

Comité Européen : Droit , Ethique et Psychiatrie

Cahiers POLLEN

n°11(2)

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	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
Ouverture des journées	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
<i>Chapitre 1: L'application de la loi 2071/92 en Grèce aujourd'hui : contradiction des pratiques psychiatriques et judiciaires</i>	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
The rationale of law (2071/92) for involuntary hospitalization in Greece	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
The application of the measure of involuntary treatment in a regional hospital	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
Observations sur l'application des articles de la loi hellénique 2071/92 sur l'internement volontaire. L'expérience d'un hôpital central d'Athènes.	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
Problèmes de l'application de la loi 2071 pour la Santé Mentale dans la périphérie de Dodécanèse	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
L'enfermement dans un Hôpital Psychiatrique en tant que mesure de prévention et de sécurité du Code Pénal grec	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
<i>Chapitre 2 : La gestion de la dangerosité du malade mental en Europe : aspects actuels des législations et des pratiques psychiatriques en mutation</i>	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
Danger et dangerosité dans les législations nationales de santé mentale et la jurisprudence des pays européens	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
La dangerosité, entre soigner et punir : A propos de l'évolution des législations concernant les délinquants sexuels	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
Between fear and exaggeration, "management" of the excluded	5
La dangerosité dans les codes civil et pénal :les changements législatifs en Espagne	12
Dangerosité, traitement psychiatrique et la convention européenne des droits de l'homme	19
<i>Chapitre 3 : Du texte à l'application, approches critiques des pratiques des législations de santé mentale en Europe.</i>	36
L'état de l'application de la loi française de 1990 relative à l'hospitalisation psychiatrique	37
Balance of care control and clinical freedom under mental health legislation in the UK	42
Involuntary (compulsory) hospitalisation of mental patients	45
Developments in the psychiatric rehabilitation in Greece	50
Le malade mental sujet de droit: nouvelles approches en Italie dans le dépassement radical de l'hôpital psychiatrique	56

<u>Attempted suicide as mode of referral to psychiatric hospitals among ethnic minorities in the state of lower saxony/germany, epidemiological aspects and discriminating features</u>	65
<u>Conclusions</u>	77
<u>En guise de conclusion : La nécessité de la définition d'une nouvelle politique concernant la santé mentale en Europe</u>	78
<u>Clôture des journées</u>	83

Between fear and exaggeration, “management” of the excluded

In times of generalized crisis, such as ours today, the chemically dependent thicken the ranks of the stigmatised, the outcasts, the excluded, the socially « dangerous ». Marginalization, the inclusion in a closed group that functions by its own codes, was initially a « choice » of the chemically dependent. This choice was made in a specific socio-cultural moment, when a vulnerable personality, with an internal void, that was in search of means of escape from an unbearable reality, met with the substance. The choice was not a free one. It was the product of the meeting of a social crisis with a personal crisis, intermediated by the crisis of the family.

The choice was made in conditions of financial and cultural poverty, lack of communal myths and social references, of total individualization and extreme vulnerability of modern man, who plays the role of a scapegoat.

It is in these times of acute social crisis, that the mechanism of scapegoating is activated at a social level. The scapegoats are to take upon themselves the responsibility for the social crisis, they are to be outcasted from society so that they do not « contaminate » it¹. This mechanism is steadily polarized today around the chemically dependent, those suffering from AIDS, those who are « different », those who represent « pure negativity » and « destructive denial ». Chemical dependency is interwoven with Modernity and its crisis².

Exclusion - discharge from the social body

In circumstances of acute crisis, the vulnerable adolescent, alienated, without identity, with no social ties, without social acceptance, without a social role, with experiences of successive failure without potential of access to mental, emotional and psychological maturation, locked up in the « ghetto of

* psychiatre, Athènes

adolescence », deprived of the ability of entry into the social web at a professional, financial, cultural level and is finally driven towards an individual rebellion and towards the search for all kinds of anaesthetics. The adolescent experiences very prematurely and very traumatically his exclusion and is driven towards marginalization and his engagement in the world of substances. He develops an other relation with himself and the world, and through an excruciating experience that alienates him to such an extent that it reduces him to a non-thinking and non acting social being. Thus a dynamic is created that feeds the marginalization and is fed by it. The orbit that is delineated is a spiral. The initial exclusion of this young person develops at many levels and finally takes the form of his discharge from the social body (disaffiliation) to utilize a term by Robert Castel³. This discharge is sanctioned by the relative legal measures, a suppressive legal frame. It is a active process, with a bilateral conflictual character, with a bold seal of violence, overt and covert, from both sides.

Psychiatrization - penalization

The excluded do not accept their exclusion, which is imposed on them, they challenge it actively, violently, without the boundaries of social organization and are considered a threat to public order. The system raises against them a complete ideological structure that is legally but also medically founded, that biologicalizes social behaviors and sanctions the exclusion on the basis of a psychopathological assessment. As the theories of comorbidity become increasingly popular, and generalize dangerously, they come to support the notion of the « dangerousness » of the chemically dependent.

This dangerousness seems to stem not only from their relationship with the substances, but also from the co-existing psychological disorder, thus supporting the social stereotypes about the chemically dependent who is viewed as a « criminal » and a « crazy » person without rights, not even towards health services.

The politics of suppression and of biological treatments (methadone, naltrexone programs etc.) are both based on the concept that the chemically dependent are ill, physically and mentally, and in brief incurable - a patient who is of second class in relation to others.

Thus psychiatrization - through the theories of comorbidity - of a multiply determined and multi-dimensional problem, such as biologicalization of social behaviors and their consequent penalization. Because the « liberal » and tolerant society tolerates protest and dispute until it begins to become a social challenge, a threat for this society of « oppressive tolerance ». As Istvan Mezsaros⁵ says: social embeddedness of science and technology today includes as an objective the incorporation of social protest and social criticism. In the case of chemical dependency, psychiatric science, giving the possibility of psychiatrization can become the vehicle for the extinction of any conflicting element, which places in danger the limits of the social system and its ideology.

Comorbidity - stigmatisation

The utilization of different psychological tests as methodological tools for the detection of mental disorders in the chemical dependent raises many issues, methodological, ethical and others, that are related to the validity of these tools⁴, their utilization in different cultural environments, the approach that the chemical dependent is a sum of various symptoms, cut off from the person and his history, the uniqueness of his existence.

The conversion of the causes of his behavior to a mental disorder reduces the social aspect of his dependence, ideologically limiting the range of possible interventions. When the deviant behavior is interweven with a mental disorder, it is dealt with concomitantly, leading, at a therapeutic level to the biological type of treatments (methadone etc.), and at a social level to the sanction of stigmatization and the consequent social isolation.

Normalization - Social control

By scientific conversion, the ruling class institutes stigmatisation and marginalization of the chemical dependent in order to exercise its authority on him more effectively. With the seal of psychiatric science, his behavior, deviant and possibly in violation of the law, as a result of his dependence and for as long as he is actively using, it obtains a permanent character, and becomes a « condition » that characterizes him and renders him rejectable.

Psychiatry is utilized to sanction the arbitrary violation of boundaries between the medical and the legal field, since the reference of the chemically dependent does not have to do with « delinquency as an act », instead it deals with « delinquency as a state ».

Psychiatric findings of secondary importance are utilized eclectically and arbitrarily to corroborate and add validity to the dominant views, that legalize and support the social structure and power. Psychiatry, just like all sciences, is a product of society and is in constant interaction with the leading ideology, acting towards the direction of either its reinforcement or its overturning.

The diagnosis of a mental disorder is not utilized to cure the disorder but instead it is used to control the behavior of the chemical dependent. This control is exercised with the effective method of suppression (imprisonment - punishment) or with the proposed method of substitution of the illegal substance with a legal one (methadone).

Through suppression the system aims at the extinction of the chemical dependent as a person. The fact is that according to the current legal frame (2331/95) there is no distinction between the chemically dependent and the drug

traffickers. The penalties for the chemically dependent, who becomes a small-time dealer to obtain his dose, are harsh even for those in recovery who have completed a substance abuse treatment program. At the same time, the drug traffickers can easily - according to their access to the legal system - can get off.

With substitution the system attempts « normalization » of the behavior of the chemically dependent, through the legalization of his marginalization. It preserves the dependency as a way of life, replacing the illegal substance with a legal one - something that is mostly ineffective, since in the majority of cases, the chemically dependent combine both legal and illegal substances.

The politics of « harm reduction » that is promoted as the only realistic solution today is based on the position that dependency is a problem that can not be confronted, allowing only for the most profitable management;

Drugs are presented as an almost unsolvable problem that threatens the balance of the global market in times of a serious crisis with its financial size. In neo-liberalism terms, what is essential is the financial and political aspects of the problem, that impose an orthology according to the system « management », since any other confrontation is considered impossible. This « management » is based on the logic of the mechanisms and the laws of the market. The emphasis is on the market of substances, the huge profit, their enormous power. « Cost », a concept that is glorified in the world of neo-liberalism, becomes the basis for the formation of their politics, politics centred around the financial issues, the « manageable » ones, setting aside the other sides : social, political, cultural and human. Allegedly, the chemically dependent is primarily dependent from the dealer and not the substance stifling the truth that no one becomes dependent only because drugs are available, nor because they are prohibited. One becomes dependent because they are reasons inside him and around him that predispose him and make him vulnerable, allowing the terms of the installation of the dependency to develop, when this human being, at the moment when he experiences with great pain his crisis, meets up with the substance, illegal or legal (like alcohol, pills, glue etc.).

The spirit of our times is one of « management », and all the above issues are considered to be unimportant details. The managerial spirit emphasizes on quantity and not quality, on exchangeable values and not values of use, on money and not on people. Money, capital propagates, multiplies, by securing primarily social control, since it represents in the highest degree the function of the social system. « Capital is nothing but control. It represents the objectivization of the function of control as an objectified body, separate from and opposed to the social body ».⁶

Both the politics of suppression and those of substitution, constitute the two sides of the coin of the exercise of social control. One side represents the « suppression of tolerance », to use a I. Meszaros term, and the other one the « suppressive tolerance », the liberal politics of substitution. Both these two set

the boundaries of the social system, that is unable to answer to the need for social change, in these times of explosive social controversies.

Social enactment - hazardness

In a climate that is heightened by the myth of substances, the ruling social word on the chemical dependent, on which the media invest, breeds fears, prejudices, and all sorts of exaggerations, moving between narcophobia and narcolust. The dramatization of the problem gives it dimensions larger from the real ones. With the contribution of journalists, legislators, psychologists, psychiatrists and all sorts of other « specialists », the social representations of the chemically dependent are constantly reproduced within the ruling ideology, presenting him as a « dangerous individual », that has no position in the « healthy » society.

