

Les droits et libertés des usagers de la psychiatrie : réflexions autour des dynamiques juridiques, des pratiques et des perspectives philosophiques

Le droit des usagers de la psychiatrie s'est en France construit lentement. Déjà avec une première pierre que fut la loi du 30 juin 1838, celle-ci ayant lancé le développement des établissements de santé mentale et donc la prise en charge des individus en souffrance psychique. Si cette loi a permis de structurer et d'organiser la santé mentale, elle a aussi institutionnalisé un certain rapport au « fou », dans lequel il était parfois (souvent) moins question d'aider, de soigner, que d'isoler le malade du reste de la société. Cette vision qui a conduit à faire de la psychiatrie un gendarme social travaillant au service d'une certaine idée de la sauvegarde de la cohésion et des normes au détriment de sa mission thérapeutique fut d'ailleurs largement documentée, notamment avec les travaux d'Erving Goffman ou encore de Michel Foucault¹.

Toujours est-il que cette loi de 1838, même si elle a été modifiée à plusieurs reprises, est restée longtemps en place et n'a été remplacée qu'un siècle et demi plus tard avec la loi du 27 juillet 1990. Cette dernière a proposé une refonte juridique prenant mieux en compte le droit des usagers (notamment ceux hospitalisés sans consentement) et fut aussi la première d'une série de lois plus récentes ayant à la fois apporté des nouveautés bienvenues et des éléments contestables au regard des libertés individuelles.

Mais un tel sujet ne peut pas seulement être traité sous l'angle juridique. L'hôpital étant un endroit relativement fermé (selon la « culture d'établissement », le type d'établissement, selon le statut du patient qui s'y trouve), le contrôle du respect des droits et libertés peut s'en retrouver plus compliqué. Des pratiques plus ou moins légales peuvent ainsi s'y développer et se structurer de façon à systématiser des atteintes aux libertés des usagers, dans des proportions là aussi variées mais jamais sans impact. Si certaines décisions médicales sensibles ont récemment été mises sous contrôle du juge², la plupart des actes médicaux relevant de la vie courante dans l'hôpital reste à l'appréciation du corps soignant. L'étude des pratiques représente donc un passage obligatoire pour obtenir une photographie fidèle des droits effectivement accordés aux usagers.

Enfin poser la question des droits et libertés, c'est aussi questionner, plus profondément, la philosophie médicale à l'œuvre. Les règles juridiques et les pratiques hospitalières découlent d'une longue évolution historique, qui a témoigné d'affrontements conceptuels parfois très opposés.

¹ Travaux qui ont par exemple permis de comprendre les mécanismes de désubjectivation et de domination des patients par le corps soignant.

² Je pense notamment à la DC n°2010-71 du Conseil Constitutionnel, qui a invité le législateur à faire jouer un rôle au juge des libertés en matière d'hospitalisation sans consentement.

L'antipsychiatrie ou encore la psychiatrie institutionnelle ont par exemple tenté d'infléchir la vision traditionnelle longtemps perçue comme deshumanisante. Certaines idées de ces courants ont inspiré de nouveaux droits ou de nouvelles pratiques, sans pour autant transformer radicalement le mouvement psychiatrique dominant. On peut donc se demander si, finalement, tout a été fait en matière de philosophie médicale et si, à partir de celle à l'œuvre dans nos hôpitaux aujourd'hui, les droits fondamentaux et les libertés individuelles des usagers sont suffisamment protégés et préservés.

Dans cette optique, il est donc important tout d'abord de s'attarder sur l'étude des évolutions récentes du droit et des pratiques (I), pour le moins contrastées. Nous verrons ensuite comment il est possible de repenser la philosophie médicale pour renforcer ces mêmes droits et libertés (II).

I/L'évolution récente du droit et des pratiques : un bilan globalement insatisfaisant

Depuis les années 1990, plusieurs textes se sont succédé : certains ont contribué à poursuivre l'ouverture de l'hôpital psychiatrique, à renforcer les droits des usagers, tandis que d'autres (les plus récents par ailleurs) ont plutôt été pensé dans un esprit sécuritaire. Parallèlement, les pratiques en milieu hospitalier ne font pas vraiment bonne figure : un rapport du CGLPL³ de 2016 a consacré une longue partie sur ce qu'on pourrait qualifier de dérives préoccupantes.

A/D'une amélioration des conditions vers un « retour de la contrainte et de la stigmatisation »⁴

Les améliorations au profit des usagers

Comme évoqué en introduction, la loi du 27 juillet 1990 a d'une certaine façon lancé un chantier juridique afin de moderniser les dispositifs propres aux institutions de santé mentale. Elle a elle-même fait l'introduction de nouveautés bienvenues : parmi elles on trouve l'officialisation de la sortie d'essai (qui permet de favoriser les soins ambulatoires, la réadaptation), ou encore la création des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques (CDHP)⁵, « chargées d'examiner la situation des personnes hospitalisées au regard des libertés individuelles et de la dignité des personnes »⁶.

³ Contrôleur général des lieux de privation de libertés

⁴ La formulation de ce titre est empruntée à Bernard Durand et à son article « Soins psychiatriques : le retour de la contrainte et de la stigmatisation », Les Tribunes de la santé 2011/3 (n° 32), p. 43-54.

⁵ Renommées commissions départementales des soins psychiatriques depuis 2011

⁶ Ibid, p46

Ces deux éléments ont contribué à la fois à protéger les droits des patients (il est par exemple possible de faire un recours directement devant la commission en cas de non respect des droits), et à poser les bases d'une nouvelle réflexion sur la conciliation entre obligation de soin, liberté des patients et nécessité de dépasser le modèle hospitalocentriste (la consécration et les discussions autour du régime juridique et du rôle de la sortie d'essai ont ainsi joué ce rôle).

Quelques années plus tard, les lois du 4 mars 2002 et du 11 février 2005 ont poursuivi cette entreprise. En matière de santé mentale, la première a regroupé dans le code de la santé publique plusieurs principes dégagés précédemment tout en s'attelant à rendre plus transparente, constructive et équilibrée la relation entre le médecin et son patient⁷. Le droit au respect de la dignité et au respect de la vie privée ont par exemple été énumérés.

La seconde loi, quant à elle, a notamment marqué par l'apport des groupes d'entraide mutuelle (GEM). Sortes d'associations gérées par et pour les personnes souffrant de troubles psychiques, elles ont pour objectif de socialiser des individus parfois isolés par leur maladie, de mener à bien des projets collectifs ou simplement comme son nom l'indique de proposer de l'entraide.

Saluée par l'UNAFAM et la FNAPSY, cette mesure a grandement facilité la réunion et l'échange entre des personnes jusque là exclues (a fortiori quand ces groupes peuvent bénéficier de subventions et d'aides publiques pour pérenniser leur fonctionnement). Mais elle a aussi permis de constituer une structure extrahospitalière susceptible d'éviter, justement, les réintégrations des patients. La présidente de la FNAPSY, Claude Finklestein, affirme d'ailleurs que les GEM sont pour elle « le chaînon manquant entre le dedans et le dehors, un sas de sécurité dans lequel on peut se réfugier »⁸.

