



HAL
open science

Entre défense des droits et logique sécuritaire: le traitement politique du psychiatrique aux prises avec les faits divers

Caroline Guibet Lafaye

► To cite this version:

Caroline Guibet Lafaye. Entre défense des droits et logique sécuritaire: le traitement politique du psychiatrique aux prises avec les faits divers. *Tétralogiques*, 2017, Troubles de la personne et clinique du social, 22, pp.461-489. hal-01566376

HAL Id: hal-01566376

<https://hal.science/hal-01566376v1>

Submitted on 20 Jul 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

ENTRE DEFENSE DES DROITS ET LOGIQUE SECURITAIRE :

LE TRAITEMENT POLITIQUE DU PSYCHIATRIQUE AUX PRISES AVEC
LES FAITS DIVERS

Caroline GUIBET LAFAYE

CNRS¹

Résumé : À la fin des années 2000, plusieurs lois ont été votées, suite à des faits divers tragiques. On a parlé d'une porosité du politique à l'événementiel. Le présent article vise à montrer que le rapport du législatif au psychiatrique est marqué, depuis les années 1950, par une double tendance d'ouverture de l'hôpital – s'expliquant par des facteurs structurels – et de souci sécuritaire, dont la cristallisation est conjoncturelle, *i.e.* liée à l'actualité tragique. La mise en perspective des initiatives politiques avec la production des rapports, concernant la psychiatrie, met en lumière la frilosité politique en matière de réforme de la psychiatrie. Elle suggère également un usage instrumental de ces textes, contribuant au renforcement du souci de la sécurité publique, imposé par l'exécutif depuis le début des années 2000. Ainsi alors que certains des médecins les plus progressistes des années 1980 réinstituent la psychiatrie dans sa dimension politique, le politique tend à vider la psychiatrie de cette dimension, en faisant coller à l'image des patients de la psychiatrie celle de l'individu dangereux.

Mots-clés : Psychiatrie ; loi ; faits divers ; sécuritaire ; Demay.

Introduction

Lors de la promulgation des dernières lois en psychiatrie (en particulier celle du 5 juillet 2011), on s'est inquiété du virage sécuritaire qu'imposaient les réformes gouvernementales

¹ Centre Émile Durkheim, Bordeaux. Contact : c.guibetlafaye@wanadoo.fr. Une version réduite de ce texte a été publiée dans la revue *Tétralogiques*, Univ. Rennes II, Presses Universitaires de Rennes, n° 22, mars 2017, <https://www.univ-rennes2.fr/ciaphs/tetralogiques>. [ISSN : 0755-8953]

dans le champ¹. Antérieurement, des chercheurs ont souligné « la collusion du politique avec le juridique et l'absorption par l'État de l'événementiel pour imposer une politique déjà réfléchie par ailleurs » (Kalampalikis *et al.*, 2007, p. 842). Le présent article vise à interroger cette thèse et, plus particulièrement, la gestion politique de la psychiatrie selon plusieurs aspects : cette gestion se traduit-elle par une accentuation des politiques sécuritaires au cours des dernières décennies ? La psychiatrie constitue-t-elle un domaine privilégié au sein duquel la production législative est soumise à la dictature du fait divers ?

Sans omettre l'évolution de la clinique et des populations prises en charge par la psychiatrie, nous aborderons les questions soulevées en étudiant, dans un premier temps, la nature des lois concernant la psychiatrie depuis 1950, c'est-à-dire après la seconde guerre mondiale et la prise de conscience de l'attitude très délétère de la collectivité à l'égard des malades de la psychiatrie au cours de cette période. Nous envisagerons ensuite les réformes proposées depuis lors, dans le champ, en prêtant une attention spécifique au décalage entre les propositions formulées dans les rapports rendus par les médecins aux ministres et les décisions politiques prises dans le domaine. Enfin, nous nous arrêterons sur les inflexions imposées à la psychiatrie par l'exécutif français depuis le début des années 2000.

1. Ambivalence de la fabrication des lois

1.1 UNE DOUBLE TENDANCE

Une analyse de contenu des textes législatifs publiés depuis 1950² permet de souligner, sur l'ensemble de la période, une double orientation en matière de psychiatrie. À l'exception, dans une certaine mesure, de la circulaire de 1956³, les années 1950 sont marquées par un souci sécuritaire comme le montrent trois textes : la circulaire n° 109 du 5 juin 1950 du ministère de la Santé publique qui prévoit, d'une part, des subventions pour la construction d'équipement pour le traitement des « malades mentaux difficiles », et propose d'autre part une classification de ces malades en trois catégories ; la loi du 15 avril 1954, prévoyant le traitement des « alcooliques dangereux pour eux-mêmes ou pour autrui », dans des centres ou des sections de rééducation spécialisés, et qui constitue un exemple caractéristique de loi de contrôle social ; enfin la réforme du Code de procédure pénale de 1958 introduisant la notion d'accessibilité à une sanction pénale.

À partir du début des années 1960 s'esquisse une double tendance qui se prolongera jusqu'à nos jours. La circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales constitue un tournant dans l'approche politique de la psychiatrie, visant à prendre des distances avec l'asile. L'accent est porté sur la prévention, l'hôpital de jour, le foyer de postcure, les ateliers protégés, ainsi que sur la continuité des soins et surtout l'évitement de l'hospitalisation ou de la réhospitalisation (voir chap. 3, 1.)⁴. À la fin de la décennie, *i.e.* en 1968, la problématique du

¹ Nous faisons notamment allusion au collectif des 39 qui s'est constitué contre « la nuit sécuritaire ». Voir le texte préparatoire à la table-ronde du jeudi 21 mai 2013 ainsi que les auditions de 4 de leurs membres par la commission Robiliard.

² Pour établir la chronologie des lois pertinentes dans le domaine, nous avons procédé à une recherche par mots clés sur la base de Légifrance et étudié systématiquement toutes les lois promulguées concernant la psychiatrie entre 1950 et 2015 ainsi que les décrets et circulaires.

³ Circulaire du 24 mars 1956, concernant l'établissement du deuxième plan d'équipement sanitaire, qui préconise notamment la création de dispensaires d'hygiène mentale et l'ouverture de homes de post-cure.

⁴ La circulaire : « Ainsi est réalisée de la façon la plus satisfaisante la continuité des soins ; chaque fois que cela est possible, l'hospitalisation ou la réhospitalisation est évitée ; l'insertion ou la réinsertion du malade est faite dans les meilleures conditions, grâce à la connaissance que l'équipe médico-sociale a pu acquérir, non seulement du malade, mais encore du milieu économique et social du secteur et, notamment, des ressources de logement et des diverses possibilités d'emploi qu'il offre. » (chap. 3, 1.).

handicap émerge¹. La double tendance qui marque le rapport du politique à la psychiatrie jusqu'à nos jours s'esquisse à partir de ces années. En effet, l'organisation d'une ouverture de l'hôpital vers la ville et la mise en place de la sectorisation s'opèrent en contrepoint de l'affirmation d'aspects répressifs et de la création d'une catégorie spécifique d'individus, les détenus souffrant de troubles psychiques. Ainsi, d'une part, la circulaire du 30 juillet 1967 crée les Centres Médico-Psychologiques Régionaux (CMPR), aujourd'hui les SMPR, en plaçant le personnel médical sous la direction du chef de l'établissement pénitentiaire, et la loi du 3 janvier 1968, d'autre part, rend la personne atteinte de troubles psychiatriques, reconnue pénalement irresponsable, civilement responsable (art. 489-2 Code Civil).

Cette double tendance se perpétue, y compris lorsque la sectorisation est mise en place². Bien que le souci de contrôle social se suspende quelque peu dans les années 1970, la loi du 17 juillet 1970 établit que l'ordonnance de non lieu est susceptible d'appel de la part de la victime, partie civile. De même, la circulaire du 4 septembre 1970 étend l'action du secteur, base du service public dans la lutte contre les maladies mentales, à l'alcoolisme et à la toxicomanie. Ce double mouvement opère ultérieurement avec, en parallèle, la légalisation du secteur psychiatrique (1985)³ et l'organisation de la sectorisation (1986), d'un côté, et, d'autre part, avec la persistance de la problématique sécuritaire, s'affirmant dans la loi dite « Sécurité et liberté » du 2 février 1981⁴, dans l'organisation des UMD et la création des Services Médico-Psychologique Régionaux (SMPR) en 1986. La loi de 1981 introduit dans le débat public (avec le titre I, chap. 1) la thématique de la récidive ainsi que les dispositions relatives aux droits des victimes.

La dichotomie soulignée persiste parallèlement à l'affirmation des droits des patients, puis des usagers. De l'arrêt Brousse en 1989 à la loi du 27 juin 1990 se formalise une attention spécifique aux droits des patients en psychiatrie. La loi du 27 juin aligne la psychiatrie sur les statuts du système général de santé⁵. Le souci des droits des patients⁶ se conjugue avec une volonté d'ouverture de l'hôpital psychiatrique sur la ville⁷ se traduisant également dans des

¹ Loi n° 68-5 du 3 janvier 1968 portant réforme du droit des incapables majeurs ; loi de 1968 sur les tutelles et curatelles.

² Jusqu'à la fin des années 1970, les textes juridiques se consacrent à la structuration du champ psychiatrique. Sur le secteur, voir Benoît Eyraud et Livia Velpry, « Le secteur psychiatrique : une innovation instituante ? », *Socio-logos* [En ligne], 7 | 2012, <http://socio-logos.revues.org/2651..>

³ La législation en matière de psychiatrie est marquée par une lenteur d'opérationnalisation caractéristique (voir par exemple la mise en œuvre du secteur et la révision de la loi du 27 juin 1990).

⁴ « La loi dite « Sécurité et liberté » du 2 février 1981 contribue à renforcer les droits des personnes hospitalisées sans leur consentement en imposant au président du tribunal de grande instance, saisi d'une demande de mainlevée d'une décision d'hospitalisation, d'organiser un débat contradictoire et de motiver sa décision, l'autorisant par là même à assurer un contrôle rigoureux de l'action de l'administration.

Ainsi, depuis 1981, le juge judiciaire n'a plus à se limiter à vérifier si l'internement est médicalement justifié : il doit également s'assurer que la décision est bien fondée eu égard à l'état de personne. » (Rapport au Sénat pour le « Projet de loi relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge »)

⁵ Extrayant par là les patients de la psychiatrie de la problématique du handicap à laquelle ils ont été associés à partir de la fin des années 1960.

⁶ S'exprimant dans la circulaire Weil du 19 juillet 1993 – qui rappelle également que l'enfermement ne doit plus être la norme, y compris pour les personnes hospitalisées sous contrainte –, par la circulaire DGS/DH n° 95-22 du 6 mai 1995 relative aux droits des patients hospitalisés et comportant une Charte du patient hospitalisé et par l'annulation d'une mesure d'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) par le tribunal administratif de Caen en 1997 au motif que la demande du tiers avait été établie par une secrétaire de l'établissement dont les liens avec le patient n'étaient pas démontrés (jugement du 25 juin 1997).