The psychiatrization of the problem comes to fortify these beliefs, creating the terms for a dual exclusion of the chemically dependent.

The social body, having been provided with these views, denies their equal incorporation into productivity, their rehabilitation as social subjects with full rights, their re-registration into social reality through the establishment of social ties.

The view is systematically fostered that such a person is potentially dangerous and will sooner or later return to drug use, and consequently can not be trusted. In this way the web of Social racism is woven.

The system chooses a policy of social welfare, this way treating the chemically dependent as a person with special needs, thus keeping him marginalized.

Social rehabilitation - human rights

The formation of social ties by the person in recovery, is forged during treatment as he achieves the ability to work, to find housing, to be creative, to participate in social processes, to re-establish genuine relationships with the family and others, to construct a new social identity, and to reclaim his abilities and his sense of personal worth.

The process of social rehabilitation marks the beginning of a new way of life without substances and with interests, hobbies, initiatives, goals, values.

It calls for his continuous multi faceted motivation for his own personal space and for his independent living arrangements, for his occupational and

general education, for his health care, for his job which will guarantee his financial independence, for his personal creativity, his social recognition and acceptance, his ability to formulate social relationships and ties of mutual assistance, for his emancipation from the grip of judicial authority which lurks threatening with imprisonment for crimes committed during active drug use and which are only now processed.

The struggle against his social exclusion presupposes the establishment of equal participation in the productive process either in the public or the private sector. It is exactly this participation which is denied to him by the employers, by the state, by the institutions and by society as a whole, in effect denying him the right to a decent life style.

For these reasons, the announcements of the advocates for the legalization of drugs - « of the rights for the free use of the body » - and thus of « the right to use drugs », when at the same time basic human rights of those who have successfully battled dependence are being violated crudely, are not but an extreme form of social hypocrisy and cynicism.

The psychosocial rehabilitation of those in recovery differs from the one of the mentally ill in that in the first there are no elements of deduction, of disability, of the possible invalidity, due to the chronic nature of mental disorder.

Rehabilitation is a transitional process with lots in common. The main common element is that both these groups of socially excluded individuals claim the security and expansion of their rights as equal citizens. And this claim, component of the battle against social exclusion, is part of the therapeutic process.

Management of exclusion and of the programs against it

In a social reality of terrible instability and constant renewal and intensification of inequalities, the exclusion of social groups in the name of their potential dangerousness has become a collective phenomenon, interwoven with the functioning principles of modern society. The rupture of social ties is only the standard of a generalized crisis, financial, political and cultural, that is developing rapidly. A part of this crisis is also the way it is dealt with today by the ruling financial and political circles today. The various programs that deal with the battle against dependency, within the frame of the equivalent European package, are driven by the logic, not of the substantial intervention at the level of the underlying factors of the phenomenon, but of the « management », in a way that will bring profit, at least to its managers.

Those in recovery - like all the excluded - are kept away from the centers that decide and process these programs. Others speak in their name, thus attempting their own « management ».

The ideological crisis is added into the financial one. Dealing with dependency as a social phenomenon and the battle against exclusion is **everyone's case**, a matter that is primarily ideological but also social and political. Against this extreme form of alienation of modern man, a **different attitude** needs to develop, and a **different language**, radically subversive, that will aim at the vindication of the terms of transgression, through a universal emancipation of man.

The question is: in today's reality, with drugs being extremely profitable, an enormous financial business and a very effective form of social control, of large social groups, is it possible and under what terms, for society to overcome the reducing, positivist, managerial and finally dangerous logic against the chemically dependent and the other excluded groups? This matter goes beyond legislative matters, despite the fact that changes need to take place in this area as well.

¹ - Katerina Matsa « the chemically dependent in the role of the scapegoat of the family and society » Psychiatry Notebooks N° 45 Jan - March 1994

² - « Rhetorique de la drogue » Entretien avec Jacques derrida, dans « L'esprit des drogues », Autrement, série mutations, N° 106 Avril 1989.

³ - Robert Castel : interview in Avei, 27.8.1995.

⁴ - Istvan Mezsaros « Beyond Capital » Merlin Press, London, p. 884

⁵ - F. Farges « Toxicomanie et troubles mentaux » Psychotropes, Sept. 1996.

⁶ - Istvan Meszaros, see above, p. 878.

La dangerosité dans les codes civil et pénal : les changements législatifs en Espagne

Je voudrais souligner dès le début de mon intervention, le titre de mon texte: « la dangerosité dans les Codes Civil et Pénal espagnols ». Réforme inachevée.

Comme vous le constaterez, le sujet est surtout juridique et, bien qu'étant psychiatre, je vais présenter ci-dessous quelques questions fondamentales, vu l'importance ces dernières années, en Espagne, des changements législatifs en matière de Droit et d'Assistance Légale en Santé Mentale.

Voici quelques-uns des textes principaux :

- La Constitution espagnole - 1978 - Articles 15-17-24-43-49
- La Loi Générale de Santé - 14 avril 1986 - Articles 10 et 20
- La Réforme du Code Civil en matière de Tutelle - Octobre 1983
- La Réforme du Code Pénal - Août 1993
- Le Nouveau Code Pénal - 1996
- La Loi Organique - Juin 1984 - Application - Procédure de l'Habeas Corpus

Comme nous le savons, la dangerosité associée à la maladie mentale est UN MYTHE SOCIAL. L'histoire de la psychiatrie a contribué à celui-ci et a souvent soutenu des principes marginalisateurs et protectionnistes ainsi que la vision du malade mental en tant que sujet dangereux et égaré, immergé dans le tissu social et les moyens de communication.

« Entre la considération dépersonnalisée du malade mental de la part de la psychiatrie et la déconsidération personnalisée du malade mental de la part de la justice, il y a une cohérence absolue. » (Castilla del Pino).

Dans les lois antérieures à la transition démocratique et la promulgation de la Constitution espagnole en 1978, on associait le malade mental de manière fataliste et dangereuse à l'animalité. Pendant plus d'un siècle (1898-1983), l'aliéné non interné et les « *animaux féroces ou dangereux* » se suivent dans les paragraphes d'un même article dans le Code Pénal ou dans la Loi de la Dangerosité Sociale.

* Psychiatre, présidente de la section espagnole du CEDEP, Barcelone.

« *L'aliénation totale* », a exclu le malade mental de sa responsabilité, le privant ainsi historiquement de ses droits. Le malade mental étant déclaré non imputable, a été condamné « sine die » aux centres psychiatriques, aux pénitenciers, et/ou aux hôpitaux psychiatriques pour des délits mineurs.

La non responsabilité pénale, comme nous le savons déjà, est susceptible de privation des droits fondamentaux et conduit la personne à une sorte de mort civile, à un non-être.

En Espagne, jusqu'à l'entrée en vigueur du Nouveau Code Pénal de 1996, des centaines de patients ont vécu reclus, privés de leurs droits, sans date de sortie dans des centres psychiatriques pénitentiaires, des asiles ou des départements judiciaires :

- Sous traitement contre leur volonté.
- Doublement condamnés (sans condamnation) : à être privés de liberté, et à un traitement médical ou autres techniques qu'ils n'acceptent pas. Sans avocat.
- En l'absence des droits de n'importe quel citoyen incarcéré.

Réflexions sur le Code Civil - (Réforme en matière de Tutelle - Octobre 1983).

Treize ans ont passé depuis que cette réforme et notamment ses articles 211-200-202-203, qui ont remplacé en matière d'internement involontaire le décret de 1931 (hérité de la loi française), aboli pour inconstitutionnalité après avoir été en vigueur pendant quarante deux ans.

Nous pouvons réfléchir sur les aspects positifs déjà mentionnés.

✘ L'absence d'une loi spécifique continue à être, à mon avis, après treize ans, un progrès historique. Aujourd'hui, j'estime que nous ne nous sommes pas trompés lorsque nous demandions alors de ne pas continuer à discriminer le malade mental et à le mettre au même niveau que la personne malade de pleins droits. C'était les recommandations d'un important collectif de professionnels de l'A.E.N. faites à la Commission du ministère de la Justice.

✘ La disparition de la dangerosité pour soi-même ou pour les autres dans notre texte légal comme motif de privation de liberté est un autre progrès, étant donné que le but de cette mesure involontaire est uniquement le traitement ou le bénéfice thérapeutique de la personne.

Je pourrais vous parler, en souvenir des premières années de la Réforme (1984-1984-1986) de la confusion initiale entre la Psychiatrie et la Justice. Pour la première, on parlait de la « *perte du pouvoir médical* », avec une certaine crainte chez les psychiatres et une confusion dans l'exercice de la profession. Quant à la Justice, on trouvait *des juges qui « ordonnaient » des internements alors qu'ils ne pouvaient que les autoriser*. Le juge devint le « garant » de la privation de liberté du

patient et le médecin décidait avec l'autorisation du juge la mesure d'internement involontaire et son arrêt quand le médecin le considérait possible.

✘ Une bonne coordination était et est toujours le seul élément fondamental pour que la loi s'accomplisse sans équivoque.

Cette relation tellement indispensable entre Justice et Psychiatrie a été et continue à être dans les grandes villes, difficile, voire parfois impossible.

Problèmes dérivés de la réforme du Code Civil en matière de tutelle (Article 211).

Cet article régleme nte l'internement volontaire du « présumé incapable » qui requiert une autorisation judiciaire préalable ou, en cas d'urgence, sous 24 heures, de l'internement. En aucun cas, on ne parle de dangerosité et le seul but de cette mesure est le bénéfice thérapeutique.

Etant une réforme en matière de tutelle, on parle d'« incapable présumé » et de faire valoir, si c'est nécessaire, l'incapacité. Articles 200-202-203-etc... nombreux sont ceux qui ont compris ou considéré la nécessité d'incapacité comme une « mesure protectrice » des droits du malade mental. Cependant, à la lecture des articles, ce n'est pas le résultat attendu.

Actuellement, et c'est un des effets pervers de la loi, on prononce des incapacités en nombre alarmant. Celles-ci sont sollicitées par les centres psychiatriques (à des fins de protection), mais surtout par des associations de parents afin de mettre sous tutelle les malades dont les parents, soit à cause de l'âge soit à cause d'un manque de ressources, ne peuvent continuer à s'occuper d'une personne malade. D'après certains juges civils, la majorité des incapacités sont sollicitées pour des *motifs économiques*.

