



Ligue des droits de l'Homme

Dans le cadre du
**Pacte citoyen pour
les droits et la
citoyenneté**

<http://www.pactecitoyen.org/>

**Compte-rendu
du Café-Citoyen du 11 mars 2011
Ligue des Droits de l'Homme
Bordeaux – Gironde**

**Réforme des soins psychiatriques :
de la folie d'Etat**

Avec la participation d'Olivier LABOURET, vice-président de l'Union syndicale de la psychiatrie, membre de la Ligue des Droits de l'Homme et d'ATTAC.

Ligue des Droits de l'Homme – Section de Bordeaux

Athénée Père Joseph Wresinski

1 Place Saint Christoly

Boite aux lettres n°35

33000 BORDEAUX

Courriel : ldh.bordeaux@gmail.com

Tel : 07 77 25 83 17

Site internet : <http://www.ldh-gironde.fr>

Après avoir remercié Olivier LABOURET pour avoir accepté cette invitation, **Jean-Claude GUICHENEY** introduit ce café-citoyen en commençant par évoquer un certain nombre de points d'actualité dans le contexte cette rencontre prend place.

- ❖ La loi LOPPSI II, dont le Conseil Constitutionnel vient d'annuler une partie des dispositions prévues
- ❖ La loi Besson sur l'immigration (la dernière d'une longue série sur les étrangers et les Français d'origine étrangère), actuellement en cours d'examen à l'Assemblée Nationale qui stigmatise les demandeurs d'asile et leur rendra la vie encore plus difficile.
- ❖ Des discours actuels selon lesquels une invasion d'immigrés (et en ce moment en provenance de Tunisie, de Libye) menacerait l'intégrité nationale, des discours que contredit l'expérience des gens qui accompagnent les demandeurs d'asile (souvent venus de l'ancien bloc soviétique) dans leurs démarches et qui ne peuvent que constater la situation d'urgence et de menace dans laquelle ceux-ci se trouvent
- ❖ La loi DALO – le DAL s'apprête à organiser des manifestations à Bordeaux sur le thème du droit au logement opposable
- ❖ Les menaces qui pèsent sur la vie associative en France dans une période de limitation des dépenses publiques (RGPP) qui touchent directement les associations par la réduction des subventions – une manifestation est en cours d'organisation à ce sujet

Nous assistons aujourd'hui à un double mouvement :

- ❖ Dérive sécuritaire de la politique de l'Etat, qui stigmatise des communautés au lieu de souder la nation
- ❖ Marchandisation des services publics et entre autres des services de soins, dans lesquels des objectifs doivent être fixés et atteints

Le projet de loi sur la réforme des soins en psychiatrie qui va être examiné le 15 mars prochain à l'Assemblée s'inscrit dans cette double perspective.

Olivier Labouret estime qu'il est temps aujourd'hui de s'engager et de prendre des positions claires et non-consensuelles sur un certain nombre de sujets. Le projet de réforme des soins sans consentement s'inscrit dans des dérives sécuritaires liberticides de la psychiatrie.

La psychiatrie a toujours eu à voir avec la liberté. Lacan disait que tout homme porte en soi la folie comme limite de sa liberté¹. Canguilhem associait de son côté la santé (mentale) à la liberté et à la capacité à fonder ses propres valeurs ou normes. La thérapie serait donc une voie d'accès à la liberté.

De ce point de vue, la santé psychique s'oppose à la servitude volontaire. Elle renvoie à des systèmes symboliques sur lesquels repose la civilisation occidentale, intéressant le rapport entre l'homme et sa finitude. La psychiatrie a succédé à la religion pour exercer le traitement moral, dans une dialectique entre science et morale, individu et société, liberté et contrôle social.

¹ « Et l'être de l'homme, non seulement ne peut être compris sans la folie, mais il ne serait pas l'être de l'homme s'il ne portait pas en lui la folie comme la limite de sa liberté. » *Propos sur la causalité psychique*

Aujourd'hui le pouvoir actuel utilise la psychiatrie comme caution scientifique et comme une arme de contrôle social de comportements considérés comme déviants ou défaillants.

Olivier LABOURET utilise la métaphore de la mer pour évoquer l'évolution de la psychiatrie. Tout comme la mer peut être vue au niveau des vagues, à l'échelle des marées ou comme une masse d'eau profonde, le projet de loi actuel peut être examiné à trois hauteurs différentes.

A la surface – les évolutions du quotidien

La diminution des moyens, aussi bien humains (de moins en moins de salaire, et de moins en moins de soignants) que matériels (réduction du nombre de lits, -50% de lits en 15 ans), entraîne une saturation des services. Le travail se fait à flux tendus, de manière expéditive, et les soignants sont amenés à refuser une partie des hospitalisations (libres).

Le contrôle administratif et la pression normative s'intensifient. Il faut se référer à des protocoles, remplir les cases de questionnaires. Le soin perd en humanité, gagne prétendument en objectivité. La multiplication des contrôles et de la prétendue évaluation de la qualité pousse en fait à faire rentrer chaque situation dans une case. Parallèlement, se développe une comptabilité informatique de l'activité.

La violence augmente, pas forcément du fait d'une augmentation du nombre de patients, mais les passages à l'acte s'avèrent plus brutaux, moins prévisibles, et en même temps l'institution recourt aussi plus facilement à la violence (isolement, attache), cette violence institutionnelle s'inscrivant elle-même dans des protocoles (s'il se passe ça, on fait ça).

Les hôpitaux s'équipent au plan technique : émetteurs-récepteurs pour les soignants, multiplication des caméras de vidéo-surveillance, élévation des grillages.

Les UHSA, Unités d'Hospitalisation Spécialement Aménagées, ont été créées pour les détenus ayant besoin de soins psychiatriques², conséquence du discours de Nicolas SARKOZI en 2008. La présence de la police dans les hôpitaux se banalise, à la fois pour faire des rondes et pour amener des « patients » menottés.

Il est de plus en plus difficile de faire venir à l'hôpital les gens qui vont mal chez eux, la police et les pompiers refusant de plus en plus d'intervenir. Et inversement il est de plus en plus difficile de faire sortir les patients qui vont bien. Les préfets mettent des conditions draconiennes à la sortie des patients hospitalisés d'office, ne voulant prendre aucun risque, alors que les patients sont stabilisés cliniquement.

Courants et marées : les mouvements d'ensemble

Ces évolutions du quotidien illustrent deux grandes tendances ou déferlantes à l'œuvre aujourd'hui, vastes marées dont les petits faits ne sont que la crête émergée.

² Note du rédacteur : soit un quart des détenus.

Une première grande tendance : la marchandisation libérale, avec la mise en place d'une nouvelle « gouvernance » depuis 2005 et la loi BACHELOT « Hôpital Patients Santé et Territoires » de 2009 inspirées d'une idéologie managériale. Même dans la psychiatrie publique il faut de la rentabilité. Il faut responsabiliser les acteurs, évaluer les personnels, qui sont managés par le stress et les objectifs. Ici comme ailleurs, on sélectionne les bons et les mauvais travailleurs. La souffrance au travail augmente à mesure que l'indépendance des soignants diminue.

La deuxième grande déferlante, c'est la dérive sécuritaire, avec une trentaine de lois en dix ans. Un tiers du Code Pénal a été revu, et même les juges ne s'y retrouvent plus (ex : prévention de la délinquance, lois sur la récidive, sur la rétention de sûreté...). Dans ce contexte, on attribue à la psychiatrie un rôle de prédiction de la dangerosité sociale.

Troisième grande tendance, qui marche avec les deux autres, c'est le fichage généralisé. Les fichiers mis en place par HORTEFEUX doivent servir à la prévention, autant dire à la prédiction. En outre, tout fichier pourrait un jour être croisé avec d'autres. L'Etat doit tout savoir sur tout, et être capable de trier les bons Français d'avec les mauvais.

