

Comité Européen : Droit , Ethique et Psychiatrie

Cahiers POLLEN

n°11(1)

Février 2003

Santé Mentale et Droits de l'Homme en Europe

**M. Mitrossili, B. Gravier,
C. Louzoun, S. Stylianidis**

Actes des
Journées d'études européennes

Athènes, 6-7 décembre 1996

POLLEN est une publication du

Comité Européen : Droit Ethique et psychiatrie

Président : C. Louzoun, Paris
Secrétaire : B. Gravier, Lausanne
Trésorier : P. Arteel, Gent

Siège social : 59bis, RUE DE LA ROQUETTE - 75011 PARIS
(FRANCE) - ☎ +33 1.49.29.67.77 FAX +33 1.49.29.67.78

Secrétariat : 18, AV. SEVELIN - 1004 LAUSANNE (SUISSE) -
☎ +4121 621 14 72 FAX +4121 626 13 30 ✉ :
[Bruno.Gravier@inst.hospvd.ch](mailto: Bruno.Gravier@inst.hospvd.ch)

Trésorerie : VVGG - TENDERSTRAAT 14 - 9000 GENT
(BELGIQUE) - ☎ +32 9.221.44.34 FAX +32 9.221.77.25 ✉ :
paul@vvgg.be

Contact : cedep.paris@wanadoo.fr

Site internet : www.vvgg.be/CEDEP

Table des matières

Présentation	6
Ouverture des journées	11
<i>Chapitre 1: L'application de la loi 2071/92 en Grèce aujourd'hui : contradiction des pratiques psychiatriques et judiciaires</i>	15
The rationale of law (2071/92) for involuntary hospitalization in Greece	16
The application of the measure of involuntary treatment in a regional hospital	24
Observations sur l'application des articles de la loi hellénique 2071/92 sur l'internement volontaire. L'expérience d'un hôpital central d'Athènes.	29
Problèmes de l'application de la loi 2071 pour la Santé Mentale dans la périphérie de Dodécannèse	36
L'enfermement dans un Hôpital Psychiatrique en tant que mesure de prévention et de sécurité du Code Pénal grec	43
<i>Chapitre 2 : La gestion de la dangerosité du malade mental en Europe : aspects actuels des législations et des pratiques psychiatriques en mutation</i>	48
Danger et dangerosité dans les législations nationales de santé mentale et la jurisprudence des pays européens	49
La dangerosité, entre soigner et punir : A propos de l'évolution des législations concernant les délinquants sexuels	68
Between fear and exaggeration, "management" of the excluded	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
La dangerosité dans les codes civil et pénal : les changements législatifs en Espagne	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
Dangerosité, traitement psychiatrique et la convention européenne des droits de l'homme	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
<i>Chapitre 3 : Du texte à l'application, approches critiques des pratiques des législations de santé mentale en Europe.</i>	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
L'état de l'application de la loi française de 1990 relative à l'hospitalisation psychiatrique	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
Balance of care control and clinical freedom under mental health legislation in the UK	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
Involuntary (compulsory) hospitalisation of mental patients	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
Developments in the psychiatric rehabilitation in Greece	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
Le malade mental sujet de droit: nouvelles approches en Italie dans le dépassement radical de l'hôpital psychiatrique	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

[Attempted suicide as mode of referral to psychiatric hospitals among ethnic minorities in the state of lower saxony/germany, epidemiological aspects and discriminating features](#) _____ **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

[Conclusions](#) _____ **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

[En guise de conclusion : La nécessité de la définition d'une nouvelle politique concernant la santé mentale en Europe](#) _____ **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

[Clôture des journées](#) _____ **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

Ont contribué à ce numéro :

M. Mitrossili

C. Louzoun

B. Alevizos

M. Livatidis

D. Ploumpidis

T. Megaloïkonomou

N. Paraskevopoulos

P. Bernardet

B. Gravier

K Matsu

A. Roig Salas

T. Douraki

C. Gekière

H. Lloyd Richards

I. Spyropoulos

*Hellenic Branch of the World Association for
Psychosocial Rehabilitation*

M. Novello

K. Lazaridis

Maria Mitrossili

Présentation

En cette fin du XXème siècle, provenant de plusieurs pays de l'Europe, nous sommes réunis à Athènes afin d'examiner ensemble un sujet aussi important que *"la Santé Mentale et les Droits de l'Homme"*. Notre but est de contribuer au changement des attitudes et des mentalités des Etats et des sociétés dans l'espace européen.

La santé mentale nous concerne, tous. Non seulement parce que, à un niveau théorique, il n'existe pas de limites clairement démarquées entre le Normal et le Pathologique (Canguilhem 1966), mais aussi parce que la bipolarité santé/maladie nous intéresse directement en tant qu'individus sociaux. Quand la maladie mentale dépasse le privé et se répand dans le secteur public, le sens civique est activé et des questions profondément philosophiques et complexes apparaissent dans le champ social du point de vue de la politique sociale : "Est-ce que la maladie mentale c'est la pathologie de la liberté?" (Ey, 1978). Quels mécanismes sociaux se mettent en mouvement en vue de sa gestion? Assume-t-on, en tant que monde social, le problème ou exclut-t-on de notre vie l'inquiétante étrangeté en l'incluant dans le cadre des rythmes lents de l'institution ou des structures de réhabilitation folkloriques par une simple adaptation du passé au présent, de la logique institutionnelle à la logique moderniste? Gère-t-on judiciairement la maladie mentale et mène-t-on de manière rigide et formaliste les individus devant un tribunal *"rendant raison"* pour leur maladie?.

Aujourd'hui, nos sociétés subissent une crise institutionnelle prolongée qui influence directement le système psychiatrique et juridique. La psychiatrie et la justice imprégnées du positivisme de l'école italienne de criminologie, nourries de la notion de la dangerosité, se réfugient dans les Droits de l'Homme et du Citoyen.

Les droits de l'homme constituent des mesures de protection minimales permettant aux individus ou aux groupes de vivre une vie digne de leur existence humaine et sociale, en délimitant un espace inviolable et solide.

Ce sont exactement ces droits qui sont considérés comme "avantages", "formes de micro-pouvoir", pourrais-je dire, attribués à l'individu —et étendus plus tard à certains groupes sociaux— par le droit national, européen ou international, garantis par le pouvoir étatique (Etat de droit), ainsi que par l'ordre

légal et judiciaire européen (Convention des Droits de l'Homme, Commission Européenne/Cour Européenne des Droits de l'Homme).

Les textes et le système de protection des droits de l'homme sont effectivement susceptibles d'être soumis à la critique. Ils ne sont pas sacrés et ne se posent pas par-dessus des enjeux de l'ordre légal européen et international.

En ce qui concerne la Convention Européenne pour les Droits de l'Homme (1950), on observe qu'il y survit des conceptions anachroniques au contenant et au contenu, à l'esprit et la lettre des dispositions concernant la gestion de la maladie mentale, afin de nous prouver la complexité du monde social. Je me réfère par exemple aux termes « aliéné » et « détention » qui, en tant que signifiants, renvoient à la psychiatrie traditionnelle, à la psychiatrie de l'asile d'aliénés. Concernant la jurisprudence de la Cour Européenne, on ne peut qu'être préoccupé de l'argumentation sur le traitement du cas urgent et les marges qui sont laissées à la législation nationale.

Les droits de l'homme, civils, pénaux et politiques, s'appuient sur l'égalité devant les lois nationales et sur la participation au suffrage universel. Il est évident que la notion des obligations du citoyen envers la société organisée en Etat, est décisive. Cela, d'ailleurs, les différencie légèrement des droits de l'homme qui se meuvent dans une sphère plus vague, superposée aux droits individuels du droit positif. L'Etat et le citoyen se trouvent dans une relation de don et contre don constant et continu, un espace de communication et d'interaction.

Le problème non dit et latent — qui est, en même temps, héritage lourd et fondement de la civilisation occidentale, tant au niveau du droit qu'à celui de la psychiatrie, et qui nous préoccupe pendant ces deux journées, à travers, bien sûr, des problématiques concrètes — est l'intégration des citoyens et l'échec du modèle de l'homme rationnel qui crée à répétition des catégories d'exclusion juridique et sociale. Les citoyens étant identiques et même pour la pensée civile, des êtres dotés de la logique, de la volonté saine, du jugement et de la conception, la société se voyait dans l'impossibilité d'imaginer et de donner sens à elle-même en tant que mosaïque de citoyens, formée par le moi et l'autre.

Le droit naturel, le contrat social, l'individualisme, l'universalisme et le rationalisme constituent le fondement des droits individuels de l'homme. Et si aujourd'hui les théories de Rousseau ou de Locke nous semblent simplistes — et le sont jusqu'à un certain point — les droits de l'homme, malgré l'abondance de revendications, ne cessent de mettre en question le droit positif, "law as it is", à travers les textes internationaux et particulièrement à travers la jurisprudence, limitée encore, de la Cour Européenne. Ils constituent, d'après moi, une sorte de doute de la phénoménalité de la cohérence du pouvoir et du corpus indissoluble du droit national.

La recherche faite par la Commission Européenne ou par la Cour Européenne des Droits de l'Homme, sur le maintien, de la part du droit national, de la "régularité" et de la "légitimité" en cas de placement involontaire ou forcé et de traitement du malade mental dans le cadre d'une institution psychiatrique,

constitue certainement la réponse au sentiment d'insécurité vis-à-vis du droit, mais aussi à la lutte contre l'arbitraire.

Bien qu'il y ait beaucoup à faire dans le sens de la production d'un droit flexible pour les droits de l'homme et du citoyen européen, il est très important que le malade mental ait déjà la possibilité de recours aux instances européennes contre l'Etat.

Le juge, considéré d'après moi, comme l'instance tierce qui intervient, entre le sujet souffrant, la psychiatrie et l'Etat, en tant que protecteur de l'intérêt public, devra constituer une sorte de limite à la tendance croissante donnant le pouvoir aux experts et à l'orthopédie du comportement.

Malgré la crise de l'institution de la justice, au moins dans les cas où sont mis en danger des "biens" importants de l'homme —et un tel cas de figure constitue l'objet de la législation psychiatrique— le juge doit avoir des yeux pour voir seulement le contenu de la loi, garant des engagements du passé, c'est-à-dire de la temporalité des lois.

Il est important alors de comprendre et d'interpréter l'attitude souvent ambivalente du juge. Ce dernier, en exerçant un emploi public, représentant d'une des autorités principales du pouvoir de l'Etat, se trouve dans la position sensible d'exiger la non intervention de l'Etat ou bien son intervention sous condition. Il doit donner satisfaction à des droits parfois en conflit entre eux, soit dans la même catégorie de droits —par exemple le droit individuel de la personne à la liberté et à la santé— soit dans différentes catégories de droits, par exemple le droit individuel à la liberté et le droit social au soin psychiatrique de secteur.

Nous, juristes, sommes séduits par le besoin de protection des droits individuels et répugnons souvent à l'activation des droits sociaux, c'est-à-dire les droits qui concernent l'usage des services de santé mentale, la sécurité sociale, l'intégration à travers le travail, la survie digne, au seuil de la pauvreté, dans des structures d'hébergement et de réhabilitation ou par l'allocation d'un "salaire social inférieur". Et cela parce que, d'après nous, les droits sociaux sont liés à notre implication dans l'activation de l'Etat social de droit et dans la réforme de la politique sociale.

En somme, le juge est appelé à harmoniser la demande d'abstention à celle d'intervention. Pour cette raison, il est nécessaire de distinguer les pouvoirs mais aussi les micro-pouvoirs, de sorte que le juge soit le juge des citoyens et de "sa propre conscience". Cela, bien sûr, est en vigueur, toutes proportions gardées, non seulement au niveau de l'ordre moral et légal mais aussi à celui de l'ordre européen et même international.

La "*banalisation du Mal*" (Arendt, 1966) et la culture artificielle de l'idée que ces droits sont au fond des idéaux moraux sont les ennemis principaux des droits de l'homme et du citoyen.

Cependant les droits de l'homme ont une autre source de malaise, la *real politik*. Pour Machiavel, il était incontestable que les droits peuvent être exploités seulement par ceux qui comptent pour le pouvoir, pouvoir qui abandonne à leur sort ceux qui sont incapables de les revendiquer parce qu'ils sont malades, âgés, analphabètes, en somme "infortunés".

Comment va-t-on enfin affronter ce que le malade mental et les autres exclus sociaux subissent quotidiennement: d'une part, le risque de l'arbitraire et, d'autre part, la dégradation de la "gestion" de leur vie personnelle et sociale ainsi que l'influence de la pathologie du système de santé mentale, victimes du pouvoir excessif de la science, de l'administration et de ses produits dérivés?

Comment le psychiatre et l'équipe thérapeutique peuvent-ils mener le patient à l'autonomie, en le soulageant de la souffrance, quand en même temps ils décident l'internement et/ou l'intervention thérapeutique, en jouant à la fois et parallèlement des rôles contradictoires? Dans la dramaturgie, les rôles sont bien partagés et il n'y a pas de confusion. Comment est-il possible, sur la scène sociale, que le rôle du thérapeute, la parole de l'Etat et de la reformulation du "discours utile" du patient, l'identification au modèle gestionnaire, coïncident avec les mêmes personnes, comme dans une spirale perverse ?

La naissance de la psychiatrie en tant que science, du traitement en tant qu'isolement et de la première législation psychiatrique, rencontrent le projet des droits individuels de l'homme de l'époque. C'est-à-dire, la liberté de l'individu s'arrête là où commence celle d'autrui, et l'hospitalisation dans les institutions psychiatriques se fait sous des conditions et des procédures prévues par la loi spécifique. Il y a deux modes d'hospitalisation qui ont prévalu dans le territoire européen :

- Le placement suivant la décision de l'administration (du préfet) basée sur le diagnostic et le certificat des psychiatres et,
- Le placement suivant la demande de la famille qui représentait la "volonté présumée" pour le traitement du patient. Il existait d'ailleurs, a posteriori, des garanties judiciaires élémentaires qui n'étaient pratiquement jamais activées.

La psychiatrie a changé certainement de paradigme scientifique, en incorporant dans ses pratiques le droit à la protection de la santé et au soin psychiatrique, et en proposant, de plus en plus, le traitement au sein de la communauté, dans le milieu de vie et de travail du patient.

Qu'est-ce qui a suivi ce changement au niveau législatif? La reconnaissance d'une, si l'on peut dire, responsabilisation et responsabilité partielle du patient qui a graduellement émergé à travers des institutions de la psychiatrie communautaire.

L'individu peut demander volontairement son hospitalisation à l'hôpital psychiatrique, sur la base de la notion multiple de l'admission-traitement-sortie.

Pourtant, parallèlement, il continue à exister en tant que mode d'admission, l'hospitalisation sous contrainte sans le consentement du patient, sous certaines conditions et procédures qui sont décrites spécifiquement dans les lois nationales.

Le changement essentiel au niveau législatif, et qui concerne la plupart des pays européens, est le suivant :

- Au niveau des conditions il y a, d'une part la conception d'une hospitalisation sous contrainte/involontaire en tant que mesure thérapeutique de temps limité, et aussi l'effort réalisé pour sa disjonction de la privation des droits civils et politiques. Il y a, d'autre part, le fait que le comportement nommé dangereux de l'individu ne doit pas constituer un critère par lui-même. D'ailleurs plusieurs législations, par exemple la grecque, évitent l'utilisation du terme de dangerosité et parlent des actes de violence contre lui-même ou autrui.
- Au niveau de la procédure, c'est-à-dire qui va imposer le placement, il existe un déplacement entre l'autorité administrative et l'autorité judiciaire, basé toujours sur le diagnostic et le certificat des psychiatres.

En plus, il existe des garanties judiciaires dans les cas des législations qui instaurent le modèle médico-centrique, comme la législation italienne.

Les problèmes ne se trouvent pas tant au niveau des législations ou même de l'inexistence de lois idéales, mais au niveau de l'application des lois, dans leur conjonction avec la réalité sociale et tout ce que cela signifie. On a alors besoin d'un consentement social et scientifique, d'un **consensus minimum** qui ne peut être construit qu'à travers des conflits, des contradictions et des paradoxes puisqu'il s'agit d'une question aussi précieuse : la Santé Mentale et les Droits de l'homme/citoyen.

Avec ces réflexions, j'ai essayé d'indiquer les axes principaux sur lesquels nous pouvons, j'espère, fonder un espace de communication et de dialogue entre des professionnels qui servent le patient-citoyen à partir de positions différentes dans la division sociale du travail, de discours scientifiques divers, même au sein du même champ disciplinaire, entre aussi ceux qui se mêlent de psychopathologie et de l'institution psychiatrique.

En finissant, je voudrais, de cette place, remercier, de la part du Comité scientifique et d'organisation, le Ministère de la Santé et de l'Assistance Sociale, qui a mis sous son égide les journées d'études européennes, en les soutenant financièrement et en les honorant par la présence du Secrétaire d'Etat, Monsieur Manolis Skoulakis, et du Directeur, Monsieur P. Giannoulatos ainsi que des cadres de la Direction de la Santé Mentale, la Commission Européenne DGV-E3 pour sa contribution, la présence honorifique du Secrétaire Général du Ministère de la Justice et du député monsieur Kouroubli, l'Université d'Athènes, spécialement le Professeur monsieur G. Papadimitriou, l'Institut Français d'Athènes et le Secrétariat d'organisation, spécialement madame Lia Logaridi pour l'organisation parfaite de nos journées d'études européennes. Je voudrais exprimer aussi ma gratitude aux présidents des tables rondes, aux rapporteurs et aux intervenants qui ont donné du sens à cet effort.

Claude Louzoun

Ouverture des journées

Maria MITROSSILI a déjà présenté la thématique de ces journées de manière fort approfondie. Je vais devoir donc positionner mon intervention un peu en creux ou en accompagnement de ce qu'elle a déjà dit.

Pour ce faire, je vais commencer, puisqu'elle y a abouti, par le questionnement : est-ce que la maladie mentale est une pathologie de la liberté ? Je rappelle que c'est un éminent psychiatre français, Henri EY, qui est l'auteur de cette formule – pensée : la folie est une pathologie de la liberté. Il s'en déduirait que le psychiatre a la liberté d'agir sur cette pathologie de la liberté, bien sûr. Ce que justement notre propos va amener à contredire ou, en tout cas, à contrecarrer ... au moins en partie.

Je vais commencer par convoquer trois types de penseurs :

- Une éminente juriste française, présidente de la commission de réforme du code pénal en France, Mireille DELMAS MARTY, qui écrit : « *C'est peut-être l'exemple des aliénés qui permet le mieux de comprendre comment se développe un raisonnement juridique qui tend à définir le seuil de compatibilité entre normes juridiques et normes médicales* ».

- Autre citation, brève également, provenant de deux psychiatres ayant eu un rôle fondamental dans la psychiatrie française contemporaine, Lucien BONNAFE et Georges DAUMEZON qui écrivent : « *La législation psychiatrique est une codification technique de la conduite de la société à l'égard du malade mental. Cette conduite est déterminée par un état social donné* ».

Et, dernière citation, celle d'un grand philosophe des sciences, Georges CANGUILHEM, dont on connaît la contribution fondamentale sur le normal et le pathologique, qui dit, et ses propos datent de 1959 : « *La médecine, puisqu'elle est désormais scientifiquement et techniquement armée, doit accepter de se voir radicalement désacralisée. Le tribunal devant lequel le médecin d'aujourd'hui doit être du point de vue professionnel strict, c'est à dire dans son rapport au malade, doit être appelé à répondre de ses décisions. Ce n'est plus le tribunal de sa conscience, ce n'est plus seulement le conseil de l'ordre [des médecins, bien sûr], c'est le tribunal tout court* ».

Ces trois citations délimitent bien, du point de vue juridique, psychiatrique et de la philosophie des sciences, dimensionnent cette question des droits et de la santé mentale. Je vous propose qu'elles constituent des axes de nos travaux.

Partons du présupposé qui nous réunit tous au nom des droits de l'homme *et du citoyen* (!) : Il faut des lois de protection des personnes présentant un handicap mental et des personnes malades mentales ! Faire de la discrimination pour lutter contre la ségrégation et l'exclusion, tel serait l'objet. C'est ce que l'on désigne par *discrimination positive* : il y a des droits spécifiques, particuliers qui permettent à la fois leur reconnaissance en tant qu'*Ayant droit* et en tant qu'*individu social*. Lorsque l'on s'intéresse aux lois et droits qui s'appliquent dans ce domaine, on ne peut que constater les progrès certes, mais aussi tout le chemin qu'il reste à faire pour que le « malade mental », le « handicapé mental » soit pleinement être humain, sujet et citoyen, l'égal des autres ; d'autant plus que nous évoluons vers une société de *normopathes*. L'autre face de la discrimination est bien entendu négative : pour leur reconnaître des droits spécifiques, on les étiquette, le fameux labelling, on les catégorise en population cible (même si elle est désignée comme priorité nationale dans certains pays européens), on les réduit à cet état d'handicapé mental et de malade mental ; et bien entendu toutes les déclarations internationales stipulent que leurs droits sont toujours *dans la mesure du possible* ; c'est dire dans la mesure du possible d'une société donnée et non pas comme n'importe quel autre citoyen de cette société.

Le CEDEP a toujours œuvré pour des droits égaux et pour l'intégration dans le droit commun. Dans la pratique, nous avons non seulement ouvert très largement nos sessions et notre association aux associations d'usagers et ex-usagers, en particulier avec le « Réseau européen des usagers et ex-usagers en santé mentale » –représenté dans ces journées d'études européennes– mais surtout considéré qu'il ne pouvait y avoir qu'une égalité dans le partenariat et l'action ; ce qui implique qu'il puisse y avoir confrontations, débats, ... Il est fondamental d'intégrer une démarche inter partenariale pour les avancées démocratiques réelles que nous voulons. Le CEDEP a la particularité constitutive de comprendre dans ses rangs des professionnels de la psychiatrie, du droit et des sciences humaines, des usagers, des profanes militants, ...

A ce moment de l'allocution d'accueil et de bienvenue, il m'importe d'asséner une vérité qui n'est plus d'évidence aujourd'hui : le Droit, ça n'est pas la Justice ! Le droit est relatif à une société donnée. Il peut donc y avoir des Etats de droit qui sont des Etats totalitaires, car dotés d'une Constitution. Toute l'épopée actuelle des Droits de l'Homme prouve que l'on doit se battre avec les droits de l'homme, avec le drapeau des droits de l'homme aussi bien pour les droits, pour la Loi que contre les lois en place, au nom du fait que les droits de l'homme ont valeur universelle et qu'il s'agit de formuler la revendication de Justice par la reconsidération éthique.

Je voudrais rappeler que nous sommes fin 1996, et que nous allons rentrer dans le cinquantenaire des procès de Nuremberg contre les crimes nazis. C'est à Nuremberg en 1947 qu'a été posé pour la première fois au niveau international, un code d'éthique sur les expérimentations humaines et les pratiques médicales, et que, en 1948, il y a eu la Déclaration universelle des droits de l'homme.

Ensuite, il y a eu un triple mouvement qu'il s'agit d'analyser, de s'en représenter la synergie comme d'en tirer la quintessence, afin d'œuvrer utilement et efficacement dans cette période de tous les progrès possibles *et de tous les dangers*.

✓Le premier mouvement de fond, c'est l'évolution de la psychiatrie elle-même. Au lendemain de la deuxième guerre mondiale, partout en Europe et même en Amérique du Nord, il y a eu ce mouvement contre l'asile d'aliénés ; pour certains allant jusqu'à l'idée de son dépassement ; pour d'autres de sa mise à côté du système de pensée en psychiatrie, du système de soin psychiatrique. Cela a donné tous les développements que vous connaissez de la psychiatrie sociale, de la psychiatrie communautaire, de la psychiatrie de secteur, de la psychiatrie démocratique, ..., d'une psychiatrie qui veut au moins promouvoir : premièrement, le malade mental comme un malade comme les autres ; deuxièmement, le malade mental comme un être humain et un individu social, voire comme un citoyen. Malgré toutes les mises en place et tous les équipements de la psychiatrie moderne, ces réformes sont inachevées et ces pratiques sont remises en cause ou affaiblies.

✓Deuxième ligne de force, c'est évidemment l'évolution de la médecine elle-même, des systèmes de santé et des droits sociaux. Bien entendu, lorsque je parle des droits sociaux, des nouveaux droits et des droits dits de Social Security, je parle évidemment du droit à l'emploi, du droit au logement, du droit à la santé, du droit à avoir des ressources minimales, du droit à l'éducation, etc., toutes ces choses-là qui se mettent à se reconnaître au travers du formidable mouvement aussi pour les droits de l'homme, à faire l'objet de pactes internationaux et de déclarations internationales, y compris au niveau de l'ONU. La dernière en date, qui au niveau de son écriture est remarquable, est celle de 1992 à l'Assemblée Générale de l'ONU.