Il y a dix ans, nous étions déjà nombreux à demander, inquiets à ce sujet, de modifier la « présomption d'incapacité » par la « *personne souffrant de troubles psychiques* » qui requiert une assistance involontaire. Je crois qu'il est également temps de régulariser l'Article 211 et de l'ouvrir à des mesures de traitement dans la communauté et pas seulement des mesures centrées sur l'hospitalisation.

Bien que la mesure d'incapacité doive être un processus individualisé et exceptionnel et que le Code prévoit des incapacités partielles et temporelles, on continue à faire valoir dans la plupart des cas des incapacités totales et de manière bureaucratique. Il semble que peu de gens se posent le problème de la restriction des droits et de la mort civile de la personne soumise à l'incapacité et n'y voient qu'un processus de protection. Des mesures comme la curatelle ou l'assistance judiciaire pourraient être choisies, sans avoir à passer par les incapacités, sauf dans le cas, toujours exceptionnel, où l'incapacité est la seule mesure possible.

Nous avons connu, en leur temps, les risques de la bureaucratisation. Aujourd'hui, nous pouvons dire qu'ils existent encore en de nombreux endroits faute de moyens au sein de la justice et du système sanitaire. Le juge doit écouter le patient ainsi que le précise l'article 211, ce qui très souvent ne se produit pas.

De nombreux « nostalgiques » de la psychiatrie officielle ont critiqué la réforme du Code Civil. Ils exigeaient une nouvelle loi spécifique et aujourd'hui encore ils demandent le développement normatif de l'article 211.

On a parlé le « lacunes » ou de vide légal.

Aujourd'hui, nous pourrions *signaler que le changement légal s'est incorporé dans la psychiatrie et dans une partie du tissu social.*

Les hôpitaux psychiatriques ont dû réviser et modifier leurs attitudes, créer des Commissions d'Ethique, envoyer des circulaires aux professionnels. On parle de « *patient volontaire* » et d' « *involontaire de ses droits* ». Nous ne pouvons affirmer que s'accomplit scrupuleusement ce que dit la loi, car il y a encore de nombreux endroits où les critères du passé sont encore en vigueur. Les Commissions d'étude « Justice, Santé Mentale et Législation » de l'A.E.N. et des personnes concernées, des Associations du monde de la justice ont agi pour la réforme de ce processus. Dans la première étape du changement légal cependant, rien ne semblait être modifié, étant donnée l'importance des résistances. On a mis longtemps à donner l'information de leur nouveau « statut » légal et des droits du patient à des milliers de patients internés dans des centres psychiatriques (étude réalisée par la Commission de Législation de l'A.E.N., 1984).

Après la lecture du rapport du Défenseur du peuple espagnol (Madrid 1991) sur la situation juridique et assistancielle du malade mental en Espagne, rapport que je recommande pour son importance, nous constatons à quel point le droit constitutionnel fondamental à l'assistance est toujours très limité. (O. Gonzalez).

Ce rapport pose également le problème de l'Article 211 du Code Civil qui, bien qu'il établisse un contrôle judiciaire rigoureux, est loin encore de s'appliquer comme il le devrait. On peut dire que dans la majorité des cas, le Juge n'examine pas et ne parle pas avec le patient, ou que la pratique de la voie d'urgence est souvent employée au lieu de l'autorisation judiciaire préalable, mesure qui évidemment offre de plus grandes garanties et devrait être appliqué dans la majorité des cas.

A propos du nouveau Code Pénal de 1996.

(Articles qui se réfèrent au malade mental, art. 19-20-21-60-96-99-100-101-102-103-104-105-107).

De la réforme du Code Pénal de 1983 à la mise en vigueur du nouveau Code Pénal, nous pouvons estimer qu'il y a eu un net progrès concernant quelques questions. En revanche, d'autres sont préoccupantes et ne sont toujours pas prises en considération.

Il est trop tôt pour pouvoir analyser l'application du nouveau Code Pénal. Il y a des confusions, un manque de débat, de coordination à propos du nouveau texte légal. Il est inquiétant que des questions aussi fondamentales que les procédures pour que la loi puisse s'appliquer soient absentes du débat entre la Justice et le Système Sanitaire. A l'heure actuelle, considérant le nouveau texte légal, je dois mentionner pour son importance, *un progrès positif dans les articles 101 et 105.1.*

« L'article 101 limite la durée de l'internement de la personne exempte de responsabilité pénale ». Ceci suppose un respect du droit à la liberté et met au même niveau, quant au temps d'internement, la personne non imputable et celle, déclarée responsable ou partiellement responsable qui bénéficierait de cette mesure. L'ancien Code Pénal *ne prévoyait pas* de limite temporelle, ce qui condamnait indéfiniment la personne à un centre psychiatrique pénitentiaire. (Rapports de la Commission de Législation de l'A.E.N. sur Carabanchel et Fontcalen).

L'article 105.1 établit « la soumission au traitement externe, dans des centres médicaux ou des établissements à caractère socio-sanitaire ». Comme vous le verrez, cette mesure *amplifie* l'assistance externe, la rend possible et peut permettre qu'elle soit dispensée non pas seulement dans des services psychiatriques, mais aussi dans d'autres services de rééducation qui pourront proposer une assistance sur le terrain dans des services socio-communautaires.

Les articles 95 à 108 réglementent les mesures de sécurité, privatives ou non, de liberté. L'idée est que les interventions qui ne sont pas uniquement centrées sur la réclusion ou l'internement, soient élargies et rendues plus flexibles.

Le traitement hospitalier en tant que mesure apparaissait déjà dans le Code Pénal précédent. Dans l'actuel, on ouvre de nouvelles *possibilités d'agir*.

L'article 20 se réfère à l'extension de la responsabilité criminelle. Apparaissent « *l'anomalie ou l'altération psychique* » qui font qu'on ne peut comprendre le fait commis. On ne parle déjà plus « d'aliéné » comme dans les Codes antérieurs. Le critère de dangerosité associée à la maladie mentale n'apparaît pas.

Dans le deuxième paragraphe, la personne déclarée « en pleine intoxication », pour consommation de boissons alcoolisées, de drogues toxiques, de substances psychotropes ou autres, est exempte de responsabilité.

Ici, je dois signaler comme sérieusement inquiétant et opposé à tout ce que nous avons soulevé dans notre travail comme recommandations, d'amendements, de suggestions, pendant ces années-là, aux différentes Commissions ou personnes qui examinaient les avant-projets du Code Pénal l'élargissement de l'exemption de responsabilité pénale, à des états ou à des situations jusqu'à présent jamais observés, non seulement est grave par son

laxisme, mais aussi pour l'apparition de centaines de nouveaux individus irresponsables.

Pour terminer, une autre question préoccupante et qui semble insoluble pour le moment, est celle de la situation sociale où se trouvent des dizaines de personnes qui ont été relâchées des Centres psychiatriques pénitentiaires, avec l'application du nouveau Code Pénal, sans qu'aient été prévues *des mesures alternatives* de traitement ou d'assistance, ni de résidence dans la communauté. Ces mesures de rééducation sont pourtant fondamentales pour des personnes qui ont été recluses durant de nombreuses années.

Voici donc un exemple sérieux de la manière dont un progrès légal en matière de droit comme pour l'article 101, peut générer une réalité inquiétante si des moyens sociaux et d'assistance ne sont pas créés pour les personnes dont on ne s'occupe plus ou qui sont transférées dans des hôpitaux psychiatriques civils car il n'existe pas de moyens communautaires alternatifs.

J'insiste pour que nous considérions et soulignons l'urgence et la nécessité, face aux changements législatifs en Europe, d'approfondir le sujet de la non imputabilité et pour essayer d'être écoutés dans le discours et l'analyse rigoureux que réalisent le CEDEP et d'autres collectifs ou associations en Europe sur la responsabilité du malade mental et son droit à la responsabilité de ses actes.

Les changements légaux sont nombreux et très divers, et notre réflexion dans un Forum comme celui de ces Journées d'Athènes, devrait se diriger vers l'établissement de recommandations qui pourraient influencer les nouvelles législations :

- En dépassant les aspects ségrégatifs et archaïques.
- En insistant sur la nécessité des garanties juridiques, pendant toute la durée des soins, ainsi que l'établissement de contrôles rigoureux dans les traitements qui peuvent avoir des effets irréversibles.
- En signalant l'importance de substituer les anciennes mesures d'internement dans des centres spécialisés par les dispositions sur les « soins involontaires ». De même que l'obligation de soins ne doit pas restreindre les droits civiques du patient, et toujours présenter celle-ci comme un fait exceptionnel et essayer d'obtenir de lui son consentement.
- Le consentement informé et sa réglementation, la participation de l'usager, et des associations de familles, dans la gestion assistancielle des services de santé mentale.

Enfin, et j'insiste sur ce point, nous devons dépasser les nouveaux cadres légaux qui sont toujours en vigueur au niveau européen, et qui lient la dangerosité et l'irresponsabilité pénale à la maladie mentale.

Bibliographie

1. - Informe del defensor del pueblo - madrid 1991. « situacion juridico-asistencial des enfermo mental ».
2. - Constitucion espaanola - 1978
3. - Legislacion relativa a la salud mental en espana. (dr o. gonzalez - 1996)
4. - Textos comision de legislacion de la asociacion espanola de neuropsiquiatria (anos 1983 al 1991);
5. - La ideologia de la locura en la practica psiquiatrica actual. 1976 (Dr Castilla del Pino).
6. - Dossier CEDEP - seminario de estudios europeos (octubre 1994 - Madrid).
7. - Codigo penal espanol (1996)
8. - Codigo civil (1983), « en materia de tutela ».

Dangerosité, traitement psychiatrique et la convention européenne des droits de l'homme

I INTRODUCTION

Incertitudes de la psychiatrie et traitements abusifs. La dangerosité du malade mental.

La psychiatrie, relevant du champ particulier que l'on appelle les « Sciences Humaines », ne peut pas prétendre, quant à ses affirmations, *au degré de certitude* des sciences de la matière (par exemple, la physique ou la chimie), le psychisme humain étant loin d'être mesurable et ses réactions prévisibles. Malgré des progrès incontestables, l'impossibilité de procéder à un diagnostic définitif, à une évolution stable et permanente et, surtout, à toute prédiction sûre pour un avenir lointain, peut justifier, en grande partie, les incertitudes, des décisions contradictoires, voire, erronées des psychiatres. On est facilement mené à comprendre la facilité d'ouverture vers *la voie des abus*.