⁷ Le projet de circulaire DH/E04/DGS/SP3/98 relative à l'évolution du dispositif de soins en psychiatrie souligne que ceux-ci requièrent l'ouverture des hôpitaux psychiatriques vers la population et vers d'autres institutions.

textes, promouvant l'accueil des patients dans des familles¹, le « réseau de soins » (1996, 1999²), la normalisation de l'ensemble des soins proposés en psychiatrie³. Néanmoins cette volonté d'ouverture a pour pendant – illustrant une nouvelle fois le double mouvement animant la législation dans le champ de la psychiatrie – la loi n° 98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs qui modifie la pratique de l'expertise psychiatrique, la convertissant d'une évaluation psychiatrique de responsabilité en une estimation du risque de récidive post-sentencielle.

À partir de l'arrêt Brousse et des années 1990, la dichotomie précédemment soulignée s'explique dans ce double souci pour les droits et la sécurité. Le « patient » des années 1990 s'incarne, à partir des années 2000, dans la figure de « l'usager » mais s'approfondit parallèlement, en particulier à partir de 1998, avec une logique sécuritaire, ancrée sur la prévention de la récidive. Ainsi dans la continuité de la loi du 27 juin 1990 et de la promotion des droits des patients, se voit promulguée la loi du 4 mars 2002 qui donne théoriquement accès à leur dossier aux patients de la psychiatrie. De même, l'arrêt du Conseil d'État du 3 décembre 2003 souligne, comme en 1997, la nécessité d'un lien personnel, antérieur à la demande de soins, entre la personne malade et le tiers, requérant une hospitalisation sans consentement. La loi du 30 octobre 2007 porte création du contrôleur général des lieux de privation de la liberté. La loi n° 2002-276 du 27 février 2002 relative à la démocratie de proximité offre un cadre de concertation renforcé par la création obligatoire de conseils de quartier dans les collectivités locales de plus de 80.000 habitants. Ces textes législatifs traduisent un souci des champs sanitaire, social et médico-social (2001-2002)⁴, de l'intégration des patients de la psychiatrie dans la communauté (2002) – déjà à l'œuvre dans la décennie 1990 –, de la prise en charge du handicap (2005)⁵, de la défense des droits des patients⁶. Mentionnons enfin le plan de santé mentale de 2002 et la loi de santé publique de 2004⁷.

Toutefois ces mesures doivent être mises en regard de la prolifération des textes principalement soucieux de sécurité publique. Depuis 1998 et le début des années 2000, on assiste à un durcissement des mesures de justice et de sécurité, marqué par neuf lois et un décret (loi Perben I en 2002 avec création des Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA) ; loi du 9 mars 2004 portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité⁸ ; loi n° 2005-1549 du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales à certains crimes particulièrement graves⁹ ; loi du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance ; loi du 10 août 2007 sur l'injonction de soins ; loi sur la rétention de sûreté, adoptée par le Parlement le 7 février et publiée le 10 juin 2007 ; loi n° 2008-174 du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause

¹ Loi n° 89-475 du 10 juillet 1989 relative à l'accueil par des particuliers, à leur domicile, à titre onéreux, de personnes âgées ou handicapées adultes.

² La circulaire du 25 novembre 1999 élargit la notion aux « réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux ».

³ La loi n° 94-43 du 18 janvier reconnaît aux personnes incarcérées le droit d'être soignées comme en milieu libre.

⁴ Voir la création des Groupements d'Intérêt Public.

⁵ Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, prolongeant les dispositions prises à la fin des années 1960.

⁶ Avec l'instauration d'un contrôle par le juge des libertés et de la détention (JLD) des hospitalisations sans consentement en 2011.

⁷ Loi de programmation de santé publique du 9 août 2004. Elle définit « plusieurs objectifs de santé publique dans le domaine des affections neuropsychiatriques et deux plans ministériels successifs, couvrant les périodes 2002-2005 et 2005-2008, ont été mis en œuvre » (rapport Lefrand, 2011).

⁸ Loi n° 2004-204 du 9 mars 2004 créant le Fichier judiciaire national automatisé des auteurs d'infractions sexuelles.

⁹ La loi du 12 décembre 2005 a introduit le placement sous surveillance électronique mobile et la surveillance judiciaire en les qualifiant expressément de « mesures de sûreté ».

de trouble mental¹ ; décret n° 2008-1129 du 4 novembre 2008 relatif à la surveillance de sûreté et à la rétention de sûreté ; loi n° 2010-242 du 10 mars 2010 tendant à amoindrir le risque de récidive criminelle et portant diverses dispositions de procédure pénale ; loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 sur les soins sans consentement en ambulatoire). La logique du contrôle social opère également dans l'amendement au Code de la santé publique, proposé par Bernard Accoyer, et adopté le 8 octobre 2003² visant à réglementer les psychothérapies, ainsi que dans la loi n° 2007-127 du 30 janvier 2007 qui lui fait écho et réglementant l'organisation de certaines professions de santé³.

Défense des droits et logique sécuritaire continuent d'animer les premières années de la décennie 2010. Cette logique s'affirme dans trois lois : la loi n° 2010-242 du 10 mars 2010 visant à amoindrir le risque de récidive criminelle et portant diverses dispositions de procédure pénale, la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 qui institue la possibilité de soins sans consentement en ambulatoire, la loi n° 2012-409 du 27 mars 2012 de programmation relative à l'exécution des peines⁴, et avec la circulaire interministérielle DGOS/R4/PMJ2/2011/105 du 18 mars 2011 relative à l'ouverture et au fonctionnement des UHSA. En dépit de ce climat, la tendance à la défense des droits continue de s'affirmer avec la définition des « affections psychiatriques de longue durée », en 2010 ; avec la décision n° 2010-71 QPC du 26 novembre 2010 du Conseil constitutionnel concernant le rôle du Juge des Libertés et de la Détention (JLD), gardien des libertés individuelles ; le contrôle par le JLD des Soins Psychiatriques sur Décision du Représentant de l'État (SPDRE) et des Soins psychiatrique à la Demande d'un Tiers (SPDT) avec la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 et celle n° 2013-869 du 27 septembre 2013 dont le titre I concerne le « Renforcement des droits et garanties accordés aux personnes en soins psychiatriques sans consentement ».

Cette analyse suggère donc que si le climat social général a évolué, eu égard à ce qu'il a pu être dans les années 1970-80, il n'y a pas à proprement parler de *virage* sécuritaire dans le

¹ Rapport Lamanda, « Amoindrir les risques de récidive criminelle des condamnés dangereux », 30 mai 2008.

² « Art L 3231 : Les psychothérapies constituent des outils thérapeutiques utilisés dans le traitement des troubles mentaux. Les différentes catégories de psychothérapies sont fixées par décret du ministre chargé de la santé. Leur mise en œuvre ne peut relever que de médecins psychiatres ou de médecins et psychologues ayant les qualifications professionnelles requises fixées par ce même décret. L'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé apporte son concours à l'élaboration de ces conditions.

Les professionnels actuellement en activité et non titulaires de ces qualifications, qui mettent en œuvre des psychothérapies depuis plus de cinq ans à la date de promulgation de la présente loi, pourront poursuivre cette activité thérapeutique sous réserve de satisfaire dans les trois ans suivant la promulgation de la présente loi à une évaluation de leurs connaissances et pratiques par un jury. La composition, les attributions et les modalités de fonctionnement de ce jury sont fixées par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de l'enseignement supérieur. »

³ Loi n° 2007-127 du 30 janvier 2007 ratifiant l'ordonnance n° 2005-1040 du 26 août 2005 relative à l'organisation de certaines professions de santé et à la répression de l'usurpation de titres et de l'exercice illégal de ces professions et modifiant le code de la santé publique (1) (Titre résultant de la décision du Conseil constitutionnel n° 2007-546 DC du 25 janvier 2007). Le chap. III est intitulé « Mesures de sûreté pouvant être ordonnées en cas de déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental ».

Titre II, article 6 : « Sans que leur soient opposables les dispositions de l'article 226-13 du code pénal, les praticiens chargés de dispenser des soins en milieu pénitentiaire communiquent les informations médicales qu'ils détiennent sur le condamné au médecin coordonnateur afin qu'il les transmette au médecin traitant. » Titre II, article 8 : « Dès lors qu'il existe un risque sérieux pour la sécurité des personnes au sein des établissements mentionnés au premier alinéa du présent article, les personnels soignants intervenant au sein de ces établissements et ayant connaissance de ce risque sont tenus de le signaler dans les plus brefs délais au directeur de l'établissement en lui transmettant, dans le respect des dispositions relatives au secret médical, les informations utiles à la mise en œuvre de mesures de protection.

« Les mêmes obligations sont applicables aux personnels soignants intervenant au sein des établissements pénitentiaires. »

⁴ L'annexe prévoit qu'« un nouvel établissement sera construit pour accueillir les détenus qui souffrent de graves troubles du comportement sans pour autant relever de l'internement psychiatrique, sur le modèle de l'actuel établissement de Château-Thierry. Cette structure offrira 95 places. »

champ législatif, régissant la psychiatrie, mais une accentuation d'une tendance sécuritaire présente dès les années 1950. La création du secteur, dans les années 1970, a constitué un moment privilégié, *une parenthèse* dans des dispositifs sécuritaires qui s'appliquent de façon tendancielle à la psychiatrie, depuis le lendemain de la seconde guerre mondiale¹. Le rapport du politique au psychiatrique s'articule donc selon un double mouvement, au moins, conjuguant l'ouverture vers la ville, la défense des droits des patients, pour une part, et, pour une autre part, une préoccupation sécuritaire fortement marquée mais dont les accentuations varient au fil des décennies.

1.2 UNE LEGISLATION DU FAIT DIVERS

La volonté d'ouverture des structures psychiatriques hospitalières vers la ville ainsi que la défense des droits des patients s'expliquent par des raisons contextuelles et historiques. La fin des années 60 et le début des années 70 instituent un tournant dans l'évolution de l'institution psychiatrique. La politique de sectorisation se met en place conduisant de formes expérimentales de « secteur » à leur généralisation à l'ensemble de l'organisation de la psychiatrie publique. Les années 1970-1980 connaissent, en Europe, une ouverture des hôpitaux sur l'extérieur ainsi que des expériences thérapeutiques innovantes, fondées sur une critique radicale de la psychiatrie classique. Les soubresauts sécuritaires semblent, en revanche, avoir des aspects conjoncturels. Si la porosité et l'influence, à la fin des années 2000, des faits divers sur les élaborations législatives ont d'ores et déjà été soulignées (Kalampaliki *et al.*, 2007, p. 841), il semble cependant que cette porosité soit attestée dès les années 1990, comme nous allons le montrer à partir de cinq exemples.

(1) La circulaire – sans force contraignante toutefois – n° 48 D.G.S./SP3/ du 19 juillet 1993 (dite « circulaire Weil ») portant sur le rappel des principes relatifs à l'accueil et aux modalités de séjours des malades hospitalisés pour troubles mentaux a été publiée, par le ministère de la Santé, après un incendie mortel survenu dans une unité fermée. Cette circulaire, produite en réponse à un événement ponctuel et dramatique, contribue à réinterroger l'ensemble des pratiques liées à l'enfermement, en l'occurrence les pratiques d'isolement et de contention.