Le législateur français a donc su apporter en une quinzaine d'années plusieurs éléments importants, mais il n'a pas été seul à étendre ou renforcer les droits des usagers de la psychiatrie.

D'un point de vue du droit international, la convention relative aux droits des personnes handicapées a par exemple constitué une avancée notable. Adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies le 13 décembre 2006 et entrée en vigueur le 3 mai 2008, elle a entendu promouvoir et protéger la dignité, les droits et les libertés fondamentales des handicapés, incluant les personnes souffrant de troubles psychiques. Cela passe par exemple à travers l'interdiction de l'hospitalisation et du traitement forcé en raison du handicap⁹. Le guide de formation n°19 rattaché à la Convention précise à ce titre que :

⁷ Carol Jonas, Jean-Louis Senon, *Responsabilité médicale et droits du patient en psychiatrie*, 2004

⁸ <http://www.lien-social.com/Les-Gem-quand-les-malades-psychiques-s-organisent>

⁹ Article 14-1-b de la convention

« En vertu de l'approche fondée sur les droits de l'homme, les personnes handicapées ont droit à la liberté au même titre que n'importe qui, et le handicap ne peut justifier la privation de liberté. [...] Nul ne doit être placé dans une institution contre son gré – sauf si les mêmes motifs entraîneraient le placement des membres de la collectivité qui ne sont pas handicapés »¹⁰.

Une telle disposition couvre ainsi en théorie les handicapés et personnes considérées comme malades mentales du risque d'enfermement injustifié, et force tous les pays qui ont ratifié la convention à faire un usage proportionné et motivé de l'hospitalisation (ou d'autres formes de mesures instaurant de fait des contraintes de liberté sur les individus). Cela est d'autant plus vrai que cette même convention est pourvue depuis le départ d'un mécanisme d'examen des plaintes, lui donnant ainsi une portée normative appréciée.

Enfin, le juge européen a aussi fourni certaines garanties ces dernières années à travers sa jurisprudence. Comme le note le CRPA (cercle de réflexion et de proposition d'actions sur la psychiatrie), la cour de Strasbourg s'est par exemple clairement alignée sur l'article 14-1-b de la convention des nations unies que l'on vient d'évoquer, à l'occasion d'un arrêt Pleso contre Hongrie du 2 octobre 2012. Elle a ainsi rappelé que la détention régulière d'un « aliéné » ne peut s'exercer que si est démontrée l'existence de troubles mentaux réels qui, par leur ampleur, nécessitent une mesure d'internement. L'hospitalisation sans consentement est donc bien considérée comme une mesure d'exception, qui ne doit pas être mise en œuvre sur simple constatation ou présomption de trouble mental, et qui doit, par ailleurs, impliquer « de réels bénéfices pour la santé sans faire peser sur l'intéressé une charge disproportionnée »¹¹.

Un autre arrêt intéressant est celui du 19 février 2015 dit M.S contre Croatie. Ici la cour européenne a condamné la Croatie au regard de pratiques d'isolements et de contentions injustifiées et qui n'offraient pas aux patients des garanties procédurales suffisantes pour contester de telles mesures. Pour Raphaël Mayet, avocat spécialisé dans la défense des personnes hospitalisées sous contrainte, cet arrêt met en relief les propres manquements de la France à ce sujet, celle-ci n'offrant « aucune garantie procédurale aux patients qui sont placés sous mesures de mise à l'isolement avec contention »¹². Il suffirait ainsi qu'un recours d'un usager ayant subi une telle contrainte se fraye un chemin jusqu'à la CEDH pour que ces manquements soient étudiés et appréciés par cette dernière.

¹⁰ Guide de formation n°19 de la convention relative aux droits des personnes handicapées, p13

¹¹ <http://psychiatrie.crupa.asso.fr/321>

¹² <http://psychiatrie.crupa.asso.fr/512>

Bref, depuis les années 1990 c'est tout un panel d'améliorations qui a vu le jour, tant sur le plan national qu'international, qu'il s'agisse de l'action du législateur, des Nations-Unies, ou encore du juge européen.

Cependant, ces avancées masquent mal un retour à une vision sécuritaire des institutions de santé mentale. De 2006 à 2011, cette vision a notamment trouvé une traduction concrète dans le discours politique ainsi que dans le droit français. Aujourd'hui il paraît encore difficile de revenir sur les dispositions qui ont été prises et sur les amalgames malheureux qui ont été employés.

Le retour de la contrainte

Ce virage sécuritaire, dont on doit une bonne partie de l'impulsion à Nicolas Sarkozy (en tant que ministre de l'intérieur puis en tant que président de la république), s'est d'une part traduit par la volonté de renforcer les conditions d'enfermement des patients, et d'autre part instauré et légitimé par l'exploitation politique de faits divers comme l'explique Bernard Durand dans son article « Soins psychiatriques : le retour de la contrainte et de la stigmatisation ».

Il faut d'abord remonter le déclic politique à décembre 2004, où un malade tue deux soignants à l'hôpital de Pau : considéré comme pénalement irresponsable, celui-ci se verra pourtant imposer un procès inutile suite à une modification de la loi¹³. Peu de temps après, en 2006, le ministre de l'intérieur Nicolas Sarkozy propose alors un projet de loi de prévention de la délinquance, qui prend en compte la réforme de 1990, faisant ainsi sciemment l'amalgame entre souffrance psychique et délinquance. Diverses mesures étaient présentes dans le texte afin de renforcer globalement les contrôles à l'égard des patients : celles-ci n'ont cependant pas abouti dans le texte final mais n'auront pas manqué d'alarmer les familles d'usagers ainsi que les services hospitaliers¹⁴.

Deux autres étapes jalonnent ce virage sécuritaire selon Bernard Durand. D'abord, le discours d'Antony et ce qui s'en est suivi. S'appuyant sur un autre fait divers impliquant un patient d'un hôpital psychiatrique, le président de l'époque, dans un discours prononcé le 2 décembre 2008, accuse les institutions psychiatriques de laxisme, pointe du doigt des prétendues lacunes d'organisation, et annonce un plan de sécurisation. Il est donc désormais question de favoriser la géolocalisation des patients, de créer de nouvelles chambres d'isolement, ou encore de créer un fichier national pour les personnes sous le statut de l'hospitalisation d'office¹⁵. L'Etat met alors en marche le processus en demandant aux hôpitaux d'élaborer rapidement un plan de

¹³ Bernard Durand, « Soins psychiatriques : le retour de la contrainte et de la stigmatisation », Les Tribunes de la santé 2011/3 (n° 32), p48

¹⁴ Ibid, p49

¹⁵ Ibid, p50

sécurisation des établissements. Bernard Durand résume : « on est ainsi en train d'organiser un véritable retour en arrière, en rupture avec les décennies précédentes où l'on avait cherché à abattre les murs d'enceinte pour ouvrir l'hôpital vers la ville ». Il rajoute : « cette généralisation de l'image du schizophrène comme prototype du fou dangereux est inacceptable lorsque l'on sait qu'ils [...] sont les premières victimes de la violence de notre société, abandonnés pour beaucoup scandaleusement dans la rue ou en prison¹⁶ ».