Dans un domaine d'incertitude tant au niveau du *diagnostic*, qu'à celui de *l'évaluation de la dangerosité du malade mental*, qu'à celui de la *portée* de son hospitalisation, de la durée de cette dernière, ainsi qu'à celui de l'évaluation de la *guérison*, des abus peuvent surgir très facilement, aussi bien au niveau du diagnostic, qu'à celui - voire surtout- *du traitement* et de ses conditions.

L'affirmation d'un état pathologique, exigeant un degré considérable *d'interprétation subjective de la part du psychiatre*, fondée, en grande partie, sur *des normes culturelles et sociales*, peut qualifier de symptôme de maladie mentale dangereuse une idée, un comportement, une attitude ou un style de vie, non conformes à l'image de la « normalité », embrassé par une société donnée, ou bien par une couche sociale déterminée. Des *internements abusifs*, suivis de traitements du même ordre, en résultent, des prolongations non justifiées par l'état de santé du malade, des internements liés à des fins autres que l'amélioration de sa santé, ainsi que des violations graves des droits les plus élémentaires du malade.

* Docteur d'Etat en Droit (France), Chef de la Division des relations entre l'Union Européenne et les pays en voie de développement (Ministère de l'Economie Nationale, Athènes).
Les points de vue exprimés sont propres à l'auteur, relevant de ses propres recherches et ne peuvent en aucun cas être attribués à l'organisme auprès duquel elle exerce ses fonctions.

Afin d'éviter, au maximum, le schéma « dangerosité = maladie mentale » et de limiter les cas où le psychiatre, abrité derrière une discutable mentalité thérapeutique, exerce un contrôle au profit de la société, en étiquetant de « trouble mental » toute attitude gênante aboutissant à la marginalisation, voire à l'anéantissement des personnes « différentes », les lois nationales les plus évoluées, mais surtout les textes à portée internationale dont le plus grand mérite consiste à servir des *lignes directrices* et de juste voie, lors de l'adoption de nouveaux textes juridiques nationaux, ou de la modification des déjà existants), optent pour le *dialogue entre le juge et le médecin psychiatre*, en introduisant la *présence du juge*, à tous les stades de la procédure relative au sort du malade : lors de la prise de la décision prononçant l'internement, lors de la prolongation de ce dernier, lors de la sortie éventuelle du malade, à l'essai ou définitivement. Le juge n'ayant, bien évidemment, pas de formation adéquate pour se prononcer sur des questions aussi spécifiques, le rôle du psychiatre est, certes, primordial. Ceci étant, « le pouvoir arrête le pouvoir », au plus grand profit de la personne privée de sa liberté du fait des troubles mentaux nécessitant une hospitalisation involontaire.

Là où le chemin se présente bien plus épineux, c'est lorsqu'il s'agit de se prononcer sur le *traitement* psychiatrique à suivre : opter pour un traitement plutôt que pour un autre, relève surtout de la compétence du psychiatre et se présente difficilement contrôlable par le tribunal. C'est, surtout, le cas des traitements incontournables, telle la psychochirurgie.

Comme la ligne de démarcation entre les « normaux » et les « anormaux » devient de plus en plus floue et que l'on constate que les notions de « handicap » et de dangerosité s'étendent sur des catégories de population marginalisées du fait d'impératifs économiques, on vient à considérer les déviants, les malades mentaux, les handicapés, les « sans domicile fixe » (autrefois appelés « vagabonds »), des personnes vivant dans une extrême pauvreté (« Quart Monde »), comme *des exclus, dangereux pour la société*, car ils ne répondent pas au modèle admis par cette dernière. Leur privation de liberté, qui parfois entraîne le traitement psychiatrique dans des institutions destinées aux malades mentaux, se présente ainsi, comme le traitement de la pauvreté, - comme si c'était possible de soigner la misère avec des médicaments...

L'intervention psychiatrique n'a pas été dépourvue d'un certain arrière-plan idéologique : elle a, incontestablement, joué un rôle de *marginalisation*. La science lombrosienne, ayant étiqueté scientifiquement misère, émigration, analphabétisme, marginalité, constitue l'exemple le plus frappant de la période asilaire. La loi italienne de 1904 sur les aliénés en est la concrétisation⁽¹⁾.

La contestation de l'asile comme lieu de traitement, n'apparaît *qu'après la Deuxième Guerre Mondiale*, avec la tendance à redéfinir et à réorganiser la psychiatrie.

Il existe de nos jours des ressemblances et des différences entre législations nationales, quant au système de contrôle social de la situation des malades mentaux.

Les deux systèmes principaux dans les pays industrialisés sont, d'une part le *système de la justice pénale* et, d'autre part, celui de la *santé mentale*.

Dans le système de justice pénale, le rôle du psychiatre a paru ne présenter pendant longtemps, qu'une importance mineure. De nos jours, il est remis en question et réexaminé en tant qu'auxiliaire du juge pénal. Par ailleurs, l'irresponsabilité du malade mental criminel est également remise en question.

Le système de santé mentale correspond à des lois spécifiques en psychiatrie, au niveau du droit civil. La procédure selon laquelle une personne est définie comme « malade mental », les conditions de son admission pour traitement, celles de sa libération, font l'objet de dispositions législatives particulières, applicables à cette catégorie de personnes. La loi française de 1838, l'ancienne loi italienne de 1904, la loi britannique sur la santé mentale de 1983, constituent quelques exemples de lois de santé mentale.

On doit constater que d'autres maladies, ou formes de marginalité, ont été, le plus souvent, traitées suivant le même modèle, en prenant en compte, avant tout, le critère du danger potentiel, sanitaire ou moral que représentaient ou étaient supposées représenter pour la société les personnes qui en étaient sujets.

Une nouvelle étape de l'évolution dans ce domaine s'ouvre avec la réforme du système sanitaire en Italie, en 1978 : la suppression de l'hôpital psychiatrique comme lieu de traitement des malades mentaux, l'institution de leur traitement obligatoire dans des conditions pareilles à celles prévues pour les autres malades et la mise en relief de l'intérêt de la santé du malade, ont remplacé le critère de la dangerosité pour lui-même et pour autrui. Ainsi, le nouveau système italien, est un système de contrôle à part, sans précédent⁽²⁾. Ce qui a fait, à notre avis, sa grandeur, c'est la remise en question du rôle de l'internement comme moyen de traitement efficace et le principe de ne pas marginaliser les individus atteints de troubles mentaux, sur la base d'une appréciation discutable de leur dangerosité.

On doit faire une distinction entre le traitement obligatoire, qui est un traitement imposé et le droit du malade mental à un traitement approprié. Le traitement obligatoire implique que celui-ci est imposé au malade indépendamment de sa volonté. Il constitue l'exception, étant donné que de nos jours le plus grand pourcentage d'admissions pour traitement psychiatrique dans les pays européens a lieu sur une base volontaire et informelle. Il est soumis à une réglementation, souvent détaillée, dans le cadre des législations nationales, qui prévoient les conditions devant être remplies : l'autorité compétente à l'ordonner, sa durée et les établissements où il aura lieu.

On pourrait distinguer quatre étapes dans l'évolution du traitement des malades mentaux dans les pays occidentaux à partir des années 50 :

1. L'influence du mouvement psychanalytique en France dans les années 50 sur le traitement et la réadaptation des malades mentaux. C'est le moment où la psychanalyse entre dans les hôpitaux psychiatriques, tout en apparaissant également comme une alternative à la psychiatrie asilaire. La psychanalyse, entrée dans la culture, fait remettre en question la nécessité du traitement par des médicaments psychotropes ;
2. L'influence du mouvement de l'antipsychiatrie anglaise dans les années 60 : si la maladie mentale n'existe pas, l'hospitalisation pour traitement des malades mentaux ne constitue qu'un contrôle exercé

par la société, avec tendance des psychiatres à abuser de leur pouvoir ;

3. La politique de sectorisation réalisée en France dans les années 70 ;
4. L'influence de l'expérience italienne de réforme en 1978, ayant créé des alternatives, telles les communautés et foyers accueillant des malades mentaux.

On se trouve actuellement d'une part en présence des alternatives, d'autre part, de l'hôpital psychiatrique. La solution considérée comme souhaitable par des médecins, c'est l'existence des lits psychiatriques dans les hôpitaux ordinaires.

II - Du Code de Nuremberg à la Convention Européenne des Droits de l'Homme.

Le Code de Nuremberg (1947) a été suivi par un ensemble de textes très importants, aussi bien *au niveau universel* (Déclaration Universelle des Droits de l'Homme, 1948, deux Pactes Internationaux au niveau de l'O.N.U., 1966, Convention Internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale, 1965, etc...), qu'*au niveau régional européen*, dont le plus important est, indéniablement, la Convention Européenne des Droits de l'Homme, conclue dans le cadre du Conseil de l'Europe (1950).

C'est en instaurant la procédure, unique dans son genre, *du recours individuel* de la personne qui se prétend *victime de violation* d'un des droits protégés par la Convention, devant la Commission Européenne puis, éventuellement, devant la Cour Européenne des Droits de l'Homme, véritables organes juridictionnels européens, que l'individu est protégé des atteintes arbitraires à sa liberté, même de la part de son propre Etat.

En 1996 nous fêtons les 50 ans du « Code de Nuremberg », texte adopté à l'issue du procès contre les médecins nazis pour les horreurs commises, entre autres, à l'égard des malades mentaux et autres handicapés.

Les malades mentaux, personnes vulnérables par excellence, surtout lorsqu'ils sont internés dans des établissements psychiatriques, ne font pas exception à la règle de protection contre les privations de liberté arbitraires : à travers une jurisprudence, vrai corpus juridique européen en matière de santé mentale, avancée dans certains domaines (par exemple, l'énoncé des trois conditions minimales de détention du malade mental), conservatrice dans d'autres (refus, par exemple, d'admettre que le droit au traitement du malade mental découle en tant que tel, de la disposition de la Convention qui interdit sa privation de liberté, lorsque les trois conditions minimales susmentionnées font défaut), un vrai *code des droits du malade mental* a vu, petit à petit, le jour et influencé la réalité juridique des Etats membres en la matière.

III - Conditions de privation de liberté des malades mentaux dans les établissements psychiatriques, énoncées par la jurisprudence de la Cour Européenne des Droits de l'Homme :

La dangerosité en tant que critère légitimant le traitement obligatoire en milieu fermé.