✓Troisième démarche, c'est celle de la société civile. Il y a d'une part le mouvement pour les droits de l'homme ainsi que toutes les luttes et associations pour les droits tout court qui ont imposé une autre représentation de la folie dans le même mouvement que celui des psychiatres progressistes. Nous voyons actuellement, et c'est appelé à se développer, une tendance sécuritaire marquée, une reprise en main répressive au niveau de l'Europe de l'Ouest, qui est fort préoccupante. C'est vrai également par l'accroissement des internements depuis quelques années. J'ajouterai que le fait que la dangerosité soit LE critère du « placement involontaire » conforte cette tendance générale de nos sociétés. Nous savons tous également qu'une *bonne* loi c'est important, mais qu'est tout à fait essentielle son application effective ; l'exemple italien est là pour l'illustrer pleinement, par exemple. Et cette question de l'application effective des droits, des moyens et modalités d'application *démocratique* de la loi, nous sommes surs que, avec la logique économiste actuelle, il sera de plus en plus difficile de l'assurer. Je ne pense pas nécessaire de vous alerter sur la crise de l'Etat Providence et ses conséquences présentes et à venir. Il s'agit donc de lutter dès à présent pour ne pas se contenter de droits formels.

Il est très important que des initiatives comme la notre aujourd'hui, continuent à faire entendre en Europe l'importance de rester mobilisés, et disposés à se battre pour l'application effective et pleine du droit à la santé – notion constitutionnelle dans tous les états d'Europe – des droits à la *Social Security*, et pour la reconnaissance du malade mental en tant que Sujet - citoyen et donc également des professionnels qui ont affaire aux « malades mentaux ».

Chapitre 1: L'application de la loi 2071/92 en Grèce aujourd'hui : contradiction des pratiques psychiatriques et judiciaires

Basil Alevizos *

The rationale of law (2071/92) for involuntary hospitalization in Greece

Introduction

Psychiatry is the only branch of medicine, in which involuntary hospitalization and treatment takes place, because patient's decision-making capacity may be severely impaired to accept such treatment voluntarily. The major justifications for civil commitment of the mentally ill is the «need for treatment» (*parens patriae*), related to the paternalistic ethic of medical profession and the «*police power*», related to civil liberties¹. According to the *parens patriae* approach, the state takes protective action toward a citizen, just as a parent may do with a child. According to the *police power* approach, the state acts only when patient's behavior is physically dangerous to the self or others. Civil libertarians, rejecting medical necessity as a proper criterion for civil commitment, have the conviction that the psychiatric hospitalization is only justified when patient's behavior is dangerous to the self or others and the dangerousness has been demonstrated unequivocally.

Psychiatrists, defenders of the utilitarian principle of *parens patriae*, believe that the morality of an action is determined by its beneficial effect on the individual and the society. Adversely, the civil libertarians consider that the fact that the mentally ill may benefit from the commitment, it should not be the only consideration determining the morality of an action, when this results in the privation of individual freedom, a value outshining all others². Thus, even though since Hippocrates' age the therapeutic practice has been governed by the principle of the «need for treatment»³ and has followed the percept «*primum non nocere*», since the early 70s the standards for involuntary hospitalization became increasingly tighter, as a result of the increasing interest in personal rights. In 1969, the U.S state of California adopted dangerousness for the patient himself and for others⁴, as the primary condition for involuntary hospitalization, a practice then adopted by other U.S states as well as by other countries. In 1979, the European Court of Human Rights responding to the European Treaty on the Protection of Human Rights and Fundamental Freedom, passed a judgment for the annulment of the involuntary hospitalization, according to which «a patient

* Assoc. Professor of Psychiatry, Athens University, Eginition Hospital 74, Vass. Sophias Av., Athens 11528, Greece

facing mental disorder subjected to involuntary commitment should have access to a court, where he could be heard personally or through a representative».⁵

Psychiatrists have declared that the intervention of legislation and the criminalization of involuntary hospitalization disturbs the traditional doctor-patient relationship, require psychiatrists to act as agents of social control and deprive therapy from many persons in need of treatment, yet unable due to mental illness to acknowledge that need.⁶ They protested against the jurists, who blinded by a misconception of personal freedom, use legal procedures that prevent psychiatric help and allow the mentally ill to suffer unjustifiably or even worse «to die with their rights on»⁷.

Civil commitment standards

In response to the criticisms of dangerousness-oriented criteria, a modified set of treatment-oriented criteria have been proposed by A. Stone⁸ to restore the physician's therapeutic-paternalistic role and secure respect of fundamental rights. The Stone criteria for involuntary hospitalization require:

1. A reliable diagnosis of severe mental disorder,
2. The immediate prognosis for the patient must be one of major distress,
3. The existence of an effective treatment,
4. The patient must offer an incompetent refusal of treatment,
5. Treatment to be such that would be accepted by a normal person in the same situation.

The Stone commitment criteria formed the basis for the Model Law on Civil Commitment elaborated by the American Psychiatric Association (1983)⁹. Similar views have been expressed later on, involving legislation that allow the psychiatrist to evaluate the need for treatment in a wider sense, e.g. the guidelines of the United Nations ¹⁰ regarding «the protection of the mentally ill or persons suffering from mental disorder», of the World Psychiatric Association ¹¹ and most of all the Recommendation R (83)2 of the Committee of Ministers of the Council of Europe¹², which was the basis for the formulation of Law 2071/92.

The proposal R (83)2 of the Council of Europe

The proposal R(83)2 «Protection of persons suffering from mental disorders, placed as involuntary patients» includes the following:

- A patient can be subjected to involuntary hospitalization only if he is suffering from a mental disorder, imposing danger for himself or others. The proposal gives the nations the ability to provide involuntary hospitalization when its absence results in deterioration of the patient's condition or in deprivation of treatment.

- A competent court should take the decision for involuntary hospitalization or any other competent authority defined by the Law. In case of emergency, a patient can be admitted for a short period of time by a medical opinion, under the obligation to inform immediately the judicial or any other authority responsible for pronouncing the judgment.
- The patient must be immediately informed of his right to exercise legal means before a court with a simple and brief procedure. The judicial decisions should be appealable.
- The patient subjected to involuntary hospitalization has the right to be hospitalized under the same scientific and ethical conditions to the other patients.
- The patient reserves the right to be in contact with any competent authority or attorney and to mail letters without breaching the secrecy.
- The involuntary hospitalization should be of limited duration or it should be regularly revised. It can be ceased any time according to a decision taken by a doctor or a competent authority.
- The involuntary hospitalization does not constitute a reason for restricting the patient's capacity to contract although the authority deciding on his admission could have the necessary steps taken to preserve the patient's material interests.
- The patient's dignity is respected.

The need to reform Greek legislation

The promotion of programs provided in the EEC Regulation 815/1984 for vocational training and social rehabilitation of person suffering from mental disorders has created the need to reform Greek legislation. The need became imperative since the Decree 104/73 on mental health controlling involuntary hospitalization, did not secure the fundamental rights regarding respect of the person's dignity and individual freedom. Within the scope of the EEC Regulation 815/84, a committee in charge of the reform of the Greek Legislation on the involuntary hospitalization of the mentally ill, on the basis of R (83)2 Proposal of the Ministers of the member-states of the Council of Europe, has been established.

The committee which consisted of psychiatrists and jurists, elaborated a text which has been incorporated, after legal processing, in the valid Law 207/92 on mental health (articles 94-100).¹³

The new legislative regulation for involuntary hospitalization requires a reliable diagnosis of severe mental disorder, cares for both the patient's necessity of treatment and his dangerousness and secures his personal rights as citizen and the respect of his personal freedom. The emphasis put on human rights in recent years does not jeopardize the right of treatment and the individual's ability to enjoy his personal freedom, by restoring his health.

Basic provision of Law 2071/92

The basic points of the Law, as they result from the text and the explanatory instruction of the 504/1996¹⁴ interpretative circular of the general attorney of the Supreme Court of Appeal, are as follows:

Commitment criteria

The following one or both requirements must be met before a patient can be committed:

- The person should suffer from mental disorder **and** should be in no position to judge in the interest of his health **and** the privation of hospitalization will result either in excluding his treatment or in deteriorating his condition.
- The hospitalization of a patient suffering from mental disorder should be necessary in order to prevent acts of violence against himself or third parties.

Procedure

The petition of the supposed patient (to the public prosecutor of the place of residence) is brought in by a spouse, by someone straightly related to the patient (father, son, grandfather, great-grandfather, grandson) or by someone collaterally related up to 2nd degree (brother), the caretaker or by a judicially appointed guardian. If these persons do not exist, as in case of emergency, the public prosecutor of the court of first instance for the place of residence can ask for the involuntary hospitalization. It stands to reason that a third party cannot ask for the involuntary hospitalization, as provided in the previous Law. In case of a person creating trouble to others (neighbors, housemates, people in the workplace etc.), these people can appeal to the police department or the public prosecutor who can finally ask for an examination to determine the need of involuntary hospitalization.

Case I: The examination is feasible

The petition is accompanied by justified written opinions pronounced by two psychiatrists or one psychiatrist and one similarly specialized physician where there is not a second psychiatrist (they should not be related to the patient nor the person who asks for hospitalization). If the above mentioned opinions coincide and agree on the necessity of the involuntary hospitalization and if the public prosecutor has ascertained that all necessary formal conditions have been met, he orders the patients removal, through police authority, to a suitable Mental Health Unit, public or other selected by the relatives. If the two opinions vary, public prosecutor can order the supposed patient's removal to a mental health unit or bring the case (no admission has to precede) before the many-member court of first instance (see below).

Case II: The examination is unfeasible, the case is urgent and the public prosecutor orders the procedure (It must be written in the petition that patient refuses to be examined).

Public prosecutor has the right to order the patient's removal to a public psychiatric hospital for drawing up the opinions (the patient's stay in the unit for the examination and the drawing of the opinions is expected to last up to 48 hours).

Medical certifications can be written in one or separate forms and they should be **carefully justified**; they should mention any manifestations of the illness, any acts of violence in the past, previous hospitalizations (where and why), reasons why outpatient treatment is not possible and they should end up concluding on the illness and on its scientific foundation (circular 504/2/13.2.96, general attorney).

With these two opinions and as long as they coincide, the public prosecutor orders the patient's removal to a suitable mental health unit, while if they vary, the procedure mentioned above is followed. As soon as the patient is removed to a hospital, he is informed of his right to appeal. A record of proceedings is drawn up, signed by a physician or anyone else informing the patient and by the patient's attendant.

Further procedure

Within three days from the patient's removal to the hospital, the same public prosecutor brings the case before the many-member court of first instance, which sits within 10 days and decides on the involuntary hospitalization.

According to the relevant judgment of the Court of Human Rights, the judicial decision is imperative when someone is about to deprive his personal freedom.

Forty-eight hours before session, the patient is also called to the court having the right to appear along with an attorney and a psychiatrist, as technical advisor. The court in case the expert's opinion vary or are not convincing or in case the director of the mental health unit expresses a different opinion, orders the patient's examination by another psychiatrist, preferably an at least assistant professor or scientific director of a public mental health unit or his legal alternate. In case the petition for involuntary hospitalization is not acceptable by the court, the patient's prompt discharge is ordered.

Legal means

Within two months from the promulgation of the judicial decision, the patient or the scientific director of the mental health unit may lodge an appeal, which will be judged by the many - member court of appeal within 15 days from lodging. The court of appeal may ask for a new psychiatrist's opinion or for anything else considered useful.

The patient, a relative or a guardian, are entitled to petition for the cessation of involuntary hospitalization. The petition is submitted to the public prosecutor, who brings it straightaway before the court of first instance. If not accepted, a new petition can be brought in after three months.

Duration of involuntary hospitalization

Involuntary hospitalization ends when all reasons that caused it cease to exist. The scientific director of the mental health unit is obliged to grant a discharge note and to notify the relevant report to the public prosecutor.

After 3 months, the scientific director, along with one more psychiatrist of the mental health unit submit a relevant report about the patient's condition to the public prosecutor, justifying the necessity of prolonging hospitalization.

In extraordinary case, it is possible to prolong hospitalization beyond six months, provided there are 3 psychiatrists' concurrent opinions - one is the attendant and other two are appointed by the public prosecutor.

Conversion of the involuntary hospitalization into voluntary

To convert the involuntary hospitalization into voluntary and to avoid prolonging hospitalization as if it was voluntary, a certificate signed by 2 psychiatrists or, where there is not a second psychiatrist, by one psychiatrist and one general practitioner, confirming that the patient is in position to judge in the interest of his health, is required. The second psychiatrist or the general practitioner should not be a member of the staff of the mental health unit where the patient is hospitalized and is recommended by the patient. A copy of the certificate is sent to the public prosecutor who had moved the procedure of involuntary hospitalization.

Discussion

The new Greek Law (2071/92) for involuntary hospitalization, based on both treatment-oriented and dangerousness-oriented criteria, sufficiently secures patients' fundamental rights and also provides treatment for patients suffering from severe mental disorders and being unable, due to their illness, to acknowledge the need for treatment.

The law provides that only a close relative and no a third party (other than a caretaker or a judicially appointed guardian) can ask for involuntary hospitalization, the opinions of the two psychiatrists should coincide and agree for hospitalization of a severely suffering, when the absence of the hospitalization results to deterioration of the patient's condition or in deprivation of his treatment. Also, decisions for hospitalization is taken by a court and is appealable, legal means are provided and the involuntary hospitalization is of short duration. These basic provisions do not leave possibility of abuse.

Using the strict criteria of dangerousness, many patients will remain without treatment, although they need it. Durham¹⁵ found that when dangerousness criteria in the state of the Washington were broadened to include «severe deterioration in routine functioning», the number of involuntary hospitalized patients nearly doubled. Thus, the emphasis on patient's rights

protection and the little mention of the necessity and benefits of psychiatric care are a consequence of inadequate understanding between lawyers and psychiatrists and not because the mental health system is abused. The psychiatric community has its own set of ethical guidelines (e.g. Hawaii Declaration) showing that psychiatrists and the psychiatric patients have common interests. The conflict between lawyers/jurists, emphasizing the human rights protection and psychiatrists, focusing on the necessity of treatment seems to have resulted in a better balance between the two forces by restoring the paternalistic - therapeutic role of psychiatrists and simultaneously protecting the patient's fundamental rights. For patients suffering from a dehumanizing disease, like schizophrenia or by an intolerable disease (i.e. major depression), the available treatment, even by involuntary hospitalization, will restore their lost ability to enjoy their personal freedom and to improve the quality of life. Otherwise, there is an insufficient number of alternative community mental health facilities.

The Stone Criteria, in USA, resulted in reexamination of previous strict standards of dangerousness. The R(83)2 Recommendation gives the nations the ability to provide involuntary hospitalization when its absence may result in deterioration of patient's condition or in deprivation of treatment (Article 3b).

In England and Wales, the Mental Health Act of 1959¹⁶ and the revision of 1983, legally permits very broad discretion for physicians in involuntary committing the mentally ill. So, the conflict between *parens patriae* and *police power* criteria for involuntary hospitalization is not prominent in European Union.

Today, only a small proportion of psychiatric patients are hospitalized and of these only a fraction against their will and the provision of psychiatric care is of inestimable value to the patients.

References

1. Chodoff P. Involuntary hospitalization of the mentally ill as a moral issue. *Am J Psychiatry* 1984, 141: 384-389
2. Chodoff P: The case for involuntary hospitalization of the mentally ill. *Am J Psychiatry* 1976, 133:496 - 501
3. Appelbaum PS. Civil Commitment. In: Cavenar JO Jr, Michels R, Brodie HKH et al. *Psychiatry*, vol. 3, JB Lippincott, Philadelphia, and New York, Basic Books, 1985
4. California Welfare and Institutions Code, Basic Books, 1985
5. Cour Européenne des Droits de l'Homme. Arrêt Winterwerp, p17, 39, 1979
6. Hoge SK, Appelbaum PS., Greer A. An empirical comparison of the Stone and dangerousness criteria for civil commitment. *Am J Psychiatry* 1989, 146:170-175

7. Treffert DA, Krojeck RA. In search of a sane commitment statute. *In* Psychiatrists and the Legal Process: Diagnosis and Debate. Bonnie RJ (ed), New York, Insight Communications, 1977
8. Stone AA: Mental Health and Law: A System in Transition. DHEW Publication ADM 75-176. Washington, DC, US Government Printing Office, 1975
9. Stromberg CD, Stone AA: A model state law on civil commitment of the mentally ill. *Harvard J on Legislation* 1983, 20:275-396
10. Daes I. Draft Body of Principles, Guidelines and Guarantees for the Protection of the Mentally Ill or Persons Suffering From Mental Disorder (Annex II) United Nations, 1986
11. Position Statement of the World Psychiatric Association (C. Stefanis et al.), 1986
12. Legal Protection of Persons Suffering from Mental Disorders Placed as Involuntary Patients. R(83)2 Recommendation of Ministers' Committee, 1983
13. Law 2071/92: Modernization and Organization of Health System (Greece) 1992
14. The Enforcement of the Law 2071/92 for Involuntary Hospitalization of Psychiatric Patients. 504 Interpretative Circular of Supreme Court of Appeal, 1996
15. Durham ML: Implication of need-for-treatment laws: a study of Washington State's Involuntary Treatment Act. *Hosp Community Psychiatry* 1985, 36:975-977
16. Halsbury, Earl: Statutes of England 2nd edn., Vol. 39, Chapter 72, London, Butterworths, 1959

M. Livaditis*

The application of the measure of involuntary treatment in a regional hospital

a. The organization of psychiatric services and of involuntary treatment in Thrace

A reliable net that provides mental health services has been set up in the prefecture of Evros and in the wider area of Thrace. The psychiatric sector of the hospital of Alexandroupolis is a part of this net, which includes out-hospital activities such as a mental health center, a foyer, mobile units, day centers, etc. The entire system is based on the principles of Community Psychiatry and its main goal is prevention.

As it has been repeatedly pointed out by professor P. Sakellaropoulos - one of the pioneers in the creation and the operation of this system- there is an important condition that must be kept, so that any legislation, (whether it concerns involuntary treatment, or the more general organization of psychiatric services and desinstitutionalization), becomes really effective. This condition is that the people working in this field must have accepted some fundamental principles. No legislation is able to impose the consistent supervision of a chronic psychotic patient by a stable psychotherapy group, to demand the establishment of a positive, affective relation with the patient and his family, or, finally, to claim the development of steady bonds between the therapeutic services and the community.

Our experience in the prefecture of Evros has proven that if the above-mentioned conditions are in force, the dangerousness of many psychotic patients (which is the main cause for the infliction of involuntary treatments), can be decreased. If, after the hospital treatment, a person characterized as a dangerous patient, is being interviewed once a week or once a fortnight, there is little danger of losing the therapeutic control. When the first signs of relapse appear, the interviews will become more frequent and the pharmaceutical treatment will be increased.

* Assistant Professor of social psychiatry, Democritian University of Thrace

In the hospital of Alexandroupolis we have relatively few orders for involuntary treatment. Despite the fact that the technical substructure is extremely insufficient and that the number of personnel is limited, in most of the cases, the patients that are under involuntary treatment, remain in the clinic and are not sent to other hospitals outside the prefecture. In the prefecture of Evros, most patients of this category do not present extreme forms of violence or aggressiveness. This is probably due to the fact that they are already familiar with the therapists and the services provided. As a result, fear, an important factor in the increase of aggressiveness, is reduced.

The psychiatric department is able to apply involuntary treatment without basically losing its character as an open ward. The patients (except in cases where the agitation is very intense and the danger is imminent) are informed that no one will try to stop them using violence, if they attempt to leave the ward but they are also informed what consequences this action may have on them (deterioration of their health, new hospitalization under more strict terms). Most patients conform to these rules, others leave and return after a while, and very few have to be transferred to other departments under stricter supervision.

It can be argued that this laxity in the application of the measure of involuntary treatment implicates a certain amount of danger. On the other hand, we estimate that in this way, greater future dangers are avoided. The patients that have previously been submitted to involuntary treatment which they had experienced as inhuman, cruel, rough, or humiliating, become themselves more violent and dangerous towards their families or the community that requested their enclosure, and hostile towards their therapists. We all know patients whose delusional or depressive ideation revolves persistently around such experiences of involuntary treatment.

We must point out the fact that in Alexandroupolis, the therapists are able to work according to these principles, because they usually can rely on the understanding as well as on the support of the police and judicial authorities. The activities aiming towards the sensitization of these authorities, and the more intimate climate characterizing inter-personal relationships in an agricultural area have contributed to the establishment of this understanding. Perhaps the most significant element concerning the successful application of involuntary treatment in a sectorized area is ensuring communication and mutual understanding among the persons and the services involved in the procedure.

Unfortunately, in most regions in Greece, there is an important delay regarding the setting up of out-hospital services, the promotion of Community Psychiatry and generally, the reform of psychiatry. This situation causes many difficulties concerning the application of involuntary treatment in a way that guarantees therapeutic effectiveness and respect of the patient's personality.

b. Criticism on the legislation concerning involuntary treatment

As far as the application of the existing laws for involuntary treatment is concerned, we could point out the following.

The latest legislative regulation assigns the responsibility of approving suggestions for involuntary treatment to the judicial authorities. This regulation had positive results, at least in the prefecture of Thrace. It has contributed to the public's opinion fuller understanding of the importance and the necessity to protect (or at least not to violate) the patients' rights. Also it has helped indirectly way in the change of the social attitude towards these patients. Some patients, even those who are paranoid, trust the judicial authorities and usually conform to their decisions. In this way, within the context of an involuntary treatment (that has now the validity of a juridical decision) the intense and hostile feelings towards relatives and therapists are appeased. Beyond any doubt, the new law consists an important positive development in comparison with the regulation that was in force before.

Still, there are quite a few voids in the new legislation, which need either clarification and completion, or even alteration.

The procedure of involuntary treatment sometimes assumes a rigid and bureaucratic character. The therapists don't have a sufficiently explicit answer to the following question: Which are the options that are offered and the limits that are set by the legislation in the following cases:

- a) In the extremely urgent situation where an immediate intervention of a pharmaceutical/repressive nature is necessary, against the will of the patient and without even an order from the Public Prosecutor's office, like i.e. the case of a patient in acute agitation who is brought in the hospital by his family, or by the police after an incident he caused.
- b) In similar urgent situations where there is a committal from the Public Prosecutor's office for involuntary treatment, but not a court order, which usually takes several days to be released.

There are certain patients (i.e. in a manic state) for which the transportation in a court and the observance of the procedure within the time limits anticipated by the law is not advisable. The travel itself is often a serious hardship, because in the country the distances that must be covered are very long (at times more than 100 km). Maybe the law should anticipate that, when the therapist thinks it advisable, the court could assemble without the natural presence of the patient.

We can consider as disadvantages of the existing legislation its typical character and the lack of participation of the community in the anticipated procedures. Perhaps in a future reform we can discuss the proposition that a committee, composed by a legal functionary, representatives of health authorities, local administration, volunteers' associations or other local authorities, will participate in the approval procedure of involuntary treatments.

This committee's responsibilities can be expanded so that it will be able to control not only the conditions of the application of involuntary treatment, but also the protection of the patients' rights. In Greece nowadays, even though the patients' personal rights are being more respected during involuntary treatments, compared to the situation a few decades ago, these same rights are often blatantly violated by the patients' close relatives in other situations, i.e. in social life.

Another void in the legal regulations concerns the control of certain treatments that are voluntary only on the surface. Many patients remain in the hospital whether they like it or not during a long period of time, even though their in-hospital treatment is not completed, especially in private psychiatric hospitals. In several cases there may be serious reasons for the prolongation of their confinement (i.e. lack of social support). Still, there has to be a more strict control especially in the area of private psychiatry, so that phenomenon such as speculation, immunity and brutal treatment will be avoided.

Yet another void in Greek legislation has to do with the lack of regulations about involuntary out-hospital treatment that is about the patient's obligation to conform to some rules concerning his pharmaceutical/therapeutic treatment, during a determined period of time.

This method has been applied in some foreign countries and it has produced satisfactory results.

It is possible that the ambivalent disposition of many chronic psychotic patients towards questions concerning their hospitalization would change if they knew they were legally obliged to comply with their therapeutic treatment. In many cases of psychotic patients who do not present very intense psychopathological behavior, an intense treatment at home for a few days or simply the administration of a long-acting neuroleptic can substitute a long-term in-hospital treatment, which can have many psychotraumatic and disability-inducing consequences.

Each measure that limits a right in order to protect another (or another person's) right must be considered very carefully because it implicates possible misuse. But out-hospital involuntary treatment can be legislated so that it is applied only as an alternative measure in the place of the definitely more authoritarian in-hospital involuntary treatment. Besides, as it has been mentioned before, beyond any good or improved legislation there are things like conscience, values, convictions, political and moral ideas, scientific knowledge and opinion, that cannot be regulated by laws, and are developed only by the appropriate education.