Enfin c'est avec la loi du 5 juillet 2011 que ce virage sécuritaire a trouvé une autre traduction. En effet celle-ci a été débattue dans un climat de méfiance entre les acteurs (politiques, professionnels, usagers). Déjà parce que le gouvernement, en 2010, avait rédigé une circulaire qui entendait empêcher certaines sorties d'essai sur simple décision du préfet (et au-delà des motivations médicales). Ensuite parce que le projet de loi était écrit et conçu en des termes controversés, ce qui a rendu tout consensus impossible ou difficile à obtenir¹⁷.

Pourtant, des éléments intéressants ont pu être amenés grâce à cette loi. Le CRPA ou encore le Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux ont, en fait, souligné cette ambivalence. D'une part, le texte a prévu un renforcement du droit des patients grâce à la mise en place d'une intervention systématique du juge des libertés et de la détention en matière d'hospitalisation sans consentement¹⁸. Cela a eu pour conséquence un meilleur contrôle de la situation des patients et donc l'apport d'une garantie supplémentaire quant au respect de leurs droits. D'autre part, le texte a aussi augmenté le nombre de contraintes pesant sur le patient ainsi que sur les équipes soignantes. A ce titre, le CRPA parlait d'un « patchwork entre deux logiques distinctes voire antagonistes », entre « répression psychiatrique accentuée, et une affirmation des droits fondamentaux des personnes psychiatisées sous contrainte »¹⁹.

Alors aujourd'hui que reste t-il de ce virage sécuritaire ? Peut-être encore une frilosité dans les discours et la peur d'engager des réformes majeures allant dans le sens des usagers. On peut bien entendu évoquer la loi du 27 septembre 2013, qui est revenue en partie sur certaines dispositions initiées en 2011, ou encore la loi du 26 janvier 2016 ayant traité de l'isolement et de la contention. Mais là encore, certaines dispositions qui figurent dans ces textes ont été soit la résultante d'une intervention du juge constitutionnel, soit le produit de recommandations d'organisations spécialisées dans le contrôle du respect des

¹⁶ Ibid, p51

¹⁷ Ibid, p52

¹⁸ Mesure prise sous l'impulsion d'une décision du Conseil Constitutionnel (évoquée en introduction de cet article). Le crédit de la disposition revient donc en partie au juge et au requérant ayant formulé la QPC à l'origine de la décision.

¹⁹ <http://psychiatrie.crupa.asso.fr/267>

droits et des libertés tel que le CGLPL. Ces transformations réalisées à la marge, témoignent aussi sûrement d'un désintérêt pour le sujet, alors même que les conditions de vie des usagers au sein des établissements de santé mentale sont, à certains égards, alarmantes. Le corpus législatif en la matière apparaît donc encore insatisfaisant, non seulement car il traduit un certain manque d'ambition pour construire une protection efficace et entière des droits fondamentaux, mais aussi car il peine à accompagner l'évolution des outils, des structures, des pratiques et des techniques en matière de soin mental.

Cependant comme vu en introduction, cette partie juridique ne peut, à elle seule, constituer une vue d'ensemble de l'état des droits et libertés des usagers. J'évoquais quelques lignes plus haut le rôle du CGLPL, dont les différents comptes-rendus permettent de faire un point régulier sur les pratiques en hôpital psychiatrique. Ici, le constat est assez préoccupant et c'est notamment dans son rapport d'activité de 2016 que le contrôleur a alerté les pouvoirs publics.

B/Des pratiques difficilement conciliables avec le droit des usagers

Le contrôleur général des lieux de privation de liberté a relevé, au cours de ses multiples visites au sein des établissements de santé mentale, des atteintes particulièrement inquiétantes aux droits et libertés des usagers. On peut découper les conclusions fournies dans son dernier rapport en deux parties : une première sur l'isolement et la contention, mesures qui se sont systématisées au sein des établissements, et une seconde sur les autres formes de limitation des libertés qui persistent.

L'utilisation abusive de la contention et de l'isolement : une problématique systémique

C'est un des éléments les plus importants du rapport et peut-être celui qui pose le plus problème : la contention et l'isolement sont des mesures banalisées dans les établissements de santé mentale. Le contrôleur affirme d'ailleurs que pour les professionnels du milieu, ces pratiques sont perçues comme des outils « indispensables », qui font l'objet d'une utilisation de grande ampleur²⁰. Elles sont de surcroît souvent mises en œuvre dans des conditions dégradantes ou frôlant l'illégalité.

Pour illustrer cela, le contrôleur a rapporté plusieurs cas de figure récurrents auxquels il a été confronté. Il a par exemple souligné les conditions dégradées d'hébergement des patients placés en isolement : certaines chambres ne sont pas suffisamment sécurisées, celles-ci pouvant comporter des robinetteries

²⁰ Rapport d'activité 2016 du contrôleur général des lieux de privation de liberté, p53

saillante dangereuses, ou n'étant pas pourvues d'un système d'appel opérationnel²¹.

En outre, certains établissements pratiquent l'isolement non pas dans un lieu dédié mais directement dans la chambre du patient concerné. Ce dernier peut être alors enfermé, sans toilette, et parfois sans équipe médicale à proximité. Un des établissements visité plaçait lui ses patients en chambre d'isolement, nus²².

Le contrôleur a aussi souligné l'existence de procédures illégales : certaines mesures de contention et d'isolement sont par exemples prises par le personnel soignant en l'absence de médecin, ou sur ordonnance préalablement rédigée, pour plus de flexibilité. Cette pratique ignore en fait la double nécessité de la présence d'un médecin pour prendre la décision et de l'examen médical préalable.

On peut aussi évoquer l'utilisation prolongée de mesures d'isolement pour les patients détenus, qui sont utilisées comme de simples mesures de sécurité, sans considération pour l'état clinique de la personne concernée.

Tous ces exemples posent deux questions : celle du respect des droits humains et celle de la finalité thérapeutique. Dans le premier cas, le CGLPL constate : « quels que soient les cas de recours à l'isolement et à la contention et les modalités de leur exécution, des atteintes graves aux droits sont portées²³ ». En effet, couper l'accès aux toilettes contrevient à la dignité humaine ; isoler un patient sans motif médical revient à le priver de sa liberté d'aller et venir.

Dans le second cas, on peut déduire logiquement que, lorsque les mesures d'isolement et de contention sont décidées ou renouvelées sans examen médical, il s'agit plutôt de servir la tranquillité du service hospitalier que d'aider les patients à guérir (ou à passer un état de crise dangereux pour eux et autrui).