La disposition de l'alinéa « e » de l'art. 5 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme, énumère cinq catégories de personnes, dont la privation de liberté est autorisée « selon les voies légales ». Elle couvre, en principe, aussi bien le domaine du droit civil, que celui du droit pénal, dans le sens que la privation de liberté peut avoir lieu en raison du seul état de l'individu, ou bien parce que ce dernier a commis une infraction et le fait est lié à son état. Ceci est vrai surtout pour les malades mentaux, dont la privation de liberté à cause de leur état les rendant dangereux pour eux-mêmes et pour la société, fait l'objet d'une réglementation spéciale dans le cadre des législations nationales.

Selon l'art. 5, alinéa 1 de la Convention :

« Toute personne a droit à la liberté et à la sûreté. Nul ne peut être privé de sa liberté, sauf dans les cas suivants et selon les voies légales :

... e) s'il s'agit de la détention régulière d'une personne susceptible de propager une maladie contagieuse, d'un aliéné, d'un alcoolique, d'un toxicomane ou d'un vagabond »⁽³⁾.

Jusqu'à la célèbre affaire dite de « Vagabondages », l'alinéa « e » avait été considéré « date ». Or, il a acquis une importance particulière à cause de récentes affaires de santé mentale, portées devant les organes juridictionnels de la Convention, la Commission et la Cour Européenne des Droits de l'Homme.

La privation de liberté prévue par cet alinéa a un but spécifique : *la protection du danger que la personne représente pour la collectivité ou pour elle-même, à cause de son état de santé.*

Si le texte de l'art. 5 par. 1 semble distinguer la « régularité » du « respect des voies légales », la Cour a admis que les deux notions forment un tout, dont le but est d'assurer le droit dans une société démocratique, de ne pas être arbitrairement privé de sa liberté.

Dans son arrêt dans l'affaire WINTERWERP/Pays-Bas (24.10.1979), la Cour a créé une nouvelle jurisprudence, réaffirmée par ses arrêts ultérieurs dans les affaires X/Royaume-Uni (5.11.81), LUBERTI/Italie (23.2.84), ASHINGDANE/Royaume-Uni (28.5.85), Van der LEER/Pays-Bas (21.2.90), WASSING/Pays-Bas (27.9.90), KOENDJIBHARIE/Pays-Bas (25.10.90) et HERCZEGFALVY/Autriche (24.9.92).

Après avoir affirmé que la détention d'un malade mental est « régulière » lorsqu'elle est conforme au droit interne, lequel, à son tour, doit être conforme à la Convention, la Cour énonce les trois conditions minimales qui doivent être remplies, pour que la décision ordonnant la privation de liberté d'un malade mental, établissent une « détention régulière » :

1. Etablissement de l'aliénation de *manière probante*, à l'aide d'une expertise médicale *objective*, devant l'autorité nationale compétente ;
2. *Existence de troubles mentaux réels*, à un degré ou d'une ampleur tels, que l'internement paraîtrait justifié ;
3. Prolongation de l'internement, uniquement si les troubles mentaux persistent.

Ces conditions de régularité de la détention doivent être remplies aussi bien lorsqu'il s'agit d'un non délinquant que d'un délinquant malade mental. Trois points sont à souligner :

a) La détention apparaît comme l'ultime remède auquel il ne faudrait avoir recours que lorsque tout autre moyen de traitement, tel le traitement extra-hospitalier, est exclu.

b) Il appartient à l'autorité nationale compétente de se prononcer sur la nécessité de la détention du malade, compte tenu, bien entendu, de la dangerosité que celui-ci peut représenter pour lui-même et pour la collectivité, mais aussi de *l'intérêt de sa santé*.

c) Les conditions de la détention doivent être remplies durant tous les stades de celle-ci, ce qui implique le *réexamen ultérieur de l'état du malade*.

La Cour formule une exception à cette règle, concernant les mesures adoptées en cas d'urgence. Ces mesures, sous forme d'une décision provisoire, peuvent être prises par une autorité autre que la compétente, à la base d'un examen médical sommaire. Cette dérogation, justifiée par les impératifs de la protection du public vis-à-vis d'un malade mental dangereux, concerne des mesures limitées dans le temps, qui doivent faire ultérieurement l'objet d'une décision définitive, laquelle, conforme aux conditions de la régularité de la détention, assurera les garanties de la liberté individuelle.

La Cour s'attribue la compétence de contrôler les décisions des autorités nationales sous l'angle de la Convention, en recherchant si les conditions de régularité de la détention ont été respectées dans le cas d'espèce, tout en laissant aux autorités nationales une certaine marge d'appréciation concernant les modalités d'application car, elles sont plus proches de la réalité nationale.

Les trois conditions minimales rendant « régulière » la privation de liberté d'un malade souffrant de troubles mentaux, énoncés par la Cour des Droits de l'Homme - un vrai « code d'éthique en la matière » - ont été saluées comme une grande victoire du droit face aux attitudes, parfois abusives, des psychiatres. On constate, toutefois, en lisant plus attentivement les arrêts, que le juge, gardien de la liberté individuelle du malade mental, mais ne disposant pas pour autant de connaissances qui lui permettraient de constater quand le trouble mental revêt d'une ampleur légitimant l'internement, si ledit trouble est « réel » et s'il persiste, justifiant le prolongement de l'internement, s'en remet, par la force des choses, aux conclusions des experts-psychiatres.

La disposition de l'alinéa « e » de l'article 5 de la Convention détend le pouvoir du législateur national de prévoir la privation de la liberté d'une personne, appartenant à l'une des cinq catégories énumérées. Cette disposition

présente un caractère exceptionnel et doit être, selon la Cour, interprétée strictement.

La privation de liberté de ces personnes est autorisée en raison de l'état ou de la condition où elles se trouvent, ou de leur mode de vie, à savoir :

- L'état de santé pour le malade contagieux ;
- L'état de santé ou de condition pour le malade mental, l'alcoolique ou le toxicomane ;
- Le mode de vie pour le vagabond.
- Les mesures privatives de liberté vis-à-vis de ces personnes, sont prévues dans l'intention de :
 1. Protéger la société, à laquelle ces personnes, à cause de leur état, peuvent causer de sérieux problèmes ;
 2. Protéger l'individu lui-même du risque de porter atteinte à sa propre vie ou à son intégrité ;
 3. Guérir, si possible, l'individu.

A la question de savoir si l'existence du danger pour le malade lui-même et pour les autres à cause de son état constitue un élément de détention, contrôlé par les organes de la Convention, la Cour a répondu par l'affirmative, mais de façon nuancée : *le danger peut constituer un des motifs de la privation de liberté du malade, mais pas le seul motif.*

Parmi les trois conditions de « régularité » de la détention des malades mentaux, que la Cour a énoncées dans son arrêt « Winterwerp », il y en avait une relative à la « nature » ou « l'ampleur » du trouble mental. Celui-ci devait rendre indispensable, « légitimer » l'internement : *la dangerosité du malade se présente en tant que motif légitimant l'internement.* (Arrêt Winterwerp, 24.10.79, p. 17 § 39).

La dangerosité du malade mental sera définie selon le droit national applicable à l'espèce et il appartient aux autorités nationales d'apprécier, selon les expertises et les autres preuves portées devant elle, si un malade mental est dangereux et doit être privé de sa liberté. La Cour a reconnu cette marge d'appréciation aux autorités nationales, en se limitant à examiner leurs décisions sous l'angle de la Convention.

A l'occasion de l'affaire Guzzardi, la Cour avait qualifié de « socialement inadaptées » les personnes énumérées à l'alinéa « e » de l'article 15, qui selon la Convention peuvent être privées de leur liberté pour deux raisons : d'une part, parce qu'elles sont considérées dangereuses pour la sécurité publique et, d'autre part, dans leur propre intérêt (p. 37 § 98 de l'arrêt). Ceci implique que *la Cour ait reconnu, à côté du critère de la dangerosité, un autre critère « légitimant l'internement », à savoir l'intérêt du malade.* Ainsi, elle se range avec la conception suivie par la Mental Health Act, qui reconnaît l'intérêt de la santé du malade comme motif de son admission pour observation et pour traitement. Cet intérêt du malade est mis, par le législateur britannique, au même rang que la protection des autres du danger émanant de ce malade à cause de son état mental (art. 2 et 3 du Mental Health Act, 1983).

IV - La dangerosité du malade mental dans les législations nationales et dans la Recommandation R (83) 2 du Comité des Ministres du Conseil de l'Europe.

Les textes adoptés au sein du Conseil de l'Europe sur la protection juridique des malades mentaux et sur leurs droits, largement influencés par la jurisprudence des organes juridictionnels de la Convention Européenne des Droits de l'Homme, sont, d'une part, la Recommandation R (83) 2 du Comité des Ministres du Conseil de l'Europe (du 23 février 1983) et, d'autre part, la Recommandation 1235 (1994) de l'Assemblée Parlementaire sur la Psychiatrie et les Droits de l'Homme. Ces textes exigent un « *danger grave* » pour le malade lui-même ou pour autrui, en tant que condition de placement, involontaire du malade mental dans une institution psychiatrique. L'expression concerne non seulement l'actualité mais aussi *l'éventualité sérieuse future* de dommage.

Quant aux textes législatifs nationaux relatifs à la santé mentale, ils ne définissent pas la dangerosité du malade, mais qualifient le danger que celui-ci peut faire courir, par l'adjectif « grave ». Cette gravité concerne *le type de dommage* qui pourrait se produire : atteinte à la vie, à la santé du malade, ou à celle d'autrui, atteinte à l'intégrité corporelle.

Il appartient au médecin d'estimer si les troubles mentaux du malade le rendent susceptible de porter atteinte à sa propre personne ou à celle des autres, même si le danger ne s'est pas encore matérialisé. La destruction des biens, dans des cas limités, fait partie des raisons qui permettent de qualifier un malade mental comme « dangereux ». Stone écrit que les psychiatres prédisent trop facilement la dangerosité et qu'ainsi des proportions inacceptablement élevés d'individus non dangereux sont classés comme tels.

Selon lui, les psychiatres ont, dans leur ensemble, une réaction de défense, car ils redoutent les conséquences d'une autorisation donnée au malade de quitter l'hôpital en congé ou définitivement et de retourner dans la collectivité, où il pourrait causer des dommages à lui-même ou à autrui. Souvent, ils déclarent qu'il est impossible d'apprécier la dangerosité des individus. Le plus souvent, ils procèdent à une appréciation globale de la dangerosité qui sert à *étiqueter la personne plutôt que la maladie*, ou le milieu où il vit ^(3 bis).

