, le cadre de la santé mentale. Cependant, elle lie, dans une logique planificatrice propre à l'époque, l'atteinte de ces objectifs à une organisation et des moyens concentrés sur une aire géo-démographique, le secteur. Ce lien entre une finalité de politique et des moyens définis à une époque donnée va être à la base de tous les non-dits et toutes les difficultés de la politique de santé mentale par la suite.

L'axe sécuritaire

La représentation sociale de la folie, cette « inquiétante étrangeté », à partir d'actes violents mais rares, a

Bernard Basset
Médecin de santé
publique

conduit le législateur et les gouvernants à élaborer des dispositions pour protéger la société de la « dangerosité des malades mentaux ». Selon l'époque, selon l'état de l'opinion publique, selon les prises de position des gouvernants, la dangerosité était rapportée à une plus ou moins grande fraction de la population des malades mentaux et l'équilibre entre insertion dans la cité et enfermement plus ou moins affecté. Ainsi, la loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux marque une évolution humaniste au nom de laquelle même ceux qui ont perdu la raison ont des droits, et deviennent juridiquement des personnes dont il convient de se soucier des conditions d'hospitalisation et de soins. Dans la suite de cette évolution législative, le groupe d'évaluation de la loi de 1990 affirmait ainsi dans son rapport final (Strohl, Clemente, 1997) qu'il fallait redéfinir l'organisation des soins à partir des besoins de la population : « *la logique du soin au malade, considéré comme un usager, doit prévaloir sur la logique de l'institution* ». Les malades doivent bénéficier de soins adaptés et les soins sans consentement sont davantage encadrés dans leurs modalités et leur surveillance (création des commissions départementales de l'hospitalisation psychiatrique). Vingt ans plus tard, la loi du 5 juillet 2011 résultait au départ d'une volonté politique de durcir les conditions d'hospitalisation sans consentement des malades mentaux dangereux. Les procédures ont été renforcées, mais paradoxalement, alors qu'elles dépendaient auparavant presque uniquement de l'autorité administrative chargée de la sécurité (le préfet), le contrôle de ces obligations de soin est confié au juge des libertés et de la détention et représente une plus grande garantie de respect des droits pour le malade.

Les contraintes de la gestion

Alors que les années soixante étaient une période de croissance, permettant de se fixer des objectifs de développement des moyens en équipements et personnels pour soutenir la politique de santé mentale, la détérioration progressive du contexte économique va imposer des contraintes croissantes de gestion du dispositif de santé mentale : pression budgétaire, raréfaction des recrutements, rapports d'activité... Alors que la circulaire de 1960 se contentait de souhaiter « *une amélioration du rendement des établissements* », les orientations budgétaires postérieures s'exprimeront moins crûment, mais plus efficacement. Et d'autant plus efficacement que la politique de santé mentale est peu précise et perçue par les gestionnaires comme floue et donc susceptible de servir de variable d'ajustement.

Les plans de santé mentale

En dehors des textes législatifs sur l'hospitalisation sans consentement, on ne peut que constater une grande irrésolution sur le sujet qui conduit à de multiples rapports qui, malgré leurs orientations parfois

différentes, restent la plupart du temps sans suite au niveau des décideurs politiques. Cette inertie politique résulte certainement pour une part de contraintes de gestion, mais plus certainement de la complexité de la thématique le plus souvent perçue par les ministres comme un risque de prendre des coups alors que les professionnels eux-mêmes sont divisés.

En juillet 2001, le rapport de deux psychiatres, les docteurs Piel et Roelandt, rédigé à la demande du ministre de la Santé, met fortement l'accent sur la déstigmatisation des personnes souffrant de troubles psychiques et recommande, plus de quarante ans après la circulaire de 1960, de « *mener à son terme la politique de sectorisation psychiatrique* ». Il préconise un plan décennal de fermeture des hôpitaux psychiatriques. En ce qui concerne l'organisation des soins hospitaliers, ils proposent une période d'observation de 72 heures avant la décision des modalités d'hospitalisation. Le plan, publié par Bernard Kouchner, alors ministre de la Santé, peu de temps avant une alternance politique, reprend les orientations des deux médecins en y adjoignant des programmes d'action spécifiques concernant le suicide, la dépression, les mineurs, les personnes en situation de précarité... Ce plan, dans la continuité du mouvement qui a vu la reconnaissance des droits des malades mentaux et le souci de leur insertion, est la victime collatérale du changement de gouvernement et n'a de fait jamais été mis en œuvre.