(2) L'évolution en 1995 des dispositions relatives à l'irresponsabilité pénale et au jugement des personnes irresponsabilisées fait suite à un meurtre commis par une personne présentant des troubles psychiatriques et à une pétition nationale, lancée en 1994 par les parents d'une victime, « réclamant que tous les “présumés coupables” soient jugés, même s'ils sont internés ensuite en hôpital psychiatrique. “Le sort du criminel [doit être] décidé par la justice de la République et non uniquement par les psychiatres”, déclarait la mère de la victime. » (*Le Monde*, Jeudi 26 mars 1998, p. 8)² L'incidence du fait tragique et, en particulier, de ses conséquences sur les familles de victimes semble constituer un facteur décisif d'évolution de la situation juridique³. L'irresponsabilité pénale est régulièrement remise en question à l'occasion

¹ « [...] la mise en place de ce dispositif de sécurité qui met en son centre, comme valeur centrale sinon absolue, la sécurité des personnes et la prévention des menaces, n'est pas conjoncturelle. On pourrait croire le contraire dans la mesure où ce sont certaines *affaires qui ont servi de légitimation à sa mise en place* ; c'est même l'une des caractéristiques de sa construction : elle prend appui sur des drames dont l'émotion qu'ils suscitent permet d'outrepasser, dans l'urgence et la nécessité, certains principes fondamentaux des libertés publiques. » (Doron, 2009, p. 181)

² Ces événements seront également suivis de la publication de la circulaire de la DGS n° 10 du 8 février 1995 définissant la procédure adoptée pour effectuer l'évaluation de la loi du 27 juin 1990.

³ Ainsi que de nouvelles dispositions sur l'irresponsabilité pénale : « Face au désarroi des victimes, le Parlement a donc introduit en 1995 de nouvelles dispositions sur l'irresponsabilité pénale. » (*Le Monde*, Jeudi 26 mars 1998, p. 8) L'article poursuit : « Si une expertise conclut à l'“abolition” du discernement du mis en examen, les parties civiles peuvent désormais demander un complément d'expertise, voire une contre-expertise qui est “de droit”.

de faits divers dramatiques. (3) Ainsi la tuerie perpétrée en mars 2002 par Richard Durn à Nanterre est suivie, en 2004, d'une réponse politique et judiciaire. En février 2004 est publié un rapport au Sénat sur « L'irresponsabilité pénale des malades mentaux »¹. Y succède la loi n° 2004-204 du 9 mars 2004 portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité et créant le Fichier judiciaire national automatisé des auteurs d'infractions².

(4) Au cours des mêmes années, le drame de Pau, en décembre 2004, puis le meurtre, le 13 janvier 2005 au soir, d'un malade de l'hôpital psychiatrique de Saint-Venant (Pas-de-Calais) par un autre patient constituent le point de départ explicite de plusieurs réformes subséquentes³. Le 20 avril 2005, Philippe Douste-Blazy alors ministre de la Santé, présente un plan « Psychiatrie et santé mentale » (2005-2008)⁴. Ce dernier, en l'occurrence sa préparation, les orientations ministérielles en matière de santé mentale ainsi que les objectifs à atteindre pour 2008, ont été accélérés et influencés par le drame de Pau (voir Kalampalikis *et al.*, 2007, p. 839). Les UHSA sont créés en 2005 et en mars de la même année, le rapport Burgelin, pour la commission Santé et Justice, aborde le problème des délinquants dangereux⁵.

(5) Défendant explicitement le point de vue des victimes (Burgelin, 2005, p. 41), le rapport reprend une proposition formulée en 2003 par le ministère de la justice, visant à introduire l'audience pénale, y compris dans les cas d'irresponsabilité pénale. Le rapport Burgelin, Goujon et Garraud⁶, remis le 6 juillet 2005 aux ministres de la justice et de la santé, préconise de renforcer les mesures visant à empêcher la récidive des délinquants particulièrement dangereux ou malades mentaux. Ce rapport est présenté par la Commission Santé-Justice, présidée par J.-F. Burgelin, commission mise en place en juillet 2004, alors que plusieurs affaires impliquant des criminels en liberté conditionnelle soulevaient des interrogations⁷. Il a inspiré la réforme du code pénal et la loi n° 2008-174 du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental. Cette loi, présentée en conseil des ministres par le garde des Sceaux à la fin novembre 2007, constitue la réponse donnée à deux événements : le non-lieu pour irresponsabilité pénale en raison de troubles mentaux, ordonné dans l'affaire R. Dupuy, et la récidive de Francis Evrard, après plusieurs condamnations pour des infractions à caractère sexuel (voir Sautereau *et al.*, 2009). En matière d'irresponsabilité pénale et de répression de ce dernier type d'infraction, le

Surtout, en cas d'appel d'une décision de non-lieu, la chambre d'accusation peut, à la demande de la partie civile, entendre les experts et ordonner la comparution personnelle du mis en examen "si son état le permet". Si la partie civile le demande, les débats se déroulent en séance publique. »

¹ Documents de travail du Sénat, Série législation comparée, 2004.

² L'article 122 stipule que : « Lorsque l'ordonnance de non-lieu est motivée par l'existence de l'une des causes d'irresponsabilité pénale prévue par le premier alinéa de l'article 122-1, les articles 122-2, 122-3, 122-4, 122-5 et 122-7 du code pénal ou par le décès de la personne mise en examen, elle précise s'il existe des charges suffisantes établissant que l'intéressé a commis les faits qui lui sont reprochés. »

³ « Suite au drame de Pau en 2004 et au meurtre le 13 janvier 2005 d'un patient par un malade de l'hôpital psychiatrique de Saint-Venant (Pas-de-Calais), M. Philippe Douste-Blazy, ministre de la Santé annonce un nouveau plan de santé mentale qui sera présenté le 20 avril 2005. » (voir *Le Monde*, 13/05/2005)

⁴ Ministère français de la Santé et de la Protections sociale. Plan Psychiatrie et Santé mentale. www.sante.gouv.fr/hm/dossiers/sante_mentale/plan_2005-2008.pdf.

⁵ « Santé, justice et dangers : pour une meilleure prévention de la récidive », Rapport de la commission santé-justice présidée par monsieur Jean-François Burgelin, juillet 2005.

⁶ <http://www.vie-publique.fr/actualite/alaune/justice-comment-prevenir-recidive.html>

⁷ L'incidence du fait tragique sur le rapport est soulignée par la presse : « *au nom des victimes*, M. Burgelin reprend une proposition émise par le ministère de la justice en 2003 : il s'agit de créer une audience spécifique, permettant aux criminels déclarés irresponsables mentaux (et bénéficiant à ce titre d'un non-lieu) de se voir imputer les faits. Cette juridiction *ad hoc* "devrait également pouvoir se prononcer sur l'opportunité d'ordonner des mesures de sûreté à l'encontre de l'intéressé". Les personnes irresponsables hospitalisées d'office par le préfet devraient, elles aussi, être mieux suivies : avant toute sortie, l'autorité administrative devrait avertir le procureur. Celui-ci pourrait ensuite demander au juge des libertés et de la détention de prononcer des mesures de sûreté. » (*Le Monde*, Société, lundi 28 mars 2005, p. 7).

politique réagit à l'actualité et légifère en fonction d'elle, ainsi que le suggère l'une des mentions du rapport Fenech : « Le “non-lieu psychiatrique” requis contre l'auteur présumé du meurtre en 2004 de deux infirmières dans un hôpital psychiatrique de Pau (« Affaire Dupuy ») a quant à lui révélé les failles d'une procédure et l'incompréhension des familles des victimes devant un non-lieu qui semble nier l'existence même de leur souffrance. » (Fenech, 2007, p. 9)

Ces relations de causalité sont suggérées par les acteurs politiques eux-mêmes comme Mme Jacqueline Fraysse, lors de la discussion du rapport Lefranc (2011), lorsqu'elle mentionne « cette impression d'une énième loi d'inspiration sécuritaire, qui découle, rappelons-le, du drame de Grenoble, lequel avait été suivi du discours du Président de la République à Antony et de la circulaire de Mme Bachelot et de M. Hortefeux sur les sorties d'essai. Ce contexte “plombe” un texte qui, pourtant, est utile. » (Lefranc, 2011, p. 50) De la même façon, le député Denys Robiliard note que la loi du 5 juillet 2011 est « née sous les auspices du discours d'Antony » (Robiliard, 2013, p. 7). « Le Président de la République avait conclu à la nécessité de mettre en place un plan de sécurisation des hôpitaux psychiatriques, permettant de mieux contrôler les entrées et les sorties des établissements et à prévenir les fugues, grâce, entre autres, à la création de nouvelles unités fermées et de chambres d'isolement, la mise en place de dispositifs de géo-localisation des patients ou encore la création d'unités supplémentaires pour malades difficiles. » (Robiliard, 2013, p. 7)

Ces éléments accréditent la thèse selon laquelle *le politique réagit à l'actualité et légifère en fonction d'elle*. S'appuyant sur une étude de la presse, Kalampalakis *et al.* ont conclu à « la collusion du politique avec le juridique et [à] l'absorption par l'État de l'événementiel pour imposer une politique déjà réfléchie par ailleurs » (Kalampalakis *et al.*, 2007, p. 842). Nous l'avons vérifié précédemment en mettant en perspective les évolutions législatives avec le contexte événementiel, en l'occurrence plusieurs faits divers. Nous allons à présent confirmer la pertinence de cette thèse par l'étude des rapports commandés par le politique dans le champ de la psychiatrie.

2. Une absence de volonté politique

Le pendant de la réactivité à des événements tragiques s'illustre dans une frilosité politique, en matière d'innovation dans le champ psychiatrique, et par une absence caractérisée de réformes alternatives à la logique sécuritaire. Ce défaut de volonté politique, concernant l'impulsion et le soutien à une approche alternative de la psychiatrie, est soulignée dès le début des années 1980, y compris dans les rapports commandés par le Ministère de la Santé : « En fait, il n'y a pas eu de volonté politique cohérente, claire et novatrice pour impulser, au plan national et dans un mouvement d'ensemble, une politique en tous points différente de l'héritage reçu du passé. » (Demay et Demay, 1982, p. 7) Nous soulignerons, dans ce qui suit, la permanence de cette frilosité au cours des dernières décennies.

2.1 DES PLANS SYSTEMATIQUEMENT RELEGUES

Un document de la Cour des comptes met en exergue l'absence d'initiative politique dans l'institution de réformes en psychiatrie. Le tableau 1 met en évidence, de façon synthétique, le décalage entre les propositions des rapports et les décisions politiques subséquentes, depuis le début des années 2000 :

Tab. 1 : Principales recommandations de rapports publiés relatifs à de la psychiatrie (2000-2009)¹

	CC 200 0	IGA S 2001	DHO S 2001	Piel et Roela . 2001	PLA N 2001	LIVRE BLAN C 2001	Roeland t 2002	Charza t 2002	DG S 2002	Clery- Merli n 2003	PLA N 2005	MNAS M 2005	Cout y 2009	Sénat et Ass. Nat. 2009/1 0	Milo n 2009
1. Améliorer l'information		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•		•
2. Formation des professionnels		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•		•
3. Faciliter l'accès aux soins	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•		•
4. Réduire les disparités régionales	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•		•
5. Collaboration hospitalier/libéral	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•		•
6. Meilleure organisation géographique	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•		•
7. Continuité de prise en charge	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•		•
8. Décloisonner sanitaire/social		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•		•
9. Travail en réseau soins de ville			•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•		•
10. Représentation des usagers			•	•	•	•	•								
11. Promouvoir droits des usagers	•	•		•	•	•	•	•			•	•	•		
12. Lutter contre la stigmatisation des personnes avec troubles mentaux		•		•			•	•			•	•			•
13. Soutenir et impliquer les familles		•	•	•		•	•	•		•	•	•	•		•
14. Impliquer les élus locaux			•	•		•	•	•					•		
15. Suivi pers. ss main justice				•									•	•	•
16. Étudier & améliorer HO, HDT	•	•			•								•	•	
17. Développer la recherche				•		•	•				•		•		•

¹ Source : Cour des comptes, en partie d'après Manuel de psychiatrie, sous la direction de J.-D. Guelfi et F. Rouillon, Paris, Elsevier Masson, 2007, p. 666.