References

1. G. Strathdes, G. Thornicroft: The principles of setting up mental health services in the community [pages 473-489] in: D. Bhugra, J. Leff: Social Psychiatry, Blackwell Scientific Publications, Oxford, 1993.
2. H. Katsching, J. Cooper: Psychiatric emergency and crisis intervention services [p. 517-542] in: D. Bennett, H. Freerman [eds]: Community Psychiatry, Churchill Livingstone, Edinburgh, 1991.
3. P. Sakellaropoulos, E. Spiliotopoulos, M. Livaditis and all: A legislative proposition for mental health. Comparison with existing legislation, [volume B, p. 709-748] in: P. Sakellaropoulos [eds]: Th. Lemperi-re-A. Feline and associates, Manual of Adult Psychiatry-Elements of Social Psychiatry and its applications in Greece, Papazissis editions, Athens, 1995.
4. A. Liakos: Sectorization [p. 16-30] in: Report of the Committee of Experts of Ministry of Health and E.E.C. Athens, 1990.
5. M. Livaditis: Structures and function of psychiatric services in Thrace [volume A, p. 319-335], in as noted in n.3.
6. M. Madianos: Society and social health. Community Psychiatry and Community Mental Hygiene [volume B p. 99-190], eds Kastaniotis, 1989.
7. M. Giannicheda: Health, rights, social control. Psychiatric patterns after the reform [p. 159-178] in: P. Sakellaropoulos, M. Livaditis [eds]: Dangerousity and Social Psychiatry, eds Papazissis, Athens, 1991.
8. S. Stilianidis: Dangerous person or dangerous environment? Questions on the occasion of the crisis [p. 75-85], in as noted in n. 7.
9. World Psychiatric Association: W.P.A. statement and viewpoints on the rights and legal safeguards of mentally ill. W.P.A. Bulletin 1, 32-33, 1990.
10. T. Harding. Forensic Psychiatry in Europe [p. 1239 and af.] in: R. Bluglass, B. Bowden [eds]: Principles and practice of Forensic Psychiatry. Churchill Livingstone, Edinburgh, 1990.
11. A. Grounds: Seclusion [p.649-652] in as noted in n.10.
12. M. Livaditis: Psychiatry and Right [p. 421-439], eds Papazissis, Athens, 1994.

Dimitri Ploumpidis*

Observations sur l'application des articles de la loi hellénique 2071/92 sur l'internement volontaire. L'expérience d'un hôpital central d'Athènes.

Je considère que nous devons enrichir notre débat sur la nouvelle loi par des éléments concrets provenant des services d'accueil. Les demandes d'examen, en vue d'une hospitalisation involontaire, sont habituellement adressées par le procureur du tribunal de grande instance d'Athènes aux deux hôpitaux psychiatriques publics et à la clinique universitaire, l'hôpital "Eginition".

Les chiffres mentionnés ici n'ont qu'une valeur indicative et concernent les personnes examinées au service d'accueil de l'hôpital "Eginition" durant le mois d'octobre de trois années successives (1994 -1995-1996).

Année	Hommes	%	Femmes	%	Total
1994	33	57,8	24	42,2	57
1995	45	70,3	19	29,7	64
1996	39	55,8	24	44,2	70

Ni la légère augmentation de l'ensemble, ni le pourcentage plus important d'hommes ne peut être expliqué sans procéder à une étude d'ensemble.

Age	Hommes	H	H	Femmes	F	F
	1994	1995	1996	1994	1995	1996
15-17	1	1	2	-	-	-
18-24	3	5	3	1	-	-
25-34	10	13	10	8	6	8
35-44	5	10	11	7	7	11
45-65	9	9	8	7	3	4
65>	2	3	3	1	3	6
Inconnu	3	4	2	-	-	1

*Professeur associé, Université d'Athènes

Total	33	45	39	24	19	30
-------	----	----	----	----	----	----

Pour les deux sexes la tranche d'âge 25-44 ans constitue la plus nombreuse. Il faut noter l'absence de demande d'internement concernant des femmes très jeunes.

Situation professionnelle la plus fréquente.

Année	Chômeurs et sans profession		Retraités et Pensionnaires		Femmes au domicile
	Hommes	Femmes	H.	F.	
1994	12(36,03%)	2(8,3%)	3(9,9%)	-	10(41,6%)
1995	13(28,8%)	4(21,05%)	7(15,5%)	2(10%)	7(36,7%)
1996	17(43,5%)	6(20%)	4(12,5%)	3(10%)	8(26,6%)

Les chômeurs et les sans profession constituent, de loin, la catégorie la plus nombreuse. Le pourcentage serait encore plus grand si on prenait en considération le fait que, parmi les personnes qui déclarent un métier ou une occupation, très peu l'exercent actuellement. Les femmes à domicile constituent également un groupe très important ainsi que les retraités ou pensionnaires (pensions d'invalidité). Ensuite une multitude de professions est représentée par une ou deux personnes.

La grande majorité des sans profession et des chômeurs ont un diagnostic de schizophrénie ou, en général, d'un trouble d'ordre psychotique. La maladie évolue depuis, au moins, trois ans. Il devient évident que l'absence de services de santé mentale et de réhabilitation socioprofessionnelle, intégrés dans le tissu social, rend cette catégorie de patients prioritairement candidate à un internement.

Situation familiale par rapport au diagnostic.

Sous la rubrique *trouble psychotique majeur* nous regroupons les diagnostics de schizophrénie, de psychose maniaco-dépressive, d'état psychotique aigu et de comportement délirant. Pour un certain nombre de personnes examinées il n'y a pas de renseignements sur la situation familiale et en conséquence la comparaison n'est pas possible.

Situation familiale	Trouble psych. majeur			Trouble psych. majeur			Autre diagnostic			Autre diagnostic		
	Homme	Femme	Femme	Homme	Femme	Femme	Homme	Femme	Femme	Homme	Femme	Femme
	1994	1995	1996	1994	1995	1996	1994	1995	1996	1994	1995	1996
Célibataire	18	25	22	7	6	7	1	3	8	-	1	-

Marie(e)	3	5	-	10	2	6	5	1	2	2	1	2
Divorce(e)	2	4	1	4	4	8	1	3	3	1	1	3
Veuf(ve)	1	1	-	-	2	1	-	-	-	1	2	-

En ce qui concerne la situation familiale, l'écrasante majorité d'hommes qui présente un diagnostic de trouble psychique majeur est célibataire. Parmi les femmes, les pourcentages des célibataires, des femmes mariées et des femmes divorcées sont plutôt équivalents.

Décision d'internement par rapport au diagnostic.

Année	Trouble psychotique majeur		Autre diagnostique	
	Hospitalisation involontaire	Pas d'hospitalisation	Hospitalisation involontaire	Pas d'hospitalisation
1994	39	3	7	3
1995	50	-	3	10
1996	47	1	6	14

Les patients examinés qui ont un diagnostic de trouble psychotique majeur sont internés dans leur quasi-totalité, tandis qu'un pourcentage considérable de personnes qui ont un autre diagnostic ne sont pas internés (alcoolisme, toxicomanie, tapage nocturne, scandale sur la voie publique, retard mental, syndrome organique cérébral, et troubles du comportement - qui constituent le groupe de loin le plus nombreux. Dans ce dernier groupe des troubles du comportement nous comptons la grande majorité des internements).

Evidemment, l'interprétation de ces données exige des renseignements supplémentaires, mais ils sont indicatifs du fait que le réseau des services existants n'est pas suffisamment dense pour contenir les porteurs d'un trouble psychique majeur. Ainsi l'internement devient inévitable à un moment donné de l'évolution de ces patients. La réserve indiquée dans l'internement des personnes qui présentent un autre diagnostic ne signifie pas, nécessairement, que nous disposons d'une autre réponse suffisante, mais que les signataires des certificats ne considèrent pas l'internement comme une réponse appropriée et conforme à la loi.

Contrairement aux rumeurs, le nombre des personnes qui présentent une démence sénile et sont internées est très faible (1994: 3, 1995: 2, 1996:1).

Temps écoulé entre le présent examen et le début de la maladie.

Années de maladie	1994	1995	1996
-------------------	------	------	------

Première manifestation de la maladie	2	10	8
Première année	6	5	3
Plus de trois ans	30	34	43
Non indiqué	19	15	16

La grande majorité des personnes internées souffre depuis de longues années, mais il faut également noter que pour un nombre considérable de patients l'internement intervient dans les premiers mois ou conclut la première manifestation de la maladie.

Nous savons que la diminution des internements comme réponse, surtout à la première rencontre d'un patient avec les services psychiatriques, est un indicateur de l'enracinement des services psychiatriques dans la communauté et de l'efficacité de leur rôle préventif.

En ce qui concerne l'exigence par la loi de deux signatures médicales sur le certificat d'internement.

Année	Deux signatures médicales
1994	21,06%
1995	23,4%
1996	45,7%

Malgré les problèmes rencontrés dans l'application de la nouvelle loi, la signature des certificats par deux psychiatres est en forte augmentation. Il faut noter que les certificats qui portent une seule signature sont répartis tard dans l'après-midi et dans la soirée, quand il n'y a que le psychiatre de garde et les internes de réellement disponibles. Les nouveautés introduites par cette loi concernent surtout des domaines qui ne figurent pas ici.

La demande d'examen médical, en vue d'un internement, adressée au procureur est signée dans la très grande majorité de cas par un membre de la famille proche (père, mère, épouse, enfants et frères - soeurs par ordre de fréquence).

Demandes d'examen médical, adressées au procureur par un membre de la famille proche.

Année	Total	Internement	%	Pas d'internement	%
1994	47	38	66,6	9	15,7
1995	54	47	73,4	7	10,9
1996	50	37	52,8	13	18,5

Le tableau précédent reflète bien le fait que la famille constitue toujours, en Grèce, le cadre préférentiel et souvent unique d'évolution d'une maladie mentale grave. Les demandes d'examen qui n'ont pas abouti à un internement concernent surtout des personnes qui ne présentent pas une symptomatologie majeure.

Nous ne pouvons pas évaluer le fait que les patients étaient toujours accompagnés par des membres de leur famille -quand ils en avaient une- parce que l'hôpital "Eginition" exige un entretien avec la famille avant toute prise de décision.

Les personnes examinées, en dehors de 1-2 cas chaque année, étaient des habitants de la région d'Athènes, ce qui constitue un progrès consécutif au fonctionnement adéquat d'un certain nombre de services en province.

Finalement, l'hospitalisation involontaire continue à occuper une place importante dans la trajectoire d'une maladie mentale grave. La constatation que l'hospitalisation involontaire est liée à une psychopathologie lourde (surtout les psychoses), au chômage et le célibat, surtout chez les hommes, exige certainement une recherche plus fine et confirme ce que nous savons tous par expérience, c'est à dire la proximité des maladies mentales graves et de la marginalité sociale.

Les patients violents et dangereux en hospitalisation involontaire.

L'hospitalisation involontaire est une mesure à but thérapeutique qui n'est pas habituellement liée au problème de la responsabilité pénale mais assez souvent au problème posé par les malades violents et dangereux.

L'internement involontaire a été lié historiquement à la notion de "dangerosité". Cette notion ne figure pas dans l'actuelle loi grecque mais elle existe en arrière plan. Par exemple, dans la demande d'examen adressée par le procureur, au service d'accueil de l'hôpital, il y a la demande de prévision d'un comportement dangereux pour la personne et pour les autres, ce qui n'est pas très loin de la dangerosité.

La notion de dangerosité est née historiquement de l'irresponsabilité pénale, de la "non imputabilité de l'acte". En conséquence le destin de ces deux notions ne peut qu'être lié. Il ne faut pas oublier que la notion de dangerosité n'a pas le même sens en langage juridique et en langage psychiatrique et que la non imputabilité de l'acte constitue une forme d'amnistie obligatoirement liée à l'effort thérapeutique, au "traitement du patient", dans un établissement spécialisé.

L'irresponsabilité pénale, due à une maladie mentale a une histoire longue de 150 ans. Durant les longues années où l'hôpital psychiatrique a constitué la réponse principale aux troubles mentaux graves, à côté du traitement

(de l'effort thérapeutique) a existé implicitement la notion du gardiennage. Par la non certification de l'amélioration on avait abouti à une forme d'emprisonnement des malades potentiellement dangereux, ce qui constituait une solution hautement arbitraire.

Depuis que la psychiatrie se bat pour instituer sa présence dans la cité, elle devait obligatoirement abandonner toute forme de gardiennage flou, relégué à l'époque asilaire et définir le plus clairement possible les pratiques thérapeutiques.

Cette évolution parfaitement positive et légitime laisse pourtant sans réponse des questions auxquelles répondait, jadis, de façon indifférenciée l'hôpital psychiatrique. Par exemple les encéphalopathes et les oligophrènes ne sont plus, qu'exceptionnellement, inclus, dans le champ de la psychiatrie. En ce qui concerne notre discussion, il y a la tendance de traiter des malades qui ont commis des délits graves comme des internés involontaires ordinaires.

Une conséquence discutable de cette évolution est la libération rapide de ces personnes, dès que les critères strictement thérapeutiques d'une amélioration mentale consistante sont réunis. Je pense qu'une telle évolution laisse un vide fondamental, c'est à dire une minimalisation, sinon un déni, de l'acte délictueux qui peut s'étendre à l'équipe thérapeutique en passant par la famille et le patient, grâce à la satisfaction provoquée par la diminution ou la disparition des symptômes. Une telle minimalisation des faits graves, qui ne rentrent pas dans le cadre actuel des pratiques thérapeutiques, ne peut pas rester sans conséquences néfastes tant sur le plan social que thérapeutique. D'un côté le sentiment de confusion en justice, sinon d'injustice, qui va creuser le vide autour de l'auteur de l'acte et de l'autre côté le criminel, reconnu irresponsable et interné, est appelé après sa sortie à gérer seul et comme il peut son "acte", s'il ne trouve pas sur son chemin un thérapeute suffisamment mégalomane pour le lui pardonner.

Une définition plus rigoureuse des critères de l'irresponsabilité pénale ou de la responsabilité partielle seraient certainement utiles, mais je ne pense pas qu'il y ait des formules magiques pour résoudre ce problème. Une solution vraiment inédite ne serait possible que si la justice et la psychiatrie trouvaient des voies également inédites, en reconnaissant l'une les limites de l'autre. Je ne pense pas qu'une telle évolution soit visible actuellement, mais ce qui doit rester, de toute façon, non négociable est la possibilité d'une approche thérapeutique, dans un cadre juridique et médical capable d'inclure l'expérience de trente années d'évolution de la société dans son ensemble et de la psychiatrie post-asilaire.

Bibliographie

1. Cl. Louzoun, Législation de santé mentale en Europe, Documentation Française, Paris, 1990.

2. G. Abatzoglou - D. Ploumpidis, Commentaire critique sur la législation hellénique, Volume «Les 150 ans de la loi du 30 Juin 1838, Ed. MIRE, Paris ,1989,p.74-77.
3. D. Ploumpidis - S. Stylianidis, Les reflets de la loi du 30 Juin 1838. L'expérience hellénique et l'évolution contemporaine, Evolution Psychiatrique, fasc.3,1989,p.643-649.
4. M. Mitrossilis - D. Ploumpidis - S. Stylianidis, Commentaires sur la nouvelle législation en Grèce, Pratiques, No 34,1994,p.3-6.

Théodoros Megaloïkonomou

Problèmes de l'application de la loi 2071 pour la Santé Mentale dans la périphérie de Dodécanèse

L'application de la loi 2071/92 à Dodécanèse de sa partie qui concerne la santé mentale et plus particulièrement les procédures d'admission des malades mentaux dans l'Hôpital Psychiatrique, ne peut pas être critiquée parce que, tout simplement, cette loi particulière n'a jamais été appliquée. Toutes les décisions du Parquet de la périphérie de Dodécanèse arrivées à l'Hôpital Psychiatrique de Leros (HPL) se réfèrent à la loi dictatoriale 104/73 et il n'y a même pas un cas où on a mentionné oralement ou par écrit la loi 2071.

Il est évident que l'admission du nommé "cas urgent" dans l'HPL (étant donné que les déportations massives des patients chroniques venant des autres hôpitaux psychiatriques, ont officiellement cessé dès 1982) se fait suivant les procédures simples du transport de son île d'origine ou de résidence, via Rhodes ou Kos, où est délivré l'ordre du Parquet, après la consultation du service psychiatrique de l'Hôpital Général de Rhodes, accompagné des agents de police, qui livrent le patient à l'HPL. Selon l'île de résidence, le malade mental peut être transporté par sa famille ou autrement, directement à l'HPL.

D'après les éléments du Bureau de Mouvement des Patients de l'HPL, de juillet 1994 jusqu'à novembre 1996, 48 personnes ayant des problèmes graves de santé mentale ont été admises, dont 34 en hospitalisation sous contrainte. Du nombre total d'admissions 22 étaient des premières admissions dans un hôpital psychiatrique. Le nombre est relativement bas, pour des raisons qui ne vont pas être analysées ici, mais augmente régulièrement ces dernières années.

Parfois, le transport des personnes en état de crise a été fait après l'ordre du Parquet pour que l'HPL examine l'individu et juge s'il souffre d'une maladie mentale et si, dans ce cas, son état nécessite une hospitalisation sous contrainte. Dans certains cas, nous avons jugé que l'hospitalisation n'était pas nécessaire, et dans d'autres cas nous avons réalisé l'hospitalisation sous contrainte, tandis que dans d'autres encore le patient est resté volontairement pour un suivi de quelques jours.

Malgré la réalisation des programmes longs pour la transformation radicale et la désinstitutionalisation de l'HPL, les services d'admission et

d'hospitalisation des "cas urgents" restent insuffisants. On n'a pas pu créer d'Unité Mobile qui pourrait au moins s'occuper des besoins de la population du complexe nord du Dodécanèse, ni avoir de liaison opérationnelle avec les autres services qui existaient, surtout ceux de Rhodes. D'ailleurs, les problèmes de communication et de transport sont connus ainsi que l'infrastructure insuffisante dans tous les domaines de l'organisation sociale et publique, en particulier dans les îles les plus petites. Dans toute la périphérie du Dodécanèse, l'HPL est l'unité principale de santé mentale, alors qu'il existe encore la Clinique Neurologique de l'Hôpital de Rhodes, qui accomplit les tâches d'un centre psychiatrique d'orientation et de transport des patients. Il y a quelques années que la clinique neurologique possède 2-3 lits pour le séjour des patients psychiatriques, jusqu'à ce qu'ils soient transportés. Récemment, on a noté une augmentation des ordres du Parquet via Rhodes vers l'HPL, augmentation qui, jusqu'à un certain point, est due aussi au changement d'image de l'HPL, de manière que quelques-uns des cas qui étaient dirigés vers Athènes viennent maintenant à l'HPL.

Le destin, cependant, des hommes qui se trouvent mêlés au circuit psychiatrique comme "cas urgents" à Dodécanèse, se différencie seulement quantitativement, d'après nous, du destin de la grande majorité des hommes ayant des problèmes semblables, dans la plupart des zones périphériques du pays et cela indépendamment de l'application de la loi 2071.

Cela s'explique parce que la loi, tout en introduisant quelques garanties pour l'assurance des droits des malades mentaux autant que l'obligation de recevoir un traitement psychiatrique —une assurance qui est soumise au jugement des tribunaux, dans le cadre de leur fonction déclarée comme garants des droits individuels et politiques— par ses règlements de portée limitée n'est qu'un simple régulateur juridique de l'opération établie du circuit psychiatrique.

Il est connu qu'il existe des opinions divergentes sur la superposition des responsabilités des professions de santé mentale -et surtout de celle du psychiatre- aux autres institutions sociales et publiques, parmi lesquelles le pouvoir judiciaire, en ce qui concerne la répartition des pouvoirs pour le règlement du destin des individus jugés incapables de prendre eux-mêmes la charge de leur propre intérêt. Les différentes traditions et optiques scientifiques, avec lesquelles la profession psychiatrique et le pouvoir judiciaire, abordent le problème posé par le malade mental grave, ne cessent de faire naître des frictions et des difficultés de communication, malgré la complémentarité traditionnelle de leurs fonctions. Par exemple, on a d'une part ceux qui prétendent représenter l'auto-définition rationnelle de l'individu et, d'autre part, ceux qui représentent la causalité et l'issue de la maladie. Ou bien les uns ont comme point de départ l'hypothèse que les règles juridiques protègent les patients des décisions arbitraires tandis que les autres insistent sur le fait que ces règles parfois gênent le traitement. Un côté projette sur l'autre le caractère vague des termes psychiatriques, comme signe de non crédibilité et de pensée instable, alors que l'autre projette sur la première, la rigidité de ses termes, qui sont basés sur leur

propre référent de valeurs, évidents en soi, qui couvrent et annulent la complexité de l'état humain.

Pendant les XIX^{ème} et XX^{ème} siècles, de différents règlements législatifs, sur l'enfermement des malades mentaux, variaient entre la concession du ressort exclusif aux "experts" de la santé mentale et la modération de cette exclusivité par l'intervention, dans cette procédure, d'une autorité extérieure, soit du pouvoir judiciaire soit du pouvoir municipal.

Pourtant, alors que dans la loi 2071/92, il y a un progrès évident par rapport à la loi 104/73, il n'y a pas d'autres règles fondamentales, selon nous, qui contribueraient à la promotion de la santé mentale, et qui poseraient, au moins, un cadre d'offre de soins de santé mentale essentiels afin de sauvegarder le champ entier des droits des citoyens ayant des problèmes graves de santé mentale, des citoyens dont la fortune, le destin et la vie sont réglés par des institutions, des services et des pouvoirs qui décident à leur place.

D'abord, on a besoin, d'après nous, de développer une réflexion approfondie à propos de la notion d'"hospitalisation volontaire" au moins comme celle-ci est pratiquée quotidiennement. C'est sur ce point que Thomas Szasz avait raison quand il écrivait, en 1970, que le système entier des contrôles juridiques des règlements de l'hospitalisation sous contrainte ridiculise le terme "volontaire", parce que les sanctions juridiques peuvent toujours être utilisées comme menace afin d'assurer une admission officiellement volontaire. Bien des fois, les limites entre la menace d'hospitalisation sous contrainte en tant que mesure de contrôle social et sa négociation dans l'intérêt de la santé du malade mental, ne sont pas distinctes.

Il faut encore donner quelques explications concernant les personnes qui ne refusent pas leur hospitalisation parce qu'elles ne peuvent pas comprendre ce qui se passe autour d'elles et sont complètement incapables de faire quelque chose, des personnes arriérées et des personnes âgées ayant une démence de divers degrés. Dans ce cas, on n'a pas besoin de décision pour une hospitalisation sous contrainte, bien que n'existent pas les caractéristiques de l'hospitalisation volontaire.

Cependant, la question principale gravite autour de l'événement que le système des services psychiatriques continue à être articulé par le traitement de l'**urgence**. Etant donné le manque de services ayant la formation et la structure qui leur permettraient d'intervenir essentiellement dans la communauté, basées sur la sectorisation, la demande de soins psychiatriques continue —comme cela se passait pendant que l'hospitalisation était offerte exclusivement par les institutions fermées, totalitaires— à obliger le circuit de services à intervenir quand la demande est manifestée comme "cas urgent".

Cette urgence n'est pas l'urgence d'un processus enkysté, psychotique ou malsain. Elle a un rapport avec le trajet total du malade mental à travers des institutions autoritaires entrecroisées et interconnectées, y compris l'institution psychiatrique. L'enfermement, comme il a été constaté par des recherches internationales, n'est pas habituellement la demande d'une symptomatologie

spécifique ou d'un comportement, mais souvent c'est la demande des rapports insuffisants et mauvais du service de santé mentale avec la famille.

La réponse continue, avant tout, à être marginalement l'hospitalisation —le séjour dans un lit d'hôpital— et n'est basée que sur un traitement des troubles aux endroits où ceux-ci sont nés.

Quand un individu, par exemple, arrive de Karpathos à Rhodes, habituellement accompagné par la police, il est en **crise** laquelle est traitée par le circuit psychiatrique comme un fait objectif qui se présente sous la forme de certains symptômes. Par conséquent, la crise est découpée de l'histoire précédente de l'individu. Elle n'est pas interprétée comme une douleur subjectivement vécue, produit d'une complexité de facteurs de la vie sociale et individuelle mais comme un cri, monovalent et menaçant, qui a même acquis les caractéristiques de la "dangerosité sociale". Dans ces conditions, la gamme de possibilités à interpréter la suite du parcours est resserrée, en passant d'un état de douleur, qui est tacite et ne s'entend pas, à un comportement qui dépasse les limites et émet un signal de danger ... ce qui provoque la mobilisation des réponses d'urgence, du traitement de la crise déjà objectivée comme un "cas urgent" typique.