Afin de lutter contre ce problème, la loi du 26 janvier 2016 a tenté de limiter l'utilisation de la contention et de l'isolement. Cette tentative prend forme avec l'article L3222-5-1 du code de la santé publique, qui est composé de trois volets. Le premier pose le principe : « l'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours. Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui [...]. ».

Le second rend obligatoire la tenue d'un registre : « Pour chaque mesure d'isolement ou de contention, ce registre mentionne le nom du psychiatre ayant décidé cette mesure, sa date et son heure, sa durée et le nom des professionnels de santé l'ayant surveillée ».

²¹ Ibid, p28

²² Ibid

²³ Ibid, p53

Enfin le troisième entend obliger les établissements à fournir un rapport annuel pour rendre compte de leurs pratiques et de la politique déployée pour limiter le recours à l'isolement et à la contention.

Cette loi a également été récemment épaulée par une instruction du 29 mars 2017 qui a mis un certain temps à aboutir. Celle-ci est par exemple venue expliciter la procédure médicale à suivre en cas d'isolement ou de contention, le contenu du registre à tenir ou encore l'espace d'isolement adéquat.

Alors quelle efficacité pour ces nouvelles règles ? Il est pour le moment difficile de le dire car trop peu de temps s'est écoulé depuis la publication de l'instruction. Néanmoins, on peut douter d'une transformation radicale des pratiques. Plusieurs indices poussent à cette méfiance. Premièrement, les établissements ne se sont pas hâtés pour mettre en place un registre en 2016. Le CGLPL rapporte que durant cette année, beaucoup d'entre eux n'en avaient tout simplement pas²⁴ : on peut peut-être voir là une certaine réticence face à une contrainte administrative supplémentaire.

En outre, le registre à tenir ne fait pas vraiment l'objet de contrôle. Si les résultats doivent être transmis (notamment à travers le rapport annuel) à l'agence régionale de la santé, on ne voit pas ce qui empêcherait les établissements les plus récalcitrants de ne pas consigner toutes les mesures d'isolement et de contention.

Enfin, et cela est peut-être la vue la plus évidente mais explicative, les établissements sont, on l'a vu, systématiquement attachés à de telles pratiques. Comme l'a affirmé le CGLPL, la contention et l'isolement sont considérés comme des outils indispensables. Bien entendu, tous n'en sont pas dépendants au même degré : quelques établissements laissent une grande liberté de mouvement aux patients, qu'ils soient hospitalisés avec ou sans consentement. Mais le constat est que la plupart d'entre eux font une utilisation abusive de ces pratiques, structurant leur fonctionnement mais également l'approche thérapeutique du corps soignant. Celles-ci sont essentialisées dans une « culture d'établissement », notion que le contrôleur utilise pour expliquer les disparités qui ne trouvent aucun fondement rationnel. Ainsi même s'il faut plutôt se réjouir de l'évolution du droit sur ce point, il est difficile de croire qu'une telle « culture » puisse disparaître facilement et rapidement au profit d'une autre. Cela d'autant qu'il existe d'autres types d'atteintes aux droits et libertés des patients.

Contrôle et surveillance : les autres atteintes aux libertés des patients

Le CGLPL a pu observer que la restriction des libertés ne passe pas nécessairement par des mesures d'isolement et de contention.

²⁴ Ibid, p27

C'est le cas par exemple de la liberté d'aller et venir. En principe, un patient ne peut en être privé, sauf si son état de santé l'impose : la décision doit donc s'opérer à l'échelle individuelle et sur motif médical. Or, le contrôleur a noté des entorses à ce principe dans certains établissements, qui ont plus ou moins généralisé la restriction en maintenant des unités fermées. Les patients autorisés à sortir doivent donc demander la permission au personnel²⁵.

D'autres atteintes ont été observées, sur tout un panel de libertés élémentaires. C'est le cas concernant la liberté de correspondance, celle de posséder un téléphone, d'utiliser internet, de fumer ou encore d'avoir des relations sexuelles. Là encore, ces pratiques sont le résultat d'une culture d'établissement, qui peut varier d'un hôpital à un autre, voire d'un service à un autre et qui, selon le contrôleur, entament la garantie d'égal accès au soin.

En l'absence de réflexion profonde autour de la question de la sauvegarde des libertés individuelles des patients, c'est en fait « l'arbitraire médical » qui joue un rôle prépondérant comme le souligne le rapport, pour des conséquences parfois dramatiques.

Le contrôleur a ainsi pointé du doigt le fonctionnement du centre psychothérapeutique de l'Ain de Bourg-en-Bresse en 2016. Ce dernier surveillait constamment les patients (même ceux en hospitalisation libre), opérait des restrictions sur l'accès aux effets personnels, infligeait des contentions pouvant s'étendre jusqu'à 23 heures par jour, ou encore imposait le port du pyjama toute la journée avec des restrictions lourdes pour les patients placés dans une unité nommée « malades agités et perturbateurs »²⁶. Depuis, l'établissement a été enjoint à rectifier au plus vite ses pratiques, notamment par le ministère de la santé.

Mais ces injonctions précipitées, effectuées à la marge et exigeant un retour à des pratiques plus conventionnelles, ne résolvent pas vraiment le problème qui est l'absence de réflexion. Afin d'assurer le plus efficacement le respect des droits des patients au quotidien, il est en effet essentiel de réactualiser les pensées et de procéder à un inventaire des techniques médicales déployées. Dans un souci de garantir les libertés déjà acquises, mais également dans l'optique de les étendre, une réflexion sur la philosophie médicale s'impose.

²⁵ Ibid, p30

²⁶ Ibid, p51

II/Repenser la philosophie médicale pour renforcer les droits des usagers

Si la psychiatrie a bien évolué ces dernières décennies, tout n'a pas forcément été fait pour concilier au mieux nécessité de soin et libertés individuelles. Avec un modèle encore largement hospitalocentré et des atteintes systématiques aux droits des patients, on peut même dire que le débat apparaît tout à fait opportun. Bien entendu, il ne s'agit pas d'accuser tel ou tel acteur, ni même de faire le procès de la psychiatrie²⁷.

Il s'agit plutôt, à partir des travaux de philosophes, de sociologues et de cliniciens, de remettre les pratiques actuelles en perspective et de questionner les fondements qui les sous-tendent. Pour cela nous aborderons les apports des alternatives à la psychiatrie, notamment en matière de conceptualisation du rapport au patient. Enfin nous verrons, d'une manière plus générale, l'intérêt qu'il y a à réinvestir la question du normal et du pathologique dans la philosophie médicale.

A/Les apports des alternatives à la psychiatrie : humanisation de l'hôpital et réflexions sur la thérapeutique

En réponse à des situations insoutenables dans les hôpitaux de nombreux pays, différents mouvements ont émergé au cours des années 1970. De l'antipsychiatrie à la psychiatrie institutionnelle, en passant par le courant anti asilaire, c'est une contestation globale qui a pris forme et qui s'est appuyée sur des inspirations philosophiques et politiques pour le moins variées. Aujourd'hui l'héritage intellectuel de cette mouvance est assez faible, et ses contours révolutionnaires ont pour ainsi dire été rendus obsolètes par l'évolution de nos sociétés. Cependant, il est important de saisir la portée de certaines réflexions menées, notamment sur la représentation de la « folie » et du patient au sein des institutions hospitalières. Celles-ci ont en effet permis de porter un autre regard sur les patients ainsi que sur les pratiques utilisées par le corps soignant.