La réticence politique à mettre en œuvre les propositions avancées dans les rapports, commandés par l'exécutif, est soulignée par ces derniers¹, au même titre que le désintérêt des pouvoirs publics concernant la psychiatrie. Chaque rapport atteste de cette situation de relégation, comme le montrent ces deux extraits proposés à 10 ans d'intervalle : « Faut-il rappeler qu'il y a bientôt vingt ans le rapport de notre collègue Demay préconisait le « dépérissement » des asiles ? Et que Franco Basaglia, à Trieste, pensait l'arrêt des admissions à l'asile comme une étape vers son "dépassement". » (Piel et Roelandt, 2001, p. 24) « Un mouvement de transfert des moyens de l'hospitalisation temps plein vers les prises en charge ambulatoires hors hôpital a commencé dans les années 1970. Toutefois, cette politique n'a pas été mise en application de manière nationale, coordonnée, homogène et équitable. » (Roelandt, 2010, p. 781) Le témoignage de ce désintérêt s'exprime encore dans les derniers rapports à l'Assemblée nationale (Robiliard, 2013a², p. 29 ; Robiliard, 2013b, p. 20)³ : « Bien que les réflexions sur l'avenir de l'organisation des soins psychiatriques ne semblent pas avoir manqué depuis une décennie, votre Rapporteur tient à relever le nombre important de rapports qui ont été rendus sur le sujet, sans avoir véritablement abouti. De 2000 à 2009, ce ne sont pas moins de quinze rapports qui ont été élaborés. » (Robiliard, 2013b⁴, p. 20)

« la mise en œuvre, depuis 2002, de plans ministériels successifs dans le domaine de la santé mentale, n'a pas réussi à apporter des réponses satisfaisantes à cette situation. La Cour des comptes a d'ailleurs dressé un bilan très négatif du plan psychiatrie et santé mentale 2005-2010, pointant ses « médiocres résultats » en raison d'un défaut de pilotage et de l'insuffisance des moyens financiers engagés⁵. Si la Cour a ainsi qualifié « d'importants » les financements liés à la sécurisation du parc immobilier, elle a jugé « difficilement identifiables » ceux destinés à la création d'emplois et « très insuffisants » ceux alloués à la recherche. La Cour a également dénoncé l'accentuation entre 2000 et 2010 des inégalités territoriales en équipements et services, alors même que l'un des objectifs du plan était de résorber ces inégalités. Il est donc temps de faire de la santé mentale une priorité de la santé publique et de s'interroger, plus largement, sur la prise en charge psychiatrique. » (Robiliard, 2013a, p. 29)

« Bien que les réflexions sur l'avenir de l'organisation des soins psychiatriques ne semblent pas avoir manqué depuis une décennie, votre Rapporteur tient à relever le nombre important de rapports qui ont été rendus sur le sujet, sans avoir véritablement abouti. De 2000 à 2009, ce ne sont pas moins de quinze rapports qui ont été élaborés. Comme le relève la Cour des comptes dans le tableau résumant les principales recommandations des rapports publiés entre 2000 et 2009 figurant dans son rapport sur les effets du Plan psychiatrie et santé mentale (2005-2010)⁶ nombre de constats sont récurrents. Selon votre Rapporteur, plusieurs hypothèses pourraient expliquer cette *absence de suivi des recommandations proposées dans ces rapports*.

¹ Voir par exemple Roelandt (2002).

² Denys Robiliard, « Santé mentale et avenir de la psychiatrie », Rapport d'information à l'Assemblée nationale n° 1662, déposé le 18 décembre 2013.

³ « Il est donc temps de faire de la santé mentale une priorité de la santé publique et de s'interroger, plus largement, sur la prise en charge psychiatrique. » (Robiliard, 2013, p. 29)

⁴ Denys Robiliard, Rapport à l'Assemblée nationale n° 1284 fait au nom de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi relative aux soins sans consentement en psychiatrie, 17 juillet 2013.

⁵ Rapport sur l'organisation des soins psychiatriques : les effets du plan « psychiatrie et santé mentale » 2005-2010, présenté le mardi 20 décembre 2011.

⁶ *Cour des comptes, L'organisation des soins psychiatriques : les effets du Plan psychiatrie et santé mentale (2005-2010), décembre 2011.*

1. La première serait une *inadaptation* de ces propositions, bien qu'elles soient récurrentes.

2. Un intérêt tout relatif pour ces questions, qui suscitent encore *peur et rejet*, pourrait également être un facteur d'explication. Par ailleurs, les malades souffrant de troubles psychiatriques, eux-mêmes, sont *rarement dans une logique de sollicitation*, étant dans le déni voire l'opposition à tout suivi.

3. En troisième lieu, la *force d'inertie de professionnels* œuvrant dans ce domaine rendrait difficile toute mise en œuvre de ces recommandations.

4. Enfin, *l'absence de volonté politique contribuerait à l'absence de réforme importante dans ce domaine*. La ministre des affaires sociales et de la santé, dans sa présentation de la stratégie nationale de santé le 23 septembre 2013 lors d'une conférence de presse à l'occasion de la remise du rapport de M. Alain Cordier « Un projet global pour la stratégie nationale de santé », a d'ailleurs souligné que la santé mentale avait été longtemps négligée. Une *nouvelle impulsion politique sur le sujet est donc nécessaire*. » (Robiliard, 2013b, p. 20 ; nous soulignons)

Le rapporteur lui-même identifie « l'absence de volonté politique » comme l'un des facteurs expliquant « l'absence de réforme importante dans [l]e domaine » de la psychiatrie (Robiliard, 2013b, p. 20). Denys Robiliard n'est pas le seul à formuler cette hypothèse car ce défaut de volonté politique est mis en exergue dans la plupart des rapports phares en psychiatrie.

2.2 LE RAPPORT DEMAY

Il est en effet possible de mettre en évidence l'écart entre le progressisme et l'innovation portés par plusieurs des rapports rédigés par des médecins et l'écho politique qui leur est donné. Pour ce faire, nous nous arrêterons sur un rapport paradigmatique réalisé en 1982.

Les docteurs M. et J. Demay ont rédigé, à la demande du ministre de la Santé, Jack Ralite, un rapport sur « Une voie française pour une psychiatrie différente » (juillet 1982). Alors que le document pose la question des droits des malades, y compris au plan législatif (p. 12)¹, la réponse à cette exigence n'a toujours pas été apportée dans la deuxième moitié des années 2000, le JLD n'étant introduit qu'en 2011 dans les hospitalisations sous contrainte. Récusant l'exclusion et la stigmatisation², refusant de voir la personne ayant un trouble psychique comme un danger pour la société, les auteurs rejettent, « sur des bases techniques, que ces personnes souffrant de troubles psychiques soient enfermées dans une désignation aliénante de fous, forcenés, aliénés, de déséquilibres, d'arriérés, d'handicapés, bien souvent utilisée dans un mode de défense. » (Demay et Demay, 1982, p. 10) Ce rapport, à la différence de ceux qui seront produits dans les années 2000-2010, assume une représentation de la maladie considérée comme un moment dans un processus évolutif³, alors qu'à la fin des années 2000,

¹ « Une conception offensive des droits de l'homme, qui doit affirmer l'égalité des droits et la solidarité de la collectivité, doit savoir assurer, au plan du droit commun et sans délai aucun, la solution de tout ce qui peut être nécessaire au maintien et au rétablissement de la santé (1). 1) Le très remarquable projet de déclaration des libertés soumis à la discussion des Français, Vivre Libres, constitue une réforme essentielle (édition de *l'Humanité* Juin 1975). » (Demay et Demay, 1982, p. 12)

² « cette exigence de renouveau pourra et devra, définitivement, abolir la vieille habitude de mettre à l'écart, et si possible d'oublier, tout ce qui inquiète, dérange ou encombre, abolir aussi et ainsi la loi de 1838 et son asile qui avaient mis en forme et en actes cette *pratique de l'exclusion méthodique et systématique* » (Demay et Demay, 1982, p. 5).

³ « Tout trouble mental est *évolutif*; l'expérience prouve que la chronicité n'est pas irréversible. Les notions de maladie mentale et de handicap tendent à organiser la fixation. » (Demay et Demay, 1982, p. 11) Cette déclaration constitue la première des sept prémisses d'un renouvellement de la psychiatrie.

les rapports rendus aux ministres figent certains individus dans la catégorie de personnes dangereuses, sachant que la seule *potentialité* de la dangerosité – *i.e.* le « risque » de récidive – est à l'origine de leur réification dans cette catégorie (Doron, 2009¹ ; Danet, 2009, p. 82).

La récusation de la normalisation est affirmée comme une exigence éthique : « Le concept de prévention, s'il se réfère à une notion de normalité, le concept de guérison, s'il se réfère à une normalisation, et enfin le concept d'assistance, s'il nécessite l'étiquetage et l'invalidation, vont à l'encontre de toute démarche thérapeutique dans le champ de la psychiatrie. » (Demay et Demay, 1982, p. 12) À l'encontre de la représentation, ancrée dans le paradigme de l'aliénation, le rapport insiste sur la nécessité du respect du « libre choix » du patient², ce respect étant l'un des principes fondateurs d'une « éthique de la Psychiatrie », dont on sait qu'il est certes présent dans le déclaratif des médecins exerçant actuellement mais pas toujours à l'œuvre dans les pratiques (Guibet Lafaye, 2015, 2016³). Ainsi le respect des libertés est institué, dans le rapport, comme l'un des principes de « l'éthique de la psychiatrie ». Alors que l'aliénation est récusée – ou du moins disqualifiée comme étant le problème principal⁴ –, on parle de « patient mental » pour lequel une reconnaissance est demandée et vis-à-vis duquel on instaure des devoirs nous engageant à son égard⁵, la figure de l'« aliéné » est rémanente dans les rapports ultérieurement produits par le personnel politique (voir les rapport respectivement faits par G. Fenech, député (2007, 2008) et J.-R. Lecerf, sénateur (2008)⁶). Dans le rapport de 1982, la personne malade n'est pas appréhendée à partir de l'une de ses caractéristiques, telle la « dangerosité » (voir Doron, 2009, p. 196), mais conformément à une approche globale, consistant à la replacer dans son contexte de vie⁷ – cette perspective systémique étant complètement abandonnée dans les rapports de la deuxième moitié des années 2000, où c'est l'individu en tant que tel (et pas simplement l'individu identifié comme dangereux) qui est stigmatisé dans sa singularité. Le rapport Demay dénonce l'inégalité de

¹ Doron C.-O., « Une volonté infinie de sécurité vers une rupture générale dans les politiques pénales ? », in Ph. Chevallier et T. Greacen, *Folie et justice : relire Foucault*, Toulouse, Érès, 2009, p. 179-201.