Théoriquement, d'ailleurs, la crise est considérée comme un fait qui doit être traité positivement dans l'évolution d'une procédure pathologique ou d'une histoire personnelle et ne pas être simplement réprimé, isolé ou étouffé. Si la manifestation ne peut pas être prévenue, elle peut éclaircir mieux la situation de l'homme qui souffre. On doit saisir son message, sa signification dans la vie et l'environnement de la personne, à laquelle on doit donner l'opportunité, à travers la crise, de pouvoir rétablir, sur une base nouvelle, la relation avec elle-même et avec le monde. Le moment du premier abord du message de la crise, lorsque celle-ci prend la forme simplifiée d'un symptôme, constitue le moment décisif de la carrière du malade mental dans le système des services de santé mentale. Le danger c'est que le malade mental, par sa déportation de Karpathos à Rhodes, aura plus d'angoisse et de peur, sera plus inflexiblement attaché à des symptômes et à des comportements, qui impliqueront des dangers pour l'ordre public.

Combien la négociation avec le patient serait-elle différente, si elle avait eu lieu là où la crise est présentée au lieu des consultations externes où elle a lieu d'habitude (par exemple, l'hôpital de Rhodes) ou, encore plus, quand le patient arrive à l'Hôpital Psychiatrique de Leros, où le rejet et la trahison de ses proches, l'enfermement et le pouvoir du mécanisme d'hospitalisation font que l'angoisse, la peur et l'attitude consécutives dépassent toute limite ?

Souvent, les expertises pour hospitalisation sous contrainte (en raison du "danger pour l'ordre public", selon la L.104/73, ou du "danger des actes de violence contre lui-même ou des tiers", selon la L.2071/92) sont très faciles et l'hôpital de Rhodes n'est pas unique dans ce domaine.

Il continue alors à exister une protection législative insuffisante de l'individu, qui est amené sous l'étiquette de la "dangerosité sociale" et suite à la demande pour hospitalisation sous contrainte, tant face aux réclamations des tiers que face à l'arbitraire, la routine, le dysfonctionnement ou la conjoncture

dans lesquels agissent les institutions du circuit psychiatrique, du pouvoir judiciaire et des autorités de répression.

Souvent, le psychiatre doit traiter des situations de déchéance sociale, d'absence totale de cadre de soutien. Souvent, il est confronté à l'abandon social complet, à la pauvreté et à l'exclusion de l'homme, qui est amené "malgré lui" aux consultations externes. Dans ce cas, ce n'est pas la "maladie elle-même" mais ses paramètres psychosociaux, les interactions de l'homme souffrant avec les institutions sociales, qui mènent à une expertise/ordre pour hospitalisation sous contrainte. Sans que le psychiatre ait à sa disposition d'alternatives, il doit décider en se basant sur un grand nombre de facteurs et pas sur l'intérêt de la santé du patient. Ses décisions peuvent osciller de "l'abandon" jusqu'à la "protection oppressive".

Nous ne ferons pas de développement sur la dépendance de la loi 2071 par rapport à la conception positiviste de la dangerosité et son inclusion aux motifs de l'hospitalisation sous contrainte. On va quand même souligner le besoin de l'obligation législative des services de santé mentale d'épuiser avec des preuves, toute possibilité d'éviter l'hospitalisation sous contrainte. D'autre part, le tribunal ne doit pas juger officiellement en se basant sur les deux ou trois expertises présentées, en prenant des décisions seulement routinières mais en se penchant attentivement et en détail sur tous les éléments qui prouveraient que l'hospitalisation involontaire est en réalité la seule solution, dans les conditions données, afin de protéger les intérêts de santé de l'individu souffrant.

Néanmoins, il est évident, que la loi ne peut pas être placée au dessus de la réalité matérielle qu'elle exprime ou qu'elle vient à régler. Il n'est pas alors un hasard, que l'application des dispositions bienfaisantes de la L.2071 concernant les malades mentaux n'a pas été réalisée.

On considère que si les règlements législatifs pour la santé mentale ne dépassent pas la simple institution des sanctions contre ceux qui sont considérés une "menace pour l'ordre public" et n'avancent pas **l'institution des orientations et directives principales pour une politique de santé mentale**, la seule chose qu'ils accompliront ce sera **de moissonner ce qu'ils ont semé, tant au niveau de la mentalité d'application qu'au niveau de l'indifférence à la non application de la loi.**

Cette politique pour la santé mentale doit, dans le domaine des services, prévoir le développement des services communautaires, qui seront en état de faire une prévention essentielle, ayant comme but de prévenir la douleur psychique avant qu'elle se transforme en crise et avant que celle-ci devienne un cas grave objectivé, urgent, dangereux et digne d'enfermement. Ces services doivent être sectorisés et assumer la responsabilité totale des usagers des services de santé mentale de leur secteur, sans sélection, ni exclusion pas davantage que de renvoi des cas "difficiles" à l'hôpital psychiatrique proche. Pour être à la hauteur de la demande, les services doivent disposer des moyens et des ressources, en ce qui concerne les structures et les unités, pour qu'ils puissent fournir non seulement de la prévention et de l'hospitalisation, quand cela est nécessaire, mais aussi de la réhabilitation. Il faut quand même que chaque équipe dispose de la culture relative à ces objectifs.

Si on veut traiter la douleur psychique qui émerge de l'existence d'un être social, en tenant compte de la santé et pas de la chronicité ou de l'exclusion, on doit assumer la totale responsabilité à travers un système de services polyvalent et transversal. C'est ainsi que la partie répressive de la législation acquerra sa proportion réelle, en jouant un petit rôle complémentaire dans la redéfinition des règles du jeu, de façon que le soin et la promotion de la santé deviennent l'objet principal, sinon exclusif, des règlements.

D'autre part, il est connu que les citoyens ayant des troubles de santé mentale graves, étant donné leur douleur psychique ou leur défaut, perdent plus ou moins, temporairement ou en permanence, leur capacité d'auto-définition en étant hétéro-définis, en entrant dans un état de dépendance décisive des services, des structures, des institutions, des traitants ou des soignants. Les droits individuels, politiques et sociaux doivent être définis concrètement et précisément. Cela concerne aussi le niveau du "droit microscopique", qui se réfère à la vie quotidienne, par exemple dans un foyer, où les obligations et les droits ne sont pas écrits sur une charte, mais réglés par les rapports du patient avec le personnel et les idéologies psychiatriques et où, souvent, l'empiétement sur les droits prend la forme de mesures thérapeutiques et de réhabilitation disciplinée.

Effectivement, le règlement législatif ne peut pas substituer à la culture des fonctionnaires. Si cette dernière est médicalisée et centrée par le symptôme et par le séjour discipliné, la loi peut jouer seulement un petit rôle. Pourtant, ce ne serait pas inutile d'avoir des mécanismes objectifs qui assureraient les dispositions de la loi sur les droits des citoyens et qui seraient hétéro-définis par les services et les institutions.

Des points qui devraient être institués et qui influenceraient à long terme la culture générale, sont les suivants : premièrement la dissociation de la maladie mentale de la dangerosité sociale. Cela mettrait en évidence par exemple que certaines décisions structurelles (psychiatriques ou judiciaires) qui concernent un malade mental, font partie de la dangerosité du comportement de cet individu, la composent et l'excitent, puisque ces décisions influencent les expériences de sa vie, son mode de vie et l'état de sa santé.

Un autre point principal c'est de dissocier le soin de la surveillance ou de la simple détention d'un individu pour des raisons de dangerosité.

Enfin, ce qui concerne tant la culture des professionnels de santé mentale que celle des juristes est que —après diverses restaurations de la notion traditionnelle de maladie mentale et des systèmes classificatoires et causaux— il existe un assentiment général à une conception théorique et pratique sur la maladie mentale: en tant que point d'interrogation ouvert qui a un rapport avec le cadre social, la conjoncture et les situations.

La psychiatrie possède, aujourd'hui, les expériences en ce sens et est armée théoriquement et pratiquement. Cela devrait être pris en considération

dans tout jugement qui a irrémédiablement sapé la confiance en soi concernant la capacité pronostique de la psychiatrie, au moins, en ce qui concerne la dangerosité sociale. Ainsi, puisque le vieux rapport de complicité mutuelle, de soutien et de profit entre la psychiatrie et la justice ne peut plus exister sans être mis en question, **un nouveau rapport, d'un autre genre, devrait être recherché.**

BIBLIOGRAPHIE

1. Dans le livre, *I dieci anni della 180* (collection de textes du congrès qui a eu lieu à Pordenone en Italie, en 1988, intitulé *La Questione Psichiatrica*), Ed. Centro Studi per la ricerca, la formazione, l'educazione sanitaria nel campo della Salute Mentale, Regione Friuli-Venezia-Giulia, Voir les textes particuliers.
2. P. Evaristo: Urgenda e Ricovero Ospedaliero: binomio inscindibile della psichiatria riformata.
3. A. Giavedoni, P. G. Rocco : Il trattamento d'urgenza.
4. R. Mezzina: Sul problema della crisi: colici e nessi.
5. Philip Bean: Mental Disorder and Legal Control, Cambridge University Press 1988, Dangerousness.
6. Probability and prediction, psychiatry and public policy, Edited by Christofer D. Webster, Mark H. Ben-Aron, Stephen J. Hucker, Cambridge University Press, 1987.
7. Barbara Hudson: Justice Through Punishment - A critique of the "justice" Model of Corrections, Ed. Mac Millan Education, 1987.
8. Miltos Libaditis: Psychiatrie et droit, éd. Papazisi, Athènes, 1994.
9. T. Szasz: Ideology and Insanity, Pelican, London, 1970.
10. F. Ongaro Basaglia: Sanità e Salute, en: Per la Salute Mentale, No 1/1998, Rivista del Centro Studi Regionale di Regione Friuli-Venezia-Giulia.
11. O. De Leonardi: I rapporti tra psichiatria riformata e giustizia penale, en: Per la Salute Mentale, No 1/1998.

Nikos Paraskevopoulos*

L'enfermement dans un Hôpital Psychiatrique en tant que mesure de prévention et de sécurité du Code Pénal grec

La législation grecque prévoit deux modes principaux¹ d'hospitalisation sous contrainte des personnes ayant des troubles mentaux dans des hôpitaux psychiatriques : *le mode préventif* prévu par la L.2071/92 et appliqué indépendamment de la survenue de n'importe quel acte punissable² et *le mode pénal* prévu par les articles 69-70 C.P. qui concerne ceux qui ont commis une infraction d'une certaine gravité, et qui sont jugés non responsables et reconnus dangereux³.

On essaiera de faire la comparaison des deux règlements, ce qui nous aidera à signaler les contradictions entre la logique thérapeutique et celle de surveillance d'une part, et l'identification de quelques problématiques d'autre part.

L'abolition du D.J.104/1973, qui n'offrait pas de garanties de droit et l'introduction des garanties judiciaires, pour le contrôle de la validité des enfermements suivant les articles 91 de la L.2071/1992, constituait une étape essentiellement et formellement nécessaire à l'adaptation de la législation hellénique à la Constitution en vigueur, mais aussi à la Convention de Rome. Le contrôle judiciaire du placement involontaire dans un Hôpital Psychiatrique n'est pas dû, bien sûr, à l'idée que le jugement judiciaire pourrait, dans ce cas, être plus valable du point de vue scientifique que la médecine, comme on pourrait le croire superficiellement ou naïvement. Il acquiert sa validité grâce aux garanties de procédure qui encadrent le procès : la possibilité du prévenu de se défendre, soit en personne, soit avec un avocat, sa possibilité d'argumenter ses objections avec la présence d'un conseiller - psychiatre technique, de faire appel, etc.

* Professeur de droit pénal, Université de Thessalonique, Grèce

¹ L'institution de la surveillance protectrice est un peu éloignée. Voir K. Kosmatou, pensées concernant la surveillance protectrice des personnes selon l'article 118 du CP 141/1991, Défense, 1993, 1041ch.

² Observations et interprétations, voir N. Paraskevopoulos, Défense, 1993, 200ch et l'intervention de D. Papageorgiou, procureur de la république, problèmes concernant la procédure d'hospitalisation sous contrainte, Défense, 1996, 701 ch.

³ Interprétation relativement récente voir Maragaritis, Paraskevopoulos, Pénalit, 4, me ed, 1995, 107 ch.

Cette procédure n'annule pas l'efficacité de l'intervention dans les cas d'urgence, puisque le placement involontaire peut précéder et le procès peut suivre dans les 10 jours.

On se serait attendu à ce que, malgré les difficultés⁴ d'interprétation attendues qui apparaissent après toute réforme législative importante, l'application de la nouvelle loi élimine les vieilles et inacceptables pratiques — du point de vue officiel et essentiel — de l'enfermement dans un hôpital psychiatrique sans l'évaluation judiciaire qui y concourt et les conditions qui y sont relatives. La jurisprudence de la Cour de Première Instance de Thessalonique a montré ces difficultés d'interprétation, mais aussi leur dépassement nécessaire et juste⁵.

Malheureusement, la situation n'a pas évolué partout de la même façon. Aussi bizarre que cela puisse paraître, il y a eu des Procureurs de la République qui ont refusé d'appliquer la nouvelle loi, en conduisant des citoyens dans les Hôpitaux Psychiatriques sans le jugement judiciaire exigé par la loi pour la justesse de l'application de la mesure dans ce cas précis.

D'autre part, les conditions de la mesure de sécurité concernant la surveillance dans un hôpital psychiatrique prévues par le Code Pénal sont les suivantes : la réalisation de l'acte délictueux pour lequel la loi prévoit une peine de plus de 6 mois, l'irresponsabilité du coupable à cause du trouble des fonctions mentales et l'évaluation qu'il est dangereux pour la sécurité publique. La clause de l'article 70§2, suivant laquelle cette surveillance continue pour autant que l'impose la sécurité publique, est intéressante.

La comparaison directe entre ces deux institutions peut être facilitée par la distinction de trois étapes : celle de l'admission à l'hôpital psychiatrique, celle du séjour et enfin celle de la sortie.

En ce qui concerne les **conditions d'admission**, les différences entre les deux règlements, aujourd'hui, ne sont pas importantes du point de vue des principes de l'Etat de droit. Les conditions fondamentales sont le trouble mental et la dangerosité (la L. 2071/1992 se réfère à la nécessité de l'incitation des actes de violence contre lui-même ou un tiers), tandis que, selon le Code Pénal, il est exigé aussi de commettre un acte délictueux. La condition commune des procédures est le procès relatif.

Pourtant, des différences considérables apparaissent **au cours de l'enfermement**. L'article 98 de la L.2071/92 semble être le fruit mûr de l'expérience et de la théorie. Cet article prévoit que les conditions de l'hospitalisation sous contrainte doivent servir aux besoins du traitement et que,

⁴ « Aide pour leur traitement » est le titre de la note introductive de la commission qui a rédigé le plan incorporé dans la loi, publié dans *Défense*, 1993, 204 ch.

⁵ Revue de la jurisprudence du tribunal de première instance de Thessalonique, *Défense*, 1994, 195ch. Et observations de K. Kosmatou

les mesures restrictives nécessaires ne peuvent pas exclure les outils thérapeutiques nécessaires, comme les congés, les sorties organisées et le séjour dans des endroits surveillés en dehors des institutions fermées. En plus, il prévoit qu'il faut, en tout cas, respecter la personnalité du patient et que les restrictions de sa liberté individuelle ne doivent être définies que par l'état de sa santé et les besoins du traitement. On pourrait donc parler d'une supériorité de la logique thérapeutique à celle de surveillance.

L'esprit de la législation pénale est inverse. Il faut d'abord signaler la sémiotique du sujet: dans les articles relatifs 69 et 70 du Code Pénal, le mot "traitement" est mentionné une fois et le mot "surveillance" sept. L'application est analogue : malgré le manque de prévision spéciale dans le Code Pénal, le Parquet aperçoit la surveillance comme un élément déterminant et une limite insurmontable du traitement du non imputable. Je peux citer un exemple caractéristique. Il y a environ une décennie, l'Hôpital Psychiatrique de Thessalonique a posé la question - demande suivante auprès du Parquet des Juges de Première Instance de Thessalonique: Pour les nommés "non imputables", les enfermés, selon l'article 69 C.P., l'élément nécessaire de la procédure thérapeutique, est leur participation à certaines sorties organisées : tavernes, excursions, congés à court terme etc. On demandait donc l'autorisation de ces sorties. Le Parquet a immédiatement répondu que les "non imputables" sont enfermés selon l'article 69 C.P., et que toute sortie temporaire ou organisée ou surveillée de l'Hôpital Psychiatrique, n'est pas permise, si le tribunal ne décide pas leur libération.

Le sens de cette correspondance peut être exprimé en deux lignes : l'Hôpital Psychiatrique a déclaré que la guérison complète est impossible, s'il n'y a pas d'abord quelques sorties et le Parquet a répondu que ces sorties sont impossibles si l'on n'a pas d'abord la guérison complète et la sortie. Résultat, un équilibre d'horreur : Les docteurs, ayant beaucoup d'abnégation en ce qui concerne leurs responsabilités formelles et agissant consciencieusement, évitent le contrôle policier de la détention et ferment les yeux devant les petites, inoffensives et très utiles du point de vue thérapeutique, sorties des patients. D'autre part, le Parquet n'intervient pas, tant qu'on ne lui fera pas connaître formellement quelque problème. Je regrette de signaler que les seules personnes qui sont cruelles et dures dans ces cas sont les journalistes : Si une des personnes bénéficiant d'une sortie commet un acte délictueux (le phénomène est rare et peut-être ne dépasse pas les pourcentages qui correspondent au comportement des personnes saines), elle fait la une des journaux, et suivent la panique due à l'ignorance et la peur des charges et responsabilités correspondantes.

Dans la dernière étape de la sortie ou de la libération de l'hôpital psychiatrique, les différences entre les deux règlements sont également grandes et de la même tendance. La L. 2071/1992 (article 99) prévoit la durée de six mois comme limite maximum de la durée de l'hospitalisation. La prolongation est prévue seulement dans des cas exceptionnels et sous des garanties de procédure

“luxueuses”, et en général la cessation directe de l’hospitalisation (même avant les six mois) en cas de guérison complète.

Le Code Pénal prévoit dans l’article 70 C.P. que le patient détenu est libéré lorsqu’il cesse d’être dangereux pour la sécurité publique. Les faiblesses de ce règlement sont évidentes : confusion et aventure pronostique du terme dangerosité d’une part, manque de référence à la santé et au traitement comme termes de la détention d’autre part (cependant, selon la Convention de Rome, seule la maladie mentale peut justifier la détention d’une personne qui n’est pas coupable, et non pas la dangerosité). Résultat pratique : les auteurs “non imputables” des crimes graves voient très souvent leurs demandes de libération rejetées par le tribunal et restent à perpétuité dans l’Hôpital Psychiatrique. Les auteurs des crimes triviaux pourtant, ne sont pas d’habitude libérés avant un an, parce que, selon la justice, une année c’est le temps minimum exigé pour une guérison complète. Cette conception, bien sûr, du point de vue scientifique et institutionnel (selon le texte relatif de la L.2071/1992) est superficielle.

Je peux maintenant vous citer encore un exemple : L’expérience d’un psychiatre, qui a dirigé pendant longtemps le Département des personnes irresponsables de l’hôpital psychiatrique de Thessalonique. Il concerne le traitement judiciaire de ces expertises concernant la guérison complète et la libération des patients détenus. Au cours de ses premiers témoignages devant le tribunal, n’ayant pas d’expérience, il répondait ainsi à la question du Président du Tribunal, concernant la dangerosité du patient en voie de libération : “Il est complètement guéri mais on ne peut pas faire objectivement de prévision sûre qu’il ne commette pas d’acte punissable.” La réponse du président du tribunal était à peu près la suivante : “Si, vous son médecin - traitant, vous n’êtes pas sûr, comment nous, pouvons-nous le libérer?”, et la demande était rejetée.

Ensuite, après avoir acquis de l’expérience, le même psychiatre, ayant confiance en la guérison complète de quelques-uns de ses patients, déclarait, lors de cas ultérieurs jugés par le tribunal, que : “Je suis sûr que dans l’avenir il ne commettra pas d’acte punissable”. La réaction habituelle du Juge - Président était la suivante : “Mais comment pouvez-vous être si absolu?”. Et les demandes étaient rejetées.

Son troisième choix était plus flexible : “Il est complètement guéri et il a autant de possibilités de commettre un crime que moi ou que vous”. Il se rappelle la réponse la plus ordinaire : “Oui, mais vous et moi, nous n’avons jamais commis de crime dans le passé”. La conséquence inéluctable était encore une fois le rejet de la demande.

La supériorité actuelle de la logique de surveillance pendant la libération des patients détenus peut être mise en évidence par un autre exemple. Pour que ces patients soient admis dans l’Hôpital Psychiatrique suivant la mesure de sécurité de l’article 69 C.P., ils ont été jugés malades mentaux “non imputables”. Si, en profitant de la surveillance lâche de l’hôpital psychiatrique, déjà mentionnée, ils s’évadent ou ne reviennent pas, ils sont poursuivis ou jugés pour

l'évasion. Afin d'être condamnés et ne pas revenir, sans conséquences, à l'Hôpital Psychiatrique, ils sont jugés coupables, c'est-à-dire "imputables". Mais si, peu après, ils demandent leur libération, ils sont encore une fois jugés non imputables. Il existe d'ailleurs une autre procédure connue : Durant le procès pour l'évasion, le psychiatre - témoin affirme que l'accusé est irresponsable. Alors, il est acquitté pour l'évasion. Mais si, peu après, il revient au tribunal avec une demande de libération suite à sa guérison complète, le tribunal se demande comment, peu avant, durant le procès qui concernait l'évasion, les docteurs se prononçaient de manière inverse. Ainsi, la demande est rejetée.

En se référant sommairement aux différences signalées entre les deux règlements, on peut en souligner les suivantes : Malgré ses imperfections techniques légales, la L.2071/1992 sur l'hospitalisation sous contrainte des malades mentaux s'oriente dans une direction correcte. Elle institue une garantie judiciaire pour le placement involontaire en hôpital psychiatrique, et établit la supériorité de la déontologie thérapeutique sur celle de la sécurité pendant l'hospitalisation et pour son terme. Dans ce cas, le problème principal, est la non application de la loi par certains Parquets⁶

Par contre, le Code Pénal soumet entièrement la déontologie thérapeutique à celle de la sécurité et ainsi se heurte tant aux principes scientifiques qu'à la Convention de Rome. Il existe une issue de lege lata : être reconnue comme correcte l'interprétation formulée, qu'une condition systématiquement alléguée du séjour en l'hôpital psychiatrique, est la continuité de la maladie mentale⁷. Ce qui constitue, selon l'article 69 du C.P. la condition de l'admission, ne peut qu'être insinué par l'article subséquent comme condition de séjour. Une solution plus radicale, bien sûr, serait la réforme de ces vieilles dispositions.

La recherche des responsabilités concernant les dérogations à la légitimité, aux principes de droit et aux principes de la psychiatrie qui sont largement acceptés, constituerait un épilogue très inopportun. Je préfère me référer à quelque chose d'évident, que tant la santé que la liberté sont des biens capitaux. La santé libère mais la liberté guérit. Personnellement, je peux plus facilement me figurer un patient qui se sent libre que quelqu'un privé de liberté qui ne souffre pas.

⁶ Cette situation de non application de la loi a conduit apparemment à la publication de l'expertise du procureur général de la République de la cours de cassation, E Spiropoulos sous le numéro 504/2/1996, vois Défense, 1996, 698, ch.

⁷ L'opinion est exprimée pour la première fois par I Manokedakis, théorie générale du droit pénal, II, 1978, 228.

Chapitre 2 : La gestion de la dangerosité du malade mental en Europe : aspects actuels des législations et des pratiques psychiatriques en mutation

Philippe Bernardet*

Danger et dangerosité dans les législations nationales de santé mentale et la jurisprudence des pays européens

I. Introduction:

D'aucuns affirment que la dangerosité du malade mental n'existe pas ou font remarquer que les malades mentaux ne sont pas plus dangereux que quiconque. Ils ne commettent pas de violences plus graves ni d'actes délictueux plus fréquents que les personnes jugées saines d'esprit. D'autres ont encore pu soutenir qu'il n'y a pas de malades mentaux dangereux, mais des situations dangereuses, mettant en péril l'intéressé ou provoquant de sa part des réactions inappropriées. Force est d'ailleurs de constater que le mouvement de contestation de la psychiatrie, qui a pris corps durant les années 60 -70, trouvait, dans la prise en compte du danger, l'un des fondements essentiels de l'internement psychiatrique. Il ne s'agissait pas d'affirmer que le danger devait seul justifier l'internement, mais de réserver l'internement psychiatrique aux situations extrêmes de la pathologie mentale. S'agissant d'une mesure conçue comme exceptionnelle, l'internement ne pouvait se justifier que si la pathologie mentale s'accompagnait d'un risque important, pour les personnes, l'ordre public, voire les biens de l'intéressé ou d'autrui.