En 2003, le nouveau gouvernement confie une mission à un psychiatre, Philippe Cléry-Melin qui tranche nettement avec les réflexions antérieures. Il s'appuie sur un réexamen des fondements de la psychiatrie, définie clairement comme une discipline médicale. Il place d'emblée le débat sous le signe de la contrainte des moyens et de la nécessité des choix. « *Se pose un problème éthique et sociétal : combien la société est-elle prête à investir dans les soins aux personnes qui souffrent de ces troubles ? Quelles limites le citoyen est-il prêt à accepter dans la prise en charge par le système de soin de son traitement, de son confort ? Mettre un maximum sur les troubles les plus sévères ? Ou bien prendre en charge prioritairement les troubles les plus fréquents et les plus facilement accessibles ?* ». Le rapport questionne les fondements de la pratique autant que l'organisation du dispositif, il renvoie à une logique de priorités et se réfère à des programmes de prévention évalués, notamment des programmes éducatifs pendant la petite enfance. Si ce rapport contribue à alimenter les débats, il ne sera pour autant suivi d'aucune décision politique.

Alors que les ministres, échaudés par la difficulté du sujet, renoncent plus ou moins explicitement à proposer une politique d'ensemble, l'administration du ministère de la Santé élabore en interne un plan sur la base des réflexions antérieures et des différents rapports d'experts. Ce plan, considéré avec circonspection par la hiérarchie ministérielle, sera exhumé en catastrophe en 2005 pour répondre à l'émoi provoqué par le meurtre dans des conditions dramatiques de deux soignantes au

centre hospitalier des Pyrénées de Pau. Ces événements entraînent un débat sur la dégradation des moyens de soins hospitaliers, la vétusté de certains hôpitaux, la pénurie de professionnels dans certaines zones. Le plan de santé mentale 2005-2008 est construit autour de cinq axes :

- *Une prise en charge décloisonnée* : coordination de dispositif spécifique avec la médecine de ville, alternatives à l'hospitalisation, création de structures médico-sociales.

- *Des patients, des familles et des professionnels* : formation initiale et continue des professionnels, en particulier infirmiers ; plan d'investissement hospitalier pour remédier aux conditions d'hébergement parfois indignes, mais qui par là même revient sur la volonté des Docteurs Piel et Roelandt de fermer des hôpitaux.

- *Développer la qualité et la recherche*, notamment la recherche épidémiologique.

- *Mettre en œuvre des programmes spécifiques* : dépression, suicide, personnes sous main de justice, délinquants sexuels, enfants et adolescents, personnes en situation de précarité et personnes âgées.

- *Mettre en œuvre, suivre et évaluer le plan* : les modalités d'évaluation et de suivi sont détaillées.

Ce plan sera mis en œuvre et évalué mais, malgré l'affirmation politique qu'il constitue une réponse d'ensemble, il n'aborde pas des sujets sensibles qui pourtant constituent autant de difficultés :

- l'inégalité de répartition des professionnels, en particulier les psychiatres, sur le territoire alors que la situation est critique dans certaines zones et régions ;

- l'évolution du secteur : si chacun s'accorde sur la grande hétérogénéité entre les secteurs, en ce qui concerne leurs ressources, leur activité, leurs pratiques, le type de population accueillie, toute interrogation sur le concept de politique de secteur est trop sensible pour être exprimée ;

- les pratiques professionnelles et leur évaluation rencontrent une opposition importante comme l'ont démontrées les réactions au rapport de l'Inserm en 2004 sur l'expertise collective sur les psychothérapies ;

- le coût, *a priori* élevé, du remboursement des soins psychothérapeutiques, d'autant que le sujet de ces pratiques divise fortement les professionnels.

Début 2012, afin de tenir compte de la déconcentration de la politique de santé induite par la création des agences régionales de santé (ARS), un nouveau plan pour la période 2011-2015 confirme les orientations générales antérieures et fait l'impasse sur les mêmes sujets. Mais il appartient désormais aux directeurs généraux des ARS de les mettre en œuvre en fonction des spécificités de leur région.