² « Dans une convivance facilitant les bonnes relations nécessaires, le libre choix toujours respecté du malade demeurera un facteur de partage essentiel et déterminant. » (Demay et Demay, 1982, p. 9)

³ Guibet Lafaye C., « Irréductibilité des conflits normatifs et dilemmes moraux en psychiatrie », *Éthique, Politique et Religions*, Institut de recherches philosophiques de Lyon, Paris, vol. 2, n° 7, 2015, p. 133-167. Guibet Lafaye C., « Quelle éthique pour quels psychiatres ? », *Sociologie*, Paris, PUF, n°2, vol. 7, 2016, p. 169-186.

⁴ « *Au-delà du terme d'aliénation* c'est la difficulté, pour ne pas dire l'insupportable du rapport à l'autre qu'elle met en évidence, non seulement comme fait pathologique, mais comme paradoxe constitutif de tout lien social. » (Demay et Demay, 1982, préambule)

⁵ « Cette exigence d'un changement profond est un dû au patient mental trop souvent méconnu, négligé, rejeté et malmené. » (Demay et Demay, 1982, p. 3)

⁶ « M. Pierre Fauchon, sénateur, a observé que le deuxième alinéa [relatif au prononcé de la rétention de sûreté] de ce même article, tel qu'adopté par le Sénat, lui paraissait dépourvu de signification, voire dangereux.

Il a rappelé que la présence de cet alinéa avait pu être justifiée par le souci du Conseil d'État que la décision prononçant une rétention de sûreté soit fondée sur la mention de cette éventualité dans le jugement *ab initio*, dès la décision de la cour d'assises, aux fins de respecter les stipulations du a) du paragraphe 1 de l'article 5 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales qui prévoient « que nul ne peut être privé de sa liberté, sauf s'il est détenu régulièrement après condamnation par un tribunal compétent ». Mais il a estimé que la possibilité de placer en détention un « aliéné » en application du e) du paragraphe 1 du même article de ladite convention suffisait à couvrir les cas de rétention de sûreté définis par le présent projet de loi. Il a précisé que, la Cour européenne des droits de l'homme n'ayant jamais eu à connaître de la question de la rétention de sûreté d'un « aliéné », on pouvait admettre qu'à une question nouvelle, la rétention ne pouvant constituer une sanction au sens pénal du terme, soit donnée une réponse nouvelle. Il a d'ailleurs rappelé que la cour de Strasbourg elle-même avait reconnu que le sens du terme aliéné ne cessait d'« évoluer avec les progrès de la recherche psychiatrique ». » (http://www.senat.fr/rap/107-192/107-192_mono.html)

⁷ « Il y a là une façon d'aborder et de comprendre l'atteinte mentale dans sa globalité, d'en rechercher, de même, sources et remèdes dans une démarche qui doit absolument déborder de la singularité de la personne. » (Demay et Demay, 1982, p. 3)

traitement dont souffrent les personnes en psychiatrie : « Aucun service public ne traite avec un tel arbitraire et une telle inégalité des citoyens *égaux en droit*. » (Demay et Demay, 1982, p. 8) Cette thématique reviendra, à 20 ans d'écart, dans les rapports de 2001 soulignant la place qui lui est réservée à l'extérieur de l'agenda politique.

À l'encontre d'une logique répressive et concentrationnaire, le rapport propose un « contrôle gestionnaire des usagers et des représentants de la population » sur les institutions de soins, c'est-à-dire une forme de contrôle démocratique qui fait écho au rapport de 2002 sur la démocratie sanitaire mais dont le contraste est saisissant avec les rapports de 2005-2008¹. L'introduction de ce contrôle a une vocation explicitement politique : « Cela permet un contre-pouvoir aux instances de tutelle et au pouvoir psychiatrique ; cela permet des réponses de solidarité envers ceux qui sont dits malades mentaux » (Demay et Demay, 1982, p. 10)². Quoique cette logique trouve des échos dans le rapport de 2002 sur la démocratie sanitaire, elle sera ensuite en net le recul et ne connaîtra aucune forme de réalisation, si ce n'est de façon très atténuée avec les Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM). Les médecins réinstituent la psychiatrie dans sa dimension politique, là où les politiques – députés et sénateurs notamment –, chargés par l'exécutif de la production de rapports, vident la psychiatrie de cette dimension, pour la replacer dans une logique répressive, en faisant coller à l'image des patients de la psychiatrie celle de l'individu dangereux. Dans le rapport Demay, la psychiatrie est moins pensée comme étant au service du corps social qu'au service de ses patients³. Sa distance à l'égard du politique est conçue comme une exigence éthique de la profession⁴ – distance dont nous verrons combien elle s'est érodée à partir de 2006-2008.

2.3 LENTEUR DE LA PRISE DE DECISION POLITIQUE

L'exemple magistral de la lenteur politique est l'absence de révision de la loi du 27 juin 1990 sensée être revue après 5 ans d'application mais qui ne l'a été qu'en juillet 2011. Toutefois cette temporalité n'est pas un hapax. Ainsi la mission Cléry-Melin (1995), confiée à un médecin et dont le travail a abouti à un rapport d'orientation sur : « Des alternatives à l'hospitalisation », fait entrer dans le débat la question des modalités de l'hospitalisation sous contrainte ainsi que de l'« obligation de soins en ambulatoire », concernant lesquels le législatif ne statuera qu'en 2011 puis en 2013. De surcroît, les modifications de la loi proposées en 2011 ne tiennent pas simplement à un mûrissement du processus législatif mais à l'effet différé d'événements dramatiques, en l'occurrence le drame de Pau⁵. De même, la mission de l'IGAS (1997), présidée par Hélène Strohl, préconisait la création d'une seule modalité d'entrée en soins sans consentement, la suppression de l'ordre public comme motif d'hospitalisation sans consentement, ainsi que la judiciarisation *a priori* des décisions

¹ En l'occurrence, les rapports du procureur général Burgelin (2005), du député Garraud (2006), du député Fenech (2007), du magistrat Lamanda (2008), des député Fenech et sénateur Lecerf (2008).

² Le rapport propose d'autres occurrences de la lutte politique, entreprise par ces médecins, contre le contrôle social : « Si l'accès à l'autonomie passe par une phase nécessaire de dépendance, celle-ci ne doit être que *temporaire* et non pas tutélaire, car tout pouvoir possède en germe le conservatisme. » (Demay et Demay, 1982, p. 11)

³ « La fonction des professionnels du champ de la psychiatrie est celle d'accompagnement de leurs patients et celle, *éventuellement*, de défense vis-à-vis du corps social et vis-à-vis des puissances de tutelle ; avec pour objectif la désaliénation des patients, le respect de leur situation spécifique, la reconnaissance de leur droit à la régression, le décryptage de leur demande au travers et au-delà des symptômes qu'ils présentent, et enfin leur *autonomisation*. » (Demay et Demay, 1982, p. 12)

⁴ « Il est inacceptable que les soignants puissent concourir en quoi que ce soit à cette dénaturation de la psychiatrie qu'est son utilisation à des fins de *répression politique*. Il est indispensable que les soignants puissent s'abstraire des *valeurs morales, sociales, politiques dominantes*. Celles-ci ne peuvent en aucun cas constituer le facteur déterminant de leur conduite professionnelle. » (Demay et Demay, 1982, p. 12)

⁵ Cette causalité est soulignée par le rapport Robiliard (2013b, p. 7).

d'hospitalisation, or cette judiciarisation n'est finalement légalisée qu'en 2011 sous la pression européenne. Ce retard est même mis en exergue par des députés (voir Robiliard, 2013b, p. 28¹). Bien que se trouve, pour la première fois, avancée en 1997 la nécessité du contrôle judiciaire et de l'ouverture de l'hôpital psychiatrique à un regard extérieur², il faudra 14 ans pour que la mesure soit adoptée. Alors que le rapport Strohl insiste sur la nécessité de connaître « les circonstances pathologiques et environnementales de recours à l'hospitalisation sans consentement » (Strohl, 1997, p. 57), aucune enquête n'a encore été diligentée en la matière en 2015 (voir DACS-PELJ, 2015³). Même le rapport Strohl, beaucoup moins progressiste que celui des Demay, n'a pas reçu d'écho que l'on considère les soins sans consentement en ambulatoire ou la judiciarisation⁴. Le manque de volonté politique en matière de réforme de la psychiatrie s'affirme une nouvelle fois. Bien que la mission tente de récuser l'image du « fou dangereux » (Strohl, 1997, p. 6)⁵, celle-ci reviendra en force dans les discours politiques de la fin des années 2000 (notamment le discours d'Anthony, 2008), comme nous le verrons ultérieurement.

La frilosité du politique en matière de psychiatrie se voit même dénoncée, à plusieurs reprises, par la Cour des Comptes : « Ce plan [*« psychiatrie et santé mentale » 2005-2010*] a produit des résultats que l'on peut qualifier de médiocres, en raison de l'insuffisance des moyens financiers, de la défaillance du pilotage, et du défaut d'un portage suffisamment fort. » (Cour des Comptes, 2011b). De même, les objectifs du dernier plan « psychiatrie Santé Mentale » de 2011-2015 montrent à quel point toutes les ambitions affichées pendant des décennies restent lettre morte en psychiatrie : « Parmi les priorités majeures du nouveau plan : garantir un *égal accès à des soins de qualité* quel que soit le lieu de vie ou la *situation sociale* de la personne vivant avec des troubles psychiatriques, prévenir les ruptures dans les parcours de vie de ces personnes en conjuguant notamment les soins et l'accompagnement, lutter contre la stigmatisation des personnes malades, donner toute leur place aux aidants et leur apporter un soutien lorsque c'est nécessaire. »⁶

3. La marque du politique sur la psychiatrie

3.1 UN USAGE SELECTIF DES RAPPORTS

¹ « si le rapport du groupe national d'évaluation de la loi du 27 juin 1990, dit rapport Strohl (du nom de sa présidente), publié en 1997, a osé avancer des propositions radicales sur l'organisation du dispositif français d'admission en soins psychiatriques sans consentement, aucune n'a été mise en œuvre à ce jour, en dépit toutefois du soutien prononcé des professionnels de santé et des magistrats en faveur d'une *unification du régime d'entrée en soins* actant la fin du rôle spécifique du préfet assortie d'une judiciarisation complète du dispositif. » (Robiliard, 2013b, p. 28 ; nous soulignons).

² « En plus de l'amélioration de l'exercice du droit de recours, il faut renforcer le contrôle de la légalité des hospitalisations sans consentement par la CDHP. » (Strohl, 1997, p. 27).

³ Voir Coldefy M. et C. Nestrigue, « L'hospitalisation sans consentement en psychiatrie en 2010 : première exploitation du Rim-P et état des lieux avant la réforme du 5 juillet 2011 », *Irdes*, n° 193, décembre 2013 ; « Statistique en matière de soins sous contrainte. Saisine du JLD 2012, 2013 et 2014 », DACS-PELJ, juillet 2015.