La psychiatrie des profondeurs

Il s'est opéré au fil des années un déplacement de la souffrance sociale vers l'individu : en même temps que les progrès de la médecine ou des droits humains entraînés par ce recentrage sur le bien-être de l'individu, s'est développée une culture narcissique et hygiéniste. Le système symbolique psychiatrique permet au pouvoir de naturaliser la norme économique, de la déplacer vers l'individu et la médecine. Le monde occidental n'a plus d'adversaire, le seul adversaire qui reste c'est l'individu, qui doit être contrôlé jusque dans son psychisme.

Dans cette culture, la psychiatrie s'occupe moins de soigner les malades que de prévenir des troubles sociaux. Il existe aujourd'hui une idéologie comportementaliste mondialisée pour laquelle toute déviance (comprendre toute déviance par rapport à une norme, une moyenne, par exemple le chômage) est une maladie mentale. Selon cette idéologie, il faut être invulnérable.

Cette idéologie se traduit par la diffusion à tous les niveaux de la sélection, de l'évaluation, de la course aux résultats. Elle participe à la mise en place d'une vaste politique de santé mentale. Dans un rapport de 2009 du Centre d'Analyse Stratégique³, on peut lire que la santé mentale « *est associée aux opportunités dont dispose les personnes et à la mesure dans lesquelles elles profitent des possibilités qui s'offrent à elles* ». C'est la capacité à s'adapter à une situation qu'on ne peut pas changer pour en profiter. Ce qui revient à définir la société idéale comme une somme d'individus égoïstes.

La conception de la psychiatrie qui en découle tient du délire scientiste. Les troubles coûtent cher et mettent en cause le bon fonctionnement de la société.

³ La Santé mentale, l'affaire de tous. Pour une approche cohérente de la qualité de vie, <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/094000556/0000.pdf> p. 19

Il faut absolument trouver les causes du comportement des gens, les trouver dans leur cerveau voire dans leurs gènes (surtout pas dans leur volonté, leur réflexion, ou leur environnement), et quitte à les trouver, les dépister avant que les troubles ne se produisent. Autrement dit, cette politique de santé publique relève d'un projet eugénique. Cette conception pénètre la recherche et la formation en psychologie ou encore inspire certains travaux en neurosciences, sachant que les laboratoires de recherche sont souvent financés sur fonds privés, essentiellement par des laboratoires pharmaceutiques. Autrement dit, cette psychiatrie neuroscientifique ou génétique vise à détecter le plus tôt possible les troubles du comportement, ainsi qu'en témoigne l'utilisation du DSM (Diagnostic and Statistical Manual), conçu pour identifier les syndromes à risque de psychose et les éviter avec un traitement médicamenteux.

Cette dérive eugénique de la psychiatrie est aggravée par le fichage, notamment avec le Fichier National des Empreintes Génétiques. Ce fichier était à l'origine destiné à identifier les personnes suspectes de délit sexuel mais a été notablement élargi (par exemple, un simple syndicaliste concerné par ce fichage ... mais pas les personnes accusées de délit économique ni les personnalités politiques). Certains élus UMP (MM. LEFEBVRE, BOECKEL) souhaiteraient que l'on fiche tout le monde dès la naissance et ont proposé de faire du dépistage des futurs délinquants dès l'âge de trois ans. SARKOZI a déclaré en 2007 que l'origine des suicides comme de la pédophilie était génétique. Cette propagande grand public sur le progrès génétique est reprise par les médias, notamment lors du Téléthon.

On peut d'ailleurs faire le lien entre cette idéologie eugénique et la xénophobie actuelle, avec la mise à l'index de populations entières et la différenciation entre Français de souche et Français d'origine étrangère. Suivons le raisonnement : si l'origine de la schizophrénie est génétique, alors on peut enfermer les schizophrènes à vie. Quant à la dépression, elle serait liée à une vulnérabilité de l'individu, son environnement n'est pas en cause. Conséquence : il faut filer doux, sinon il faut « se soigner » c'est-à-dire être mis à l'écart de la société. Le renforcement de la sélection eugénique permet de faire tourner la machine industrielle et sert la raison économique dominante, avec une finalité sécuritaire insidieuse et une instrumentalisation de la psychiatrie. Celle-ci doit permettre d'éliminer symboliquement toute forme de déviance, de trouble, installant la population dans une sorte de conformisme pathologique de masse.

Cela rappelle les caractéristiques du totalitarisme tel qu'en parle Hannah ARENDT : la scientificité prédictive, les masses individualistes frappées par la désolation, la suspension de la pensée. Cela rappelle également le monde décrit par Georges ORWELL dans *1984* dont l'originalité tient à ce que les individus se soumettent de leur propre volonté à la dictature.

Cet éclairage pour dire que la réforme des soins psychiatriques ne tombe pas du ciel mais ne fait qu'aggraver une tendance déjà en marche.

Cette réforme consiste à enfermer tout déviant potentiel menaçant l'ordre public. Il y a à l'heure actuelle deux régimes d'hospitalisation sous contrainte : l'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) et l'hospitalisation d'office (HO).

Dans le projet de loi actuellement en débat, l'enfermement d'un auteur de troubles pourra se faire sur l'avis d'un seul médecin, généraliste et qui ne connaît pas le patient. Et ensuite il sera très difficile de l'en faire sortir. Le préfet tiendra compte ou non de l'avis médical qu'il n'est pas tenu de suivre selon son appréciation des exigences de l'ordre public. Les commissariats étant pleins, les policiers sont très contents d'avoir cette possibilité de se décharger. Une scène de ménage, une garde à vue qui tourne mal, pourraient ainsi relever de ce nouveau régime des soins psychiatriques, ce qui correspond à une aggravation du système actuel des soins sans consentement car susceptible de concerner des personnes qui ne sont pas malades.

Avec le projet de loi, on passe à 3 jours d'observation (aujourd'hui 24h), à la discrétion du médecin et bien sûr sans avocat.

Toutes les hospitalisations sous contrainte (HDT comme HO) seront fichées. Le fichier suivra les gens toute leur vie même s'ils ne sont pas malades. Bien entendu, le secret médical ne vaut plus grand chose.

Les droits des patients et de leurs proches seront restreints. Il n'y a pas d'obligation d'informer le patient. Et dans le cas de l'HDT, il n'y aura plus nécessairement besoin d'un tiers demandeur, et le tiers demandeur ne pourra plus demander la fin de l'HDT.

Une question prioritaire de constitutionnalité a été posée. Selon le Conseil Constitutionnel, l'HDT est illégale en l'état. Il faudrait qu'elle passe devant un juge ; mais les juges ne connaissent rien à la psychiatrie et sont débordés.

Cette loi est une loi sécuritaire de police sanitaire qui marque un net durcissement de la loi de mars 1990. C'est une loi d'enfermement (72h à discrétion, voire plus). C'est une loi d'exception dans laquelle la restriction à la liberté est le fait de l'Etat (préfet) et non de la justice (décision d'un juge). C'est une loi normative qui annule tout libre arbitre vis-à-vis du patient, de sa famille ou du médecin traitant. Chacun devra se conformer malgré lui à une forme de normopathie de masse, laquelle introduit un profond changement de subjectivité au profit d'un état policier qui enjoindra chacun de devenir en quelque sorte son propre policier. L'issue de cela est prévisible : c'est l'implosion psychique des individus qui risque fort d'aggraver la méfiance et la violence des populations.

Les soins sans consentement à domicile sont également introduits, instaurant une société de contrôle panoptique : la justice n'intervient plus du tout dans ce domaine, il n'y aura donc pas de limite à son extension. Cela veut dire enfermement à domicile, en injectant des neuroleptiques retard très puissants et en se servant de bracelets électroniques pour géolocaliser les gens. Cela remet en cause la liberté d'aller et venir (il ne faut pas qu'ils sortent puisque tout malade mental est dangereux), le respect de l'intégrité du corps, l'inviolabilité du domicile et des communications, le principe du pacte thérapeutique (dans une autre conception de la psychiatrie on a besoin du consentement du patient pour avancer dans la thérapie, car c'est lui qui décide de se soigner) tout en faisant des économies. Par l'enfermement chez soi, c'est aussi l'enfermement à l'intérieur de soi qui en sera aussi le résultat. La grippe A a déjà servi de précurseur, induisant la population à rester à domicile.