L'évaluation des politiques et des plans

Si la plupart des plans ou programmes spécifiques ont été élaborés de manière à permettre un suivi de réalisation, l'évaluation (la mesure de l'impact sur la santé) de ces politiques est très difficile, car non prévue par les

concepteurs des plans. Néanmoins, le Haut Conseil de la santé publique a coordonné l'évaluation du plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008, concomitamment à une enquête réalisée par la Cour des Comptes (2011), et ses conclusions étaient les suivantes :

- les conditions d'accès au dispositif restent insatisfaisantes et l'association avec les acteurs du secteur médico-social et social doit être améliorée pour permettre une meilleure insertion dans la cité, de même qu'avec les acteurs de première ligne comme les généralistes ;

- une politique de prévention en direction des enfants et adolescents doit être mise en œuvre ;

- il est nécessaire de développer les études et la recherche épidémiologique, médico-économique et l'évaluation des pratiques ;

- la lutte contre la stigmatisation des malades doit être poursuivie de manière rigoureuse.

En guise de conclusion

Alors que la santé mentale est sans cesse réaffirmée, à juste titre, comme une des grandes priorités de santé publique, et que les rapports ou plans se sont multipliés depuis plus de cinquante ans, il est toujours difficile de repérer clairement les objectifs de la politique suivie en la matière dans notre pays. Il est simplement possible d'en analyser les constantes dans les discours et les plans, et en particulier les absences récurrentes en contradiction avec les constats sur le fonctionnement du dispositif de santé mentale. Politique sanitaire spécifique à dimension sociétale et éthique, elle se doit d'affronter les défis d'aujourd'hui dans la clarté avec le seul objectif du bénéfice pour les malades. 📖

La réforme des soins sans consentement en psychiatrie, deux ans après

Delphine Moreau
Sociologue, École
des hautes études
en sciences
sociales, Centre de
recherche «IMM-
LIER – Laboratoire
interdisciplinaire
d'études sur les
réflexivités»

La psychiatrie est la seule spécialité médicale pour laquelle il existe une contrainte légale aux soins. La loi du 5 juillet 2011 relative « *aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge* », est la dernière réforme importante¹ des modalités de cette contrainte après la loi du 27 juin 1990. Si elle réaffirme à la suite de cette dernière que le soin libre, analogue au soin dans tout autre contexte médical, doit rester privilégié et la contrainte l'exception, ses mesures portent essentiellement sur les modalités des soins sans consentement sans être véritablement intégrés dans une politique d'ensemble concernant la psychiatrie et la prise en charge des troubles psychiques graves. Les éléments de réforme, notables, introduits par la loi de 2011 procèdent d'origines hétérogènes, ce qui soulève d'autant plus la question de la manière dont ils seront investis en pratique par les principaux acteurs de sa mise en œuvre.

Présentation de la loi : des origines hétérogènes

L'intitulé de la loi du 5 juillet 2011 l'indique, ce ne sont plus des mesures d'hospitalisation qui sont prises, mais de *soins* sans consentement, ce qui peut se traduire par une hospitalisation ou par un programme de soin, défini après une période d'observation en hospitalisation de 72 heures. Ce programme de soin peut inclure, entre autres, des consultations régulières, la prise de traitements médicamenteux, des soins à domicile et des séjours brefs en hospitalisation. La loi conserve deux modalités principales de soins sans consentement, qui nécessitent toutes deux un système complexe de certificats médicaux au début de la mesure, puis à échéance régulière tout au long de son déroulement : les soins sur décision du représentant de l'État, qui se substituent aux hospitalisations d'office, en cas de « besoins de soins » et de menace pour la « sûreté des personnes » ou de trouble « grave » à l'« ordre public » ; et les soins à la demande d'un tiers ou soins sur décision du directeur de l'établissement qui se substituent aux hospitalisations à la demande d'un tiers, lorsque les troubles psychiques de la personne rendent impossible son consentement et que son état nécessite une surveillance immédiate et constante en milieu hospitalier ou régulière en ambulatoire. À cela s'ajoute une modalité de soins sur décision particulière du directeur de l'établissement, dite en « péril imminent », qui vient se joindre aux procédures en urgence qui existaient

1. Certaines de ses dispositions ont été modifiées par la loi du 27 septembre 2013 (voir ci-dessous), sans que ses principales innovations soient affectées.

précédemment : le directeur de l'établissement admet en urgence la personne en soins sans consentement au vu d'un seul certificat médical et en l'absence de demande de soins signée par un tiers, c'est-à-dire par une personne susceptible de représenter les intérêts de la personne souffrant de troubles.