L'alinéa (b) de la Recommandation R (83) 2, formule une exception au principe de la dangerosité du malade comme condition de son placement: Même un malade qui n'est pas considéré comme dangereux peut être placé pour traitement, si l'intérêt de sa santé l'exige et si l'absence de placement détériorait son état.

La disposition de la recommandation est inspirée par celle du Mental Health Act 1983, suivant laquelle il incombe au médecin responsable d'apprécier si le traitement en hôpital peut apporter une amélioration, ou empêcher la détérioration de l'état de santé du malade. Ainsi, *le traitement approprié qui peut être administré au malade hospitalisé, devient un critère pouvant remplacer, du moins en partie, celui de la dangerosité*, critère vague et imprécis, en tant que moyen de justifier l'hospitalisation forcée.

Un *danger simplement prévu et éventuel* est donc, pour la recommandation, un motif suffisant pour le placement involontaire du malade mental. Le législateur français de 1838 avait employé le conditionnel⁽⁴⁾ ce qui pour le Dr Henne signifie que la « dangerosité à apprécier n'est pas seulement actuelle, mais peut être future ou éventuelle ». C'est une thèse vivement soutenue, dans le sens que l'éventualité des actes criminels causés par les malades mentaux, constitue une raison suffisante à l'intervention de la société, qui ne devrait pas attendre l'accomplissement de ces actes pour agir⁽⁵⁾.

Dans le projet de directives du rapport DAES, le placement a titre préventif était interdit. Mais il s'agit du placement volontaire. Par contre, le projet autorisait le placement non volontaire d'un malade mental qui « *constitue un danger pour lui-même ou un trop grand danger pour autrui, ou pour la collectivité*⁽⁶⁾. »

Les autorités nationales sont, donc, appelées à remplir *un rôle préventif*, en ordonnant l'internement d'un malade mental qui n'est pas encore passé à l'acte. T.W. Harding, partant du fait qu'il existe des pays qui ne retiennent pas le critère de la dangerosité dans leurs législations de santé mentale, écrit qu'il serait, probablement, préférable *d'abandonner le critère de la dangerosité* et de s'en tenir aux manifestations d'une maladie mentale grave, qui impose un traitement en milieu hospitalier, tout en permettant au malade et à sa famille d'exercer facilement un recours et en prévoyant un réexamen périodique de chaque cas⁽⁷⁾. Selon Harding, le critère de la dangerosité, tel qu'il est formulé dans la plupart des textes législatifs, est peu satisfaisant. C'est l'évolution du traitement qui devrait constituer la base d'une décision d'hospitalisation.

V - Danger émanant d'un délinquant malade mental.

Il convient de distinguer le danger émanant d'un malade mental criminel, de celui d'un malade mental interné uniquement à cause de ses troubles mentaux. Le premier est toujours présumé dangereux. En principe, tout malade mental ayant commis un délit, est considéré par les auteurs des Codes Pénaux européens comme dangereux, dans le sens qu'il commettra, probablement, d'autres délits, s'il n'est pas soumis à des mesures de sécurité privatives de liberté. Entre la protection de la société du danger que le délinquant malade mental fait courir et l'intérêt de sa santé, les législateurs nationaux optent pour l'intérêt de la collectivité.

Ainsi, l'article 63 du Code Pénal Allemand autorise le placement en hôpital psychiatrique du malade mental qui présente un danger pour la communauté, d'après l'appréciation générale de l'individu et de l'acte commis, dans le sens qu'il peut récidiver et commettre des délits graves. Cette conception fondée sur la dangerosité du délinquant malade mental, élaborée par la doctrine allemande, a inspiré les auteurs du Code Pénal Hellénique, lequel prévoit l'internement en hôpital psychiatrique, comme mesure de sécurité ordonnée par

le juge pénal, remplaçant, pour tout ou partie, la peine. La dangerosité du délinquant malade mental pour la sécurité publique doit être appréciée par le juge *strictement*, et non comme une tendance criminelle générale.

On pourrait énumérer certains critères de dangerosité du délinquant malade mental, à savoir :

- la gravité de l'acte commis ;
- les motifs l'ayant poussé à l'acte ;
- l'ensemble de la personnalité du malade mental.

Le Code Pénal Italien prévoit l'internement de l'acquétes pour maladie mentale dans un *hôpital psychiatrique judiciaire* ou dans une maison de cure et de surveillance (*Ospedale psichiatrico giudiziario, casa di cura e di custodia*), ordonné toujours par le juge pénal comme mesure de sécurité, d'une durée minimale de deux ans. Jusqu'à l'arrêt de la Cour Constitutionnelle du 27 juillet 1982, le délinquant malade mental était présumé dangereux, dans le sens que sa dangerosité ne devait pas être recherchée ou vérifiée par le juge, sauf si l'acte délictueux avait été commis plus de dix ans auparavant, et l'internement pouvait être prolongé, tant que le juge, en réexaminant l'affaire, estimait que le caractère dangereux persistait chez le malade.

La Cour Constitutionnelle a déclaré les articles 222 al. 1 et 204 al. 2 inconstitutionnels, dans la mesure où la présomption de la dangerosité était irréfragable. A présent, le juge doit vérifier, avant d'ordonner la mesure de sécurité, que la dangerosité du malade du fait de sa maladie, persiste. De toute façon, *le juge réexamine la question de la dangerosité* avant toute prolongation de la durée de la mesure de sécurité : la présomption n'est plus irréfragable.

On pourrait distinguer deux formes principales de « dangerosité sociale » des malades mentaux internés en hôpital psychiatrique judiciaire en Italie :

a) la dangerosité de ceux qui ont commis de petits délits. Ce sont des personnes qui forment la clientèle aussi bien des hôpitaux psychiatriques que des prisons, dont le point commun, c'est la misère. Une misère au sens strict du terme, mais aussi une misère intellectuelle, un manque de valeurs dans une société de consommation, un appauvrissement des rapports humains, renforcé par l'appauvrissement de la culture ;

b) la dangerosité de ceux qui ont commis des délits graves contre la personne.

Les mesures de sécurité en hôpital psychiatrique judiciaire et en maison de cure et de surveillance, prévues par le Code Pénal Italien, fondées sur la conception de la dangerosité du malade mental qui a commis un délit, sont actuellement contraires à l'esprit de la nouvelle législation italienne de santé mentale, laquelle ne reconnaît pas l'élément de la dangerosité du malade mental comme critère de sa privation de liberté. Les hôpitaux psychiatriques judiciaires représentent, cependant, le point d'équilibre du circuit justice-psychiatrie, qui est fondé sur la « dangerosité sociale ».

Cette « dangerosité sociale » a le même contenu, à notre avis, que le « *danger pour l'ordre public et la sécurité des personnes* », que le législateur Français pose comme condition du placement involontaire du malade mental, applicable toujours aux délinquants malades mentaux acquittés par le juge pénal, du fait de leur irresponsabilité pénale (Article 64 du Code Pénal Français). Ces malades sont, donc, toujours présumés dangereux.

La qualification du délinquant malade mental comme « dangereux » n'est pas dépourvue de conséquences juridiques. Celles-ci concernent surtout *la durée de l'internement* dans l'établissement psychiatrique et jouent un rôle décisif pour la libération du malade : l'expertise à la base de laquelle le juge ordonne la libération du malade, porte sur la dangerosité de ce dernier.

L'exemple typique est celui du délinquant malade mental, lequel, à cause de la nature de l'infraction ou de ses antécédents, est considéré comme dangereux, en droit britannique. Le juge pénal a la possibilité de prendre contre ce malade des mesures de restriction, que le Ministre de l'Intérieur peut supprimer, en se basant sur le rapport médical concernant l'état mental dangereux. Le Ministre supprime les mesures de sûreté lorsque le malade, selon l'avis du médecin, n'est plus dangereux (Art. 42 du Mental Health Act, 1983).

VI - Absence de définition de la maladie mentale :

Difficultés d'adaptation dans une société donnée et « dangerosité sociale ».

Si aucun texte juridique de portée nationale ou internationale ne donne de définition de la maladie mentale, il est apparu nécessaire d'exclure explicitement un certain nombre de situations, voire de troubles, tels l'alcoolisme, la toxicomanie, la conduite immorale, les déviations sexuelles, ou le comportement s'écartant des normes prédominant dans une société donnée. Ces situations ne doivent pas, *en tant que telles*, être considérées comme équivalentes à une maladie mentale. Le premier texte dans ce domaine fut la Recommandation 818 (1977) du Conseil de l'Europe : « *Les anomalies de comportement relevant de la morale ou de la loi ne sont pas, en elles-mêmes, assimilables aux maladies mentales* ».

La Cour Européenne des Droits de l'Homme dans son arrêt Winterwerp, a énoncé le même principe, en liaison avec la détention d'une personne dont les idées ou le comportement s'écartent des normes prédominant dans une société donnée. Soucieuse d'assurer la protection de la liberté de la personne, la Cour exclut la possibilité de détention à des fins indépendantes de la santé du malade mental (arrêt du 24.1.79, § 37). « *On ne saurait considérer que l'alinéa « e » du paragraphe 1 de l'article 5 autorise à détenir quelqu'un du seul fait que ses idées ou son comportement s'écartent des normes prédominantes dans une société donnée* ».

Aux mêmes fins, le Comité des Ministres dans sa Recommandation R (83)2, déclare que « *les difficultés d'adaptation aux valeurs morales, sociales, politiques et autres, ne doivent pas être considérées, en elles-mêmes, comme un trouble mental, justifiant le placement involontaire, lorsqu'elles ne sont pas accompagnées d'autres éléments importants, permettant de diagnostiquer, conformément à la science médicale, l'existence d'un trouble mental* ».

A notre avis, les rédacteurs de ces textes, ont voulu exclure quatre grandes catégories de situations d'où pourrait découler la dangerosité de la personne, internée en tant que malade mental dans une institution psychiatrique pour traitement forcé : l'opposition politique, les croyances et la pratique religieuse, le non-conformisme artistique et le non-conformisme social, telles la vie en concubinage et l'homosexualité⁽⁸⁾.