Qu'en est-il, aujourd'hui, du danger et de la dangerosité, dans les diverses législations européennes relatives à l'internement psychiatrique et la jurisprudence qui s'y rattache? Y a-t-il un autre critère pertinent pour l'internement psychiatrique? Telles sont les deux principales questions soumises à l'examen de cet atelier.

II. La place du danger et de la dangerosité dans les principales législations européennes de santé mentale.

1°) La dangerosité dans la législation italienne:

Les promoteurs de la loi italienne de 1978 ont insisté sur la nécessité de rompre, non seulement avec cette notion de dangerosité du malade mental, mais encore avec celle de son incapacité. C'est, en réalité, en rupture avec le couple

* Sociologue, chargé de recherche au C.N.R.S. (France)

dangerosité / incapacité qu'ils ont conçu la réforme au profit de la notion d'accès aux soins, en tenant compte du fait que les particularités même de la pathologie mentale pouvaient, dans certains cas, être un obstacle à un tel accès. Comme le souligne José Maria MENA¹, la réforme de 1983 du Code civil espagnol tend également à donner la priorité aux critères thérapeutiques sur ceux répressifs, rétributifs ou de défense sociale. Alicia ROIG SALAS nous dit ce qui subsiste de la dangerosité du malade mental dans le droit civil et pénal espagnol. Nous ne nous y attarderons donc pas. Mais il nous faut, en revanche, revenir plus précisément au texte de la législation italienne pour mieux apprécier le chemin réellement parcouru par les tenants de l'abolition de toute référence au danger, en matière, non seulement d'internement, mais, plus largement, de contrainte en psychiatrie.

L'alinéa 2 de l'article 2 de la loi du 13 mai 1978 dispose:

« Dans les cas visés à l'alinéa précédent, la proposition de traitement sanitaire obligatoire² ne peut envisager un traitement en milieu hospitalier que si la nature du trouble mental en question nécessite des interventions thérapeutiques d'urgence, si le malade refuse de se soumettre au traitement et si les conditions et les circonstances ne permettent pas de prendre à temps les mesures sanitaires extra hospitalières opportunes et appropriées ».

Or, que désigne une telle situation si ce n'est précisément un danger? Danger qui pourrait se traduire par la mise en jeu de la santé de l'intéressé, voire de sa vie, si l'intervention se trouvait différée.

Comme le note d'ailleurs Maria-Grazia GIANNICCHEDDA, le TSO entend répondre « au risque qui, en psychiatrie, est structurel du fait que la souffrance psychique s'associe, plus ou moins souvent, à des comportements antisociaux, ou susceptibles d'être perçus comme tel, et à des formes de grave indigence et / ou de perte grave de la contractualité sociale »³. Il s'agit donc d'éviter l'expression de comportements antisociaux du malade qui pourraient conduire à son exclusion par le corps social ou, à tout le moins, d'éviter l'expression -ou, plus exactement, le développement critique de comportements qui pourraient être perçus comme tel par l'entourage, comme d'éviter la déchéance tant sociale que personnelle de l'intéressé. Bref, ne s'agit-il pas, en fait, d'éviter que personne ne se place en situation de danger?

En vérité, la législation italienne traite la contrainte sous l'angle du danger pour soi-même que l'intéressé fait courir, soit directement par son attitude, et notamment par son refus de soin, soit indirectement, par les réactions induites de son entourage vis-à-vis d'un comportement jugé asocial.

Il ne faudrait cependant pas en déduire que la loi 180 met un terme à la dangerosité sociale du malade mental. A dire vrai, elle ne fait que l'évacuer pour en réserver le traitement par le Code pénal. En effet, les différentes législations

¹ Voir Jose Maria MENA, 1988.

² Autrement désigné: TSO.

³ in Claude LOUZOUN, 1992, p. 161.

européennes -mise à part la législation française sur laquelle nous reviendrons plus loin- s'accordent à donner au juge pénal le pouvoir de décider de l'internement des patients médico-légaux, au vu de la dangerosité sociale des intéressés. La législation italienne ne fait pas exception à cette règle. Le Code pénal italien, dit Code Rocco, approuvé le 19 octobre 1930, demeure pratiquement inchangé, malgré la réforme partielle, résultant de l'article 31 de la loi n° 663 du 10 octobre 1986, et malgré la réforme du Code de procédure pénale du 24 octobre 1989.

L'article 202 du Code pénal prévoit ainsi que des mesures de sûreté peuvent être prises à l'encontre des personnes jugées dangereuses, ayant commis un délit ou un crime.

Au titre de l'article 203, est socialement dangereuse la personne éventuellement non punissable et à qui un délit ou un crime ne saurait être imputé, mais ayant toutefois commis un tel acte, alors que le risque de récidive demeure probable. La législation pénale italienne conduit donc à l'évaluation de la qualité de personne socialement dangereuse, qualité qui peut n'être que présumée. Point n'est besoin qu'elle soit avérée pour légitimer la mesure de sûreté. En droit pénal italien la présomption de dangerosité est possible à l'encontre de toute personne ayant commis un acte criminel ou délictueux dix ans plus tôt, s'il s'agit d'un malade mental, et cinq ans plus tôt dans tous les autres cas.

Au titre de la dangerosité sociale, la maladie mentale constitue donc une circonstance aggravante, puisqu'elle double le délai au-delà duquel la présomption de dangerosité ne peut plus s'appliquer, non plus que la mesure de sûreté.

Par ailleurs, le jugement de dangerosité sociale débouche, en l'espèce, sur une mesure d'internement en hôpital psychiatrique judiciaire, où les conditions de vie et d'hospitalisation ont pu être vigoureusement dénoncées.

Il est donc manifeste que, quoi qu'on en dise, le droit italien tend à réserver le TSO aux malades mentaux présentant un danger pour eux-mêmes, y compris du fait des réactions que leurs comportements pourraient susciter à leur encontre de la part de leur entourage. Il réserve, en revanche, la notion de dangerosité sociale du malade mental, ou du danger pour autrui, aux personnes ayant commis un délit ou un crime, sous l'empire d'un trouble mental quelconque, et présentant, par ailleurs, un risque de récidive.

Il importe cependant de préciser que par arrêt n° 139 du 27 juillet 1982 et n° 249 du 15 juillet 1983, la Cour constitutionnelle italienne a déclaré non constitutionnel le fait que certaines dispositions du Code pénal italien ne subordonnent pas, en ce cas, la mesure de sûreté que constitue l'internement en hôpital psychiatrique judiciaire, au constat de la persistance de la dangerosité sociale dérivant de la maladie. Depuis, un tel constat doit avoir lieu, tant lors de l'application de la mesure de sûreté, par le juge d'application des peines, qu'au moment du prononcé de ladite mesure par le juge répressif.

Sauf à ne point lire les textes non plus que la jurisprudence, l'on ne saurait donc dire que la législation italienne ne tient pas compte du danger pour déterminer les mesures à prendre en matière de traitement psychiatrique.

2°) Le droit britannique:

Le droit britannique repose également sur la notion d'« urgente nécessité » à traiter la personne souffrant d'un trouble mental. La mesure prise est conçue comme intervenant dans l'intérêt de la santé ou de la sûreté de l'intéressé. Elle peut encore viser la protection d'autrui. L'association de l'urgence et de la nécessité de l'intervention pour la santé ou la sûreté de l'intéressé, voire pour assurer la protection d'autrui, renvoie, en définitive, à la notion de danger, puisque l'absence d'intervention débouche sur un risque de voir se dégrader la santé de la personne ou mise en cause sa sûreté ou celle d'un tiers. C'est d'ailleurs une particularité de l'ensemble des droits nationaux que de renvoyer de façon implicite ou explicite, sous couvert de traitement de l'urgence, à la notion de danger. D'un danger qui ne renvoie pas seulement à l'intéressé, mais bien davantage à des circonstances particulières, donc, à une situation imposant une intervention rapide pour faire cesser un risque quelconque, soit pour la personne, soit pour autrui.

Peut-on d'ailleurs concevoir, en psychiatrie, une situation d'urgence qui ne renverrait pas à ces notions de risque ou de danger? Et, tout d'abord, qu'est-ce que l'urgence en psychiatrie?

Si les nécessités de préserver l'ordre public et la sûreté des personnes imposent souvent une intervention rapide renvoyant à la notion d'urgence, il n'est pas certain, en revanche, que la clinique psychiatrique se satisfasse toujours d'un tel critère, car la réponse précipitée à une situation de crise n'est pas forcément, au niveau clinique, l'approche la plus adéquate de la question posée par la maladie mentale, laquelle suppose bien plus fréquemment, la possibilité de se donner le temps d'intervenir, sous une forme appropriée, et en un temps donné, qui peut ne pas être celui immédiat de la crise et qui, en tout cas, peut nécessiter la mise en oeuvre d'autres mesures que celles résultant des exigences de la sûreté.

Quoi qu'il en soit, le droit britannique donne ainsi pouvoir au travailleur social agréé, comme aux proches de l'intéressé, de formuler, au vu d'un certificat médical, une demande d'hospitalisation pour observation de 72 heures; période au-delà de laquelle le patient demeure libre de rester à l'hôpital comme d'en partir, à moins qu'un second médecin ne conclût à la nécessité de poursuivre le bilan, auquel cas la personne peut être retenue durant 28 jours supplémentaires.

La police dispose des mêmes pouvoirs en cas d'urgence, sans même qu'il soit besoin pour elle de se prémunir d'un certificat médical. Aucun recours contre la mesure de police n'est possible, mais sa validité est limitée à 72 heures.

Ainsi, même si le droit britannique, tout comme le droit sanitaire italien, ne se réfère pas expressément à la notion de danger, la considération selon laquelle l'internement pour observation ou pour évaluation de 72 heures ou de 28 jours, ne saurait y être totalement étrangère. Notons que, dans ce cadre, la détention pour 6 mois ou plus et pour traitement, suppose également l'existence d'un même risque d'aggravation de l'état de santé de la personne, pour sa sécurité ou celle d'autrui, mais suppose, de surcroît, que ce risque résulte non plus seulement de simples troubles mentaux, mais d'un désordre psychopathique ou d'une détérioration mentale avérée. Les Britanniques articulent ainsi la notion de risque à une pathologie particulière, plus lourde que le simple trouble mental, pour justifier tout maintien pour traitement en dehors de l'urgence.

La dangerosité sociale du malade mental délinquant ou criminel est encore souverainement appréciée au Royaume Uni par le juge répressif qui peut prendre des mesures d'enfermement psychiatrique, dès lors qu'il s'est assuré, d'une part, que l'intéressé est bien l'auteur de l'acte, d'autre part, qu'il présente actuellement des troubles mentaux. La dangerosité sociale du malade mental délinquant ou criminel se substitue ici à la notion de gravité de la pathologie, habituellement retenue en droit britannique, dans le cadre civil de l'hospitalisation sous contrainte. C'est la violation de la loi qui constitue, ici, pourrait-on dire, la circonstance aggravante, légitimant, non seulement la mesure de placement, mais encore, l'intervention du juge pénal. Que ce trouble mental soit directement à l'origine du délit ou du crime, ou qu'il soit intervenu dans le cours de la procédure ou au moment du jugement, voire même après la sentence, auquel cas la mesure de placement en hôpital psychiatrique incombe au ministre de l'intérieur, ne change pas la nature de l'exception ainsi posée par le droit pénal britannique. Quoi qu'il en soit, force est de reconnaître que même si ce dernier ne renvoie pas expressément à la notion de danger, il n'en instaure pas moins un traitement particulier du délinquant ou du criminel souffrant à un quelconque moment, de troubles mentaux, et se réfère explicitement, comme le droit pénal italien, à l'acte initial pour déterminer une mesure de sûreté particulière, même lorsque la pathologie en cause n'a pas, du moins en apparence, de lien direct avec l'acte, objet du traitement judiciaire. C'est donc bien, en ce cas, du traitement de la dangerosité sociale de la personne dont il est question, même si cela n'est pas dit de façon expresse.

3°) La loi belge du 26 juin 1990:

De son côté, et après plus de 20 ans de discussion parlementaire, le législateur belge a décidé de judiciariser complètement les modalités de placement psychiatrique.

L'originalité du système belge est cette judiciarisation sans concession aucune à la logique administrative. A ce point que, même les mesures d'urgence sont prises par l'appareil judiciaire, non par la police administrative ou par l'administration sanitaire, comme en Italie où le maire intervient en tant que tel

avant que le juge des tutelles ne valide ou n'infirmes sa décision, de même qu'en Hollande ou dans certains Länder allemands. Les mesures d'urgence sont ainsi prises, en Belgique, par le Procureur du Roi, au vu des éléments généralement fournis par la police (rapport de police, certificat médical). L'appareil judiciaire est donc seul en charge de la décision. Ainsi le juge de Paix, qui doit se prononcer, soit pour confirmer la mesure arrêtée par le procureur du Roi, soit pour ordonner le placement, ne se limite-t-il pas, comme le juge des tutelles espagnol, à autoriser l'internement ou à valider, comme son homologue italien, une décision en réalité prise par l'administration. Il prend souverainement la décision de placement.

Les mesures ordonnées par l'instance judiciaire, laquelle n'est cependant pas le juge des tutelles, mais le juge de Paix, se présentent d'emblée comme des « *mesures de protection* ». L'article 2 de la loi du 26 juin 1990 est à ce sujet, particulièrement explicite: « **Les mesures de protection ne peuvent être prises, à défaut de tout autre traitement approprié, à l'égard d'un malade mental, que si son état le requiert, soit qu'il mette gravement en péril sa santé et sa sécurité, soit qu'il constitue une menace grave pour la vie ou l'intégrité d'autrui. L'inadaptation aux valeurs morales, sociales, religieuses, politiques ou autres ne peut être en soi considérée comme une maladie mentale** ». Or, qu'est-ce que ce « *péril* » pour l'intéressé ou cette « *menace grave pour la vie ou l'intégrité d'autrui* », si ce n'est encore un danger particulier?

L'on voit qu'en l'occurrence, les motifs de sûreté ne sont pas écartés et sont directement pris en charge par l'ordre judiciaire et, plus particulièrement, par l'instance civile. Ils sont cependant étroitement limités à « *une menace grave pour la vie ou l'intégrité d'autrui* », ou bien encore au péril quant à la santé et à la sécurité de l'intéressé; ces deux conditions étant cumulatives et non plus seulement alternatives. Dans ce dernier cas, la mesure se justifie par le fait que l'absence d'intervention pourrait conduire à une aggravation telle de la santé de la personne qu'elle risquerait de compromettre sa sécurité.

En droit belge, l'atteinte aux seuls biens ou à l'ordre public, du fait du trouble mental n'autorise plus l'internement. Ainsi le droit belge fait-il face à la question, si ce n'est de la dangerosité sociale de certains malades mentaux, du moins au danger induit par certains comportements, et ne légifère-t-il, en matière de contrainte, qu'en rapport à ce danger étroitement circonscrit. Nous sommes donc là aux antipodes de la législation italienne de 1978, qui vise à occulter sciemment la question du danger, si ce n'est de la dangerosité -sans y parvenir tout à fait, comme nous l'avons précédemment noté-, au motif qu'il importerait de libérer la psychiatrie et le malade mental de cet impératif de sûreté. La loi belge du 26 juin 1990 se réfère au contraire expressément à celle du 1er juillet 1964 dite de « *défense sociale à l'égard des anormaux et des délinquants d'habitude* » (art. 1er de la loi du 26 juin 1990). Le danger -si ce n'est la dangerosité sociale du malade-, est donc ici clairement affirmé comme référence centrale de la loi « *relative à la protection de la personne des malades mentaux* ».

4°) Le danger dans la jurisprudence néerlandaise:

Si l'Italie a tendu à écarter cette question de la dangerosité et si de nombreux psychiatres français souhaitent pouvoir en faire autant, certaines législations récentes des pays européens sont, en revanche, revenues sur cette notion pour mieux l'affirmer, la préciser et l'approfondir.

Nous avons déjà remarqué ce qu'il en est du droit belge. Il est temps de souligner que l'arrêt WINTERWERP contre Pays-Bas, du 24 octobre 1979 de la Cour européenne des droits de l'Homme -arrêt commenté, par ailleurs, par Thomais DOURAKI et, par conséquent, sur lequel nous ne nous attarderons pas-, n'a fait, en Hollande, que renforcer cette tendance. Cet arrêt amena ainsi la Cour de cassation néerlandaise à introduire, dès 1982, le critère du danger comme nécessaire motif de l'internement psychiatrique -en plus, bien sûr, de l'existence de troubles mentaux. La Cour de cassation considéra notamment que le fait que la santé mentale de la personne risquait de s'aggraver sérieusement en cas de sortie, était insuffisant pour justifier son maintien en internement, dès lors que sa santé physique ne risquait pas d'être compromise. Depuis, plusieurs arrêts précisent les trois catégories de danger généralement invoquées en ce domaine: le danger pour soi-même, le danger pour autrui, le danger pour la sûreté des personnes et des biens. Mais, on l'a vu, du point de vue du juriste néerlandais, l'aggravation de la santé mentale de la personne ne constitue pas, toujours, un réel danger pour l'intéressé, tant que cette aggravation ne compromet pas sa santé physique et, par suite, ne porte pas atteinte à sa sûreté. Pour la Cour de cassation néerlandaise, la forte diminution de chances de guérison, sur le plan psychiatrique, ne saurait être vue comme une forme de « *danger que l'intéressé représente pour lui-même* ».

GINNEKEN⁴ cite par ailleurs un singulier arrêt de cette même Cour ayant considéré comme justifié l'internement d'un psychotique qui, troublant la nuit la paix de son voisinage, s'exposait à la brutalité de celui-ci. A ce titre, elle retint donc la notion de *danger pour lui-même* que faisait courir l'intéressé du fait de son comportement.

Cette solution paraît pour le moins surprenante. Notons cependant qu'une telle situation n'est pas exceptionnelle, même si la solution retenue par les juristes diffère d'un pays à l'autre.

Prenons un exemple français: Mlle Marie-Antoinette BOUCHERAS, opposée à la chasse et qui se retrouva ainsi en conflit avec des voisins qui n'hésitaient pas à venir chasser sur ses terres, fut ainsi internée en placement d'office, par arrêté du préfet du Puy-de-Dôme afin d'assurer sa sécurité personnelle... Elle obtint sa sortie deux ans plus tard du Président du tribunal de grande instance de Clermont-Ferrand par ordonnance du 10 novembre 1987. Celui-ci rappela que si la loi française du 30 juin 1838 est une loi de sûreté et d'assistance, elle n'a cependant pas pour objet de prévenir, par l'internement, les violences qu'une personne pourrait subir en réaction de son entourage à sa propre attitude provocatrice.

⁴ Voir P.P.J.N. GINNEKEN, 1995.

Egalement après vingt ans de débat, ce mouvement de remise en cause, renvoyant expressément à la notion de danger, aboutit en Hollande, à la réforme de 1994, de la vieille loi de 1884 sous l'empire de laquelle M. WINTERWERP s'était trouvé placé.

5°) Les particularités du droit fédéral:

Si le droit néerlandais retient désormais le danger pour soi-même ou autrui, comme pour la sûreté des personnes et des biens, associé à une pathologie mentale, comme motif d'internement psychiatrique, l'on a en revanche pu observer que le droit belge ne retient, quant à lui, que le péril pour la santé et la sécurité de l'intéressé, comme la « *menace grave pour la vie ou l'intégrité d'autrui* ».

De son côté, le droit helvétique présente des particularités propres au droit fédéral, avec lequel la Belgique doit désormais composer. En effet, le droit fédéral (Suisse, Allemagne par exemple) conduit généralement à distinguer, d'une part, les libertés fondamentales, codifiées à l'échelon national (Code civil, Code pénal), des mesures particulières, telles celles d'ordre sanitaire ou social, d'autre part. Ces dernières font ainsi l'objet d'une réglementation propre à chaque état, pays ou canton formant la fédération ou la confédération.

Le Code civil helvétique définit, par exemple, à l'article 397-a à f (chapitre VI du titre X « *De la privation de liberté à des fins d'assistance* »), le cadre général à l'intérieur duquel chaque canton demeure libre d'adopter ses propres lois, à condition de respecter les principes ainsi déterminés, dont le premier est qu'une personne ne peut être retenue dans un établissement approprié qu'en raison « *de maladie mentale, de faiblesse d'esprit, d'alcoolisme, de toxicomanie ou de grave état d'abandon* », dès lors que « *l'assistance personnelle nécessaire ne peut lui être fournie d'une autre manière* »; mais elle doit être libérée dès que son état le permet (art. 397-a).

On notera qu'au niveau fédéral, le droit helvétique ne retient pas le danger comme critère pertinent, si ce n'est celui caractérisé par un « *grave état d'abandon* » de l'intéressé. Mais il n'interdit pas qu'un canton s'y réfère expressément à titre de critère supplémentaire. Il instaure en outre une clause de subsidiarité en ne légitimant l'atteinte à la liberté individuelle que dans la mesure où l'assistance personnelle nécessaire ne peut être fournie d'une autre manière.

C'est ainsi que la législation cantonale de Genève restreint pour sa part les motifs de l'atteinte à la liberté individuelle au fait que:

- « a) le malade présente des troubles mentaux;
- b) son état constitue un danger grave pour lui-même ou pour autrui;**
- c) un traitement et des soins dans un établissement psychiatrique s'avèrent nécessaires » (art. 24 de la loi du 7 décembre 1979 « *sur le régime des personnes atteintes d'affections mentales et sur la surveillance des établissements psychiatriques* »).

La restriction est ici double, puisqu'il faut non seulement un danger pour l'intéressé ou autrui, mais encore un « *danger grave* ». En outre, le danger pour l'ordre public, comme pour les biens, se trouve également écarté, comme en Belgique.

De son côté, la législation fédérale allemande, fixe qu'il appartient au juge répressif de décider, le cas échéant, de l'internement d'un délinquant ou criminel en raison de ses troubles mentaux, suivant les prescriptions de la procédure pénale. Mais les législations propres à chaque Land sur les aides et le placement des malades mentaux, et des lois spécifiques au placement en psychiatrie légale, précisent les règles relatives à l'exécution de la mesure et au déroulement du placement.

Cette disposition du droit fédéral allemand tend ainsi à réaffirmer la dangerosité sociale des médico-légaux mais conduit également à maintenir dans les législations spécifiques relatives à l'internement des malades mentaux non délinquants, le critère du danger, comme principal critère de la mesure, tout en conservant la spécificité du traitement judiciaire et médical des médico-légaux. Ainsi, en Rhénanie-Westphalie, par exemple, la personne détenue dans un service psychiatrique par décision du juge pénal conserve-t-elle le droit de refuser tout traitement, cependant que la personne internée selon la procédure civile ne peut refuser le traitement prescrit par les médecins. Cette particularité des droits des patients, selon leur statut vis-à-vis de la juridiction répressive, met plus encore en relief la spécificité, en Europe, du traitement de la dangerosité sociale du malade mental. Cette spécificité se retrouve encore dans le droit français.

6°) Le danger et l'internement administratif en France:

Si, dans le droit français, aucune distinction n'est faite entre le malade mental dangereux pour lui-même ou autrui, voire pour l'ordre public, selon qu'il est ou a été l'objet de poursuites pénales ou non, au moment de son admission, il n'en va pas de même pour sa sortie. Le nouvel article L. 348 du Code de la santé publique confie ainsi à deux experts psychiatres, nommés par le préfet, le soin de décider de la sortie de toute personne admise en hospitalisation d'office au vu d'une décision de non-lieu pour cause de non punissabilité ou de non-imputabilité du fait des troubles mentaux présentés par l'intéressé, au moment de l'action. Dans tous les autres cas d'hospitalisation d'office, renvoyant à la notion de danger, la sortie est ordonnée par le préfet, au vu d'un certificat médical du médecin traitant de l'hôpital.

Cette disposition du nouveau Code visait à éviter les sorties, jugées prématurées, de malades mentaux délinquants ou criminels, susceptibles de récidives.

Sans entrer dans la discussion sur la pertinence d'un tel jugement, comme de l'appréciation des pratiques des médecins hospitaliers en ce genre de circonstances, et sans non plus entrer dans le détail d'une analyse critique de la

validité d'une telle procédure, notamment au vu des pratiques induites depuis la promulgation de ce nouveau texte, force est de constater que le législateur français a lui-même été amené à souligner la dangerosité sociale de certains malades mentaux recouvrant le champ d'une partie des médico-légaux: ceux objet d'ordonnance de non-lieu.