La loi du 5 juillet 2011 procède d'origines hétérogènes, qui y intègrent des mesures relevant d'orientations distinctes². L'introduction d'un soin sans consentement en ambulatoire ainsi que la mesure de soins « en péril imminent » en l'absence de tiers demandeur sont ainsi issues des nombreuses propositions de réforme de la loi du 27 juin 1990. Ces deux mesures étaient notamment demandées par une association de proches, l'Union nationale des amis et familles de malades psychiques (Unafam), mais également préconisées par différents rapports publics, qui attestent de la difficulté récurrente à trouver des tiers signataires d'une demande d'hospitalisation sans consentement et du détournement de certaines sorties d'essai qui, prolongées sur plusieurs mois voire années, fonctionnaient déjà comme des formes de contrainte au soin extra-hospitalières.

La deuxième origine de cette loi est la volonté de réforme des hospitalisations d'office impulsée depuis 2007 par le pouvoir politique alors en place. Celle-ci a été qualifiée par beaucoup de « sécuritaire » car centrée sur le contrôle des dangers que sont supposées représenter les personnes souffrant de troubles psychiques graves. La loi de 2011 tend de fait à renforcer le pouvoir des préfets et à rendre plus difficile la levée des soins sur décision du représentant de l'État. Elle créait une sorte de « casier psychiatrique » pour les personnes hospitalisées d'office ayant déjà été en unités pour malades difficiles (cette dernière mesure a été supprimée par la loi du 27 septembre 2013 après une nouvelle décision du Conseil constitutionnel) ou après avoir été déclarées pénalement irresponsables (aujourd'hui seulement si la peine encourue pour les faits était de 5 ou 10 ans d'emprisonnement).

Enfin, le contrôle systématique par le juge des libertés et de la détention de toute hospitalisation complète de plus de 15 jours a été imposé par une décision du Conseil constitutionnel du 26 novembre 2010, suite à une question prioritaire de constitutionnalité, considérant qu'il s'agit d'une privation de liberté dont les juges sont constitutionnellement les garants. Ce délai a été réduit à 12 jours (à partir du 1^{er} septembre 2014) par la loi du 27 septembre 2013.

2. Elle fut même malicieusement décrite comme le « télescopage d'une carpe et d'un lapin » [3].

La mise en œuvre de la loi

La mise en œuvre pratique de la loi a soulevé de nombreuses interrogations et critiques, ce d'autant plus qu'elle a été relativement rapide, avec un texte voté début juillet pour une entrée en vigueur le 1^{er} août 2011. Il est vrai que certains éléments pouvaient être anticipés, l'avis du Conseil constitutionnel avait été rendu en décembre 2010 et le projet de loi initial déposé le 5 mai 2010. C'est sur cette mise en œuvre de la loi que se sont concentrées nombre de critiques, relevant la surcharge de travail des tribunaux avant même que leur échoie cette nouvelle mission et le manque chronique de personnels soignants en psychiatrie, qui rendrait difficile le transport des personnes hospitalisées vers les tribunaux. Elles ont souligné le surcroît de complexité et la démultiplication du nombre de certificats nécessaires à chaque étape des mesures de soins sans consentement³, sans que cela semble toujours apporter des garanties supplémentaires pour les droits des patients et leur soin psychiatrique, ce qui était déjà contesté à propos de la loi de 1990 [2]. Ont également été mis en avant la perturbation pour les personnes sous contrainte que représenterait la comparution devant le juge des libertés et de la détention, le déplacement au tribunal ou l'usage de la vidéoconférence (prévu par la loi). Certains services ont systématiquement fait des certificats attestant de l'impossibilité pour le patient d'assister à l'audience, en forme de protestation plus globale contre la loi de 2011.

Localement, différents *statu quo* avaient été trouvés quant à l'organisation des audiences. La loi du 27 septembre 2013 a établi le principe de la tenue de l'audience dans l'établissement de santé, avec l'assistance obligatoire d'un avocat, et supprimé la vidéoconférence.

Une redistribution des pouvoirs et des responsabilités

Cette loi reste le vecteur autant que la manifestation de déplacements majeurs. La loi de 2011 instaure en effet une nouvelle judiciarisation des soins sans consentement dans le cadre d'une redistribution plus générale de la répartition des pouvoirs entre autorité médicale, autorité administrative et autorité judiciaire. La première loi sur les hospitalisations sous contrainte du 30 juillet 1838 consacrait une modalité administrative d'hospitalisations sous contrainte dont les médecins étaient la clef et qui n'a pas été remise en cause par la loi de 1990. La revendication que les hospitalisations sous contrainte, en tant que privation de liberté, soient du ressort du juge et d'un débat contradictoire⁴ a fait l'objet de controverses récurrentes [70]. La décision du Conseil constitutionnel impose le contrôle systématique des hospitalisations complètes mais non pas leur décision initiale par le juge, ce qui en fait une judiciarisation partielle.