Par ces dispositions, le projet de réforme des soins psychiatriques s'inscrit dans une politique d'ensemble qui menace clairement la vie privée et intime des citoyens et promeut une société de la « flic-chiatrie »

Plusieurs aspects sont abordés lors de la discussion qui prolonge l'intervention d'Olivier LABOURET.

1) Une politique qui aggrave les conditions de prise en charge des malades

M. HERMET s'inquiète du risque de renforcement des camisoles chimiques, aussi bien en milieu hospitalier qu'à domicile, avec les conséquences sur l'état des individus et l'incapacité dans laquelle ils seront placés sans possibilité d'intervention d'un tiers. Olivier LABOURET souligne la complexité de cette question liée à l'usage de médicaments. On assiste actuellement à une augmentation des prescriptions d'antidépresseurs dans une société dominée par le stress. En milieu hospitalier, des progrès ont certes été accomplis mais les nouveaux médicaments utilisés ne sont ni plus efficaces ni mieux tolérés. La camisole chimique est utilisée dans le cas des patients les plus lourdement atteints. Les neuroleptiques employés diminuent les capacités de défense et rendent indifférents. Toutefois, il est difficile de faire la part des choses entre ce qui relève de l'état du patient et ce qui relève du médicament ou de ses effets iatrogènes sur les individus.

Un participant s'interroge sur la possibilité qui subsistera d'hospitalisations libres avec la mise en place d'un tel projet de réforme. Olivier LABOURET précise que les hôpitaux sont déjà encombrés et ils vont l'être de plus en plus car avec la multiplication des hospitalisations sous contrainte et la réduction des possibilités de sortie. Il va donc y avoir de moins en moins de place en hospitalisation libre. Les personnes demandeuses seront renvoyées à l'extérieur même si elles ne sont pas complètement soignées et finiront par se retrouver en hospitalisation sous contrainte. Actuellement, déjà la plupart des places sont prises par des hospitalisations contraintes, alors que 80% des patients suivis sont libres (en CMP). Il devrait subsister des possibilités d'hospitalisation libre dans le privé pour de petites pathologies.

Un autre participant s'interroge sur ce qui se passe dès lors que l'on adresse quelqu'un à un hôpital psychiatrique et sur la manière de traiter des situations d'urgence. Olivier LABOURET mentionne le cas d'un patient alcoolique qui s'est présenté à la réception et reçu par le service de garde. Il était d'accord pour venir mais a voulu partir. Fallait-il le garder en HDT ? Manifestement pas. Il est donc reparti puis est revenu de lui-même. La question du traitement des urgences se heurte de plus en plus à un manque de moyens humains, sachant que le travail s'est alourdi avec les tâches administratives. Un tri s'opère aux urgences mais il devient de moins en moins possible d'accueillir de nouveaux cas et de répondre correctement. Olivier LABOURET évoque par exemple la situation de personnes en difficultés financières qui ont tenté de se suicider. Il est donc difficile de faire le tri. Par conséquent, les patients vont mal à l'extérieur et le système ne permet plus de répondre à leur demande, sinon de façon imparfaite, en raison de la saturation des lieux d'accueil. Il faut aussi savoir que des directeurs d'hôpitaux de jour ont reçu des consignes pour ne plus admettre de patients.

Michelle FERRIERE revient sur le point relatif au port d'un bracelet pour les hospitalisations sous contrainte à domicile. Ce sujet a été évoqué par Nicolas SARKOZI en 2008 mais ne figure plus dans le projet de loi (sauf dans le cas d'hospitalisation d'office par les services de police, le système étant désactivé dans les hôpitaux puis remis en place à la sortie). Des craintes subsistent cependant car ce type de disposition reste dans l'air du temps.

Isabelle THOMAS revient sur le principe de l'enfermement préventif sous contrainte, qui constitue un véritable danger car la personne n'a pas forcément commis d'acte délictueux. Il n'y a donc plus besoin de preuves et de ce fait peu ou pas de possibilité de recours. Olivier LABOURET ajoute que ce projet tend à faire des psychiatres des experts dans l'évaluation de la dangerosité des individus, autrement dit des sortes de devins ce qui est tout simplement délirant !

2) Une politique qui aggrave la violence sociale

Isabelle Thomas considère qu'il faut se méfier des discours qui opposent deux groupes, « bons » et « mauvais », « nous » et « les autres ». Serge TCHAKHOTINE, qui réfléchissait sur les réflexes conditionnés et l'utilisation de symboles ou de certains registres de vocabulaire à l'époque de la montée du nazisme, estimait que ces discours étaient d'emblée des discours de combat où se mettait en place une lutte à mort pour la disparition de l'autre groupe.⁴

Annick VERNAY, Michelle FERRIER et Jean-Claude GUICHENEY replacent ce projet de loi dans le contexte de souffrance qui affecte les citoyens, y compris sur le lieu de travail, en référence aux propos tenus lors d'un colloque de la LDH en présence de Christophe DEJOURS et qui renvoient aux méthodes managériales. Olivier LABOURET considère que de ce point de vue la situation peut paraître plus qu'effrayante car cette logique managériale est intériorisée par les individus, lesquels deviennent en quelque sorte leurs propres contremaîtres. Il évoque également à ce sujet les travaux de Danièle LINHARDT et du cinéaste Ken LOACH. C'est d'autant plus préoccupant et insidieux que cette évolution est plus rapide qu'il n'y paraît. Elle touche aussi le monde hospitalier avec les méthodes et protocoles d'évaluation.

Christophe DEJOURS fait aussi allusion à Hannah ARENDT et décrit les modes de hiérarchisation sociale du monde du travail, avec du grand manager au petit chef, l'apparition des syndromes de la paranoïa et de la perversité. Dans le monde du travail, la réaction de la majorité des travailleurs est d'ignorer la souffrance du voisin, de se mettre des œillères et de ne plus penser. Très peu de salariés résistent et sortent du troupeau. C'est pourtant bel et bien une nécessité. Olivier LABOURET indique qu'il s'est lui-même opposé aux méthodes d'évaluation dans l'établissement où il officie. Il faut s'opposer à ce système de la peur. Il mentionne le travail réalisé par l'association [ASDPro](#) de Chinon qui travaille sur les dépressions et les suicides dans le monde du travail en venant en aide aux personnes victimes du burn out ou du suicide. Cette association réalise un travail remarquable, en donnant aux victimes une assistance juridique pour faire reconnaître le caractère professionnel de leurs difficultés et la faute inexcusable des employeurs.

⁴ *Le viol des foules par la propagande politique*

Beaucoup de gens se suicident faute de pouvoir se soigner. C'est une forme d'eugénisme qui n'est pas que physique. On « améliore » la race en éliminant les « mauvais » et c'est la tentation actuelle du système néolibéral.

Gilles HERMET dénonce la perversité d'un système dans lequel l'argent règne en maître. Cette logique d'évaluation individualisée des performances pénètre de plus en plus le service public et l'évaluation ne concerne guère plus que ce qui a valeur comptable.

3) Une politique qui menace fondamentalement l'exercice d'analyse

Sibylle MULLER s'interroge dans ce nouveau contexte sur le devenir de la psychanalyse. Olivier LABOURET rappelle que la psychanalyse a joué un rôle dans l'avènement culturel de l'individu-roi, notamment à travers la deuxième topique de FREUD (le « ça », le « moi » et le « surmoi »), qui tend à l'intériorisation de la contrainte extérieure pour suivre les progrès de la civilisation. C'est aussi ce que FREUD a décrit dans son « *malaise dans la civilisation* ». Or, les attaques portées à l'encontre de la psychanalyse s'opposent à la subjectivité des individus et tend à leur réification, l'homme n'étant plus considéré qu'en tant qu'outil pour la machine planétaire. Quant au mouvement porté par le Collectif des 39, il tend à se limiter à l'accueil de la folie avec un discours centré sur les malades alors que les effets du projet de loi sont beaucoup plus larges.