Le patient, un individu intégré au monde social

L'antipsychiatrie s'est construite autour d'auteurs tels qu'Erving Goffman ou Michel Foucault²⁸. Ceux-ci ont en effet offert un puissant terreau intellectuel en mettant en lumière les techniques de contrôle et de surveillance au sein des hôpitaux psychiatriques dès les années 1960. Couplée à d'autres influences, notamment l'existentialisme sartrien pour David Cooper, la vision antipsychiatrique a ainsi mis un point d'orgue à faire du patient un individu à part entière.

²⁷ En tous les cas une telle problématique n'est pas l'objet de cet article et encore moins du ressort de mon champ de compétence.

²⁸ Avec des ouvrages comme *Asiles* pour Goffman ou *Histoire de la folie* pour Foucault.

Ce postulat général peut paraître évident : pour autant, la substance conceptuelle qui s’y rattache implique une lecture du monde précise et singulière.

En effet, face aux dérives de l’époque, le constat effectué par les antipsychiatres est le suivant : l’institution psychiatrique ne soigne pas, elle invalide les individus afin de les écarter durablement de la société²⁹. Au sein de l’hôpital, c’est tout un travail de desubjectivation qui est mené, afin d’imposer au patient contraintes et normes. L’asile est un lieu d’uniformisation, de rites, un espace judiciaire où les patients sont jugés et condamnés³⁰. L’individu qui y entre est « dépouillé » grâce à ce qu’Erving Goffman appelle des techniques de mortification : isolement, suppression de l’intimité, suppression des habits et des objets personnels, assignation à des tâches auxquelles on enlève tout sens.

Face à cela, l’antipsychiatrie a tenté de procéder à une démythification des institutions psychiatriques et à une resubjectivation du patient. Dans le premier cas, des cliniciens comme David Cooper ont cherché à abolir toute hiérarchisation dans le corps soignant, mais aussi entre le corps soignant et les usagers pour rééquilibrer les relations et communautariser les rapports humains. Dans le second cas, l’organisation de la vie quotidienne a été réduite au strict minimum, pour laisser aux patients la possibilité de s’autogérer et de redonner un sens à leurs actes. Des réunions communautaires entre patients et personnel du service ont été mises en place afin de laisser chacun s’exprimer (et en particulier pour permettre aux patients de se réappropriier le langage)³¹.

En fait, l’antipsychiatrie a cherché à réincorporer l’usager dans une vie sociale ouverte et dans laquelle ce dernier peut à la fois décider et se reconstruire. Certains cliniciens français comme Jacques Lesage de la Haye, ont également cherché à remettre en cause l’hospitalocentrisme et à penser de nouvelles thérapies socialisatrices.

Sans gagner la bataille institutionnelle, les mouvements alternatifs ont en fait sûrement réussi à donner une impulsion suffisamment forte pour faire évoluer le droit, les représentations et les pratiques. Mais ont-ils vraiment réussi à imposer la figure du patient-individu ?

²⁹ Sur cette vision, voir notamment la préface de David Cooper dans son ouvrage *Psychiatrie et anti-psychiatrie*

³⁰ Cette partie de l’histoire des concepts antipsychiatriques est développée de façon intéressante par Cynthia Fleury, dans un cours magistral disponible en ligne et intitulé « les leçons de l’antipsychiatrie, de Laing à Basaglia ». La phrase ici annotée est elle tirée d’une réflexion de Michel Foucault.

³¹ Voir notamment le cinquième chapitre de l’ouvrage de David Cooper précité, qui rend compte d’une expérience antipsychiatrique menée au sein d’un service d’un hôpital londonien.

En reprenant les outils conceptuels d'Erving Goffman, on peut encore identifier aujourd'hui l'utilisation de techniques de mortification : port du pyjama, contrôle des effets personnels, de la correspondance, restriction de la liberté d'aller et venir... Egalement, l'utilisation manifestement abusive de l'isolement et de la contention traduit un processus par lequel le patient devient objet. Sans considération pour ses droits ou sa personne, celui-ci est « placardisé », rangé dans un endroit où il ne peut ni choisir ni communiquer.

On se rend ainsi compte qu'il existe un vide dans la philosophie médicale actuelle de ce point de vue. Dans les structures hospitalières, l'usager a encore du mal à être considéré comme un individu à part entière, à la fois sur la question du respect de ses droits fondamentaux, mais aussi sur la question de la technique thérapeutique, qui pourrait gagner à s'imprégner un peu plus de travaux antérieurs.

L'intelligibilité de la folie

Une autre réflexion qui a été menée par les alternatives à la psychiatrie fut celle de remettre en perspective la compréhension de la « folie ». Insatisfaits par les classifications de pathologies et par les diagnostics de l'époque, les antipsychiatres ont cherché à conceptualiser de nouveaux outils afin de comprendre et d'expliquer l'état des personnes dites malades.

La première pierre de cet édifice fut de dire que la société est en elle-même pathogène : y vivre suffit pour générer et développer des maladies, des afflictions. Ce schéma explicatif a bien sûr été l'occasion de porter de vives critiques sur la société et ses institutions (les antipsychiatres ayant en général en commun une lecture marxiste ou libertaire du monde), sans pour autant que cela ne cantonne la pertinence du postulat à une théorie politique particulière. En effet, partir des effets produits par la société a permis de questionner le poids des normes, des rites et des représentations sur les individus ; cela a aussi permis de mieux prendre en compte le rôle de l'institution familiale, et plus généralement de favoriser des approches explicatives prenant en compte le contexte social ainsi que le point de vue du malade étiqueté.

En termes théoriques, comprendre les troubles psychiques c'est tempérer le recours à ce que David Cooper appelle la rationalité analytique. Cette rationalité adopte une méthodologie associée aux sciences dures, qui va considérer le patient comme un pur et entier objet d'étude, et le psychiatre comme un observateur extérieur. Or pour David Cooper, cette rationalité « exclut par définition toute compréhension des relations d'intériorité qui existent entre individus (qu'on appelle parfois intersubjectivité) ; et pourtant, ce sont de telles relations qui fournissent leur médiation à ces séries d'actes que nous appelons le

"le comportement schizophrénique"³² ». Dans cette optique, c'est donc une autre rationalité qui doit prédominer, appelée rationalité dialectique. Celle-ci, plus adaptée à l'analyse des hommes, permet de retracer les relations d'intersubjectivité pour ainsi rendre intelligibles les comportements de « folie ». En se basant sur l'expérience et l'interprétation du monde effectuée par les personnes elles-mêmes, c'est-à-dire en se basant sur les dynamiques successives de « totalisation » à l'œuvre entre les personnes et les facteurs extérieurs de conditionnement, il est possible de parvenir à une compréhension du sujet, de sa situation et de ses problématiques.