⁴ Le rapport Strohl est le fruit du groupe national d'évaluation de la loi du 27 juin 1990. Il s'agit d'un rapport administratif puisqu'Hélène Strohl est présidente de l'Inspection générale des affaires sociales et Martine Clément, attachée à la Direction Générale de la Santé.

⁵ « La représentation sociale de la maladie mentale, alimentée par les faits divers dans les médias, se focalise sur l'image du "fou dangereux" alors que les "médico-légaux", c'est-à-dire les personnes hospitalisées en application de l'article L.348 du code de la santé publique ne représentent qu'une faible part des mesures d'hospitalisation sans leur consentement (228 personnes représentant 3 % des HO et 0,5 % des hospitalisations sans leur consentement en 1995). » (Strohl, 1997, p. 6)

⁶ « Plan Psychiatrie et Santé mentale 2011-2015 », Paris, Ministère du travail de l'emploi et de la santé (éd.), 2012/02, 43 p.

La lenteur d'application n'est pas la seule caractéristique de l'usage politique des rapports remis. Elle se double d'un usage sélectif des propositions formulées par ces derniers. Trois éléments au moins mettent en évidence cet usage. Il concerne, en premier lieu, la caractérisation du trouble psychique à partir de l'*insight*, *i.e.* de la conscience d'être atteint d'un trouble mental¹, élément étayé scientifiquement mais discutable sur les mêmes bases². Il porte ensuite sur la référence à l'anosognosie. Le rapport Strohl se construit sur le principe du déni de la pathologie par le malade, ce déni constituant la justification clinique de l'imposition de la contrainte : « il nous a semblé qu'il y avait une spécificité de la pathologie mentale dans ce déni : plus le malade va mal, plus son état s'aggrave, plus il refuse les soins. C'est cette caractéristique de certaines pathologies mentales qui légitime certaines formes de contraintes, à condition qu'elles restent respectueuses du malade et circonscrites dans le temps. » (Strohl, 1997, p. 14) Bien que la référence à l'anosognosie partage la profession³, c'est cette notion que retiendra le politique.

L'usage sélectif, par le politique, des éléments des rapports remis opère également, lorsqu'il est question de la responsabilisation accrue des personnes atteintes de troubles psychiques et ayant commis des crimes ainsi que de leur comparution devant une juridiction *ad hoc*. Ce mouvement s'amorce dans le rapport Strohl⁴. Bien qu'avec retard et, une nouvelle fois, sous la pression à la fois d'événements tragiques ainsi que des familles de victimes, cette mesure est replacée au devant de la scène par les rapports au Sénat n° LC132 (2004) et Burgelin (2005) et reprise par la loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental, soulignant ainsi l'influence du procureur général auprès de la Cour de cassation.

3.2 DE L'EXPERTISE MEDICALE A L'EXPERTISE JUDICIAIRE, LES ORIENTATIONS DONNEES PAR LE POLITIQUE

Les rapports produits par les médecins, au début des années 2000, continuent de formuler des orientations progressistes pour organiser le champ de la psychiatrie. Ainsi l'idée de « la démocratie sanitaire [qui] ne [peut] se comprendre que par *l'égalité de traitement* de tous ses acteurs » est promue par un rapport de 2002, produit par le médecin Jean-Luc Roelandt, défenseur de la citoyenneté pour tous, de la santé mentale communautaire et promoteur de l'intégration des services de psychiatrie dans la cité, avec participation active des maires, des usagers et familles. La démocratie sanitaire vise à conférer aux élus et aux acteurs politiques une fonction sans précédent dans les politiques de santé mentale ou dans les plans antérieurs relatifs à la psychiatrie⁵. Démocratie de proximité et démocratie sanitaire sont conçues dans

¹ Voir X.F. Amado *et al.*, « Assessment of Insight in Psychosis », *Am. J. Psychiatr.*, 1993, 150, p. 873-879.

² Voir respectivement Foster Green Michael et Keith H. Nuechterlein, « Should Schizophrenia Be Treated as a Neurocognitive Disorder? », *Schizophrenia Bulletin*, vol. 25, n° 2, 1999, p. 309-319, et Bottéro A., « Insight et psychose », *Neuropsychiatrie : Tendances et Débats*, 2008, 33, p. 9-11.

³ Voir d'un côté Braitman A. *et al.*, « Critères de prise de décision aux urgences de l'hospitalisation sans le consentement », *Ann Med Psychol*, 2011, 169, p. 664-667. Capdevielle D. *et al.*, « Insight et capacité à consentir au soin et à la recherche: étude exploratoire et points de vue éthiques », *Ann Med Psychol*, 2011, 169, p. 438-440. Et d'un autre côté, Bottéro Alain, « Contre l'hérésie des "soins sans consentement en ambulatoire" », juillet 2011 (texte non publié mais communiqué par l'auteur) et Auxéméry Y., « "Névrose" et "Psychose" : quelles définitions pour la psychiatrie contemporaine ? », *Ann Med Psychol*, 2015, sous presse.

⁴ « le groupe, relayant d'ailleurs l'ensemble des professions psychiatriques, propose une solution nuancée : Il serait appliqué la même procédure que les troubles mentaux aient aboli ou altéré le discernement d'une personne : le procès a lieu, la personne est punissable. Mais le procès peut conclure à la dispense de peine en cas d'abolition de la capacité de discernement. » (Strohl, 1997, p. 37)

⁵ Un exemple parmi d'autres tiré de la conclusion : « plus que les usagers, c'est l'implication des élus locaux dans la question de la santé mentale, par le biais de la santé en général et du handicap qui sera prépondérante pour les années à venir. » (Roelandt, 2002)

une perspective conjointe¹. Toutefois la trajectoire est corrigée dès l'année suivante par une commande politique de Jean-François Mattei, Ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées, convoquant une mission dont l'objectif est : « [...] de proposer un plan d'actions ciblé sur la réorganisation de l'offre de soins en psychiatrie et en santé mentale, [...] et en prenant en compte le choix et la mise en œuvre des objectifs de prévention déterminés dans le cadre de la loi d'orientation en santé publique [...] »². Cette lettre de mission souligne le rôle du politique et de l'exécutif dans les inflexions des politiques de santé en psychiatrie : certains concepts, extraits des rapports – la notion de santé mentale en étant l'exemple emblématique³ –, sont privilégiés alors que les orientations politiques tracées par les médecins sont écartées de façon récurrente (voir Demay et Demay, 1982 ; Roelandt, 2002).

La cause de ce revirement relève d'un registre sécuritaire et d'un souci de contrôle social puisqu'elle est désignée comme coïncidant avec « notre rapport "Agir aux racines de la violence" (Mars 2003), sur le thème de la violence dans le cadre de la santé mentale, et dont de nombreux éléments, qui concernent en particulier la prévention des problèmes liés à l'intrication drogue – alcool – addictions et psychiatrie, doivent être intégrés dans le plan d'actions. » (Cléry-Melin, 2003, p. 5) Cette opération politique s'appuie sur une réinscription de la psychiatrie dans le champ médical (Cléry-Melin, 2003, p. 6)⁴, en porte à faux avec les passerelles que Roelandt (2002) tissait avec le monde social et médico-social voire politique⁵.

L'orientation proprement politique, imprimé par l'exécutif et le législatif au champ psychiatrique, se dessine avec netteté à partir de 2005⁶, dans un contexte où l'opacité des mesures d'hospitalisation sous contrainte est pourtant soulignée⁷. La problématique de la dangerosité occupe le devant de la scène, le drame de Pau jouant un rôle d'accélérateur – et pas exactement de déclencheur car la préoccupation sécuritaire s'affirme dès 2003, comme le montre le communiqué du 23 décembre 2003 par Dominique Perben, ministre de la justice, sur le « Traitement judiciaire des malades mentaux »⁸. Les rapports phares ne sont plus commandés par le ministère de la santé mais par le ministère de la justice, conjointement avec le ministère des solidarités, de la santé et de la famille⁹, et par le Premier Ministre¹⁰ voire par le Président de la République (Lamanda, 2008). Cette substitution des experts consultés montre l'investissement du politique dans le champ psychiatrique. Le rôle du politique, et en particulier de l'exécutif, devient alors décisif puisqu'en l'occurrence, le président de la République N. Sarkozy, suite à la décision de non rétroactivité de la mesure de rétention de sûreté, affirmée par le Conseil Constitutionnel, a confié au premier président de la Cour de cassation, M. Lamanda, la rédaction d'un rapport afin de formuler « toutes propositions utiles

¹ Voir aussi « Le Livre Blanc de la Fédération Française de Psychiatrie 2003 ». « Le Livre Blanc de la Fédération Française de Psychiatrie 2003 » insiste aussi sur cette dimension politique attachée à la psychiatrie mais en ne soulignant pas de la même façon que le rapport Roelandt les lieux où les élus doivent s'engager.

² Au fil du temps la notion de « prévention », présente dans les rapports successifs, glisse du registre sanitaire au registre sécuritaire.

³ Bellahsen M., La santé mentale. Vers un bonheur sous contrôle, Paris, La Fabrique, 2014.

⁴ Recentrement qu'opérait déjà le Livre Blanc de la psychiatrie (2003).

⁵ L'objectif de la mission Cléry-Melin est de proposer un plan d'actions ciblé sur la réorganisation de l'offre de soins en psychiatrie et en santé mentale, faisant des centres médico-psychologiques (CMP) les pivots de la prise en charge médicale sur le périmètre des « territoires de santé ».

⁶ N. Sarkozy est ministre de l'Intérieur depuis 2003.

⁷ Voir « Dans son rapport pour 2000, la Cour des comptes a ainsi estimé que le « nombre des hospitalisations sans consentement a connu une augmentation spectaculaire qui pose avec acuité la question de l'indispensable conciliation entre des impératifs de sécurité et le respect des droits des malades ». » (Briot, 2004, p. 16)

⁸ <http://www.presse.justice.gouv.fr/archives-communiqués-10095/archives-des-communiqués-de-2003-10237/traitement-judiciaire-des-malades-mentaux-11703.html> La loi du 5 juillet 2011 est « née sous les auspices du discours d'Antony » (Robiliard, 2013, p. 7).

⁹ Rapport de la Commission Santé - Justice de juillet 2005 intitulé « Santé, justice et dangerosité, pour une meilleure prévention de la récidive ».

¹⁰ Voir Jean-Paul Garraud, « Réponses à la dangerosité », Rapport, Premier Ministre, Paris, FRA/com., 2006.

d'*adaptation de notre droit* pour que les condamnés, exécutant actuellement leur peine et présentant les plus grands risques de récidive, puissent se voir appliquer un dispositif tendant à l'amointrissement de ces risques » (Nicolas Sarkozy, Président de la République, par lettre du 25 février 2008 ; nous soulignons). À partir des années 2005-2006, les rapports orchestrant le champ de la psychiatrie et concernant les personnes souffrant de troubles psychiques ne sont plus seulement commandés par le ministère de la santé mais directement par le président de la république, N. Sarkozy, ou le garde des sceaux. Un jeu d'instrumentalisation de l'expertise par le politique se met en place. Le rapport Garraud, par exemple, constitue le reflet exact des politiques mises en place, à la même époque, par le ministre de l'Intérieur, N. Sarkozy.