Un participant représentant l'UNAFAM souligne le message porté par les grands médias qui prône la différence alors qu'il devient en même temps de plus en plus difficile de sortir du moule. Il exprime son inquiétude face à la marchandisation de la santé. Le principe d'évaluation pourrait être entendu s'il s'agissait d'une approche qualitative discutée et débattue de manière contradictoire. Or, le système d'évaluation en vigueur tend à stigmatiser et à exclure. Olivier LABOURET indique que l'on évalue que ce qui est visible, palpable. Il existe déjà un cas où la psychiatrie a un rôle prédictif, dont dépend la liberté de quelqu'un, c'est dans le cas de la rétention de sûreté pour les criminels. Après avoir purgé leur peine, les criminels sont examinés par des experts psychiatres pour analyser le risque de récidive. Il s'agit déjà d'examiner le potentiel de quelqu'un, et de le juger sur des actes possibles (hypothétiques) à venir. Cette pratique est une privation de liberté sans fondement, et une pratique d'autant plus dangereuse qu'alors qu'il est possible de faire appel d'un jugement, ceci n'est pas un jugement, cet examen ne s'appuie pas sur des preuves, et précisément parce qu'on juge un potentiel et non des faits, il est impossible de le contester et de prouver sa propre non-dangerosité.⁵ Avec de tels présupposés faux, la psychiatrie devient folle.

Une participante considère, à travers son expérience du monde psychiatrique, que l'on ne cherche pas à aider le malade à sortir de son mal-être mais simplement à lui prescrire des médicaments pour réduire le problème. Elle estime que les psychologues ont exercé une influence très négative vis-à-vis de certains parents dans « l'étiquetage » de leurs enfants et soulève le problème de la formation actuelle en psychologie. Olivier LABOURET rejoint cette analyse, considérant qu'avec de tels projets de loi le psychiatre n'est plus en mesure de jouer son rôle de soignant mais celui d'expert en contrôle social.

⁵ Cf Myriam Delmas-Marty, *Libertés et sûreté dans un monde dangereux*

Il y a donc un problème de l'indépendance de la psychiatrie qu'on ramène dans le champ de l'administratif. Les protocoles obligent à l'admission d'un patient, à lui coller l'étiquette d'une pathologie. Cela conduit à faire l'impasse sur ce qui peut se révéler avec le temps ou sur les effets secondaires de médicaments déjà pris qui peuvent fausser le diagnostic.

Une participante insiste sur la pression terrible du système accentuée par la logique du fichage (avec des codes pour chaque diagnostic), rendant chaque maladie et donc chaque malade « étiquetable » dans une logique administrative et comptable aberrante. Dans un tel contexte, la prescription d'un médicament constitue une facilité, par manque de temps, par la pression du marché et celle aussi des patients. Au bout du compte, c'est la finalité même du patient qui est perdue de vue. Tout en rappelant que la psychiatrie doit servir au bien du patient, il appelle l'attention sur la toile de fond de l'évolution de la psychiatrie telle qu'il l'a décrite dans son propos liminaire, qui renvoie à un système symbolique global et dans lequel le fou ne compte pour rien dans un système de folie (cf Roger BASTIDE).

En conclusion, Olivier LABOURET cite LÉVI-STRAUSS, pour qui le fou a une place symbolique centrale dans la société. Sans lui la société s'effondrerait.

A l'issue de ce débat, Jean-Claude GUICHENEY remercie Olivier LABOURET pour sa remarquable intervention qui apporte un éclairage sur les tenants et les aboutissants de ce projet de réforme des soins psychiatriques. Il remercie également l'ensemble des participants à ce café-citoyen.

Positions de collectifs et organisations

<http://www.ldh-france.org/Psychiatrie-massivement-pour-un>

<http://www.ldh-france.org/H-L-153-Reforme-de-la-psychiatrie>

<http://www.uspsy.fr/spip.php?article1518>

<http://www.justice-securite.fr/2011/03/29/reforme-des-soins-psychiatriques-lanalyse-eclairée-dun-psychiatre/>

http://www.union-syndicale-magistrats.org/web/p371_reforme-des-soins-psychiatriques-sans-consentement-encore-du-chemin-a-parcourir-.html

<http://www.maiscestunhomme.org/>

<http://www.collectifpsychiatrie.fr/?p=1961>

Compléments

http://fr.wikipedia.org/wiki/Manuel_diagnostique_et_statistique_des_troubles_mentaux

Articles de presse

http://www.lemonde.fr/societe/article/2011/03/04/le-projet-de-loi-sur-les-soins-psychiatriques-suscite-une-forte-opposition_1487129_3224.html

<http://www.liberation.fr/societe/01012322640-une-deraison-d-etat>

<http://www.sudouest.fr/2011/03/16/respect-des-libertes-ou-controle-generalise-344133-4624.php>

QUELQUES TEXTES ANNEXES

LE FICHAGE DES PATIENTS (et autres déviants...) EN PSYCHIATRIE

Dr Olivier LABOURET¹

Quand le contrôle perd le contrôle

On ne peut aborder la problématique du fichage en psychiatrie, sans la replacer dans la logique à l'œuvre dans l'ensemble de la société française - sinon mondiale - aujourd'hui, où de nouvelles technologies de contrôle social se développent, au risque, paradoxalement, d'échapper à tout contrôle citoyen. Le fait est que **le fichage aujourd'hui se généralise et s'accélère dans tous les domaines**. Comment, et pourquoi ?

- On peut distinguer quatre grands domaines, dont la psychiatrie est à l'intersection : fichage policier, des pauvres, des autres populations à problèmes, des malades.
- On va voir que l'évolution du fichage présente trois caractéristiques : il devient prédictif, il s'opère sous le couvert de la lutte contre la fraude, il tend à l'interconnexion.
- Il obéit à une finalité, une intentionnalité. Théorie paranoïaque du complot ? Non : la paranoïa est du côté des fumeurs, pas des fichés ou des lanceurs d'alerte ! Le fichage est l'instrument d'une politique bien déterminée, le symptôme de la fuite en avant d'un système économique qui cherche, par ce moyen technique parmi d'autres, à se perpétuer coûte que coûte. Nous essaierons de comprendre de quelle politique, de quel système il s'agit...

Les quatre grands domaines du fichage

1) Policier :

Plus de vingt lois sécuritaires votées en dix ans, et plus de soixante fichiers de police ayant cours aujourd'hui !

Ainsi les fichiers de police PASP² et EASP³ décrétés par le ministre de l'intérieur à la fin de 2009 :

- au mépris de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL), « autorité indépendante » dont les membres sont nommés par l'État, la présidence assurée par un sénateur de droite, et les avis, même mollement protestataires, non pris en compte (comme dans la loi HADOPI⁴).
- au mépris du Parlement (projet de loi Bénisti-Batho sur le contrôle des fichiers de police).
- au mépris de l'opinion publique (forte mobilisation du Collectif « *Non à EDVIGE*⁵ »).

Le fichage policier prédictif se généralise : c'est la simple intention ou suspicion de commettre un délit qui est visée, et non plus le délit lui-même. On touche là à la dimension magique, au rôle de prophétie auto-réalisatrice du mythe sécuritaire :

- fichier PASP encore, lois « Estrosi » sur les bandes organisées, de rétention de sûreté, FNAEG⁶ ;
- propositions insistantes des députés UMP Bénisti (fichage de l'ADN à la naissance) et Lefebvre (qui a remis au goût du jour le dépistage des troubles du comportement à trois ans) : propositions extrêmes mais banalisées dénotant l'évidente tentation eugénique du pouvoir politique en place ;
- loi LOPPSI II⁷ qui autorise l'espionnage de toutes les communications électroniques par la police (après les publicitaires).

¹ praticien hospitalier psychiatre.

Collectif National de Résistance à l'Informatisation des Données Personnelles en Psychiatrie (CNR-IDPPsy).

o.labouret@ch-gers.fr

² Prévention des atteintes à la sécurité publique.

³ Enquêtes administratives pour la sécurité publique.

⁴ Haute Autorité pour la diffusion des œuvres et la protection des droits sur Internet.

⁵ Exploitation documentaire et valorisation de l'information générale.