A dire vrai, la notion de danger revêt une place centrale en droit français, car la législation psychiatrique française dérive directement du traitement des malades mentaux criminels et délinquants. L'ancien article L. 326 du Code de la santé publique définissait ainsi l'aliénation mentale par référence à la fréquence des actes ou accès de démence de la personne. Ces actes ou accès de démence entraient par ailleurs dans le champ de l'article 64 du Code pénal de 1810 précisant qu'« *il n'y a ni crime ni délit, lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action, ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister* ». Cette disposition particulière du Code pénal français n'a, en réalité, pu être mise en oeuvre qu'après, d'une part, la promulgation de la loi du 30 juin 1838, donnant les moyens de gestion de cette population considérée comme démente en obligeant les départements à se doter d'établissements qui lui seraient réservés et, d'autre part, après l'instauration d'un pouvoir fort avec le coup d'Etat de 1851, de Louis-Napoléon Bonaparte⁵.

Certes, la loi du 30 juin 1838 ne faisait-elle intervenir la notion de danger pour l'ordre public ou la sûreté des personnes, qu'en cas de placement d'office et demeurerait-elle muette sur le sujet en cas de « placement volontaire », c'est-à-dire à la demande d'un tiers; mais c'est dans la mesure où le droit du siècle dernier entendait maintenir, si ce n'est renforcer, ou, à tout le moins, confirmer, le droit des familles, lesquelles, face à l'aliéné, conservaient le droit, si ce n'est le devoir, de pourvoir à ses besoins et de prendre toute mesure utile. La famille ou l'entourage recevaient ainsi, vis-à-vis de l'aliéné, le pouvoir de provoquer la séquestration de l'intéressé. En ce sens, le dément, pris en charge et assisté, ne pouvait représenter quelque danger que ce soit. Un danger ne pouvait apparaître que pour l'aliéné, délaissé par sa famille ou son entourage, divagant sur la voie publique, source de scandale et susceptible, du fait de sa divagation, de se livrer à nouveau à quelques crimes ou délits, ne pouvant être sanctionnés, car conduisant à la mise en oeuvre d'un nouvel article 64 du Code pénal. C'est donc pour répondre à cette situation particulière qu'en 1838, l'administration préfectorale reçut le pouvoir de placer d'office ces personnes. Le danger dont il était question n'était pas n'importe quel danger, mais celui résultant de l'abandon du dément à son triste sort par un entourage indifférent ou inconscient des risques qu'il y avait à laisser ainsi un tel individu libre de circuler sans aucune entrave sur la voie publique. La loi du 30 juin 1838 renvoyait donc plus encore à la notion de risque. Le législateur de 1838 recourrait d'ailleurs au conditionnel, forme définissant le danger comme un risque potentiel d'un acte prévisible à venir, mais n'ayant pas encore connu de début d'exécution: « *les préfets ordonneront d'office le placement, dans un établissement d'aliénés, de toute*

⁵ Voir notamment Ph. BERNARDET, 1991 et 1993, et A. PIERNIKARCH, 1989.

personne interdite ou non interdite, dont l'état d'aliénation compromettrait l'ordre public ou la sûreté des personnes » (ancien art. L. 343 du Code de la santé publique).

Il est évident que, dans cette logique, un aliéné, déjà interné en placement volontaire, à l'instigation de son entourage, ne pouvait présenter un tel risque de compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes, de sorte qu'en définitive, l'autorité préfectorale n'était censée intervenir qu'à titre subsidiaire. C'est donc par erreur et abus que l'on a longtemps soutenu la spécificité d'un « placement volontaire » qui ne concernerait pas les malades dangereux. En vérité, le législateur du 30 juin 1838 ne visait qu'une seule et même population: celle des déments promiss, du fait de leurs actes antérieurs et de leurs comportements, à des articles 64 à répétition, si aucune disposition n'était prise à leur égard. Il ne distinguait cette population que sous l'angle de l'assistance prodiguée ou non par les proches. Le danger n'avait dès lors qu'une seule cause: le défaut de prise en charge par les familles ou l'entourage, s'abstenant de recourir au « placement volontaire » utile et nécessaire. L'autorité préfectorale se substituait alors à l'entourage défaillant par « placement d'office » interposé.

Avec la réforme du 27 juin 1990 la logique est tout autre. Le régime de l'« hospitalisation à la demande d'un tiers » et celui de l'« hospitalisation d'office » renvoient à des situations radicalement différentes.

L'hospitalisation à la demande d'un tiers suppose, d'une part, que l'état de santé de la personne nécessite, du point de vue médical, la mise en oeuvre de traitements particuliers; d'autre part, que ces traitements ne puissent être administrés que dans un cadre hospitalier, sous surveillance médicale constante. Enfin, il faut encore que les troubles de la personne rendent impossible son consentement.

A ce stade de l'article L. 333 nouveau du Code de la santé publique, rien n'est dit de la situation de danger éventuellement en cause, car le législateur français n'a pas cru devoir préciser qu'une telle modalité d'admission sous contrainte ne serait légitime que si le retard dans la mise en oeuvre d'un tel traitement porterait un risque quelconque pour la santé de l'intéressé ou plus encore pourrait conduire à une détérioration de ses facultés mentales, voire mettre en cause sa sécurité ou sa vie même. Ce sont pourtant ces considérations qui sont prises en compte par la législation britannique en matière de maintien pour traitement, comme par la loi belge, lors de tout placement judiciaire, ainsi que par le TSO italien, lequel renvoie expressément, nous l'avons vu, à la notion d'urgence. En ce sens, la législation française instaure une contrainte de soin bien plus large que les législations belges, britanniques ou italiennes.

Au niveau de l'admission sous HDT (hospitalisation à la demande d'un tiers), le législateur français n'aborde la question du danger qu'au titre, précisément, de l'urgence. L'article L. 333-3 nouveau du Code de la santé publique dispose ainsi:

« A titre exceptionnel et en cas de péril imminent pour la santé du malade dûment constaté par le médecin, le directeur de l'établissement pourra prononcer l'admission au vu d'un seul certificat médical émanant éventuellement d'un médecin exerçant dans l'établissement d'accueil ». Le danger ici retenu est donc celui exclusif

du « *péril imminent* » pour la santé de l'intéressé. La dangerosité sociale est donc d'emblée exclue du cadre de l'HDT, même en cas d'admission en urgence.

En revanche, les dispositions relatives à l'hospitalisation d'office telles qu'elles résultent de la réforme du 27 juin 1990, confiant des pouvoirs discrétionnaires aux préfets des départements, donc à l'administration, considèrent des situations d'une toute autre nature et un danger tout à fait particulier.

La jurisprudence administrative a ainsi établi que les dispositions de l'article L. 342 nouveau du Code de la santé publique, relatif à l'hospitalisation d'office, doivent s'appliquer indépendamment de celles définies à l'article L. 333 au titre de l'hospitalisation à la demande d'un tiers. Or, le nouvel article L. 342 dudit Code ne renvoie ni à la nécessité de mettre en oeuvre un traitement particulier -et moins encore un traitement qui, par nature, suppose une hospitalisation et une surveillance médicale constante- ni à l'impossibilité d'obtenir le consentement de l'intéressé. L'article L. 342 ne retient qu'une seule condition. Il faut que les troubles mentaux de la personne « *compromettent l'ordre public ou la sûreté des personnes* ». Il ne s'agit donc plus de se substituer à un entourage défaillant et de se placer, par suite, dans une logique de la subsidiarité. Il s'agit d'intervenir dans une situation spécifique: celle de l'ordre public ou de la sûreté des personnes, compromis par les troubles mentaux du malade. Il ne s'agit pas davantage d'éviter un passage à l'acte et de répondre à un simple risque, mais de prendre des mesures de sûreté à l'issue d'un acte ayant compromis l'ordre public ou ladite sûreté pour éviter toute récidive, d'où l'emploi du présent de l'indicatif en lieu et place du conditionnel figurant à l'ancien article L. 343 du CSP, issu de la loi du 30 juin 1838. Or, qu'est-ce qu'un acte compromettant l'ordre public ou la sûreté des personnes, si ce n'est un acte entrant habituellement dans la catégorie des délits ou des crimes, définis par le Code pénal?

Comment s'étonner dès lors que quelques psychiatres français se plaignent d'avoir toujours davantage à traiter, sous couvert d'hospitalisations d'office, des délinquants d'habitude, d'autant plus intraitables qu'ils échappent, par hospitalisations psychiatriques interposées, à toute confrontation à la loi et dont les délits ne sont jamais instruits, se trouvant ainsi maintenus et structurés dans un état d'irresponsabilité permanente, incompatible avec la cure psychiatrique?

Ce dispositif demeure cependant cohérent avec le fait qu'en matière de traitement des médico-légaux, la législation française ne prévoit toujours pas de procédure de placement spécifique. Comme nous l'avons déjà signalé, elle ne prévoit de procédure particulière qu'en matière de sortie des médico-légaux, non pour leur placement, lequel relève des mêmes dispositions de l'article L. 342 nouveau du Code de la santé publique, dont il vient d'être question. Lorsqu'un délinquant est reconnu pénalement irresponsable et lorsque l'instruction pénale débouche sur une ordonnance ou une décision de non-lieu, par application du nouvel article 122-1 du Code pénal se substituant à l'ancien article 64, l'autorité préfectorale décide seule de l'opportunité de prononcer l'hospitalisation d'office

de l'intéressé; et elle le fait exactement sous le même mode et en répondant aux mêmes prescriptions que celles observées en cas d'hospitalisation d'office d'une personne non soumise à une instruction pénale quelconque. L'hospitalisation d'office tend donc toujours davantage à gérer une population de délinquants ou criminels plus ou moins atteints de troubles mentaux, comme à dispenser la juridiction répressive à instruire comme à poursuivre les intéressés. L'hospitalisation d'office devient ainsi une véritable boîte noire de la délinquance, notamment des jeunes récidivants, en les faisant échapper à toute justice, y compris même à la procédure d'instruction, sans leur permettre pour autant d'accéder à une cure psychiatrique appropriée, efficace et pertinente. En effet, la déresponsabilisation fait souvent obstacle au réel traitement psychiatrique proprement dit.

Force est en tout cas de constater qu'au niveau de l'hospitalisation à la demande d'un tiers, le législateur français n'a retenu, au titre de l'admission en urgence, que le danger pour soi-même caractérisant un péril imminent. En revanche, il a tendu à réserver l'hospitalisation d'office au cas du danger pour l'ordre public et la sûreté d'autrui, bien que la référence à « *la sûreté des personnes* » ne permette pas d'exclure catégoriquement le danger pour soi-même. L'on retiendra surtout que, dans le cadre de l'hospitalisation d'office, le législateur français n'a pas cru devoir articuler cette nécessaire réponse au danger pour autrui, aux particularités propres du traitement et de sa nécessité, ouvrant ainsi la porte au plus grand arbitraire de l'action administrative, déjà singulièrement grand en ce domaine.

En quelque sorte, le législateur français a entendu traiter de la mesure de sûreté comme le fait le droit pénal, italien et britannique, en matière de placement des délinquants et criminels, malades mentaux. Dans ce droit pénal, on l'a vu, la circonstance aggravante se résorbe dans la violation de la loi qui dispense de s'assurer de la gravité des troubles (droit anglais) ou dans l'existence même du trouble mental, laquelle renforce la dangerosité sociale de l'intéressé et allonge le délai durant lequel une mesure de sûreté peut être ordonnée (droit pénal italien). Dans le droit sanitaire français, la circonstance aggravante, qui permet de se dispenser d'affiner l'approche de l'état de santé mental, réel, de l'intéressé, est le danger pour autrui ou pour l'ordre public, qu'il soit ou non l'objet d'un traitement pénal particulier. En droit sanitaire français, le danger pour soi n'est pas une circonstance aggravante, mais justifie seulement l'intervention, en urgence, d'un tiers, autre que l'autorité préfectorale, selon les modalités simplifiées de l'HDT.

III. En guise de conclusion, quelques réflexions sur l'incurie et la contrainte de soin:

La nouvelle loi polonaise de 1994, comblant le vide juridique maintenu jusqu'alors en ce domaine, et organisant un contrôle systématique des mesures

de placement par le juge des tutelles, retient la notion de danger imminent pour la vie du patient ou pour la vie ou la santé d'autrui, en cas d'admission en urgence. Elle n'autorise ensuite le maintien en internement qu'à la double condition de l'existence d'une maladie mentale et d'une détérioration de la santé mentale du patient ou son incapacité à assurer, lui-même, les besoins vitaux de son existence. Ainsi, le droit polonais ne retient-il que la notion de danger pour soi, pour justifier un tel maintien et réserve-t-il une place essentielle à l'appréciation de la capacité de la personne à assurer elle-même sa survie, pour déterminer le niveau de contrainte.

L'on a déjà vu que le droit helvétique fait de la situation de « *grave état d'abandon* », le principal critère de dangerosité, d'ailleurs seul retenu au niveau fédéral. Au terme de cette communication, il importe de revenir plus en détail sur la situation d'incurie et sur son traitement juridique.

Se maintenant radicalement dans la logique de l'ancien texte français - celui du 30 juin 1838- et ayant d'ailleurs à traiter d'un cas relevant de cette législation, le Président du tribunal de grande instance de Libourne, dont la décision fut commentée par Thierry Fossier, Président du tribunal d'instance de Rennes, juge des tutelles⁶, n'a pas hésité à faire jouer la clause de subsidiarité que comportait l'ancien texte en constatant qu'une mesure de tutelle ou de curatelle aurait fort bien pu être mise utilement en oeuvre en lieu et place de l'internement, pour répondre aux difficultés présentées par la personne. Et, sur la base de ce constat, il a ordonné la sortie immédiate.

Dans la mesure où, au titre du danger, un certain nombre de législations nationales retient explicitement ou implicitement l'état d'incurie, il ne nous semble pas inutile de citer ici la fin des attendus de cette ordonnance de sortie, éclairante à plus d'un titre:

« En l'espèce, il résulte tant du certificat de 24 heures dressé par le Dr. P... que des conclusions de l'examen psychiatrique auquel s'est livré le Dr. L... que Mlle M... est atteinte de psychose délirante chronique justifiant soins et surveillance. Cependant, même si l'on considère, d'une part, que le rapport de police du 31 janvier 1989 a été établi à la suite « d'une demande d'intervention des riverains » de Mlle M..., et d'autre part, que le certificat précité, postérieur au placement d'office, fait état de « la saleté et de la crasse » des lieux occupés par Mlle M..., de « leur insalubrité » et de la nécessité de « mesures d'assainissement », force est de constater, aux termes du certificat et de l'expertise médicale précités, que le placement d'office est fondé sur la nécessité « d'un bilan et d'une remise en place d'un traitement fait de neuroleptiques », ou « sur la réticence de la patiente et de son opposition à un traitement ambulatoire ». En aucun cas, un trouble ou une menace patente à l'ordre public ne sont en réalité démontrés, ni non plus une atteinte ou une menace à la sûreté des personnes, chacun convenant qu'en réalité Mlle M... vit repliée sur elle-même, sans contact extérieur, ce qui la conduit simplement à se désintéresser de ses affaires de telle sorte qu'à raison de l'altération de ses facultés personnelles, il conviendrait d'y pourvoir par l'un des régimes de protection prévu aux articles 490 et suivants du Code civil. Le recours au placement d'office n'est pas un substitut à une carence ou, en l'espèce, à une difficulté passagère de communication entre

⁶ in La semaine Juridique, Ed. G., n° 6, jurisprudence 1990, 21408.

un suivi médical et un patient mais un mode d'action particulier pour soustraire un individu à raison de sa dangerosité pour les autres ou, éventuellement, pour lui-même à raison des conséquences pour les autres. Dans ces conditions, il y a lieu d'ordonner la mainlevée du placement d'office ».

L'on observera que la logique retenue par ce magistrat et qui, selon lui, animerait la législation française du 30 juin 1838, est inverse de celle adoptée par la Cour de cassation néerlandaise. Le danger pertinent est ici le danger pour autrui, de sorte que même le danger pour soi ne saurait être pris en considération que dans ses conséquences pour autrui. Aux Pays-Bas, en revanche, la Cour suprême considère que la prise en considération du danger pour soi peut aller jusqu'aux conséquences réactives de l'entourage à son propre comportement. Le législateur français du 30 juin 1838 voyait ainsi en priorité le risque social. Quant à lui, le juriste néerlandais revient sur le risque personnel, par le détour de la réponse sociale à l'acte de l'intéressé par l'effet d'une boucle de rétroaction.

L'on observera, par ailleurs, que la situation ici décrite n'est pas éloignée de celle caractérisant, selon Maria-Gracia GIANNICHEADDA, le risque structurel en psychiatrie, du fait des conséquences, au plan comportemental, de la souffrance psychique du malade mental; risque structurel qui, selon elle, justifie notamment la mise en oeuvre d'un traitement sanitaire obligatoire. On observera encore que la situation ici décrite légitimerait, sans aucun doute, en droit français contemporain, une hospitalisation à la demande d'un tiers, notamment depuis la promulgation de la réforme du 27 juin 1990. Est-on cependant sûr qu'une telle mesure de contrainte de soin, moins respectueuse du droit de libre détermination de la personne, serait vécue par elle comme salutaire et, par suite, pourrait avoir un réel effet bénéfique sur son équilibre psychique? Est-on sûr qu'en de tels cas, la contrainte de soin est le plus sûr chemin de l'accès aux soins? Car enfin, est-il réellement possible de traiter quelqu'un, en psychiatrie, sans obtenir sa réelle adhésion au traitement. Une telle adhésion peut-elle être obtenue après la violence faite à l'intéressé lorsqu'on passe outre son refus, pour l'atteindre dans son intimité, voire son intégrité physique et mentale? En psychiatrie, la contrainte ne pose-t-elle pas plus de problèmes qu'elle n'en résout? Et ne faut-il pas finalement concevoir la contrainte comme le seul moyen de traiter, non la personne, mais la question de la sûreté qui se pose parfois, quoiqu'on en dise, en psychiatrie? Si tel est le cas, ne convient-il pas, alors, de limiter la contrainte au seul cas de danger?

C'est du moins la réponse que donna M. Jean SALOMON, Président du Tribunal de Grande Instance de Chalon-sur-Saône, à l'occasion de l'instruction d'une demande de sortie immédiate formulée par Michel G., une amie de ce dernier et le Groupe Information Asiles que je représentais à l'instance. A l'époque, l'intéressé se trouvait maintenu en sortie à l'essai, sous le régime de l'hospitalisation à la demande d'un tiers. Il contestait l'obligation de suivi psychiatrique par les médecins hospitaliers, dont il était l'objet, comme la poursuite, contre son gré, d'un lourd traitement de neuroleptiques majeurs.

Après avoir pris connaissance des conclusions de l'expert spécialement désigné, le magistrat devait ordonner la sortie immédiate sur les motifs suivants:

« Attendu qu'à cet égard, l'expert signale:

« Il (M. G.) reçoit régulièrement la visite d'une infirmière qui lui fait une injection de neuroleptique, médicament destiné à calmer son instabilité importante et à atténuer des réactions caractérielles vis-à-vis de son entourage, mais qui est responsable des tremblements importants que l'on constate chez lui. Ce tremblement s'est accentué dernièrement au point qu'il a dû être réhospitalisé pendant 3 semaines en mai 1990 et que la dose injectée a dû être diminuée.'

« Attendu que lors de l'audience, nous avons pu constater les tremblements apparemment inquiétants dont M. G... est atteint; (...)

« Attendu surtout, que le respect des libertés individuelles qu'inspirent de manière toujours plus accentuée les législations, réglementations et jurisprudences nationales et supranationales du monde occidental, doit permettre à un individu ne présentant pas un état d'aliénation mettant en péril l'ordre public et la sûreté des personnes, de choisir lui-même le ou les thérapeutes qui lui prescriront les traitements adaptés à son état.

« Attendu que laissant au juge administratif, le soin de se prononcer sur la régularité des actes administratifs concernant l'internement de M. Michel G..., il y a lieu, au vu des motifs sus énoncés, d'ordonner la sortie immédiate dudit G... ».

Ainsi, selon ce magistrat, les dispositions législatives et réglementaires du monde occidental ne sauraient autoriser une quelconque contrainte de soin, sauf pour les personnes dont l'état d'aliénation met en péril l'ordre public ou la sûreté des personnes. C'est donc le danger qui, une fois de plus, constitue le critère discriminant.

Ne faut-il pas, enfin, comme le suggère Philippe RAPPARD, se départir de la notion de dangerosité du malade mental, pour n'accepter de prendre en considération que des situations où un danger existe pour l'intéressé, pour autrui, voire pour l'ordre public, et ne plus rabattre ainsi, sur le seul malade mental, la responsabilité de la mesure de sûreté, parfois nécessaire? Ne convient-il pas enfin, et peut-être surtout, de partir de la notion d'urgence à intervenir, dans certains cas de pathologie mentale grave, pour garantir la sûreté de l'intéressé comme celle d'autrui, voire de l'ordre public, et prohiber la prise en considération de toute autre forme de danger pour justifier la mesure initiale de contrainte?

Pour G. VIDON⁷ il faudrait aller bien plus loin et remettre en cause le lien existant toujours, notamment dans la législation française, entre les soins obligatoires et l'isolement derrière les murs de l'hôpital. L'extension des soins obligatoires en ambulatoire s'avère en effet désormais possible grâce à toute la réglementation sur la sectorisation psychiatrique, de sorte que l'on pourrait se passer de l'hospitalisation dans l'exercice de la contrainte; ce vers quoi tend d'ailleurs le TSO italien. N'est-il cependant pas urgent de s'interroger sur les risques de dérapage d'une approche de la contrainte, non plus sous l'angle de la sûreté, mais sous celui de l'accès aux soins et, par suite, de la contrainte de soin,

⁷ Voir G. VIDON, 16 octobre 1996.

lorsqu'on sait qu'en Italie, à en croire du moins G. VIDON⁸, le TSO se traduit parfois par le versement conditionné des pensions aux personnes nécessiteuses, mentalement perturbées, à l'injection préalable de neuroleptiques à effet retard. Ces pratiques détestables ne risquent-elles pas de proliférer avec la banalisation de la contrainte et son extension aux situations où aucun danger n'existe, notamment pour la santé et la vie de l'intéressé?

Le 14 octobre 1980, Nicolae CEAUCESCU promulgua un décret sur l'«*Assistance aux malades psychiques dangereux*» de Roumanie, et confia la décision portant obligation de soin, aux médecins, tout en organisant des droits de recours des intéressés aux instances judiciaires. D'après certains, pour limitée qu'ait pu être cette réforme, elle n'en aurait pas moins permis à de nombreux patients de prendre conscience qu'ils n'ont pas à être privés de liberté quand la société le veut, mais seulement lorsqu'ils commettent quelques actes de violence et manifestent un comportement dangereux. A dire vrai, l'article 2 du décret retient, comme cause de contrainte, le fait que le patient peut, du fait de sa pathologie mentale, attenter à sa propre sécurité, ou troubler gravement, et d'une manière répétée, les conditions normales de travail ou de vie familiale ou sociale. En définitive, le droit roumain retient donc le danger pour soi-même et le trouble à l'ordre public ou familial, conçu au sens large, puisqu'il inclut la perturbation des conditions normales de travail.

En outre, la décision n'est pas une simple décision privative de liberté. L'article 3 du décret précise en effet expressément que les malades psychiques dangereux doivent être obligatoirement traités sur un plan strictement sanitaire, soit à l'hôpital, soit en ambulatoire, sous le mode du *Traitement Médical Obligatoire*. L'article 9 stipule que le *Traitement Médical Obligatoire* ambulatoire doit être ordonné «*chaque fois qu'il n'y a pas une nécessité médicale majeure pour l'internement du malade à l'hôpital*». L'existence d'un danger, lié à un état pathologique, ne saurait donc justifier, à elle seule, l'internement. Même en ce cas, le traitement ambulatoire sous contrainte, doit être préférentiellement recherché. L'internement ne doit résulter, lui-même, que d'«*une nécessité médicale majeure*».

Il n'est guère besoin d'insister longuement sur les emprunts inattendus de CEAUCESCU au TSO italien; car comment ne pas voir déjà la similitude des dénominations. Certes, le TMO roumain renvoie-t-il expressément au malade dangereux et tend-il à répondre principalement à la dangerosité sociale du patient; mais il le fait également pour assurer un meilleur accès aux soins pour l'intéressé, comme il fait entièrement dépendre la mesure de considérations médicales, donnant d'ailleurs tout le pouvoir de décision aux médecins. Comment enfin ne pas s'interroger sur le fait que le TMO ait pu conduire de nombreux patients à prendre conscience qu'ils n'avaient pas à être contraints en l'absence d'un tel danger? La prise en compte du danger pour soi-même ou pour autrui, voire pour l'ordre public, ayant été, ici, le levier de la prise de conscience de leur citoyenneté, par certains patients roumains.

⁸ Voir G. VIDON, 1995 et 18 octobre 1996.