La problématique de la dangerosité marque les années qui suivent (voir les rapports Goujon, 2006¹ ; Fenech, 2007² ; Lamanda, 2008 ; Fenech et Lecerf, 2008³) comme le souligne d'ailleurs le sénateur et médecin A. Milon (2012)⁴. Ph. Goujon (2006), sénateur, propose un correctif au rapport de 2005⁵ mais le déploiement de cette logique globale s'accompagne d'un processus de stigmatisation des personnes ayant des troubles psychiatriques : « les insuffisances du système français portaient essentiellement sur la prise en charge des délinquants dangereux atteints de troubles psychiatriques » (voir ultérieurement Barbier, 2010⁶)¹. Ainsi la dimension

¹ Ph. Goujon, « Les mesures de sûreté concernant les personnes dangereuses », rapp., Rapport, Sénat, Paris, FRA, 2006.

² Rapport fait par M. Georges Fenech (député) au nom de la commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la République sur le projet de loi (n° 442), relatif à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental.

³ Rapport n° 678 fait par M. Georges Fenech (député) et M. Jean-René Lecerf (Sénat) au nom de la commission mixte paritaire (1) chargée de proposer un texte sur les dispositions restant en discussion du projet de loi relatif à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental (urgence déclarée).

⁴ « Malgré une actualité souvent tragique et une vingtaine de rapports publiés depuis dix ans, la psychiatrie française n'a été abordée par la loi *que sous l'angle de la dangerosité des malades*, optique restrictive que la commission des affaires sociales avait regrettée. » (Milon, 2012 ; nous soulignons) « [...] la dernière réforme en date – la loi du 5 juillet 2011 relative à l'hospitalisation sans consentement – s'est focalisée sur la question de la dangerosité. » (Milon, 2012)

⁵ « En 2005, la commission Santé-Justice, présidée par M. Jean-François Burgelin, avait proposé notamment la création de centres fermés de protection sociale destinés à accueillir, après l'exécution de leur peine, des personnes considérées comme toujours dangereuses. *Cette proposition mettant en cause certains principes fondamentaux de notre droit* et posant la question essentielle du point d'équilibre entre considérations de sécurité publique et respect de la liberté individuelle, il a semblé indispensable à la commission des lois que le débat se prolonge et s'approfondisse dans un cadre parlementaire. Pour cela, elle a décidé de créer une *mission d'information* confiée conjointement à M. Philippe Goujon et Charles Gautier sur les mesures de sûreté susceptibles d'être prises à l'égard des personnes considérées comme dangereuses. » (Goujon, 2006 ; nous soulignons)

La mission d'information a cherché à apporter des éléments de réponse à trois interrogations complexes : 1. Le dispositif français concernant les personnes dangereuses est-il adapté ? 2. Quels enseignements peut-on tirer des expériences étrangères ? 3. La mise en place de structures fermées pour accueillir des délinquants après l'accomplissement de leur peine est-elle envisageable et à quelles conditions ?

Sur la base des observations recueillies, la mission a constaté que les insuffisances du système français portaient essentiellement sur la prise en charge des délinquants dangereux atteints de troubles psychiatriques et propose plusieurs pistes de réflexion qui s'articulent autour de trois axes : renforcer l'expertise, mettre en place des unités spécifiques, renforcer le suivi des personnes après leur libération. (Goujon, 2006)

⁶ G. Barbier, « Rapport d'information sur la prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux ayant commis des infractions », Rapport, Sénat, Commission des Affaires Sociales, Paris, FRA, 2010. « Si le rapport du groupe national d'évaluation de la loi du 27 juin 1990, dit rapport Strohl (du nom de sa présidente), publié en 1997, a osé avancer des propositions radicales sur l'organisation du dispositif français d'admission en soins psychiatriques sans consentement, *aucune n'a été mise en œuvre à ce jour* [*i.e.* la création d'une seule modalité d'entrée en soins sans consentement, suppression de l'ordre public comme motif d'hospitalisation sans consentement, *judiciarisation a priori* des décisions d'hospitalisation], en dépit toutefois du soutien prononcé des professionnels de santé et des magistrats en faveur d'une *unification du régime d'entrée en soins* actant la fin du rôle spécifique du préfet assortie d'une *judiciarisation complète* du dispositif. » (Robiliard, 2013, p. 27-28 ; nous soulignons)

sécuritaire va jusqu'à infiltrer les dispositifs de santé, relatifs à la psychiatrie, puisque le rapport Couty (2009), « Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie », produit par le conseiller maître à la Cour des Comptes, souligne que : « La maladie mentale peut conduire quelqu'un à compromettre la sécurité des personnes et à troubler l'ordre public. Edouard Couty insistant, dans son rapport remis à la ministre chargée de la santé en 2009, sur le fait que toute organisation de l'offre de santé doit proposer des dispositifs prenant en compte cette dimension. » La prévalence de rapports proposés par des non médecins, en l'occurrence par V. Lamanda, Premier président de la Cour de Cassation, par Milon, sénateur, coïncide avec le déploiement d'une logique sécuritaire². Le rapport Milon (2009) récuse les soins en milieu ouvert au profit de l'enfermement³. La référence à l'actualité et à une actualité dramatique est explicite dans les rapports Fenech (2007)⁴ et Milon (2009, 2012), suggérant que le politique s'appuie sur cette actualité pour procéder à des modifications législatives, là où les conclusions des rapports, notamment réalisés par des médecins, lors des décennies précédentes, sont restées lettre morte. Deux rapports au sénat (Milon, 2009 ; Lecerf, 2011)⁵ jouent un rôle décisif, dans les orientations récentes prises en psychiatrie, puisque le dernier prépare la réforme de la loi de 2011⁶.

Ces éléments suggèrent donc une *tendance du politique à suivre les recommandations de ses propres corps administratifs et législatifs plutôt que les rapports des médecins*, pourtant spécialistes du champ de la psychiatrie, comme l'ont confirmé des entretiens menés avec des élus⁷. La seule contrainte réelle s'exerçant sur le politique – législatif et exécutif confondus – vient du Conseil constitutionnel plutôt que des rapports ou préconisations des professionnels du secteur⁸. Le rapport Robiliard le reconnaît, concernant le rôle du préfet dans les hospitalisations d'office,

¹ Le vocabulaire du politique reste celui des « malades mentaux » : voir Rapport du Sénat en 2004 sur l'irresponsabilité pénale des malades mentaux.

² Voir A. Milon, « Rapport sur la prise en charge psychiatrique en France », Rapport, Sénat, Paris, FRA, 2009. De même, les soins sans consentement sont partiellement le fruit d'une réflexion préalable à la loi du 5 juillet 2011, argumentée, notamment dans le rapport de la mission conjointe des Inspections générales des affaires sociales et des services judiciaires de mai 2005 (cf. Rapport Robiliard, 2013), cette évolution continue néanmoins de susciter de nombreuses oppositions dans le milieu médical.

³ « Plusieurs incidents dramatiques ont pu accréditer l'idée qu'*en remplaçant l'enfermement par des soins en milieu ouvert*, on prend le risque de défaillances dans la surveillance de personnes qu'il faudrait d'abord empêcher de nuire. » (Milon, 2009)

⁴ Fenech, 2007, p. 9 : Évocation des faits divers : « Affaire Évrard », « Affaire Dupuy ».

⁵ J.R. Lecerf, « Avis relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge », Rapport, Sénat, Paris, FRA, 2011.

⁶ Cet avis rassemble les propositions du Sénat sur le projet de loi n° 2494 (2010-2011), complété par une lettre rectificative n° 3116, adopté avec modifications par l'Assemblée nationale, relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.

⁷ Cet extrait le suggère également : « Le législateur a ainsi suivi les recommandations de la mission conjointe IGAS/IGSJ, qui plaidait notamment pour une meilleure gestion de la crise et du transport des malades grâce à l'instauration d'un protocole départemental définissant les modalités d'implication des services concernés et a adopté deux dispositifs, qui figurent désormais aux articles L. 3222-1-1 A et L. 3222-1-1 du code de la santé publique [...]. » (Robiliard, 2013, p. 21)

⁸ « S'il faut saluer cette tentative de poser un cadre d'intervention pour la gestion de l'amont et de l'aval de l'hospitalisation, les dispositions introduites en 2011 ne paraissent pas totalement à même de répondre aux préoccupations des acteurs de terrain, dont on ignore d'ailleurs s'ils ont concrètement entrepris de les mettre en œuvre. Le risque est grand, comme le soulignait la mission conjointe IGAS/IGSJ de 2005 que « *l'improvisation [continue de prendre] une part importante dans la prise de décision* » en l'absence, d'une part, de *clarification des responsabilités* de chacun et, d'autre part, de *détermination des limites* de l'intervention de chacun. Ce point est d'autant plus crucial que le *Conseil constitutionnel a désormais clairement indiqué* que la contrainte n'était susceptible de s'exercer sur les personnes admises en soins psychiatriques sans consentement que lorsque celles-ci sont prises en charge sous la forme d'une hospitalisation complète. [...] » (Robiliard, 2013, p. 22)

en rappelant le rapport Lefranc¹ : « Se refusant à engager cette réflexion, le Gouvernement avait préféré introduire des dispositions permettant de répondre *ponctuellement* aux exigences du Conseil constitutionnel. Ce choix n'avait cependant rien d'évident [...]. » (Robiliard, 2013b, p. 26 ; nous soulignons)². Or ces choix politiques posent davantage de difficultés qu'ils n'en résolvent puisqu'aucune résolution précise n'est prise sur la place de la décision du préfet, en matière de levée d'une hospitalisation d'office, face aux avis des experts médicaux, ainsi que du JLD lorsque le préfet s'oppose à cette levée³.

L'accent porté sur la dangerosité va de pair avec une assimilation du « malade mental » et de l'individu dangereux, se dessinant au sein même du discours politique : « La commission présidée par Jean-François Burgelin, procureur général honoraire à la Cour de cassation, a été chargée en 2005 par les ministres de la Justice et de la Santé de proposer des pistes de réflexion susceptibles d'améliorer la prise en charge médicale et judiciaire des auteurs d'infraction “atteints de troubles mentaux *ou* qui présentent un profil dangereux”. » (Fenech, 2007 ; nous soulignons) quelles que soient les nuances ultérieurement apportées dans le rapport⁴. Le souci du contrôle social et la solution de l'enfermement s'affirment avec cette série de rapports : « Au total, les différentes mesures existant aujourd'hui sont insuffisantes à l'égard de personnes particulièrement dangereuses, dont le risque de récidive est particulièrement élevé, qui ne relèvent pas d'une hospitalisation d'office car ne souffrent pas de troubles mentaux, et qui ont purgé la totalité de leur peine. Leur prise en charge en milieu ouvert ne suffit pas : il était donc nécessaire de prévoir une procédure permettant de placer ces condamnés en rétention à l'issue de leur détention. » (Fenech, 2007, p. 23) Tel est bien l'expression du « grand renfermement » que souligne la littérature scientifique (Castel, 1971 ; Danet, 2013⁵). Sa justification normative réside dans le concept de « précaution » ainsi que dans la logique de la « défense sociale » explicitement convoqués par le député (Fenech, 2007, p. 35)⁶.