⁶ Fichier national automatisé des empreintes génétiques.

⁷ Loi d'orientation et de programmation pour la performance de la sécurité intérieure.

2) Socio-économique :

Au prétexte de « lutter contre la fraude » (alors que la fraude aux prestations sociales est dérisoire par rapport à la fraude fiscale), se met en place un fichage généralisé des pauvres :

- fichier RNCPS⁸ prévu dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, créé par décret le 16 décembre 2009, et qui a reçu le prix Orwell aux BBA⁹ 2009 (distinction parodique attribuée par des organisations internationales de défense des droits de l'Homme) : interconnexion massive des organismes sociaux à l'aide du NIR¹⁰ ;
- fichier @RSA¹¹ : interconnexion de la caisse d'allocations familiales avec *pôle-emploi* et le Conseil général ;
- projet d'interconnexion de ces fichiers avec l'administration fiscale, et de « fichier des fichiers » (Warsmann, autre député UMP) : interconnexion de toutes les administrations entre elles (collectivités locales et organismes sociaux...) - et pourquoi pas demain, l'ensemble des données de santé et la police ?

3) Autres populations à problèmes ciblées : jeunes, étrangers...

- Interconnexion largement illégale des fichiers de l'Éducation nationale (Base élèves, ScoNet¹²) avec mairies, services sociaux, *pôle-emploi*... et préfectures dans le cadre de la loi de prévention de la délinquance (LPD) et de la politique d'expulsion des étrangers en situation irrégulière ;
- et même fichage de ceux qui s'opposent au fichage ! (fichier MOSART¹³ des enseignants-désobéissants qui refusent de renseigner les évaluations de CM2 ou la Base élèves).

4) Le fichage s'aggrave également dans le champ de la médecine, en opposition directe avec la déontologie :

- **fichage de chaque médecin dans le RPPS¹⁴** : création d'un traitement de données à caractère personnel (décret du 6 février 2009), pour une meilleure « traçabilité »¹⁵ et sécurité de l'offre de soins ;
- **lutte contre la fraude aux indemnités journalières** (particulièrement évocatrice de l'idéologie sous-jacente au fichage) : si les arrêts de travail augmentent, ce n'est pas parce que le monde du travail managérial néolibéral devient de plus en plus précarisant, stressant, dépressogène voire suicidogène, mais c'est parce que la fraude individuelle augmente avec la complaisance des médecins. Pour y mettre bon ordre, on a désormais recours au contrôle patronal des arrêts de travail, à leur télétransmission à la caisse primaire d'assurance maladie, au fichage et aux sanctions pour les trop prescripteurs (pénalités financières envisagées depuis 2009)...
- **attaques de plus en plus systématiques contre le secret médical** : transmission de données concernant la santé dans le fichier @RSA, la loi Boutin sur le logement, la réforme du régime des tutelles... évitée pour le moment dans la LPD et le projet de loi pénitentiaire ;
- **attaques contre le secret médical également en psychiatrie** : diffusion informatique nationale des avis de recherche des « fugueurs », contrôle renforcé des sorties des patients hospitalisés sous contrainte (circulaire du 11 janvier 2010) et du suivi des patients faisant l'objet d'une condamnation pour infraction à caractère sexuel. Réforme imminente de la loi de 1990, élargissant le champ des soins sous contrainte administrative et annonçant le retour du grand renfermement... à domicile !
- Il faut savoir que si la LPD a entériné la notion de secret professionnel partagé, **le secret médical reste lui inaliénable et s'impose à tout soignant en psychiatrie** (article 4 du Code de déontologie).
- **attaques contre l'indépendance des médecins** (Cf. articles 5 et 95 du Code de déontologie) : loi HPST¹⁶ instaurant un hôpital-entreprise dirigé par un seul patron, management par objectifs des pôles, contractualisation comportant un intéressement à l'activité. Incitation systématique à « faire du chiffre » : rentrer des données et fichier davantage.

⁸ Répertoire national commun de protection sociale.

⁹ *Big Brother Awards*.

¹⁰ Numéro d'inscription au répertoire de l'Insee.

¹¹ Revenu de solidarité active.

¹² Scolarité sur le Net.

¹³ Module de saisie des absences et retenues sur traitement.

¹⁴ Répertoire partagé des professions de santé.

¹⁵ Voici les médecins traités comme les bovins, « tracés » du pâturage jusqu'à notre assiette !

¹⁶ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

- **relance du Dossier Médical Personnel (DMP)¹⁷**, promu par le Conseil National de l'Ordre des médecins (CNOM) et un Groupement d'intérêt public (GIP-DMP), à travers une rhétorique auto-persuasive portant sur la « *confiance* » des patients et des médecins, sur une « *évolution inéluctable* » permettant des « *opportunités industrielles créatrices de valeur* », malgré les réserves de la CNIL (« *la sécurité n'est pas satisfaisante* »)¹⁸ : cette usine à gaz est un exemple typique de la fuite en avant techno-économique du complexe médico-industriel.

Bref, trois **caractéristiques à l'extension du fichage actuellement dans tous les domaines : prédire tous types de troubles pour les tuer dans l'oeuf, culpabiliser et sanctionner les fraudeurs potentiels, interconnecter les fichiers entre eux**. Cette triple tendance marque bien une intentionnalité, une volonté politique d'utiliser les nouvelles technologies dans un but normatif et sécuritaire, d'exclure toute forme de déviance et de renforcer la conformité comportementale à la norme socio-économique¹⁹.

Se dessine bien là un **projet de société paranoïaque** de contrôle biopolitique et panoptique, de sélection eugénique (décrit par Deleuze, Foucault, Orwell, Huxley...) : il s'agit non seulement d'écarter les mauvais éléments improductifs, mais de ficher chacun d'entre nous, pour dissuader toute défaillance, « *programmer l'efficience* » (Castel), conditionner l'amélioration des performances individuelles, conformément aux valeurs supérieures du profit et de la concurrence. Le fichage informatique est mis au service du mythe évolutionniste de l'homme post-moderne, le travailleur et consommateur parfaitement adaptable, égoïste et servile réclamé par la productivité industrielle de la mondialisation néolibérale... Nombre d'auteurs ont fait ce lien entre nouvelles technologies, économie capitaliste et idéologie sécuritaire : Loïc Wacquant, Naomi Klein, Mathieu Rigouste, Mireille Delmas-Marty... Et Alain Bauer, président du groupe de contrôle des fichiers de police et de gendarmerie créé par le ministère de l'Intérieur, et dirigeant d'une entreprise privée de conseil en sécurité !

La psychiatrie est le domaine par excellence où s'exerce ce traitement symbolique de la défaillance et de la déviance, que la métaphore neuro-scientiste prétend inscrire jusque dans nos gènes, rassurant la masse des normopathes sur sa bonne santé mentale, par la mise à l'écart du fou désigné comme dangereux. Bien naïf qui penserait que ce domaine puisse dès lors échapper à l'intention d'étendre le réseau du contrôle policier à l'intérieur même du cerveau de chacun d'entre nous !

Fichage des fous, fous du fichage

En Psychiatrie, en effet, le fichage des patients et des soignants progresse également. Il faut distinguer deux aspects :

- **Recueil d'Informations Médicalisées en Psychiatrie (RIMP) obligatoire** depuis le 1^{er} janvier 2007 : « *afin de procéder à l'analyse médico-économique de l'activité de soins* », vingt-sept données sont renseignées, dont le diagnostic CIM-10²⁰ et le mode d'hospitalisation²¹. Le RIMP permettra une tarification à l'activité, principale composante de la Valorisation de l'activité en psychiatrie (VAP), dont la mise en place est sans cesse retardée (la date-butoir du 1^{er} janvier 2009 étant passée, on parle maintenant de 2012). Ces données constituent un vaste fichier nominatif, elles sont conservées au Service d'information médicale (SIM) et transmises tous les trois mois à l'Agence de traitement de l'information hospitalière (ATIH), alors anonymisées. Le RIMP, en attendant la VAP, sert déjà, abusivement puisque ce n'est pas sa finalité, à dresser une comptabilité analytique des actes effectués dans chaque établissement psychiatrique. Le médecin responsable du SIM est le garant de la confidentialité et de l'anonymat des données qu'il recueille et transmet (article R6113-5 du Code de la santé publique - CSP).