Que restera-t-il, en effet, de cette citoyenneté, le jour où, dans d'autres pays européens se voulant démocratiques, la contrainte n'aura plus à être légitimée par un tel danger, mais deviendra à ce point banalisée par la notion de bienfait pour l'intéressé, subjectivement apprécié par autrui, qu'on pourra la monnayer en dehors de l'hôpital, comme nous le montre déjà G. VIDON en Italie, par le versement de pension, ou la jouissance d'autres avantages matériels et économiques, conditionnée à l'injection préalable à effet retard? N'est-ce pas alors le point ultime de la dépendance et de l'asservissement des personnes qui aura été atteint sous prétexte de développer l'accès aux soins -point de non-retour de la dépersonnalisation et de l'exclusion sociale comme de l'exclusion de toute citoyenneté du sujet?

Bibliographie sommaire

1. ALEXANDER, C.: « Le bilan de la loi du 26 juin 1990 sur la protection de la personne du malade mental en Belgique », Cah. Pollen, 1995, 5-6: 17-20.
2. BERNARDET, Ph.: « Rapport psychiatrie-justice: la naissance d'un arbitraire », in Santé Mentale: Réalités européennes, C. LOUZOUN (dir.), Toulouse, Erès, 1993:137-153.
3. DOURAKI, Th.: La Convention Européenne des Droits de l'Homme et le Droit à la Liberté de certains Malades et Marginaux, Paris, L.G.D.J., 1986.
4. GIANNICHECKDA, M.-G.: « Le traitement sanitaire obligatoire (TSO) », in C. LOUZOUN, Législations de Santé Mentale en Europe, Paris, la Documentation Française, 1992: 157-176.
5. GIANNICHECKDA, M.-G.: « Une normalité pour nous, sans internement pour eux », Santé Mentale: Réalités européennes, C. LOUZOUN (dir.), Toulouse, Erès, 1993: 184-194.
6. GINNNEKEN, P.P.J.N.: « La notion de danger comme condition exigée à l'hospitalisation contrainte dans un hôpital psychiatrique aux Pays-Bas », Cah. Pollen, 1995, 5-6: 21-24.
7. GUILBERT, F.: Liberté Individuelle et Hospitalisation des Malades Mentaux, Paris, Librairies Techniques, 1974.
8. HARDING, T.-W.: « Du danger, de la dangerosité et de l'usage médical de termes affectivement chargés », Déviance et Société, 1980, 4 (3): 331-348.
9. HIMMELBERGER, R.: « Une critique de la contrainte en psychiatrie », Société suisse d'éthique biomédicale, Genève, 1992.
10. LOUZOUN, C.: Législations de Santé Mentale en Europe, Paris, La Documentation Française, 1992.
11. MENA, J.-M.: « L'internement du malade mental: actualité juridique en Espagne », Actes de la journée du 30 juin 1988: Les 150 ans de la Loi du 30 juin 1838, Association Pierre Sépard, Saint-Denis, 1988: 48-51.

12. PIERNIKARCH, A.: « Evolution du champ d'application de l'article 64 du Code pénal, de 1810 à nos jours, au regard de la notion d'enfermement », in La Santé comme observable. Regards sur la santé mentale et la folie, Colloque INSERM, Paris, 1989, vol. 192: 311-316.
13. RAPPARD, Ph. et de PERSON, J.: « Système psychiatrique français et procédure d'habeas corpus. Du contrôle judiciaire de la privation de liberté dans la psychiatrie française », *L'Evolution Psychiatrique*, 1994, 59 (1): 39-51.
14. SOOTHIL, K.-L., HARDING, T.-W. et al.: « Compulsory admissions to mental hospitals in six countries », *International Journal of Law and Psychiatry*, 1981, 4: 327-344.
15. TUDORACHE, B.: « L'évolution des politiques de santé mentale (Roumanie) », *Cah. Pollen*, 1994, 1: 7-10.
16. VANDENDRIESSCHE, X.: «Le droit des hospitalisations psychiatriques: derniers développements », *Rev. droit sanitaire et social*, janv.-mars, 1992, 28 (1).
17. VIDON, G.: « Pour des soins obligatoires en ambulatoire », *Nervure*, 1995, VIII-5: 1-4.
18. VIDON, G.: « Pour une extension de la loi du 27 juin 1990 aux soins ambulatoires », Communication du 16 octobre 1996 au IVe Salon International: Psychiatrie et Système Nerveux Central.
19. VIDON, G.: « Vers une obligation de soins en ambulatoire », Communication du 18 octobre 1996 au IVe Salon International: Psychiatrie et Système Nerveux Central.
20. WARD, A.: « Involuntary treatment of persons with mental disorders and / or substance abuse: approaches to legislation », *Cah. Pollen*, 1995, 5-6: 63-66.

Bruno Gravier*

La dangerosité, entre soigner et punir: A propos de l'évolution des législations concernant les délinquants sexuels

A l'occasion de l'analyse d'un traitement au long cours mené au sein de notre unité de soins en milieu pénitentiaire, les soignants impliqués dans le suivi du patient en question en sont arrivés au constat de l'inéluctabilité de la récidive. Ce patient avant son incarcération s'était rendu coupable d'une douzaine de viols et d'attentats à la pudeur sur des enfants. Il est décrit par ses thérapeutes comme un jeune homme issu du quart monde ayant connu une enfance dramatique au cours de laquelle il avait été lui-même abusé et présentant une limitation intellectuelle très importante.

Le constat d'une récidive inscrite dans la trajectoire du patient survient dans le contexte d'une prise en charge dense, consentie puis souhaitée par celui-ci. A cette occasion, les thérapeutes ont pris conscience, petit à petit, de la violence qui habite leur patient et qui a rejailli à plusieurs reprises dans des actes commis avec une grande brutalité, sans perception de l'interdit et de l'offense faite à l'autre.

Le contre-transfert vécu par ces thérapeutes est à la mesure de cette violence perçue chez ce patient et quasiment revécue au cours de la prise en charge. Même en l'absence de passage à l'acte, la violence psychique dans de telles prises en charge est si intense qu'elle plonge le thérapeute lui-même dans un vécu de victimisation. Pourtant, cette contre attitude, pour insoutenable qu'elle soit, ne s'accompagne pas du rejet du patient avec qui demeure une relation thérapeutique qui semble pouvoir (devoir?) se prolonger pendant encore longtemps.

Par contre, l'évidence semble s'imposer pour ces mêmes thérapeutes que ce patient ne peut en aucun cas sortir du milieu pénitentiaire où il se trouve, qu'il est fondamentalement dangereux et qu'il a besoin d'un encadrement à vie, seule garantie permettant d'éviter de mettre de nouveaux enfants en danger.

* Psychiatre, chef du Service de Médecine et de Psychiatrie Pénitentiaires, Lausanne, Suisse.

Devant une telle situation où les thérapeutes se sentent mis en demeure d'agir, (alors que la procédure en cours ne les sollicite pas) on ne peut qu'être perplexe devant l'attitude à adopter :

Les thérapeutes doivent-ils respecter l'exigence de neutralité pour conserver un espace thérapeutique, tout en assumant que leur connaissance particulière du patient leur donne une perception plus aiguë (au risque d'être erronée) du risque des actes que leur patient va poser dès qu'il ne sera plus emprisonné?

Les thérapeutes - tenus au secret par la dimension contractuelle de la relation thérapeutique - peuvent-ils, ou doivent-ils, rester silencieux alors qu'ils sont saisis par la dangerosité manifeste du patient et qu'ils réalisent que la justice permettra peut-être au patient de sortir de prison une fois sa dette payée - mais sans contrôle de quelque nature que ce soit et bien avant que les soins prodigués lui aient permis d'accéder à une véritable maîtrise de ses velléités agressives?

Doivent-ils, au contraire, sortir de leur réserve et indiquer aux autorités judiciaires et pénitentiaires la nécessité de prendre des mesures de contention allant plus loin que celles que le procès pénal a prévu?

Doivent-ils témoigner de ce qu'ils entrevoient de la dangerosité, rompre le secret médical, mais effectuer ainsi une œuvre de prévention qui peut paraître indispensable?

En d'autres temps ou avec d'autres patients ce questionnement aurait pu paraître incongru et, surtout, excéder la mission du soignant.

La pression autour des crimes et délits sexuels oblige à un tel questionnement et à en redéfinir les repères éthiques. Il existe aussi un malaise vis-à-vis de l'inadéquation de la réponse pénale. Quelle que soit l'attitude choisie, il existe le sentiment diffus que la loi ne répond pas à la situation, qu'elle n'est pas capable de prévenir, qu'elle ne peut avoir de prise sur ce type de délinquant.

Le respect du secret médical, pourtant parfaitement balisé et défini par la loi, apparaît dérisoire et inadapté à la réalité de la violence qu'une équipe soignante doit parfois assumer. D'un autre côté, même si beaucoup pressent pour que les médecins s'engagent dans une forme de collaboration qui les amène à prendre position pour prévenir une éventuelle dangerosité, il s'agit de franchir un pas qui peut invalider lourdement notre position thérapeutique.

"Nous sommes ici sur une arête aiguë, dit E. Fuchs¹, et l'on passe aisément d'un droit de contrainte, légitimé par la solidarité à un droit de contrainte, justifié par l'exigence de sécurité et la peur. La seule manière d'éviter de franchir cette arête est de poser comme principe absolu le principe du respect d'autrui, dans toute sa signification y compris sociale. Les droits de la société à intervenir ne sont justifiés, et d'ailleurs réellement justes, que s'ils expriment l'exigence d'une limite qui permet la cohérence et en maintient toujours ouverte la possibilité."

¹ Fuchs E. Problèmes éthiques: droits de la personne et droits de la société, Folia bioethica, 10, 1992, 1-7.

La question de cette limite est à poser sans cesse pour permettre un espace dialectique entre psychiatrie et justice qui ne soit ni compromission ni démission.

La primauté du devoir de protection de l'enfant, victime potentielle du délinquant

Quelque chose a changé dans la relation de la société aux victimes. La reconnaissance des droits de l'enfant, et, en particulier, des conventions internationales, ratifiées par de nombreux pays indique combien la parole de l'enfant est désormais crédibilisée et combien les sociétés ne peuvent plus se satisfaire du silence ou de la disqualification qui trop souvent prévalait. L'intense émotion qui a saisi la Belgique après la révélation de l'affaire Dutroux en témoigne.

L'agression contre un enfant ne pourra plus être un drame occulté, minimisé ou recouvert par le silence.² Au contraire sa révélation et sa judiciarisation deviennent un des premiers éléments du soin à l'enfant victime. C'est aussi un leitmotiv repris par la presse qui vient rythmer la construction et l'élaboration du discours de la loi répressive. Si on ne peut que se féliciter de cette évolution qui répond à la nécessaire reconnaissance de la souffrance, il faut rester attentif à toutes les dérives démagogiques qui viennent scander les passions populaires actuelles.

Catherine Ehrel,³ journaliste à Libération, dans un remarquable travail de lecture du code pénal, parallèle à la lecture des faits divers ou des émotions publiques au moment des débats parlementaires, a étudié comment la peur est devenue un moteur de la loi. *.. "la loi n'en sortait pas grandie. On voit le législateur dans ses petites oeuvres,"* dit-elle. Elle illustre magistralement la situation du débat de 1991 par cette citation, lapsus compris, de Pierre Méhaignerie, alors ministre de la justice en France : *"mon objectif, c'est de protéger l'enfant sans anéantir l'individu. Protéger l'enfant c'est constater que, dans les cas où les psychiatres estiment que les risques de récidive sont très importants, il n'existe pas d'autre solution que l'enfermement, en l'état actuel des connaissances médiatiques, euh médicales, voulais-je dire, et psychiatriques"*.

Une évaluation de la dangerosité qui procède d'une lecture clinique

² Cf. Tomkiewicz S., Droits de l'enfant, éthique et médecine, in Louzoun Cl. , Santé mentale, réalités européennes, ERES , Toulouse, 1993, 321-325.

³ Ehrel C., La psychiatrie et la loi ou le législateur et les psychiatres, in Dormoy O., Soigner et/ou punir, Paris, L'Harmattan, 1995, 139-145.

On prête beaucoup aux psychiatres en matière de prédiction de dangerosité, et bien plus que l'état des connaissances ne permet de l'autoriser⁴. Par ailleurs, au plus fort de l'émotion, il est souvent difficile d'apprécier ce que dangereux veut dire, nous le savons bien. Il n'en reste pas moins que même si le psychiatre n'est pas toujours le mieux placé, il est dans une position où il détient un savoir sur son patient, savoir qui peut lui donner certaines indications sur la violence interne de celui-ci; c'est peut-être là que se situe le piège qui pourrait amener les psychiatres à agir cette prédiction dans une prise de position qui se situe à l'intersection entre le soin et la sanction.

Interroger cette intersection est primordial à partir du moment où les psychiatres sont, en plus de leur propre questionnement, amenés à répondre de plus en plus souvent, tant à la question du pronostic (avant le jugement, à la fin de la peine) qu'à la question du traitement (pendant l'incarcération, après l'incarcération). Cette interrogation est encore plus nécessaire quand il est demandé au thérapeute de s'inscrire dans des mesures de contrôle social et médical. Doit-on refuser, comme beaucoup le disent, toute implication de cette nature? Doit-on se poser la question des conditions du soin à partir du moment où la personnalité de l'auteur de l'acte laisse entrevoir que l'injonction thérapeutique peut avoir valeur structurante?

Bien sûr, l'évaluation de la dangerosité procède en premier lieu de la démarche de l'expert, mais plus les thérapeutes seront amenés à prendre en charge des patients qui fonctionnent sous le primat de la violence et du passage à l'acte, plus cette question deviendra lancinante. Surtout à partir du moment où notre connaissance du fonctionnement psychique de ces patients nous rend attentifs à leur destructivité. Plus encore se pose la question du soin éventuel à proposer en alternative ou en complément à la sanction.

Tout le monde reconnaît que l'évaluation de la dangerosité est hasardeuse et que la valeur scientifique d'une telle notion est contestable⁵. Il est, par contre, utile de poser certains repères cliniques qui permettront de nuancer ou d'invalider l'impression subjective qui parfois envahit la réflexion pour s'imposer comme l'évidence. C'est aussi le moyen de reposer la question dans un champ d'élaboration et de réflexion clinique.

L'évaluation de la dangerosité procède de différents facteurs et doit se différencier en deux aspects: la capacité de récidive, autrement appelée dangerosité criminologique, et le risque d'atteinte à la sûreté des personnes, qui recouvre ce qui est parfois appelé la dangerosité psychiatrique.

La délinquance sexuelle procède de ces deux aspects, ce qui peut aider à comprendre pourquoi elle suscite tant d'émotions et de mouvements.

⁴ Van Gijseghe H., l'évaluation du présumé agresseur sexuel d'enfants, in J. Aubut, le rôle du témoin expert, Chenelière/Mac Graw-Hill, Montréal, 1996, 53-89.

⁵ Senninger J.-L., Dangerosité, étude historique, L'inf. Psychiatr., 66, 7, 1990, 689-696.

La capacité de récidive pose la question d'une structure psychique qui ne se modifiera pas et assurera la pérennisation d'une modalité relationnelle particulière. Pour le clinicien cette évaluation se fonde aussi sur la capacité du patient à gérer les événements traumatiques, à affronter son affectivité et à ne pas faire l'impasse sur ses zones d'ombre. L'amnésie de certains actes violents est ainsi partie intégrante de l'évaluation pronostique.

La propension à la récidive doit être aussi comprise par le psychiatre, selon Claude Balier⁶, comme compulsion de répétition. Cette propension repose elle-même sur plusieurs éléments: absence de perception d'une loi internalisée, absence de capacité d'empathie envers la victime, fantasmatique déviante très prégnante, vie relationnelle marquée par la violence, etc...

L'atteinte à la sûreté ressort plutôt de la capacité de contrôle pulsionnel. L'intolérance à la frustration, bien connue chez les sujets désignés comme psychopathes, est un bon exemple de ce que peut signifier cette dangerosité qui procède plus d'une expression symptomatique et du but qui peut être recherché par l'évaluation, à savoir l'évaluation de la capacité à accepter un contrôle, une contention.

M. Colin⁷ rappelle que finalement l'acte dangereux est celui qui possède un certain nombre de caractéristiques: gravité, soudaineté, imprévisibilité, menace pour l'environnement, éventualité d'une répétition et d'une sommation.

L'évidence de la dangerosité impliquant la récidive va toujours en s'amplifiant dans la rumeur autant dans les médias que chez les spécialistes, malgré des statistiques qui, en matière de délinquance sexuelle, sont loin d'être catégoriques quant à l'inéluctabilité de cette récidive⁸. Quelle que soit la rigueur clinique avec laquelle on peut évaluer les éléments cités plus haut, je crois nécessaire de rappeler ces quelques questions simples et préalables, définies par T. Harding⁹, qu'il importe de se poser avant de se prononcer sur la dangerosité d'un patient.

« S'agit-il d'une prédiction d'un comportement qui risque d'être directement et gravement nuisible pour la santé ou la vie d'une autre personne ?

Ce cas confrontera-t-il le médecin à des problèmes d'éthique professionnelle ou personnelle ?

Quels sont les faits qui ont conduit à envisager la possibilité d'un acte de violence ou d'un comportement dangereux ?

Quels sont les éléments caractérisant la personnalité du patient qui font penser qu'elle a tendance à réagir au stress par un comportement dangereux ?

Quelles sont les sources de stress dans l'environnement potentiel ?

⁶ Balier C., *Psychanalyse des comportements sexuels violents*, Paris, PUF, fil rouge, 1996.

⁷ Colin M., *Définition de l'état dangereux*, in *Etudes de criminologie clinique*, Masson, Paris, 1963, 15-59.

⁸ Proulx J., *La récidive* in "Les agresseurs sexuels", J. Aubut et Coll., La Chenelière & Maloine, Montréal, 1993, 260-267

⁹ Harding T.W., *Le médecin face à la dangerosité*, Rev. Méd. Suisse Romande, 105: 23-31, 1985.

Quels sont les projets thérapeutiques et les possibilités d'encadrement social qui peuvent atténuer ou éliminer les facteurs de risque psychopathologiques et environnementaux identifiés? »

La surdétermination de la dangerosité n'est-elle pas aussi l'aveu de l'impasse thérapeutique dans laquelle ces patients nous conduisent souvent, en particulier quand ils s'engagent dans un soin?

A partir de ce constat quelle peut-être l'attitude du thérapeute? Dire la dangerosité dans la relation duelle instaurée avec le patient ou dire la dangerosité à la justice pour amener l'instauration de mesures spécifiques?

Dans un précédent travail sur ce thème¹⁰ j'écrivais que dire qu'un patient est dangereux c'est avant tout interroger ce qui fait ligne de partage entre ce que j'entends de l'application d'une loi qui n'est pas de mon ressort et ce que j'entends de ce qui procède de la rencontre. L'abord thérapeutique de certaines structures psychiques comme celles que l'on rencontre chez les délinquants sexuels vient cependant rendre plus difficile à appréhender cette ligne de partage, probablement par la confusion qu'ils viennent susciter dans tout ce qui est du registre de la Loi.

Il s'ensuit une situation de renversement très particulier où le thérapeute avoue son impuissance et convoque le cadre légal pour imposer des limites, les indiquer, et où le magistrat confronté à une impuissance de même nature condamne sans réellement donner crédit à la peine qu'il prononce dans le regret de ne pas pouvoir imposer (non dans le sens de la mesure pénale, mais dans le sens de l'efficacité) la démarche de soins qui seule à ses yeux pourrait garantir le futur. A entendre les magistrats débordés par les affaires de mœurs, il y aurait donc une catégorie d'incriminations qui, même si elle ne laisse plus de doute quant à la responsabilité de ceux qui commettent de tels actes, est cependant du domaine de spécialistes, qui malheureusement se déroberont...

Ces quelques remarques indiquent le travail à effectuer pour véritablement aborder la place et la possibilité d'un soin à ces patients particuliers ainsi que le flou qui existe quant à leur assignation sociale et légale.

Des législations prescrivant la contrainte aux soins pour les délinquants existent depuis longtemps.

La surdétermination actuelle de la dangerosité du délinquant sexuel conduit le monde judiciaire à prononcer des sanctions toujours plus lourdes et les autorités politiques à proposer des mesures associant enfermement en milieu sécuritaire et contrainte au soin.

¹⁰ Gravier B., Autour de quelques questions éthiques sur l'implication du psychiatre dans l'évaluation de la dangerosité, Lettre de l'union syndicale de la psychiatrie, 1994, 18-20.

Beaucoup de législations connaissent ces mesures qui permettent de détenir dans des établissements "appropriés" (suivant la formule du code pénal suisse) pour une durée indéterminée des délinquants qui en raison de leurs troubles psychiques présentent une dangerosité particulière et nécessitent un soin pour prévenir la récidive. C'est le cas des législations allemande (article 63 du Code pénal), suisse (article 43), hollandaise (TBS), canadienne (mandat du lieutenant-gouverneur), etc. L'internement se déroule alors soit dans une prison, soit le plus souvent dans un hôpital psychiatrique spécialisé (plus souvent dénommé par un terme qui existe dans un certain nombre de langues mais n'a jamais été traduit en français : forensic ou forensich).

*"Si la loi parle dans ce contexte d'une mesure de soin et de sécurité, elle ne veut pas prononcer la primauté d'un but sur l'autre ", néanmoins, "l'internement médico-légal (...) a pour but de guérir, autant que possible, le malade et d'améliorer son état pour qu'il ne soit plus dangereux,(...) un traitement réussi (...) est la meilleure garantie pour protéger la communauté de la population des internés"*¹¹ Dans ces institutions, si l'adhésion du patient au traitement est essentielle elle n'est pas cependant indispensable à la mise en route du traitement qui peut prendre dans un premier temps une dimension d'injonction ou de motivation.

Chacun d'entre nous connaît des expériences de traitement (en dehors souvent d'un cadre médico-légal strict) plus ou moins avouables, où l'instauration d'un cadre contraignant (obligation de suivi, injonction) a indéniablement été source d'effets thérapeutiques. Parfois, on peut avoir le sentiment que la rencontre thérapeutique ne peut débiter que dans la confrontation qui accompagne souvent la contrainte. C'est là une des questions fondamentales posées par l'évolution actuelle de la pénalité. Dans ces pays marqués par une forte tradition de défense sociale le maintien des possibilités de thérapies dans un tel contexte médico-légal représenterait le gage d'une orientation humaniste évitant les dérives les plus sécuritaires qui pourraient résulter du climat actuel. Cependant, j'ai déjà exposé ailleurs^{12 13} les dérives et les perversions du soin auxquelles exposent de telles législations: l'indétermination de la durée de l'enfermement conduit à des réclusions beaucoup plus longues que le maximum de la peine encourue. La préoccupation de défense sociale et d'incapacitation prend le pas sur l'objectif thérapeutique, et banalise l'effet de stigmatisation que suscite la maladie mentale, etc.

De telles institutions permettent aussi de légitimer de véritables enfermements perpétuels dans des conditions acceptables. Il est des délinquants dont l'horreur des actes commis et la violence du psychisme ne laissent qu'un

¹¹ Rapport de la commission d'experts indépendants sur les délinquants sexuels internés dans les institutions médico-légales (Rhénanie-Wesphalie, Allemagne), 1996.

¹² Gravier B., Responsabilité pénale, Tendances actuelles, Forensische Psychiatrie und Psychotherapie, 1995, 2, 137-152.

¹³ Gravier B., Le délinquant "fou" en prison, Nervure, V, 5, juin 1992, 70-74.

espoir ténu dans les possibilités d'évolution, mais est-ce le rôle de la médecine d'assumer ce que la loi pénale ne peut tolérer?¹⁴

On peut aussi relever l'incohérence de certaines législations dotées de tels possibilités légales mais qui n'ont jamais développé les institutions thérapeutiques conformes à l'esprit du législateur ce qui fait qu'un délinquant souffrant de troubles psychiques et reconnu comme tel peut se retrouver interné dans un établissement pénitentiaire pour une durée indéterminée sans bénéficier des soins qui seraient nécessaires. (en Suisse, par exemple) *"C'est ainsi que les prisons allaient accepter, ou plus exactement se faire imposer, les délinquants anormaux dangereux, étant par excellence les établissements capables de garantir la sécurité des tiers, seul objet de cette mesure."*¹⁵

On peut, à l'inverse, s'interroger sur les impasses thérapeutiques qu'une telle démarche peut renforcer et qui nous replace dans une problématique analogue à celle de l'irresponsabilité pénale : Une sanction qui serait exécutée dans un lieu dévolu au soin, et où on soigne ce qui a conduit à commettre la faute peut-elle permettre le travail sur la culpabilité et sur l'inscription du délinquant dans l'ordre de la loi?