L'assimilation maladie mentale - dangerosité au sein même des discours produits par le politique met en évidence son rôle dans la production des stéréotypes sociaux, comme le

¹ « On ne peut toutefois que regretter que l'intervention du préfet n'ait pas été questionnée ni même discutée sérieusement à l'occasion de l'examen du projet de loi relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. » (Robiliard, 2013, p. 25)

² Rappelons que D. Robiliard est un député PS placé dans l'opposition à l'époque du vote de la loi de 2011.

³ « Le rapporteur Guy Lefranc le déplorait d'ailleurs en ces termes : « la décision du Conseil constitutionnel pose plusieurs difficultés, qu'il eût été loisible au législateur d'étudier plus longuement avant de devoir en transposer les principes dans la loi. [...] le Parlement est aujourd'hui contraint de légiférer sous la pression du juge constitutionnel sans disposer d'aucun délai de réflexion. Il est regrettable que les parlementaires soient placés dans cette situation, préjudiciable au bon fonctionnement de nos institutions ».

La traduction dans la loi des principes dégagés par le Conseil constitutionnel dans sa décision du 9 juin 2011 n'enlève cependant rien à la nécessité de mener à son terme cette réflexion sur l'intervention du préfet, de manière à ce que celle-ci puisse, le cas échéant, déboucher sur une réforme susceptible de trouver sa place dans une loi de santé publique. » (Robiliard, 2013, p. 26-27)

⁴ « toute personne dangereuse n'est pas nécessairement atteinte de troubles mentaux et toute personne atteinte de troubles mentaux n'est pas, automatiquement, une personne dangereuse. » (Fenech, 2007)

⁵ Castel R., « L'institution psychiatrique en question », *Revue française de sociologie*, 1971, 12/1, p. 57-92. Éric Favereau, « L'enfermement revient en force dans les hôpitaux psychiatriques », *Libération*, 27 novembre 2009. Danet F., « La Psychiatrie. Du grand renfermement au développement personnel », *Lumière & Vie*, n° 299, juil.-sept. 2013, p. 25-35.

⁶ « Le rapport de M. Jean-Paul Garraud a préconisé l'instauration d'une “mesure de suivi de protection sociale”, sur le modèle des mesures de sûreté en milieu ouvert mises en avant par la Commission Santé-Justice. Dans le cadre de cette mesure, *prononcée pour une durée indéterminée* par le juge des libertés et de la détention et révisée tous les deux ans, la personne concernée serait tenue « de respecter certaines obligations ou interdictions comparables à celles pouvant être prononcées dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire ». » (Fenech, 2007 ; nous soulignons) « D'une façon générale, l'évolution des méthodes en psychiatrie a consacré les services ouverts au détriment des services fermés, rendant plus difficile l'accueil des personnes détenues au regard de la sécurité et des risques d'évasion notamment. » (Fenech, 2007, p. 18)

suggèrent d'ailleurs certains rapports parlementaires : « Les malades mentaux sont cependant victimes aujourd'hui d'une *représentation sociale associant trouble mental et violence*. Les images véhiculées par les médias, le cinéma, mais aussi les discours politiques, comme celui d'Antony, montrant la personne malade comme agressive, voire criminelle, contribuent à cette image dégradée loin, très loin, de la réalité vécue par l'écrasante majorité des malades. » (Robiliard, 2013, p. 8)

Conclusion

La double mise en perspective des évolutions législatives concernant la psychiatrie avec, d'une part, le contexte événementiel et, d'autre part, la production de rapports dans le domaine souligne la contradiction dans laquelle le politique s'inscrit. D'un côté et depuis 1945, plusieurs dizaines de rapports, de lois et deux plans nationaux sur la psychiatrie ont été publiés, avec des recommandations allant toutes dans le même sens (Roelandt, 2010, p. 781) – et dont on peut dire qu'il n'en est guère tenu compte – en revanche, d'autre part, des décisions sont prises très rapidement (notamment en 2008 et 2011) dans des circonstances précises et sous des gouvernements clairement identifiables politiquement. En dépit des ouvertures que propose chaque rapport sur la psychiatrie, la maladie mentale et la santé mentale, les choix du politique, de 1950 à 2015 – à l'exception de la période d'instauration du secteur –, vont dans le sens d'un renforcement de la sécurité et tendent donc à toujours souligner le caractère dangereux de ces personnes. Toutefois il serait erroné de dire, comme l'a montré l'étude systématique des textes législatifs ordonnant le champ de la psychiatrie, que la tendance politique est *de plus en plus* sécuritaire. L'approche politique de la psychiatrie a *toujours été* sécuritaire, à l'exception de la parenthèse des années 1970. Alors que la volonté d'ouverture des structures psychiatriques hospitalières vers la ville ainsi que la défense des droits des patients s'enracinent dans des facteurs contextuels et historiques (voir respectivement les années 1970 et le début des années 2000), les soubresauts sécuritaires semblent avoir des raisons conjoncturelles, liées en particulier à des événements tragiques. Ces éléments permettent enfin de souligner le rôle du politique dans la structuration des représentations de l'opinion publique – face à la presse, notamment, que l'on accuse volontiers (voir Guibet Lafaye et Brochard, 2016¹) bien que l'on puisse envisager un jeu d'influence réciproque entre la presse et le pouvoir politique – ainsi que leur poids sur la fabrication des représentations touchant les personnes souffrant de troubles psychiques.

Annexe

Liste des lois citées dans l'article

Circulaire n° 109 du 5 juin 1950 du ministère de la Santé publique.

Loi du 15 avril 1954, prévoyant le traitement des « alcooliques dangereux pour eux-mêmes ou pour autrui ».

Réforme du Code de procédure pénale de 1958 introduisant la notion d'accessibilité à une sanction pénale.

Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales.

Circulaire du 30 juillet 1967 crée les Centres Médico-Psychologiques Régionaux (CMPR).

¹ Guibet Lafaye C. et P. Brochard, « Entre faits divers et débats publics : comment la presse écrite aborde la psychiatrie ? », *Questions de communication*, PUN-Éditions universitaires de Lorraine, déc. 2016. [ISSN : 1633-5961].

Loi du 3 janvier 1968 rend le malade mental, reconnu pénalement irresponsable, civilement responsable (art. 489-2 Code Civil).

Loi du 17 juillet 1970 établit que l'ordonnance de non lieu est susceptible d'appel de la part de la victime, partie civile.

La circulaire du 4 septembre 1970 étend l'action du secteur, base du service public dans la lutte contre les maladies mentales, à l'alcoolisme et à la toxicomanie.

Loi n° 81-82 du 2 février 1981 renforçant la sécurité et protégeant la liberté des personnes, dite « Sécurité et liberté »¹. La loi de 1981 introduit dans le débat public (avec le titre I, chap. 1) la thématique de la récidive ainsi que les dispositions relatives aux droits des victimes.

1985 : La légalisation du secteur psychiatrique.

Décret n°86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique ; la création des Services Médico-Psychologique Régionaux (SMPR).

18 octobre 1989 : Conseil d'État, arrêt Brousse.

Loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation.

Loi n° 98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs.

Loi du 4 mars 2002 qui donne théoriquement accès à leur dossier aux patients de la psychiatrie.

Arrêt du Conseil d'État du 3 décembre 2003 souligne la nécessité d'un lien personnel, antérieur à la demande de soins, entre la personne malade et le tiers, requérant une hospitalisation sans consentement.

Loi du 30 octobre 2007 qui porte création du contrôleur général des lieux de privation de la liberté.

Loi n° 2002-276 du 27 février 2002 relative à la démocratie de proximité. Elle offre un cadre de concertation renforcé par la création obligatoire de conseils de quartier dans les collectivités locales de plus de 80.000 habitants.

2001-2002 : création des Groupements d'Intérêt Public.

2002 : Loi Perben I en 2002 avec création des Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA). Intégration des patients de la psychiatrie dans la communauté.

8 octobre 2003 : Adoption de l'amendement au Code de la santé publique, proposé par Bernard Accoyer, et visant à réglementer les psychothérapies.

Loi du 9 mars 2004 portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité.

Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, prolongeant les dispositions prises à la fin des années 1960.

Loi n° 2005-1549 du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales à certains crimes particulièrement graves².

Loi n° 2007-127 du 30 janvier 2007 qui lui fait écho et réglementant l'organisation de certaines professions de santé.

¹ « La loi dite « Sécurité et liberté » du 2 février 1981 contribue à renforcer les droits des personnes hospitalisées sans leur consentement en imposant au président du tribunal de grande instance, saisi d'une demande de mainlevée d'une décision d'hospitalisation, d'organiser un débat contradictoire et de motiver sa décision, l'autorisant par là même à assurer un contrôle rigoureux de l'action de l'administration.

Ainsi, depuis 1981, le juge judiciaire n'a plus à se limiter à vérifier si l'internement est médicalement justifié : il doit également s'assurer que la décision est bien fondée eu égard à l'état de personne. » (Rapport au Sénat pour le « Projet de loi relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge »)

² La loi du 12 décembre 2005 a introduit le placement sous surveillance électronique mobile et la surveillance judiciaire en les qualifiant expressément de « mesures de sûreté ».

Loi du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance.

Loi sur la rétention de sûreté, adoptée par le Parlement le 7 février et publiée le 10 juin 2007.

Loi du 10 août 2007 sur l'injonction de soins.

Loi n° 2008-174 du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental¹.

Décret n° 2008-1129 du 4 novembre 2008 relatif à la surveillance de sûreté et à la rétention de sûreté.

Loi n° 2010-242 du 10 mars 2010 tendant à amoindrir le risque de récidive criminelle et portant diverses dispositions de procédure pénale.

Loi n° 2010-242 du 10 mars 2010 visant à amoindrir le risque de récidive criminelle et portant diverses dispositions de procédure pénale.

Décision n° 2010-71 QPC du 26 novembre 2010 du Conseil constitutionnel concernant le rôle du Juge des Libertés et de la Détention (JLD), gardien des libertés individuelles.

Loi n° 2012-409 du 27 mars 2012 de programmation relative à l'exécution des peines².

Circulaire interministérielle DGOS/R4/PMJ2/2011/105 du 18 mars 2011 relative à l'ouverture et au fonctionnement des UHSA.

Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 sur les soins sans consentement en ambulatoire ; instauration d'un contrôle par le juge des libertés et de la détention (JLD) des Soins Psychiatriques sur Décision du Représentant de l'État (SPDRE) et des Soins psychiatrique à la Demande d'un Tiers (SPDT).

Loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 dont le titre I concerne le « Renforcement des droits et garanties accordés aux personnes en soins psychiatriques sans consentement ».

¹ Rapport Lamanda, « Amoindrir les risques de récidive criminelle des condamnés dangereux », 30 mai 2008.

² L'annexe prévoit qu'« un nouvel établissement sera construit pour accueillir les détenus qui souffrent de graves troubles du comportement sans pour autant relever de l'internement psychiatrique, sur le modèle de l'actuel établissement de Château-Thierry. Cette structure offrira 95 places. »