¹⁷ Et création de l'ASIP (Agence de sécurité de l'information partagée).

¹⁸ *Médecins* (revue du CNOM) n°10, mars-avril 2010 ; *Le Quotidien du Médecin*, 14 avril 2009 et 17 mars 2010.

¹⁹ On retrouve clairement cette tendance dans le rapport Oullier-Sauneron du Centre d'analyse stratégique (mars 2010), commandé par le secrétariat d'Etat à la prospective et au développement de l'économie numérique, et qui se propose d'appliquer les neurosciences (imagerie cérébrale, sciences comportementales et cognitives...) non seulement dans la prévention en santé publique, mais plus généralement pour influencer les choix des consommateurs et des populations (neuroéconomie, neuromarketing, etc.).

²⁰ Classification internationale des maladies.

²¹ Arrêté du 29 juin 2006. Le nom et le prénom du patient ne font pas expressément partie de ce recueil de données obligatoires, mais sont pourtant systématiquement enregistrés.

Dossier Patient Informatisé (DPI), qui comprend tout ou partie des données du RIMP, auxquelles s'ajoute le dossier médical personnel (observations des soignants, courriers médicaux, résultats d'analyses biologiques, traitements médicamenteux, etc.). Les informations constituant ce dossier ne doivent être transmissibles qu'aux personnes susceptibles de prendre en charge le patient, et renseignées par elles : chaque soignant a son code, et théoriquement n'a le droit d'accéder qu'aux dossiers des patients dont il s'occupe. Lui seul en effet, par le bon usage qu'il en fait, peut garantir la confidentialité des données dont il a connaissance, qu'il enregistre et dont il est responsable (charte d'utilisation du logiciel, dont on va reparler). La finalité affichée du DPI est de favoriser la transmission (instantanée) des informations et la « traçabilité » exigée par la Haute Autorité de santé (HAS)²² pour diminuer le risque d'erreurs - ou plutôt en retrouver les auteurs²³.

Le fichage en psychiatrie est donc une réalité, ainsi que le risque de trahir la confidentialité des données personnelles concernant chaque patient : rien n'interdit en effet techniquement la transmission des données du DPI ou du RIMP à un tiers ou leur interconnexion avec d'autres fichiers, par exemple policiers ou financiers. Les seules barrières sont réglementaires (décret de confidentialité du 15 mai 2007), déontologiques (secret professionnel et médical, « garantie » apportée par le médecin SIM dans le CSP) et légales (« *chaque personne a droit au respect de sa vie privée* » : article 9 du Code civil repris dans l'article 8 de la Convention européenne des droits de l'Homme). Ce « *risque d'atteinte aux libertés individuelles au profit de certains organismes, notamment administratifs, financiers ou assurantiels* », ces dangers d'interconnexion et de subtilisation ont été pointés par le Comité Consultatif National d'Ethique (CCNE) dans son avis n°104 du 29 mai 2008 applicable « *point par point* » à la psychiatrie²⁴. Il a valu au RIMP un « césaire de la surveillance » aux BBA en mars 2009. Le même risque d'interconnexion a été dénoncé par la Commission des droits de l'Homme de l'Organisation des Nations unies pour le fichier Base élèves, sans que le gouvernement en tienne compte... De fait, des affaires de piratage à grande échelle de données confidentielles ont éclaté un peu partout dans le monde (Virginie, Allemagne, Norvège...)²⁵.

Pour autant, l'informatisation des données personnelles avance au pas de charge en psychiatrie, avec **une emprise croissante du SIM sur le corps médical :**

- **caractère obligatoire de l'informatisation**, en dépit de l'avis du CCNE qui préconisait une démarche volontaire : RIMP depuis le 1^{er} janvier 2007, diagnostic CIM-10, ordonnance informatisée (OI) dont la mise en place ne souffre aucun retard ni débat (en cas d'erreur ou d'incident, la mauvaise volonté humaine est toujours mise en cause, jamais la technique ! Et pendant que l'OI se déploie, les soignants se détournent d'autres préoccupations autrement plus gênantes...);
- **identito-vigilance** : dans le but de supprimer les erreurs perturbant une bonne facturation, se sont mises en place dans les établissements des « cellules d'identito-vigilance », sur le modèle de l'hémato-vigilance. A croire que l'identité (comme la viande bovine ?) ça doit être saignant. Les documents officiels²⁶ emploient une rhétorique inquiétante de contrôle omnipotent des identités, là encore teintée d'eugénisme : il s'agit textuellement de « *gérer, contrôler, créer des identités* » - et même de « *lancer des opérations d'épuration massive* », comme si la détermination numérique de l'identité prenait désormais le pas sur l'identité réelle du patient, et que celui qui ne peut être soigné pouvait désormais être nié dans son identité même, sinon éliminé !
- **carte d'alias** : c'est une mauvaise réponse à la non-prise en compte du droit d'opposition. C'est la possibilité pour le patient qui souhaite conserver l'anonymat, d'être enregistré sous une fausse identité (d'après le SIM de notre établissement qui l'a mise en place, son usage doit rester exceptionnel : toxicomanes - réminiscence de la loi de 1970, familles du personnel, personnalités... C'est le SIM qui procède à la création d'une anagramme à partir du vrai nom, qui reste par ailleurs lisible sur le logiciel de facturation. Le nom du patient reste donc accessible et ses données personnelles sont quand même enregistrées). Tous les logiciels ne permettent pas cette possibilité. En tout cas, aucune information claire n'est apportée au patient, et il n'existe pas de réglementation connue !

²² Là encore sur le modèle animal, bovin ou pavlovien !

²³ La revue *Prescrire* a épinglé à de multiples reprises les conflits d'intérêt entre la HAS et l'industrie pharmaceutique.

²⁴ Réponse de son président, le professeur Grimfeld, à la saisine de l'association « *Droits et Libertés face à l'Informatisation de la Société* » (DELIS) (16 décembre 2008).

²⁵ D'après nos informations, l'anonymisation du RIMP lorsqu'il est transmis à l'ATIH n'est absolument pas garantie, les logiciels de cryptage ayant déjà été percés.

²⁶ « *Quelques recommandations pour la mise en oeuvre de l'identitovigilance dans les établissements de santé* », Drs Baudrin et Soler, Commission de coordination régionale des vigilances, DRASS Midi-Pyrénées, juillet 2009.

- **charte d'utilisation du DPI**, telle que la charte *Cortexte*, réglementant l'accès au DPI²⁷ : « *Il est interdit de consulter des dossiers de patients dont on n'a pas la charge (...) Chaque utilisateur est responsable du respect du secret professionnel sous l'autorité de l'encadrement. Le SIM réalisera a posteriori un contrôle mensuel des dossiers consultés sur trente professionnels tirés au sort (toutes fonctions confondues) (...) Toute intrusion injustifiée sera portée à la connaissance de son chef de service qui jugera de la suite à donner* ». On voit le caractère artisanal, bricolé des contrôles de confidentialité, l'absence de tout réel garde-fou technique à un accès abusif, ce qui permet d'accréditer que la confidentialité ne peut être véritablement garantie.