Les soins aux délinquants sexuels se sont développés, en prison notamment.

Pendant longtemps les seuls soins qui pouvaient être proposés à ces patients particuliers, particulièrement rétifs à l'engagement thérapeutique et peu susceptibles d'introspection, relevaient d'une approche pharmacologique visant à inhiber la production de testostérone. En inhibant la production de cette hormone, le but d'un tel traitement est d'entraver une hypersexualité qui serait à l'origine de l'agression sexuelle. La validité thérapeutique d'une telle approche est très discutée¹⁶. Malgré la grande circonspection qui prévaut dans les milieux thérapeutiques, les pouvoirs publics tendent de plus en plus à obliger les délinquants à accepter ce type de traitement. En Californie, les juges peuvent dorénavant rendre obligatoire l'injection de ce type de médicament. D'autres traitements qui relèvent des approches cognitives ou comportementalistes connaissent une vogue de plus en plus importante, notamment dans les pays scandinaves et anglo-saxons.

¹⁴ La question ne se pose dorénavant plus en France, du moins dans ce domaine de la criminalité marqué par l'horreur et la barbarie, puisque la peine de perpétuité assortie d'une peine de sûreté de 30 ans équivaut dans bien des cas à reconnaître qu'une vie entière se passera derrière les murs des prisons. Le problème se pose, par contre, dorénavant de la manière dont les personnels et les établissements pénitentiaires pourront gérer de telles peines. Elle se pose dorénavant dans nombre de pays qui, comme la Suisse, introduisent à la faveur de réformes à venir du code pénal de telles mesures qui pourront succéder à une peine de prison.

¹⁵ C-N. Robert, Délinquants mentalement anormaux et justice pénale, Rev. Méd. Suisse Romande, 104: 615-628, 1984.

¹⁶ Gravier B., Devaud C., Délinquance sexuelle, état des lieux, Nervure, 1995 : VIII, 7, 10-22.

Les connaissances ont beaucoup progressé dans ce domaine difficile, notamment dans l'approche psychothérapique et psychosociale. Les notions d'étayage, de symbolisation, de pare-excitation, d'intériorisation du cadre, classiques dans d'autres situations cliniques prennent maintenant toute leur valeur dans l'approche de ces patients¹⁷. La pratique en milieu carcéral, notamment dans le cadre des Services Médico-Psychologiques Régionaux (SMPR) témoigne d'une clinique et d'approches thérapeutiques diversifiées qui indiquent que la prise en charge des sujets repérés comme pervers ou agresseurs sexuels ne ressort pas du seul domaine de déconditionnement ou du redressement¹⁸. Les ateliers thérapeutiques d'expression et de médiation apparaissent ainsi d'un apport indiscutable et viennent compléter les approches individuelles.¹⁹ On ne peut que souligner que ces approches se sont développées dans un cadre certes contraignant, la prison, mais qui n'a jamais fait du soin une obligation. C'est, d'ailleurs jusqu'à maintenant un des principes (mais aussi une des originalités) du contexte des soins psychiatriques dans le domaine pénitentiaire en France qui en a fait une référence reconnue²⁰. On oublie trop souvent que la création des SMPR, dans le prolongement de la psychiatrie de secteur, est venue apporter un renversement épistémologique dans l'approche thérapeutique des délinquants. Le soin étant ainsi défini comme écoute et possibilité laissée au détenu accédant ainsi à son propre questionnement et non comme rééducation d'une personnalité constitutionnellement déficiente.

Le projet de loi français : la peine de suivi médico-social²¹

Dans ce contexte, un projet de loi survenant dans un contexte passionnel et dans la surenchère sécuritaire ne peut que susciter un certain nombre d'inquiétudes. Ce projet définit ainsi une "peine complémentaire de suivi médico-social" (art. 131-32-1 du code pénal) qui consiste pour le condamné

"dans l'obligation de se soumettre, sous le contrôle du juge de l'application des peines, à des mesures de surveillance et d'assistance comportant notamment une injonction de soins, pendant une durée déterminée par la juridiction de jugement. Cette juridiction fixe également la durée maximum de l'emprisonnement que devra subir le condamné en cas d'inobservation des obligations résultant de cette peine.

La peine de suivi médico-social ne peut excéder une durée de cinq ans en cas de condamnation pour délit et de dix ans en cas de condamnation pour crime."

¹⁷ Balier C., opus cité 212-248.

¹⁸ Caillard L., les actes pédophiliques, réflexions à partir d'une pratique en milieu carcéral, Nervure, VIII, 7, 1995, 49-61.

¹⁹ Legendre C., Portelli S., Maire O., Carlier C., Création et prison, Champs pénitentiaires, éd. de l'Atelier, Paris, 1994.

²⁰ Elchardus J.M., "Problèmes des interventions thérapeutiques auprès de catégories spécifiques de délinquants, par exemple dans le domaine de la délinquance sexuelle, de la violence au sein de la famille, et de la toxicomanie", 20^e conférence de recherches criminologiques, Conseil de l'Europe, in cahiers POLLEN, n°2, 1994, p. 61-82.

²¹ Depuis la rédaction de cet article, ce projet a été modifié pour être adopté en 1998, après avoir été repris par Mme Guigou, alors Ministre de la justice, en instaurant un suivi socio-judiciaire, bien semblable dans son esprit mais dont le libellé heurte moins la sensibilité médicale.

Ces dispositions se complètent de mesures figurant dans le code de la santé publique qui précisent que:

"Art L-355-32 : pour la mise en oeuvre de l'injonction de soins (...) le juge de l'application des peines désigne (...) **un médecin coordinateur** qui est chargé:

1 D'inviter le condamné, au vu des expertises réalisées au cours de la procédure ainsi que le cas échéant, au cours de l'exécution de la peine privative de liberté, à choisir, avec l'accord du médecin coordinateur, un médecin traitant.

2 De conseiller le médecin traitant, si celui-ci en fait la demande.

3 De transmettre au juge de l'application des peines les éléments nécessaires au contrôle du suivi de l'injonction de soin.

Art. L355-33 Le médecin traitant prescrit un traitement adapté à l'état du condamné dont il définit la nature et la périodicité. (...)

Art. L355-35 Le médecin traitant est habilité, (...) à informer sans délai le juge de l'application des peines (...) de la cessation du traitement ou des difficultés survenues dans son exécution, ou du fait que l'état du condamné lui paraît compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes."

Un certain nombre de critiques se sont élevées contre ce projet de loi qui dénoncent l'assimilation du soin et de la sanction dès le libellé ("*peine de suivi*"), le décalage entre les possibilités thérapeutiques actuelles et la volonté des pouvoirs publics, l'atteinte au secret médical, "*l'obligation faite aux psychiatres de participer à un traitement psychiatrique imposé en l'absence de maladie psychiatrique*"²² et la dimension de loi d'exception d'un tel texte qui fait "*argument de la monstruosité des actes pour légitimer des contraintes hors du droit commun*".²³

Ces critiques sont, bien sûr, fondées car elles pointent une dérive éthique qui met brutalement le psychiatre en lieu et place du contrôle social et lui assignent un rôle inacceptable.

Ces critiques occultent cependant, de la même manière que le texte incriminé, un certain nombre d'enjeux majeurs. Elles ne permettent pas, non plus, d'esquisser la réponse, pourtant indispensable que les psychiatres doivent pourtant tenter d'articuler dans ce contexte. Plus personne dans le champ psychiatrique ne peut se permettre de se draper dans la protestation d'une éthique offensée sans proposer des espaces de réflexion et d'élaboration qui pourraient se poser en alternative. Surtout lorsque l'on considère les statistiques pénales en la matière :

"Alors que la progression du nombre total de condamnations pour crimes et délits a été de 8 % entre 1984 et 1993, les condamnations pour viol ont augmenté de 82% pour cette période. Cette augmentation est essentiellement due à l'accroissement des décisions de justice visant des viols commis sur mineurs de 15 ans (+563%) ou des viols commis par ascendant (+405%). Il en va de même pour les condamnations concernant les attentats à la pudeur."²⁴

²² Communiqué du 29 11 1996 du SPEP, SUP, SPH, SPS (syndicats de psychiatres).

²³ "Pratiques de la Folie", 12 mars 1997.

²⁴ Compte-rendu des réunions interministérielles tenues les 18 et 25 octobre 1996.

Depuis plusieurs années la France s'est engagée dans une dérive sécuritaire qui ne peut laisser indifférent, même si ces données dépassent le champ psychiatrique. Depuis l'entrée en vigueur du nouveau code pénal de 1994, la sévérité des sanctions prononcées par les tribunaux ne cesse de croître²⁵. Cette dérive ne date pas de ces dernières dispositions, la France est maintenant "le pays d'Europe où les agressions sexuelles sont, de loin punies avec la plus grande sévérité (...) En 1990 (...) 81 % des condamnations à la prison ferme dépassaient 5 ans. Alors que dans aucun autre pays ce taux ne dépassait les 60%. En Allemagne, où la situation est comparable en termes de faits constatés, les condamnations à plus de cinq ans ne représentaient que 12 % du total"²⁶.

Je cite à ce propos ce que dit P. Lamothe sur l'avis d'un garde des sceaux qui soutient l'établissement d'une peine de perpétuité réelle, non pour sa valeur de protection sociale qu'il reconnaît inexistante mais pour sa valeur symbolique.

Lamothe dit bien que le véritable accès au symbolisme aboutirait exactement au contraire. "C'est précisément de ne pas désespérer qui est symbolique, de dire qu'il y aura des gens qui devront mourir en détention, c'est au contraire rester dans un imaginaire, dans un discours où on s'approprie l'autre, où on écrit d'avance son histoire en interdisant de lui reconnaître toute possible évolution."²⁷

Il est important de rappeler que ce projet de loi institue une peine **complémentaire** et non alternative à la privation de liberté. Le projet indique bien finalement qu'il constitue une possibilité de répression supplémentaire là où le législateur a épuisé les possibilités d'une aggravation de la pénalité. Le gouvernement indique clairement ses intentions "c'est ainsi (...) qu'il a décidé de limiter à cinq ans pour les délits et à dix ans pour les crimes, la durée maximale de la peine de suivi médico-social. tout en étant convaincu que ces durées seront allongées, voire rendues perpétuelles, par le parlement"²⁸

La dérogation aux règles du secret médical semblerait à priori mineure et moins contraignante qu'en cas, par exemple, de maltraitance à enfant puisqu'il n'y aurait pas obligation de dénoncer, le médecin traitant ayant cependant la possibilité de faire part au juge de ses inquiétudes... Mais, comme le relève le comité consultatif national d'éthique "Dans l'hypothèse où le médecin choisit de respecter le secret et où le patient passe à l'acte une nouvelle fois, le médecin pourrait en supporter seul la responsabilité"²⁹. La défausse apparaît ici manifeste indiquant

²⁵ Projet de loi renforçant la prévention et la répression des atteintes sexuelles contre les mineurs et des infractions portant atteinte à la dignité de la personne, exposé des motifs, 5 11 1996.

²⁶ Compte-rendu des réunions interministérielles tenues les 18 et 25 octobre 1996, p.3.

²⁷ Lamothe P., Pression médiatique, Loi de circonstance, Loi symbolique, in Dormoy O., Soigner et/ou punir, Paris, L'Harmattan, 1995, 147-152.

²⁸ Compte-rendu des réunions interministérielles tenues les 18 et 25 octobre 1996, p.1

²⁹ Recommandations sur un projet de loi "renforçant la prévention et la répression des atteintes sexuelles contre les mineurs", Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé, n 51, 20 décembre 1996.

clairement au médecin son rôle de garant de la sécurité. Le législateur ne se faisant par ailleurs aucune illusion quant aux possibilités de traitement.

Enfin, un des aspects les plus inquiétants du texte est l'invalidation du travail thérapeutique mené actuellement dans les prisons, sans aucune reconnaissance ni même mention de ce qui y a été accompli et des besoins manifestes dans ce domaine. Si aucune obligation n'est faite à travers la loi d'obliger un détenu à se soigner, un certain nombre de dispositions (incidences sur les réductions de peine en cas d'absence de traitement, injonctions du juge d'application des peines, etc.) permettront aux autorités d'instaurer une telle contrainte au mépris des principes fondamentaux exposés plus haut.

Beaucoup plus problématique encore est, à mon avis, la position du **Comité consultatif national d'éthique** qui, en dehors des réserves exprimées plus haut quant au secret médical, définit une véritable "norme" en matière de traitement des délinquants sexuels. Le CCNE, en effet fait reposer sa recommandation sur une vision très sélective de la littérature scientifique, privilégiant les travaux sur la castration chimique, réduisant les approches "psychologiques" en quelques remarques rapides pour finalement conclure que "*seules quelques publications apportent des arguments en faveur d'une efficacité temporaire chez les pédophiles*". Pour qui connaît quelque peu le domaine scientifique concerné, on ne peut qu'être stupéfait par l'ignorance et le peu de sérieux apporté à l'approche du problème par le CCNE qui ignore délibérément un certain nombre de contributions majeures (sur 16 références bibliographiques citées, seules 2 ne concernent pas les traitements hormonaux) et n'a manifestement pas pris la peine de disposer d'une vision exhaustive de la question (même les rapports rédigés à la demande des ministères ne sont pas cités!). S'agissant d'une des plus hautes instances de l'Etat, garante de l'éthique des pratiques médicales il y a de quoi être perplexe surtout quand la recommandation N°3 stipule "*La peine de suivi médico-social est précédée (...) d'une expertise psychiatrique qui paraît de nature à orienter les modalités de l'injonction de soins exclusivement vers les psychothérapies. Or, il apparaît qu'un traitement médical, notamment hormonal, soit souhaitable pour nombre de condamnés, associé ou non, selon les cas à un travail psychothérapeutique*". Et le CCNE de s'insurger contre le caractère temporaire de la mesure pour réclamer une peine indéterminée permettant d'imposer indéfiniment un traitement hormonal!

Finalement le CCNE prolonge la pensée des promoteurs du projet de loi et illustre bien que celle-ci est avant tout une loi de sécurité dans laquelle le psychiatre ne peut être qu'un prescripteur de castration chimique. Il n'est même plus donné l'illusion d'un soin, d'un accompagnement thérapeutique qui permette d'engager le délinquant dans une véritable remise en question. Le psychiatre ne peut qu'être le gestionnaire de la dangerosité.

Le malaise devient encore plus grand devant ce qui est une utilisation évidente par le politique d'une interrogation réitérée des psychiatres sur la place

du rappel de la loi dans une démarche de soin. L'interrogation en est dévoyée jusqu'à l'absurde et la confusion.

Pourtant il n'est pas possible de faire l'économie d'une véritable réflexion sur la contrainte

L'exacerbation des peurs et la médiatisation des affaires les plus terribles finissent par colorer de manière monstrueuse cette délinquance et par placer sur le même plan ce qui relève du crime le plus terrible et ce qui peut témoigner d'un dérapage isolé. Il est urgent de construire une élaboration qui prenne en considération ces peurs et qui n'évacue pas du champ clinique ces conduites malgré le rejet qu'elles peuvent susciter.

On doit aussi s'interroger sur ce qui procède d'un contre transfert dans le refus de toute "compromission thérapeutique" que l'on peut lire chez certains et qui va de pair avec la méconnaissance des enjeux psychiques de tels sujets.³⁰

J'ai cité plus haut quelques éléments cliniques qui laissent entrevoir la possibilité d'un cheminement pour ces sujets peu enclins à la remise en question. Nous sommes en présence de sujets qui souffrent d'une relation particulière à la loi, qu'ils ne méconnaissent pas, mais qui n'a pas pris sens. C'est là une des clés de l'action thérapeutique qui rend indispensable la confrontation à la loi mais aussi, et c'est le point délicat, le rappel réitéré de celle-ci dans les exigences les plus banales de la vie quotidienne. C'est pour cette raison qu'un soin ne peut se suffire du seul colloque singulier, mais qu'il s'agit aussi d'un travail de confrontation à la vie sociale, et en société, autant dans les milieux institutionnels que lors de la reprise du contact avec l'extérieur. C'est à partir de ce moment que se pose la question d'un contrôle social qui peut avoir valeur d'un véritable étayage et d'un rappel constant des interdits élémentaires qui perdent facilement tout sens s'ils ne sont pas mis en perspective avec ce qui s'est joué dans la sanction.

Nous ne sommes plus alors dans la dimension d'une obligation de soin, même si une dialectique peut s'instaurer entre soin et contrôle dès lors que les rôles des uns et des autres sont bien définis et assumés et les espaces de confidentialité respectés. Le contrôle social apparaît nécessaire et souvent indispensable dans la prévention des récidives, c'est ce que nous a appris l'expérience clinique et l'élaboration théorique. Il ne peut se travestir en obligation de soin et encore moins être dévolu au seul psychiatre. Car le risque est toujours grand de sombrer dans une parodie de soin où le délinquant vient chercher passivement le certificat de bonne conduite chez le psychiatre.

³⁰ Nous citerons, en exemple, les propos suivants "La pédophilie est un crime. A la différence des maladies mentales, elle n'entraîne en général aucune souffrance psychique, si ce n'est la peur d'être dénoncé et puni, et l'effondrement de l'image sociale que cela entraîne." in M. Lacour, la loi et le pédophile, libération, 24 janvier 1997.

Par contre, dès lors que l'on peut convenir que le soin ne peut s'adresser qu'à ceux des délinquants prêts à en faire le chemin et qu'il ne ressort d'aucune systématique (pas plus que d'une seule expertise dont on connaît les aspects ponctuels, partiels et lacunaires), l'approche thérapeutique peut prendre naturellement sa place dans le dispositif de contrôle social. Peut-être au prix d'une incitation dont le principe aura été défini préalablement par tous ceux qui dans ce type de travail interdisciplinaire ont à rencontrer ces délinquants, incitation qui *"pourrait bien constituer l'unique libération possible au moi douloureusement emprisonné par le dire-non et le non-dit"*³¹.

Les instruments et voies thérapeutiques qui permettent de tenir compte de ce que notre expérience du soin en milieu carcéral nous a appris avec ces patients difficiles et aident à passer du contrôle social au travail en réseau, sont encore à construire et à penser, même si un certain nombre de travaux éclairants existent. Il importe avant tout de dénoncer les impasses réductionnistes et démagogiques pour mieux saisir ce qu'il en est d'une clinique de la dangerosité qui nous fait sans cesse osciller entre notre désir de soigner et notre désir de punir.

En conclusion,

L'évolution du débat, des réponses qui se construisent dans les différents pays, de la volonté de protéger associée à une volonté de soigner qui confine parfois à la cécité, font plus que jamais courir à la psychiatrie moderne le risque d'être confinée à un rôle d'entité morale, caution d'un réductionnisme idéologique bien pratique qui fait du criminel un être irresponsable, déterminé par la nature de son corps³².

C'est d'ailleurs le débat qui s'est instauré en Amérique du Nord à la faveur des prises de position d'Alan Stone, ancien président de l'American Psychiatric Association dans un certain nombre de publications de psychiatrie légale.

"Si les psychiatres pratiquent encore une instruction morale dans le sens où ils aident les patients à décider de la façon de vivre leur vie, d'où provient donc leur vision de la moralité ? Est-elle dérivée de leur compréhension psychologique de la nature humaine ? Ou importent-ils dans la psychiatrie leurs propres attitudes morales et croyances non soumises à un examen ? Ou restent-ils, comme certains l'affirment, neutres et sans jugement, travaillant uniquement au sein du contexte du patient, en

³¹ Barlet P., L'obligation de soins en matière pénale, L'inf. Psychiatr., 1983, 59, 2, 195-204

³² Andrieu B., l'anomalie fonctionnelle: gènes et neurones, in Mucchieli L., histoire de la criminologie française, L'harmattan, 1994, 411- 428.

appliquant seulement les valeurs et les convictions morales à mesure qu'elles font surface en thérapie ?"³³

Dans les turbulences actuelles qui s'annoncent de plus en plus fortes, au moment aussi où un espace de soin et de traitement s'ouvre, qu'on le veuille ou non, qu'on y souscrive ou qu'on le déplore, il convient à mon sens de garder particulièrement à l'esprit ces interrogations qui seules peuvent nous permettre de rester dans une position tenable et d'éviter qu'une inflation moraliste conduise soit à rejeter toute possibilité d'un soin, soit à se servir de l'alibi thérapeutique pour pérenniser contrôle et répression.

Le défi lancé aux psychiatres est à la mesure de l'intensité des drames qui sont révélés de jour en jour, c'est dans notre capacité à répondre à ce défi que se construiront une pratique et des partenariats respectueux de l'éthique du soin.

Bibliographie

1. Andrieu B., l'anomalie fonctionnelle: gènes et neurones, in Mucchieli L., Histoire de la criminologie française, L'Harmattan, 1994, 411- 428.
2. Balier C., Psychanalyse des comportements sexuels violents, Paris, PUF, fil rouge, 1996.
3. Barlet P., L'obligation de soins en matière pénale, L'inf. Psychiatr., 1983, 59, 2, 195-204
4. Caillard L., les actes pédophiliques , réflexions à partir d'une pratique en milieu carcéral, Nervure, VIII, 7, 1995, 49-61.
5. Colin M., Définition de l'état dangereux, in Etudes de criminologie clinique, Masson, Paris, 1963, 15-59.
6. Ehrel C., La psychiatrie et la loi ou le législateur et les psychiatres, in Dormoy O., Soigner et/ou punir, Paris, L'Harmattan, 1995, 139-145.
7. Elchardus J.M., "Problèmes des interventions thérapeutiques auprès de catégories spécifiques de délinquants, par exemple dans le domaine de la délinquance sexuelle, de la violence au sein de la famille, et de la toxicomanie", 20° conférence de recherches criminologiques, Conseil de l'Europe, in cahiers POLLEN, n°2, 1994, p. 61-82.
8. Fuchs E. Problèmes éthiques: droits de la personne et droits de la société, Folia bioethica, 10, 1992, 1-7.

³³ cité par Weisstub D., le paradigme d'Alan Stone et l'expertise psychiatrique, in Aubut J., le rôle du témoin expert, Chenelière et Mc Graw-Hill, 1996, 163-174.

9. Gravier B., Autour de quelques questions éthiques sur l'implication du psychiatre dans l'évaluation de la dangerosité, *Lettre de l'union syndicale de la psychiatrie*, 1994, 18-20.
 10. Gravier B., Devaud C., Délinquance sexuelle, état des lieux, *Nervure*, 1995 : VIII, 7, 10-22.
 11. Gravier B., Le délinquant "fou" en prison, *Nervure*, V, 5, juin 1992, 70-74.
 12. Gravier B., Responsabilité pénale, Tendances actuelles, *Forensische Psychiatrie und Psychotherapie*, 1995, 2, 137-152.
 13. Harding T.W., Le médecin face à la dangerosité, *Rev. Méd. Suisse Romande*, 105: 23-31, 1985.
 14. Lacour M., la loi et le pédophile, *libération*, 24 janvier 1997.
 15. Lamothe P., Pression médiatique, Loi de circonstance, Loi symbolique, in Dormoy O., *Soigner et/ou punir*, Paris, L'Harmattan, 1995, 147-152.
 16. Legendre C., Portelli S., Maire O., Carlier C., *Création et prison, Champs pénitentiaires*, éd. de l'Atelier, Paris, 1994.
 17. *Projet de loi renforçant la prévention et la répression des atteintes sexuelles contre les mineurs et des infractions portant atteinte à la dignité de la personne, exposé des motifs*, 5 11 1996.
 18. Proulx J., La récidive in "Les agresseurs sexuels", J. Aubut et Coll., *La Chenelière & Maloine*, Montréal, 1993, 260-267
 19. *Rapport de la commission d'experts indépendants sur les délinquants sexuels internés dans les institutions médico-légales (Rhénanie-Wesphalie, Allemagne)*, 1996.
 20. *Recommandations sur un projet de loi "renforçant la prévention et la répression des atteintes sexuelles contre les mineurs"*, Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé, n 51, 20 décembre 1996.
 21. Robert C-N , Délinquants mentalement anormaux et justice pénale, *Rev. Méd. Suisse Romande*, 104: 615-628, 1984.
 22. Senninger J.-L., Dangerosité, étude historique, *L'inf. Psychiatr.*, 66, 7, 1990, 689-696.
 23. Tomkiewicz S., Droits de l'enfant, éthique et médecine, in Louzoun Cl. , *Santé mentale, réalités européennes*, ERES , Toulouse, 1993, 321-325.
 24. Van Gijseghem H., l'évaluation du présumé agresseur sexuel d'enfants, in J. Aubut , *le rôle du témoin expert*, Chenelière/Mac Graw-Hill, Montréal, 1996, 53-89.
 25. Weisstub D., le paradigme d'Alan Stone et l'expertise psychiatrique, in Aubut J., *le rôle du témoin expert*, Chenelière et Mc Graw-Hill, 1996, 163-174.
-