Des expressions telles qu' « en elles-mêmes », « du seul fait », « du seul motif », « facteurs déterminants », donnent à penser que, si d'autres motifs contribuent à créer des troubles mentaux chez une personne dont le comportement ou les idées s'écartent des normes prédominantes, ce comportement ou ces idées pourraient constituer un élément de preuve de l'existence de troubles mentaux. Selon l'exposé des motifs de la Recommandation R (83)2, la difficulté en question pourrait être considérée, selon la science médicale, comme l'un des symptômes du trouble mental. Cependant, il ne faudrait pas qu'il s'agisse du seul symptôme. Il apparaît extrêmement risqué de qualifier de « symptômes » les difficultés d'adaptation dans une société donnée, lesquelles, en liaison avec d'autres symptômes, mèneraient à diagnostiquer l'existence de troubles mentaux chez une personne. De telles pratiques pourraient facilement donner lieu à des attitudes d'abus, contraires à l'éthique.

La question est liée à celle de la « *dangerosité sociale* » de la personne. Cette dangerosité sociale, notion vague et ne donnant pas lieu à une définition généralement admise, à cause des internements abusifs en Italie fasciste, en application de la loi de 1904 sur les aliénés. Plus récemment, les abus de la psychiatrie à des fins politiques contre les prisonniers d'opinion dans l'ancienne Union soviétique, dénoncés par Amnesty International, ont amené à la Déclaration de Hawaï, adoptée dans le cadre du 6ème Congrès Mondial de Psychiatrie en 1977. Ces abus, qui consistent à interner de force en vue de traitement psychiatrique des individus ne souffrant apparemment pas de maladie mentale mais en raison de leurs idées non conformes au régime politique, sont actuellement considérés comme des « *traitements inhumains* », contraires à la Convention des Nations-Unies contre la torture et autres peines et traitements inhumains ou dégradants, adoptée en 1984, ainsi qu'à la Convention contre la torture, conclue au niveau du Conseil de l'Europe en 1989.

La Déclaration de Hawaï a condamné les pratiques psychiatriques à des fins autres que thérapeutiques, et a mis en relief d'une part, le but de la psychiatrie, qui consiste à « contribuer à la santé, à l'autonomie personnelle et au développement de l'individu », et d'autre part, les devoirs du psychiatre, qui doit

s'abstenir de tout traitement psychiatrique imposé, agissant uniquement en fonction de l'intérêt du malade et du respect de sa dignité.

Le schéma « dangerosité = maladie mentale » a été vivement critiqué par la presse et par la doctrine, et les internements forcés qui en résultent, orientent vers la mise en place d'un nouveau Code International d'éthique médicale, conforme à la Déclaration Universelle des Droits de L'homme, aux Pactes des Nations-unies et, surtout, à la Convention Européenne des Droits de l'Homme et à la jurisprudence de ses organes juridictionnels.

VII - Dangerosité du malade mental et droit au traitement approprié.

Dans son Rapport sur l'Affaire Winterwerp/Pays-Bas, la Commission Européenne des Droits de l'Homme fait référence expressément au *droit au traitement approprié* du malade mental enfermé dans un hôpital psychiatrique, qu'elle considère comme un élément, certes important, mais secondaire par rapport à celui de la *protection de la société* du danger que fait courir ce malade : « *De l'avis de la Commission, le droit pour le patient à un traitement médical approprié à son état ne découle pas, en tant que tel, de la disposition de l'art. 5 al. e de la Convention. L'admission forcée dans un établissement psychiatrique doit, certes, remplir une double fonction, thérapeutique et sociale. La Convention traite uniquement de la fonction sociale de protection, en autorisant, sous certaines conditions, la privation de liberté d'un aliéné* » (§ 84 de l'Arrêt Winterwerp).

Malgré cette interprétation beaucoup trop restrictive de la Commission (suivie, également, par la Cour dans son arrêt), elle poursuit avec une série de questions rhétoriques, relevant les points très délicats des *fins de la détention* et du *traitement* du malade mental : « *Sans doute, l'absence ou le refus de traitement pourrait-il, selon les circonstances, faire naître des interrogations : le malade n'est-il pas en fait, à la suite d'un détournement de pouvoir, détenu à des fins punitives, en violation de l'article 18 de la Convention, combiné avec l'article 5 ? N'est-il pas soumis à un traitement inhumain, prohibé par l'article 3 ?* » (§ 85 de l'Arrêt Winterwerp).

Ceci dit, la Commission considère que « des entretiens trop brefs et trop espacés avec le psychiatre et une médication trop centrée sur des tranquillisants » ne rendent pas la privation de liberté contraire à l'article 5 §1 e) de la Convention. Il est clair que le motif principal justifiant la détention, c'est bien « *la protection du danger* » que représenterait le malade pour la société, le traitement adéquat à l'amélioration de son état n'étant que secondaire. Ce raisonnement de la Commission Européenne, répond parfaitement aux exigences de la loi néerlandaise de 1994 (à l'époque de l'Affaire Winterwerp sous forme de projet), autorisant l'internement de ceux que la nature ou la *gravité* de troubles rendent *dangereux pour eux-mêmes ou pour autrui*.

Lors de l'Affaire X/Royaume-Uni (arrêt du 5.11.1981), les restrictions de la liberté du malade mental, destinées à protéger le public du *danger pour autrui*,

ont été considérées conformes à l'article 5 §1 e) (§ 41-46 de l'arrêt X/R.U.) : « *Les impératifs de la protection du public prévalent sur la liberté individuelle, au point de légitimer un internement d'urgence ne s'entourant pas des garanties habituelles qu'implique l'article 5 § 1 de la Convention... (Il y avait) des raisons suffisantes de penser que le maintien de X en liberté, constituerait une menace pour le public et en particulier pour sa femme* » (§ 46 de l'arrêt).

Enfin, lors de l'Affaire Ashingdane/Royaume-Uni, la Cour rappelant sa jurisprudence lors de l'Affaire Winterwerp, a mis l'accent sur l'élément du danger, plutôt que sur celui du traitement approprié à améliorer l'état de santé mentale du patient (arrêt du 26.5.1985). Dans son opinion dissidente, le Juge Louis Pettiti s'est demandé dans quel but le malade serait privé de sa liberté dans l'institution psychiatrique, sinon pour y être soigné en vue de l'amélioration de son état de santé, la tâche de l'administration consistant à rechercher les meilleurs moyens d'assurer le traitement approprié pour atteindre cet objectif⁽⁹⁾.

VIII - De l'article 5 à l'article 3 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme : interdiction des « traitements inhumains ».

A la différence de l'Affaire Ashingdane/Royaume-Uni, relative aux modalités de la privation de liberté dans l'établissement psychiatrique, l'Affaire Herczegfalvy contre l'Autriche (arrêt du 24.9.1992, série A, N° 244) concernait le traitement psychiatrique involontaire *en tant que tel*, à savoir l'administration forcée de neuroleptiques, l'attachement à un lit de sûreté, l'isolement dans une petite chambre, d'un délinquant malade mental. C'était la première fois que la Commission et la Cour Européenne des Droits de l'Homme, se sont prononcées sur le traitement psychiatrique sous l'angle de l'article 3 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme, lequel interdit la torture, ainsi que « *tout traitement inhumain ou dégradant* ». A la différence des autres droits et libertés, protégés par la Convention, l'interdiction de la torture et des traitements inhumains ou dégradants ne souffre *aucune limitation*, à savoir aucune situation d'urgence ou exceptionnelle ne pourrait justifier l'adoption de mesures qui constitueraient de tels traitements.

La Cour dans son arrêt très important, relève la « situation d'infériorité et d'impuissance » (§82) qui caractérise les malades internés dans des hôpitaux psychiatriques, leur difficulté pour contacter les autorités, ainsi que la Commission Européenne des Droits de l'Homme, difficulté plus importante encore que pour un détenu quelconque, à cause, précisément, de leur état de santé. Que la Cour ait accepté que le traitement administré de force au malade constitue « un traitement inhumain », contraire à l'article 3 de la Convention, constitue une évolution très importante de la jurisprudence européenne en matière de traitement des malades enfermés dans des établissements psychiatriques.

Par ailleurs, la *Convention Européenne pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants*, par son système de visites de son Comité aux établissements psychiatriques, peut influencer l'interprétation de l'article 3 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme. Le point de départ de la Convention pour la torture étant bien l'article 3 de la Convention des Droits de l'Homme, le Comité pour la torture peut *prévenir* les mauvais traitements, ou bien y mettre fin, par le biais de ses recommandations au gouvernement de l'Etat-Membre concerné.

Il serait nécessaire, cependant, de définir les standards de l'article 3 : *l'obligation positive de l'Etat de procurer les moyens de traitement*, (« obligation de faire »), idée qui n'est pas étrangère à l'esprit de la Convention Européenne des Droits de l'Homme, est à explorer également, à une époque où il existe une forte tendance à *psychiatriser les difficultés sociales* (perte d'emploi, etc...).

Quant aux *méthodes de traitement*, surtout celles qui concernent les malades mentaux hospitalisés dans les institutions psychiatriques, elles font l'objet d'une attention particulière dans l'élaboration des textes à portée internationale. C'est ainsi que l'article 5 § 3 de la Recommandation R (83)2 du Comité des Ministres du Conseil de l'Europe, invite les Etats-Membres à interdire les essais cliniques et les pratiques n'ayant pas de but thérapeutique sur les malades mentaux.

Des dispositions juridiques adoptées au sein des législations nationales, doivent régir celles de ses essais cliniques qui ont un but thérapeutiques (cf., par exemple, la loi française N° 88-1138 du 20.12.1988, relative à la protection des personnes se prêtant à des recherches biomédicales). La recommandation fait allusion à des pratiques encore peu connues et généralement non admises par la science médicale. La question de l'expérimentation qui permet, sans doute, d'acquérir des connaissances nouvelles, renvoie à celle du « traitement approprié » et à la responsabilité du médecin vis-à-vis du malade. De même que des pratiques telle la lobotomie et la stérilisation des malades mentaux.

En tant que méthode de contrôle de la fécondité des malades mentaux, ainsi que des handicapés mentaux, enfermés dans des institutions pour handicapés, la stérilisation peut apparaître comme un *abus grave*, contraire aux normes de la Convention Européenne (art 3) et à d'autres textes issus d'organisations internationales.