En l'absence d'une finalité clairement déterminée (illégale si l'on se réfère à l'article 6 de la loi n°78-17 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés du 6 janvier 1978 modifiée), la VAP étant sans cesse retardée et pas forcément réalisable, **l'objectif de cette informatisation galopante apparaît manifestement économique et sécuritaire :**

- utilisation détournée par les directions hospitalières de la comptabilité analytique, pour évaluer arbitrairement l'activité des unités, voire de chaque membre du personnel et ajuster les moyens alloués (officiellement, « *Cortexte n'est pas fait pour évaluer une charge de travail* », mais pourtant on assiste bien à une « *redéfinition des effectifs structure par structure en fonction de l'activité constatée* »²⁸). Le RIMP est ainsi utilisé de façon déloyale pour mettre en concurrence les soignants et les services entre eux, laissant planer une menace sur ceux qui travaillent le moins, les plus mauvais, et encourager les autres à travailler plus...
- inadéquation de cette comptabilité analytique avec les activités de soins ambulatoires, qui, par définition, « ne rentrent pas dans les cases » : par exemple, les activités ergothérapeutiques ne sont pas prises en compte, car font doublon avec les autres prises en charge ; les temps de réunions, d'accompagnement, de négociations ou d'échanges informels sont sous-évalués quand ils ne comptent pas pour rien... Plus largement, l'activité réelle des Centres médico-psychologiques (CMP) devrait se compter en négatif car elle s'effectue en filigrane, reste sous-jacente, là où le recueil des actes ne retient que la partie émergée de l'iceberg. Au fond, c'est la philosophie-même des soins de prévention qui échappe à toute comptabilité « positiviste » : par définition, en termes de prévention, le travail effectué c'est tout le travail qu'on permet de ne pas faire. Mieux on travaille, moins on voit le patient : en forçant à peine le trait, en psychiatrie, mieux on travaille, moins on travaille !
- déploiement de l'informatique présenté systématiquement lors des échanges (collèges du SIM localement, et sur le plan national, rhétorique du CNOM, du GIP-DMP et de la HAS à travers les procédures de certification...) comme une évidence, une modernisation incontournable et représentant un marché porteur, permettant accélération, sécurisation et traçabilité de la transmission des informations (cela dénote l'idéologie néolibérale comportementaliste de la « responsabilisation des acteurs » et de l'amélioration continue de la qualité et de la performance, repérée par exemple par Jean-Pierre Le Goff)...
- En définitive, l'informatisation des données personnelles en psychiatrie vise à assurer une gestion concurrentielle optimale des troubles et des budgets. Il s'agit surtout, comme dans l'Education nationale et le travail social, d'habituer les individus, patients comme soignants, à l'évidence normative du fichage, de dresser les consciences et resserrer les rangs derrière la bannière de la mondialisation des échanges...²⁹

La résistance éthique contre le fichage

Contre ces risques liberticides insidieux mais extrêmement graves, différentes actions de résistance offensive ont été discutées ou menées, sans succès jusqu'à présent :

1) action dans un petit hôpital spécialisé de province pour faire valoir le droit d'opposition à l'informatisation des données personnelles en psychiatrie, auprès du SIM local et de la CNIL :

²⁷ Exemple local de charte daté de décembre 2006.

²⁸ Exemples de comptes rendus de réunions d'instances administratives tenues en avril 2009.

²⁹ Nous ne parlerons pas ici de l'omnipotence, de la déshumanisation que signifie, d'un point de vue symbolique et identitaire, la relation avec l'écran informatique comme miroir narcissique : nous renvoyons aux critiques classiques des technologies de l'information formulées par exemple par Bourdieu, Ramonet, Chomsky, ou encore Biagini et Carnino...

- **notice d'information** distribuée aux patients suivis en consultation dans un CMP (du moins ceux susceptibles de recevoir en toute connaissance de cause cette information), rappelant l'article 38 de la loi n°78-17 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés du 6 janvier 1978 modifiée : « *toute personne a le droit de s'opposer, pour des motifs légitimes, à figurer dans un fichier* »³⁰. Comme motif légitime, la notice évoque l'avis n°104 du CCNE sur les risques pour les libertés et la confidentialité, notamment du fait du caractère obligatoire du RIMP et du diagnostic comportementaliste de la CIM-10. La notice se termine par la possibilité de faire valoir ce droit d'opposition auprès de la CNIL et du SIM, par l'intermédiaire de son médecin-psychiatre (qui est aussi, dans ce cas d'espèce, président du Comité d'éthique de l'établissement).
- **Des demandes individuelles** de droit d'opposition ont ainsi été recueillies (très variées, leur motif légitime n'étant pas toujours explicite) : d'abord quatorze, puis finalement vingt-deux. Elles ont été adressées en juillet 2009 au SIM et à la CNIL, accompagnées d'un courrier de la part du médecin-psychiatre avec un argumentaire plus détaillé.
- **Argumentaire** (sans revenir sur l'avis du CCNE) :
 - o Le diagnostic obligatoire utilisé dans le RIMP est comportementaliste (la CIM-10, classification mondiale de l'OMS « *des maladies mentales et des troubles du comportement* ») : il s'agit d'une classification réductrice et stigmatisante d'idéologie utilitariste, où la « *perturbation du fonctionnement personnel* », synonyme de trouble du comportement, est assimilée à une maladie mentale. Cette définition objectiviste du trouble par la déviance à l'égard de la norme socioprofessionnelle est un contre-sens épistémologique absolu, si l'on se réfère à la définition éthique et systémique de la santé comme liberté et création de valeurs (Cf. Georges Canguilhem, Henri Ey, Georges Lantéri-Laura, etc.). Un diagnostic aussi chosifiant ne peut que nuire au patient, et porte fondamentalement atteinte à sa vie privée et au secret médical. Il est d'ailleurs maintenant avéré que ces classifications découpant le vécu en tranches et en chiffres, où la conformité à la norme socio-économique est donc le parangon absolu, mais fallacieux, de la bonne santé psychique, obéissent à des arrière-pensées mercantiles commandées par les intérêts de l'industrie pharmaceutique...
 - o L'anonymisation du fichier du RIMP se fait *a posteriori* et non à la source, hypothéquant d'entrée de jeu la confidentialité³¹. Il n'y a pas d'autre garde-fou technique à la divulgation des données personnelles concernant les patients (comme on l'a vu, le médecin SIM est le seul garant de la confidentialité, sans parler des contrôles aléatoires « bricolés » du respect de la confidentialité pour les soignants accédant au DPI...).
 - o La finalité de la VAP, médico-économique, reste en réalité indéterminée, hypothétique, marchande et non soignante, contraire à l'article 6 de la loi sus-citée. Cette finalité est d'ailleurs déjà dévoyée par l'usage de la comptabilité analytique à des fins d'évaluation concurrentielle de la charge de travail des unités et des soignants.³²
 - o Le droit à l'information des patients sur leurs droits (droits d'opposition, mais aussi d'accès et de rectification, et droit à l'oubli) est le plus souvent indigent (en dépit de l'arrêté du 15 avril 2008 sur le contenu du livret d'accueil).
 - o En conclusion : la défense des droits des patients (vie privée, secret médical...) est une obligation éthique à laquelle nul praticien ne saurait se soustraire !
- Depuis plus d'un an, **la CNIL n'a toujours pas répondu**, malgré de nombreuses relances... Silence éloquent, qui montre que cette commission, en dépit de sa dénomination, a depuis longtemps choisi l'informatique contre la liberté !

³⁰ Depuis la modification de la loi en 2004, cet article stipule que le droit d'opposition ne s'applique pas « *lorsque le traitement répond à une obligation légale* ». Il n'empêche que la légalité du traitement informatique des données personnelles en psychiatrie est contestable sur bien des points, ce qui rend légitime le fait de s'y opposer. Par ailleurs, cette restriction même du droit d'opposition contrevient à l'article 2 de la Déclaration des droits de l'Homme reprise en préambule dans la constitution de 1958, qui rappelle les droits fondamentaux : « *la liberté, la propriété, la sûreté et la résistance à l'oppression* ».

³¹ Les fichiers du RIMP et du DPI ne sont par ailleurs pas clairement séparés.

³² Sous cette menace permanente typique du management par objectifs et par le stress, il faut donc justifier de son activité, quitte à la surévaluer, pour voir son poste préservé, au détriment du voisin...