Ce type d'analyse possède en fait trois bénéfices. Premièrement, cela permet d'apporter à l'approche médicale une approche « sociale ». En récoltant des données à partir des conditions physiologiques et psychologiques, mais aussi en prenant en compte les dynamiques créées par les relations humaines (entre individus, groupes, structures, instances d'intégration), c'est une lecture plus complète et sûrement plus pertinente qui s'impose dans une perspective compréhensive.

Deuxièmement, une telle analyse permet méthodologiquement de rendre compte d'une frontière poreuse entre santé et « folie ». En montrant que les patients admis ne sont pas intrinsèquement affligés, mais plutôt qu'ils sont souvent victimes de situations difficiles, on montre également que tout le monde est un jour susceptible de voir ses défenses névrotiques abolies.

Enfin, cela permet de replacer les patients dans une histoire individuelle et collective. En analysant les parcours personnels, les crises, en acceptant le rôle joué par les facteurs de la vie, en acceptant que la « folie » soit d'une certaine façon le propre de tous, on évite alors les processus d'invalidation par lesquels le patient ne devient qu'un malade inintelligible, déraciné. En d'autres termes, on empêche la survenance de la fiction consistant à voir dans le trouble mental la raison opportune de considérer l'individu comme moins humain car décrété inintelligible, irrationnel.

Ces apports conceptuels ont donc une véritable pertinence. En agissant à la fois sur le plan très concret du diagnostic ainsi que sur la perception et les représentations de la maladie mentale, ils donnent les moyens notamment au corps soignant d'établir des relations humaines au sein de l'hôpital, de les structurer sur un mode particulier prompt à empêcher les dérives actuelles.

Evidemment tous ces apports n'ont pas nécessairement vocation à être pris d'un seul bloc³³, mais ils peuvent constituer la base d'une réflexion globale sur les

³² David Cooper, *Psychiatrie et anti-psychiatrie*, Editions du seuil, 1970, p21

³³ Au sens où ils n'ont pas vocation à s'imposer comme une doctrine, si tant est qu'elle soit transposable où qu'elle ait un sens dans le modèle actuel.

libertés individuelles dans l'hôpital et sur la relation patient-soignant. Encore faudrait-il qu'une prise de conscience et qu'une amorce de réflexion soit mise en place à l'échelle nationale, chose qui n'apparaît pas d'actualité.

La remise en cause et la condamnation de certaines pratiques

On l'a observé en première partie, les pratiques en hôpital psychiatrique font aujourd'hui l'objet d'un certain contrôle afin de limiter les abus. Mais si certaines ont à la fois choqué le contrôleur général des lieux de privation de liberté ainsi que l'opinion publique, d'autres, moins médiatisées ou mieux cachées, subsistent et sont dénoncées par des cliniciens inspirés ou rattachés à l'antipsychiatrie.

Un phénomène particulièrement dénoncé et pourtant encore loin d'être résiduel est par exemple celui de la surmédication. Miguel Benasayag, psychanalyste et philosophe, évoque notamment l'utilisation de la camisole chimique. Pratique utilisée dans le passé pour « neutraliser » les patients, elle continue aujourd'hui à persister dans certains hôpitaux français, alors même que l'excès de neuroleptiques est susceptible de porter atteinte au cerveau de manière durable³⁴. Les différents témoignages de patients qui ont émergé au fil des années tendent à montrer, sur cet aspect, les atteintes graves portées aux libertés, à l'intégrité physique, psychique des personnes, mais aussi la difficulté à mettre en œuvre des réponses publiques adaptées.

Dans le même ordre d'idée, Miguel Benasayag remet aussi en cause plus globalement la place du médicament dans la thérapie. En psychiatrie, le médicament est un palliatif dont la fonction est d'apaiser les souffrances : il n'a pas vocation à soigner. Son utilisation doit donc être mesurée et limitée aux cas de crises et de souffrances profondes. Or, Miguel Benasayag dénonce un usage détourné du médicament, qui cherche à faire disparaître les symptômes au détriment de véritables solutions de guérison. Pour lui, le psychiatre doit trouver de nouvelles formes de thérapies qui prennent en compte les mutations sociales et leur rôle dans la survenance de certaines pathologies. Dans cette optique, les traitements par médicaments ne sauraient constituer une unique réponse thérapeutique viable.

Une autre pratique utilisée est celle de l'électroconvulsivothérapie, c'est-à-dire l'électrochoc. Même si elle a profondément changé depuis ses premières utilisations dans les années 1930 (aujourd'hui l'anesthésie générale est obligatoire tout comme le consentement du patient ; les techniques récentes ont permis de limiter certains effets non désirables), son usage reste contesté. Elle

³⁴ Séminaire « sagesse et folie », Jean-Michel Besnier, Miguel Benasayag (www.youtube.com/watch?v=zr7mLO0Hflc)

est notamment accusée d'avoir des effets secondaires sur le cerveau notoires et irréversibles, de ne pas avoir suffisamment d'utilité thérapeutique en dehors de l'effacement des symptômes à court-terme, et donc de masquer les véritables problématiques qui sous-tendent les troubles des patients. Je ne rentrerai pas ici dans le détail des considérations médicales complexes, ni ne prendrai le risque de délivrer un jugement tranché en la matière³⁵. Néanmoins, les critiques qui sont produites à l'égard de cette pratique sont légitimes et doivent permettre d'engager une réflexion, un moratoire sur son utilisation. La communauté scientifique, face à la complexité du cerveau, paraît avoir du mal à identifier et prévoir la survenance et l'intensité des effets secondaires. En outre, elle reconnaît depuis longtemps le lien entre électrochocs et détérioration (à court et parfois long terme) de la mémoire, sans pour autant trouver de solution entièrement satisfaisante³⁶. De tels doutes doivent donc inciter à la plus grande vigilance mais aussi au développement de thérapies alternatives si une telle chose est possible.

Enfin, une pratique qui continue à être dénoncée est celle de la maltraitance des patients. Si elle ne constitue pas vraiment une pratique au sens de protocole thérapeutique institutionnalisé, elle reste une réalité qui ne doit pas être ignorée, et ce même si elle est difficile à évaluer.

Sur ce sujet, le clinicien Miguel Benasayag a évoqué la possibilité de maltraitements dans certains services hospitaliers, dans lesquels il a pu constater des ecchymoses suspects sur des patients, justifiés maladroitement par le personnel soignant³⁷. D'autres affaires récentes ont pu être médiatisées : ce fut par exemple le cas pour les soupçons de maltraitements dans le centre hospitalier Ravenel³⁸, hôpital déjà connu, entre autre, pour avoir battu et tué un patient dans le passé³⁹.