3. Procédure légèrement simplifiée par la loi du 27 septembre 2013.

4. Par la Fédération nationale des patients en psychiatrie (Fnapsy) et la Fédération d'aide à la santé mentale Croix-Marine, entre autres, ces dernières années.

de soins sous contrainte en ambulatoire et de séjours hospitaliers plus courts demeurent hors de ce contrôle systématique et ne sont susceptibles que de recours facultatifs. Certains psychiatres mettent en cause la légitimité des magistrats à intervenir dans des questions qu'ils considèrent comme relevant strictement d'un savoir médical. La question se pose de savoir dans quelle mesure ces derniers se contenteront d'un contrôle formel du respect de la loi (nombre de certificats, qualité de l'auteur, mentions nécessaires etc.) ou s'ils s'autoriseront à examiner les justifications de la restriction des libertés apportées par les certificats⁵; des pratiques distinctes peuvent déjà être constatées.

Cette intervention du juge a pour conséquence de faire peser sur les psychiatres une contrainte nouvelle d'explicitation et de justification publique de leurs décisions, quand leur autorité suffisait antérieurement (ce dont témoignaient leurs certificats, souvent formulés en des termes cliniques spécialisés peu explicites sur le contexte ayant conduit à la mesure de soins sans consentement). Certains psychiatres y voient une remise en cause de leur pouvoir de décision [5]. Celui-ci était déjà réduit, avant même la loi de 2011, par des injonctions faites aux préfets de contrôler davantage les levées d'hospitalisations d'office. De manière plus générale, les psychiatres ont vu leur pouvoir rogné sur le plan administratif au bénéfice des directeurs d'établissement par la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » du 21 juillet 2009 et fragilisé par la crainte de voir leur responsabilité exposée lors d'actes commis par leurs patients. La décision du tribunal de Marseille condamnant un psychiatre après le meurtre commis par un de ses patients après sa sortie d'hospitalisation a constitué pour ses pairs un signal inquiétant, qui pourrait les inciter à leur tour à prolonger les hospitalisations pour conjurer tout risque.

Conclusion : le soin sans consentement, l'exception psychiatrique

Si, dans les premiers temps d'application de la loi, la relative proximité avec la loi précédente pouvait conduire à n'observer qu'un faible changement des pratiques [51], il reste à observer dans les années à venir la manière dont seront mises en œuvre des mesures telles que le soin en péril imminent (sans tiers) et surtout les programmes de soin. Il faudra notamment examiner si cette nouvelle possibilité qu'est le soin sous contrainte en ambulatoire permet de limiter la contrainte à ce qui est nécessaire au soin, sans imposer l'enfermement à

5. Voir l'ordonnance de la Cour d'appel de Paris n° 13/00096 du 4 avril 2013 qui donne main levée d'une hospitalisation à temps complet dans le cadre d'une SDRE en établissant que, bien que le besoin de soins soit attesté, les troubles de la personne « ne compromettent plus la sûreté des personnes ni ne portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public », selon les termes de la loi. Il faut noter que ce n'est pas la mesure qui est levée et que la décision de la magistrature ouvre un délai de 24 heures permettant d'établir un programme de soin.

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 64.



ceux qui ne nécessitent pas de surveillance hospitalière constante, ou si elle conduit à étendre à un plus grand nombre de personnes et dans le temps une forme de contrainte plus discrète. Le fait que la loi du 27 septembre 2013 précise qu'il ne peut être mis en œuvre aucune contrainte (physique ?) lors d'un programme de soin (art. L. 3211-2-1.-III) ne supprime pas toute dimension coercitive de la mesure, notamment la menace d'une ré-hospitalisation possible – le contraire rendrait la notion de « soins sans consentement » d'ailleurs bien opaque. La question de l'effectivité des droits des personnes sous contrainte demeure : la possibilité d'avoir

accès au juge, de voir l'avocat qui les représentera le cas échéant et de disposer d'une information claire et facilement mobilisable, notamment quant à leurs recours possibles. La psychiatrie reste la seule spécialité où le soin peut n'être pas soumis au principe du libre consentement du patient – sans compter que celui-ci n'a souvent, de fait, pas le choix de son praticien ou de son service dans le cadre des soins sans consentement. Il ne faudrait pas que la réflexion sur les modalités légales de l'encadrement de la contrainte éclipse la réflexion sur la place que celle-ci conserve dans le soin psychiatrique. 