- **La DHOS³³ a répondu tardivement** à un courrier de la direction de l'hôpital, qui l'interrogeait sur le bien-fondé du droit d'opposition des patients : réponse maniant des tautologies et incantations auto-convaincantes, et se terminant par des menaces (rappel des sanctions disciplinaires et financières auxquelles s'exposent les praticiens qui refusent de renseigner leur activité !). Cette réponse dénie tout droit d'opposition, mais il faut - comme souvent - lire entre les lignes pour déceler une faiblesse dans l'argumentation : pour que les patients n'aient pas de motif légitime de s'opposer, malgré tout, la DHOS avoue que l'établissement doit attester « *qu'il met en œuvre toutes les mesures de nature à assurer la confidentialité des données traitées* ». Est-ce le cas, si l'on se réfère à la charte *Cortexte*, ainsi qu'au caractère nominatif injustifié du fichier du RIMP ?
- Enfin, réponse écrite « à côté » du SIM à chaque patient (il ne dit rien quant à la légitimité du droit d'opposition, mais fait part du courrier de la DHOS et brandit l'agrément de la CNIL comme une preuve absolue d'innocuité).
- **Et maintenant ?** Ces réponses dilatoires incitent à apporter une nouvelle information contradictoire aux patients, et entamer une nouvelle démarche collective auprès du SIM et de la CNIL. En argumentant les motifs légitimes de s'opposer à l'informatisation des données personnelles, par l'avis du CCNE, et en mettant l'accent sur l'impossibilité technique de garantir la confidentialité. Mais aussi en rappelant le Code pénal (articles 226-18 et 226-18-1) : « *le fait de procéder à un traitement de données à caractère personnel concernant une personne physique malgré l'opposition de cette personne* » sinon « *le fait de collecter des données à caractère personnel par un moyen frauduleux, déloyal³⁴ ou illicite* », est passible de cinq ans de prison et de 300 000 euros d'amende. En cas de réponse à nouveau négative, ou d'absence de réponse, une action en justice apparaît en effet comme le seul recours restant...

2) Autres actions menées

- mobilisation locale : il s'agit sans relâche d'informer le corps médical et les autres soignants, et de tenter de les faire agir... Dans notre établissement, cela passe notamment par des courriers et des discussions, une action déterminée au sein du Comité d'éthique, du Conseil de pôle, du collège du SIM, de la Commission médicale d'établissement... Cette action reste éprouvante, car elle se heurte à la propagande technocratique et au management par l'intimidation et le discrédit.
- mobilisation nationale : par des articles de presse, des textes à diffuser auprès des réseaux syndicaux et associatifs, ainsi qu'une première journée contre le fichage en psychiatrie organisée le 29 mai 2010 par l'association *DELIS - Santé Mentale Rhône-Alpes*³⁵. Un certain nombre de collectifs soignants sont engagés dans la résistance à l'informatisation des données personnelles en psychiatrie, sur lesquels se greffent des individuels dispersés sur l'ensemble du territoire national.
- **boycott du diagnostic CIM-10 (grève du codage)**. Appel national lancé à deux occasions : en janvier 2007, par les quatre syndicats de psychiatres d'exercice public, en raison de l'absence de visibilité médico-économique du recueil ; durant le premier trimestre 2009, par l'ensemble des médecins hospitaliers menés par le Mouvement de Défense de l'Hôpital Public, pour empêcher la promulgation de la loi HPST. Ces deux mouvements ont été très peu suivis, devant la menace d'une restriction budgétaire... Actuellement, le boycott se poursuit de façon très dispersée et marginale dans les hôpitaux psychiatriques : il consiste soit en un refus pur et simple de renseigner le diagnostic, soit à rentrer un diagnostic non discriminant pour ne pas « pénaliser » l'activité (F99.9 : trouble mental sans précision ; et/ou Zoo.4 : examen psychiatrique général). Ce boycott expose à quatre ordres de menaces : verbale (« *sabotage* », menaces de dénonciation au ministère...), disciplinaire (pour non-respect des obligations de service), budgétaire (restriction des moyens si l'activité n'est pas rentrée correctement : menace absurde car la VAP n'existe pas, mais néanmoins efficace !) et maintenant salariale (article L6113-7 de la loi HPST, menaçant les praticiens qui ne transmettent pas « *les données médicales nécessaires à l'analyse de l'activité et à la facturation de celle-ci* » d'une retenue sur leur rémunération). L'exemple de la désobéissance dans l'Education nationale nous montre que cette dernière menace sera certainement appliquée, mais sans entraîner forcément de conséquences sérieuses : système de caisse de solidarité, sanctions non confirmées par le tribunal administratif...
- action auprès du CNOM au début de 2009, sans réponse satisfaisante.

³³ Direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins.

³⁴ C'est particulièrement le cas pour les patients hospitalisés sous contrainte !

³⁵ Le présent article étant la transcription de la communication introduisant la journée.

3) Projets d'actions

- généraliser l'usage de la carte d'alias ;
- après le CCNE, saisir la Commission des droits de l'Homme de l'ONU ;
- recenser toutes les « affaires », les situations illégales dans lesquelles la confidentialité des données informatiques n'a pas été respectée³⁶ ;
- constituer un réseau d'assistance juridique ;
- **fédérer un Collectif National de Résistance à l'Informatisation des Données Personnelles en Psychiatrie (CNR-IDPPsy), sur le modèle du CNRBE³⁷ dans l'éducation nationale³⁸.**

Conclusion :

L'informatisation des données personnelles en psychiatrie soulève des problèmes très complexes, voire insolubles, d'ordre légal, déontologique, éthique, épistémologique... et technique. La confidentialité est un impératif pour éviter le risque effectif de fichage, mais c'est un impératif impossible à réaliser ! (Elle est mise en avant par les textes ou les instances réglementaires, mais sans aucune crédibilité technique : manifestement pour mieux « faire passer la pilule » de l'extension du marché lucratif de l'informatique et de la « sécurité »)

Nous sommes - encore - dans un État de droit. C'est donc sur le terrain de la loi et de la déontologie qu'il faut rester vigilants et contre-attaquer : Code civil, Code de la santé publique, loi *Informatique et Libertés*, Code pénal, secret et indépendance du médecin...

Une action judiciaire est en effet possible si l'atteinte à la vie privée (à la confidentialité) est prouvée, voire si le droit d'opposition n'est pas pris en compte... Si un *haker* pouvait pirater un SIM, en toute confidentialité, et le faire savoir ! Porter une affaire exemplaire en justice serait en tout cas l'occasion de démontrer que le fichage est d'ores et déjà une dangereuse réalité...

La défense des droits de nos patients est un impératif éthique : aucun médecin ne peut accepter de participer à une entreprise de fichage qui visera, tôt ou tard, à les sélectionner. Au nom de quel alibi d'ordre public ou économique la science médicale se ferait-elle le complice de cette résurgence historique tragique de l'eugénisme ?

Nos remerciements à l'association *DELIS - Santé Mentale Rhône-Alpes* et au Collectif *Psy13*, et nos encouragements solidaires à tous les soignants qui résistent pour la défense d'une psychiatrie humaniste.

³⁶ Exemples d'affaires récentes :

- éducateur licencié en 2008 dans les Alpes-Maritimes pour avoir refusé de saisir des données nominatives au Conseil général ;
- saisie de dossiers par le procureur dans des CMP (Saint-Gemmes, Blain) ;
- tableau *Microsoft Excel* des enfants déficients scolarisés en maternelle dans le Val d'Oise, accessible en un *clic* (« enquêteur » de l'URAPEI auprès des enseignants) ;
- « flicage » informatique des soignants (enquête sur *Cortexte*, sans objection du SIM, pour soupçonner et dénoncer l'infirmier, auteur présumé d'un procès verbal pour stationnement illicite - enquête rapidement abandonnée...).

... Chaque établissement doit connaître des affaires de cet ordre !

³⁷ Collectif National de Résistance à Base élèves.

³⁸ Le Conseil d'État a statué, le 19 juillet 2010, en annulant l'arrêté ministériel portant création du fichier Base-élèves : d'une part, parce que cet arrêté a interdit expressément, illégalement, le droit d'opposition à l'enregistrement de données personnelles dans ce fichier ; d'autre part, en raison de possibilités d'interconnexion non mentionnées à la CNIL. Ce succès, quoique relatif (puisque cette « annulation » ne va demander qu'une régularisation du fichier considéré...), doit nous inciter à approfondir rapidement les possibilités d'action en justice.