Tout le problème de ces maltraitements est qu'il est difficile de savoir si elles sont résiduelles ou plus ou moins courantes. Les violences physiques, assénées sur les patients aux pathologies les plus lourdes, peuvent être tacitement acceptées par un certain nombre de membres du corps soignant et ainsi être plus efficacement cachées. Les autres types de maltraitements tels que les violences verbales ou les punitions privatives, sont elles susceptibles de s'insérer dans une forme de routine légitime et contre laquelle lutter peut revenir, pour le patient, à s'exposer à des représailles.

³⁵ Là aussi, par manque de connaissances scientifiques sur le sujet.

³⁶ Pedro Valente, « Les effets mnésiques de l'électroconvulsivothérapie : nature, facteurs aggravants, mécanismes supposés, options thérapeutiques », *L'information psychiatrique* 2006/5 (Volume 82), p415-420

³⁷ Séminaire « sagesse et folie », Jean-Michel Besnier, Miguel Benasayag

³⁸ www.ouest-france.fr/sante/vosges-enquete-sur-des-maltraitements-en-hopital-psychiatrique-4104627

³⁹ www.leparisien.fr/faits-divers/les-infirmiers-frappaient-les-malades-30-07-1998-2000182628.php

Ces remises en question sont autant de pistes de réflexions sur l'évolution de la psychiatrie et sur la nécessité de renforcer les droits et libertés des usagers. Il aurait été aussi possible d'évoquer l'hospitalocentrisme, ou encore les techniques thérapeutiques en elles-mêmes ; en fait c'est une réflexion globale que les différents acteurs (professionnels, législateur) doivent mener à ce sujet pour aller au-delà du cadre institutionnel actuel. Les alternatives à la psychiatrie ont permis à leur époque de modéliser, d'expérimenter des nouvelles façons de considérer le soin mental, et restent riches d'un apport conceptuel qui n'a été repris qu'à la marge par la psychiatrie de secteur et qui peut encore s'avérer utile pour penser l'hôpital et le patient.

Finalement, cette nécessité de réflexion doit aussi s'accompagner d'un questionnement sur le normal et le pathologique. Il doit être l'occasion de remettre à jour notre vision de la santé et de se saisir de la portée du diagnostic en psychiatrie.

B/Le normal et le pathologique en psychiatrie : une problématique à réinvestir

En France, on doit cette réflexion à Georges Canguilhem, médecin et philosophe qui a traité le sujet à travers une thèse publiée en 1943 puis complétée en 1966.

En posant la question de savoir ce qu'est la normalité ou par quels critères est déterminé l'état pathologique, Canguilhem a de fait remis en perspective le rôle du médecin par rapport au patient.

La normalité étant un concept protéiforme, aux multiples définitions, il est difficile de l'utiliser comme principe étalon dans la pratique de la médecine.

En effet, ce qu'on pourrait appeler normalité peut correspondre à un idéaltype construit par les professionnels de la santé à partir de leurs connaissances du fonctionnement du corps humain ; elle peut aussi correspondre à l'idée que se fait le patient de la normalité, et donc d'une certaine façon être liée à sa capacité de résilience mentale et physique suite à un aléa.

En fait, le médecin doit surtout tempérer l'utilisation de catégories strictes (car il est impossible de déterminer scientifiquement ce qu'est le normal et le pathologique en matière de vie humaine) et permettre au patient d'exprimer son ressenti pour l'aider au mieux. Il doit à la fois écouter, prévenir l'indésirable, mais aussi rappeler au patient que l'état de santé reste un « idéal » parfois inaccessible voire dangereux⁴⁰.

Cependant, les maladies mentales constituent une exception pour Canguilhem. Puisque « la méconnaissance par les malades de leur état constitue souvent un

⁴⁰ Notamment dans la mesure où l'idéal de santé, culturellement construit, peut pousser à concevoir le soin médical comme un vecteur d'augmentation des performances physiques, ou de régulation normative des comportements individuels.

aspect essentiel de la maladie⁴¹ », le médecin ne peut plus se fier en premier lieu au ressenti de son patient. Le risque est alors le suivant : objectiver des pathologies à partir de normes morales et sociales, et minimiser l'importance du consentement du patient. Alors que la problématique adjacente créée par le traitement des troubles psychiques aurait du pousser à réorganiser la question du normal et du pathologique, elle a en fait plutôt amené à structurer des classifications nombreuses et contestables.

Ce travail de construction d'étiquettes puissantes, tant aux yeux des cliniciens qui les ont utilisés, qu'aux yeux des patients qui par effet d'autorité, ont pu les accepter et ce même de manière tout à fait consciente, a été en parti condensé et légitimé par le manuel diagnostique des troubles mentaux, aussi appelé DSM. Publié dans sa première version en 1952, ce manuel a évolué au fil des décennies dans le but de proposer une classification de référence des troubles mentaux, sans jamais réussir à désamorcer certaines critiques à son encontre. Celles-ci ont par ailleurs pris de l'ampleur ces dernières années, particulièrement avec l'arrivée du DSM-5.

Globalement, l'ouvrage est contesté pour son manque de fondement scientifique et pour le risque qu'un tel manque représente pour les patients. Paula Joan Caplan, psychologue américaine investie dans la défense des usagers de la psychiatrie, affirme que « malgré le fait que le processus de création et de mise en œuvre des étiquettes de maladies mentales n'est pas scientifique, n'importe laquelle de ces étiquettes peut être utilisée pour priver la personne étiquetée de ses droits humains⁴² ».

A cela est aussi couplée une critique sur des conflits d'intérêts avec l'industrie pharmaceutique⁴³, conflit qui participerait en parti à la multiplication des pathologies recensées dans l'ouvrage. En effet, alors que le premier DSM exposait soixante pathologies différentes, la dernière itération en cumule près de quatre cents.

Fondamentalement, cette inflation apporte un autre risque majeur, celui de pathologiser un nombre conséquent de comportements et d'états jusque là en dehors du champ de la psychiatrie.

C'est le cas par exemple du deuil. Le psychiatre Patrick Landman affirme : « au bout de deux semaines, l'apparence dépressive de l'endeuillé sera passible du

⁴¹ George Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, Presses Universitaires de France, collection Quadrige, 2013, p200

⁴² Paula J. Caplan, « Myth are used to justify depriving people diagnosed as mentally ill of their human rights », 14 mars 2016 (traduction libre)

⁴³ Lisa Cosgrove, Sheldon Krinsky, Manisha Vijayaraghavan, Lisa Schneider, « Financial Ties between DSM-IV Panel Members and the Pharmaceutical industry », *Psychotherapy and Psychosomatics*, 2006, Vol.75 No°3

diagnostic d'épisode dépressif majeur et donc d'antidépresseurs ». Avec, à la clef, une tendance globale au surdiagnostic et à la surmédicalisation⁴⁴.

Le risque est d'autant plus grand que le DSM est un outil encore très utilisé dans de nombreux pays, (dont les Etats-Unis et la France) jouissant d'une légitimité certaine chez les spécialistes.

Ainsi en l'état, le manuel, en se voulant de surcroît athéorique, inhibe une réflexion pourtant nécessaire sur le normal et le pathologique en psychiatrie. Au lieu de questionner le rôle de certaines structures et de certains modèles sociaux dans la production de « maladies », au lieu de chercher à déterminer l'importance des normes morales et des paradigmes idéologiques dans notre représentation de l'état de santé, le DSM propose une vision selon laquelle les déviations et les peines ne doivent pas dépasser le cadre normatif dressé. Chaque comportement est susceptible de n'être qu'un symptôme, chaque personne de n'être que le porteur d'un trouble à supprimer sans qu'à aucun moment on ne prenne la peine de réfléchir sérieusement aux causalités profondes et à l'action thérapeutique.

Le poids symbolique d'un tel ouvrage doit en fin de compte nous interpeller, être l'occasion de repenser le soin mentale, sa place, ses pratiques, mais aussi ses logiques de catégorisation. Car ces dernières ont des conséquences majeures : d'une part elles agissent sur nos représentations de la santé (avec le risque de créer une forme de doxa physiologique) et d'autre part elles sont susceptibles de priver les individus désignés malades de leur liberté en les soumettant à une hospitalisation et/ou un traitement discutable.

La question du normal et du pathologique revêt donc, toujours, un intérêt particulier dans la problématique plus globale des droits et libertés des usagers, mais également des individus au sens large.

⁴⁴ www.lemonde.fr/sciences/article/2013/05/13/dsm-5-le-manuel-qui-rend-fou_3176452_1650684.html

Conclusion

Aujourd'hui, les droits et libertés et des usagers de la psychiatrie sont encore fragiles. Dans les hôpitaux, certaines atteintes sont systématisées : elles dépendent d'une culture d'établissement qui se traduit, dans la pratique, par une importante rupture d'égalité dans l'accès au soin. Même si des avancées bienvenues ont été insérées dans le droit français plus ou moins récemment (les GEM en 2005, ou encore les nouvelles dispositions censées limiter l'utilisation de l'isolement et de la contention en 2016), il est difficile de croire que le corpus législatif actuel soit suffisant pour parer les dérives et répondre aux revendications légitimes des associations d'usagers.

C'est par une vaste réflexion sur cette thématique, incluant tous les acteurs intéressés, qu'une avancée sera possible. Penser les moyens par lesquels il est possible de garantir aux patients leurs libertés, mais aussi penser la technique thérapeutique et ses évolutions afin d'avoir un soin plus adapté et respectueux, s'avère être un prérequis pour faire disparaître les abus – ponctuels ou systématisés. A ce titre, la psychiatrie, la philosophie, l'histoire ou encore la sociologie sont des disciplines pertinentes qui peuvent se faire le moteur d'une nouvelle pensée critique.

Pendant, un tel travail paraît difficile à mettre en œuvre, notamment du côté des acteurs politiques. Le consensus actuel paraît être tourné vers une sorte d'immobilisme ou de modification à la marge, en fonction des alertes lancées. En outre, la récente suite de faits divers interprétés comme des attentats⁴⁵ et impliquant des patients soignés en hôpital psychiatrique montre non seulement une certaine méfiance envers le laxisme supposé des équipes et structures médicales, mais aussi une certaine méconnaissance du sujet⁴⁶.

En l'état donc, les perspectives d'évolutions ne sont pas très nombreuses. Il est important, en conséquence, d'être sans relâche attentifs aux abus, et de proposer dans le débat public de nouvelles solutions en faveur des usagers.

⁴⁵ Au cours de l'été 2017

⁴⁶ www.lemonde.fr/idees/article/2017/08/21/les-psychiatres-n-ont-pas-vocation-a-collaborer-avec-le-ministere-de-l-interieur_5174728_3232.html

Bibliographie

Ouvrages

- Canguilhem George, *Le normal et le pathologique*, Presses Universitaires de France, collection Quadrige, 2013
- Cooper David, *Psychiatrie et anti-psychiatrie*, Editions du Seuil, collection Points, 1970
- Jonas Carol, Senon Jean-Louis, *Responsabilité médicale et droit des patients en psychiatrie*, Elsevier, collection EMC référence, 2004

Articles

- Cosgrove Lisa, Krinsky Sheldon, Vijayaraghavan Manisha, Schneider Lisa, « Financial ties between DSM-IV Panel members and the pharmaceutical Industry », *Psychotherapy and psychosomatics*, 2006, Vol.75 No°3
- Durand Bernard, « Soins psychiatriques : le retour de la contrainte et de la stigmatisation », *Les Tribunes de la santé*, 2011/3 (n°32), p43-54
- Massé Gérard, Zwingenberger M., « Les sorties d'essai : évolution et perspectives », *L'information juridique*, 2006/6 Vol.82, p481-493
- Valente Pedro, « Les effets mnésiques de l'électroconvulsivothérapie : nature, facteurs aggravants, mécanismes supposés, options thérapeutiques », *L'information psychiatrique*, 2006/5, Vol.82, p415-420
- « Psychanalyse et antipsychiatrie : folles histoires », *Che vuoi*, 2007/3 (HS02)

Jurisprudence

- DC n°2010-71, 26 novembre 2010, « Mlle Danielle S. »
- CEDH, 2 janvier 2013, « Pleso contre Hongrie »
- CEDH, 19 février 2015, « M.S contre Croatie »

Articles de presse

- www.ouest-france.fr/sante/vosges-enquete-sur-des-maltraitances-en-hopital-psychiatrique-4104627
- www.leparisien.fr/faits-divers/les-infirmiers-frappaient-les-malades-30-07-1998-2000182628.php
- www.lemonde.fr/sciences/article/2013/05/13/dsm-5-le-manuel-qui-rend-fou_3176452_1650684.html
- www.lemonde.fr/idees/article/2017/08/21/les-psychiatres-n-ont-pas-vocation-a-collaborer-avec-le-ministere-de-l-interieur_5174728_3232.html

Sites internet

- <http://www.lien-social.com/Les-Gem-quand-les-malades-psychiques-s-organisent>
- <https://psychiatrie.crpa.asso.fr>
- <https://www.madinamerica.com/2016/03/myths-are-used-to-justify-depriving-people-diagnosed-as-mentally-ill-of-their-human-rights>

Autre

- Convention relative aux droits des personnes handicapées (convention internationale)
- Convention relative aux droits des personnes handicapées : guide de formation n°19
- Rapport d'activité 2016 du contrôleur général des lieux de privation de liberté
- Besnier Jean-Michel, Benasayag Miguel, « Sagesse et folie », www.youtube.com/watch?v=zr7mLO0Hflc (conférence)
- Fleury Cynthia, « Les leçons de l'antipsychiatrie, de Laing à Basaglia », www.youtube.com/watch?v=rNHGFofOXQ4 (cours magistral)
- Lesage de la Haye Jacques, « Psychiatrie et antipsychiatrie », www.dionyversite.org/cycle_08-11-A.html (conférence)