Face aux abus qui peuvent être engendrés par une mauvaise définition de la maladie mentale et pour tenir compte de la protection des droits des malades mentaux, ainsi que de l'évolution des conceptions en matière de leur traitement, le Droit devrait s'adapter, en leur accordant celles des garanties juridiques, qui permettraient l'humanisation du traitement, en protégeant le malade contre ce que l'on appelle « la répression psychiatrique ». Certains types de traitement psychiatrique définitif (lobotomie, électrochocs, ainsi que la stérilisation de certains malades mentaux) sont liés au *danger*, surtout pour autrui : la grande majorité de ces malades hospitalisés contre leur volonté à cause de leurs troubles

mentaux, sont déclarés dangereux par les psychiatres. Il conviendrait d'apprécier l'invitation adressée aux Etats-Membres du Conseil de l'Europe par la Recommandation 818 (1977) :

« I.i. à revoir leur législation et leurs règlements administratifs sur l'internement des malades mentaux, en redéfinissant certains concepts fondamentaux tel que le qualificatif « dangereux », en réduisant au minimum la pratique consistant à interner un patient de force « pour une période indéterminée », en supprimant la pratique de la censure de la correspondance, en plaçant sous la juridiction des autorités médicales tous ceux qui ont été reconnus par les tribunaux comme malades mentaux au moment du crime ou du procès et en instituant une procédure permettant de faire appel d'une mesure d'internement ».

IX - Epilogue : L'impact de la jurisprudence de la Cour Européenne des Droits de l'Homme sur des textes juridiques à portée nationale ou internationale

Il existe une tendance certaine au sein des législations nationales à rendre le droit national conforme à l'article 5 de la Convention Européenne, *surtout en accordant au juge, gardien de la liberté individuelle, le droit de libérer le malade mental.* L'influence de la jurisprudence de la Cour sur ce point est incontestable. C'est ainsi que l'arrêt de la Cour sur l'Affaire X/Royaume-Uni, a eu comme conséquence l'amendement de la législation britannique de santé mentale : le texte actuel du Mental Health Act (adopté en septembre 1983, donc *après* l'arrêt de la Cour) accorde aux Mental Health Review Tribunals *le pouvoir décisionnaire.* Ils peuvent désormais ordonner la mise en liberté du malade mental, avec ou sans restrictions, devenant ainsi des « tribunaux » au sens de l'article 5 § 4 de la Convention.

Par ailleurs, sur le plan international, la jurisprudence européenne, liée au souhait des Etats-Membres du Conseil de l'Europe d'harmoniser leurs législations dans le domaine de santé mentale, a provoqué l'adoption par le Comité des Ministres du Conseil de l'Europe de la Recommandation R (83)2 du 22.2.1983, relative à la protection juridique des personnes atteintes de troubles mentaux et placées comme patients involontaires. L'Assemblée Parlementaire du Conseil de l'Europe a adopté, à son tour, la Recommandation 1235 (1994) relative à la psychiatrie et aux droits de l'Homme.

D'autre part, un Projet de Directives, accompagnant le Rapport DAES, constitue la contribution des Nations-Unies, à la protection des droits des personnes atteintes de troubles mentaux, considérées comme des minorités à protéger. Il a abouti à la résolution de l'Assemblée Générale des Nations-Unies (17.12.1991), portant sur les principes pour la protection de ces malades et l'amélioration des soins de santé mentale. Il s'agit de règles énoncées et de principes *sans caractère obligatoire*, puisqu'ils n'émanent pas d'organes

supranationaux, qui ne sont pas, pour autant, dépourvus d'importance, considérés de lege ferenda.

L'œuvre jurisprudentielle de la Cour dans un domaine aussi délicat que celui de la santé mentale, revêt une importance particulière à une époque où le droit d'être malade et de vivre sa maladie tend à être affirmé comme droit de l'homme et les mesures privatives de liberté pour raison de santé doivent être imposées avec la plus grande prudence.

Références

(1) Voir l'article de Franco Basaglia « La distruzione dell'ospedale psichiatrico » in « Autobiografia di un Movimento », p. 9-16.

(2) Loi du 13 mai 1978 « Examens et traitements médicaux volontaires et obligatoires » (Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori », *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana*, Parte I, 16.5.1978, N°133, p.3491-3494)

(3) Douraki (Thomaïs), « La Convention Européenne des Droits de l'Homme et le droit à la liberté de certains malades et marginaux », 97ème vol. de la Bibliothèque de Droit International, Paris L.G.D.J. (1986), p. 215-236.

(3 bis) Stone (A.A.), « Mental Health and the Law: A system in transition (National Institut of Mental Health, Centre for Studies of Crime and Delinquency, Rockville, Meryland, U.S.A., 1975.

(4) « ... dont l'état d'aliénation compromettrait... ».

(5) Gros (Jean), « De la législation sur l'aliénation mentale », Thèse de Droit, Dijon, 1906, p. 101.

(6) Article 15 du Projet de Directives.

(7) Harding (Timothy), « Déviance et Société », Genève (1980), N°3, p. 331-348, « Du danger, de la dangerosité et de l'usage médical de termes affectivement chargés ».

(8) Douraki (Thomaïs), « L'éthique dans les textes juridiques nationaux et internationaux et dans la jurisprudence des organes juridictionnels de la Convention Européenne des Droits de l'Homme en matière de santé mentale » in « Cerveau et Psychisme Humain. Quelle éthique? », Association Descartes, John Libbey EuroText, Paris, p. 227

(9) Douraki (Thomaïs), « Droit Européen et psychiatrie » in « Ethique Médicale et Psychiatrie », 1997, Masson, Paris, p. 5-16.

**Chapitre 3 : Du texte à l'application,
approches critiques des pratiques des
législations de santé mentale en Europe.**

L'état de l'application de la loi française de 1990 relative à l'hospitalisation psychiatrique

Introduction

1. En France, la loi du 27 juin 1990 relative « aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation » a remplacé la loi du 30 juin 1838 sur l'internement des aliénés. Simple opération de toilettage, qui n'a pas modifié l'économie législative précédente, ni fondamentalement les pratiques psychiatriques.

Elle reste une loi spécifique pour les malades mentaux, centrée sur l'hospitalisation, et continue à amalgamer hospitalisation sans consentement (privative de liberté) et soins sous contrainte.

Elle a maintenu les anciennes formes d'internements (dont l'internement administratif par le préfet pour trouble de l'ordre public).

On y trouve une mise au goût du jour européenne, un renforcement formel des contrôles a posteriori, et l'entérinement de certaines pratiques (essentiellement une médicalisation des procédures, et une filière particulièrement de sortie pour certains patients médico-légaux).

2. Les internements concernent près de 50 000 personnes par an, qui sont alors hospitalisées dans des services psychiatriques d'hôpital psychiatrique et d'hôpitaux généraux. Il y a un recours important aux procédures d'urgence.

L'évolution du nombre et de la durée des hospitalisations sans consentement ces dernières années doivent s'analyser en fonction du contexte général de la psychiatrie publique et pas seulement du changement de la loi. Les pratiques d'internement restent variables d'un endroit à l'autre, comme par le passé. De même, le fonctionnement des commissions de contrôle instaurées par la loi, dont le bilan reste peu convaincant. On peut noter un début d'amélioration des procédures d'information des personnes hospitalisées, et sans doute une augmentation des recours légaux.

3. Une évaluation est en cours sur les six ans d'application de la loi, organisée par le ministère de la Santé, qui a intégré des représentants d'usagers

* Psychiatre des Hôpitaux, Le Vion, France.

dans son groupe de travail. Les propositions issues de cette évaluation ne sont pas encore arrêtées, mais ne semblent pas devoir modifier l'architecture de la loi.

Brève présentation de la loi française

En France, la loi du 27 juin 1990 relative « *aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation* » a remplacé la loi du 30 juin 1838 sur l'internement des aliénés.

Il s'est agi d'une simple opération de toilettage. L'économie législative précédente n'a pas été modifiée, ni les pratiques psychiatriques, dont certaines ont même été confortées (comme la médicalisation des procédures d'admission et de sorties).

Elle reste une loi spécifique pour les malades mentaux, centrée sur l'hospitalisation, et continue à amalgamer hospitalisation sans consentement et soins sous contrainte. Elle permet d'imposer une privation de liberté en raison de troubles mentaux au nom d'un traitement spécialisé jugé nécessaire par un médecin. Car même s'il ne s'agit pas explicitement d'une loi d'obligation de soins, elle est en pratique utilisée comme telle.

Tout en officialisant légalement la pratique des hospitalisations dites « en service libre », elle a maintenu les anciennes formes d'internements (dont l'internement administratif par le préfet pour trouble de l'ordre public). L'appareil judiciaire n'intervient toujours qu'a posteriori - sous forme de contrôle formel - ou en cas de recours.

On y trouve une mise au goût du jour européenne, avec notamment l'énumération des droits des patients; on retrouve ainsi certaines dispositions européennes presque mot pour mot dans la loi française (art. L326-2).

La création de commissions départementales chargées du contrôle des hospitalisations sous contrainte a certes permis de disposer d'éléments pour l'évaluation de la loi mais sans modifier la pratique en matière de contrôle et de recours, alors que cette création était présentée comme une disposition essentielle et innovante en ce domaine.

Les pratiques

Les pratiques en matière d'hospitalisation sans consentement ont donc fort peu changé avec la nouvelle loi. Comme le reste des pratiques psychiatriques, elles apparaissent d'ailleurs très variables d'un service à l'autre (par exemple, des durées de séjour très différentes, ou encore un nombre d'admissions sous contrainte variant de moins de 10 à plus de 20 % des entrées suivant les départements).

La loi de 1990 a été intégrée dans le quotidien des services de psychiatrie, qui a simplement subi quelques aménagements, parfois acrobatiques (par exemple, faire venir un médecin extérieur à l'établissement pour rédiger le

premier certificat médical, alors même que le malade est déjà admis et le second certificat nécessaire à la procédure rédigé...).

Les internements continuent à concerner plusieurs milliers de personnes par an en France. Il a ainsi été prononcé en 1994 près de 50 000 admissions sous contrainte, soit 11 % des hospitalisations en psychiatrie publique, car les personnes internées le sont uniquement dans les services de psychiatrie publics, situés pour un tiers dans des hôpitaux généraux et pour deux tiers dans des hôpitaux psychiatriques.

J'écrivais, en introduction, que la loi avait entériné certaines pratiques.

C'est le cas de *la médicalisation des procédures d'internement* : schématiquement, là où, dans l'ancienne loi, il fallait un certificat pour interner quelqu'un, il en faut maintenant deux, et là où il n'en fallait pas, il en faut un. Cette médicalisation n'est certes pas l'apanage de la psychiatrie, puisque le certificat médical serait le document administratif le plus utilisé en France. Cela dénote l'appétence pour la motivation des décisions par un avis technique, ici médical, qui vient justifier la mesure prise ; avant 1990, il n'y avait d'ailleurs plus depuis longtemps d'internement sans avis médical alors même que la loi l'autorisait encore.

Cette médicalisation, annoncée comme un moyen de mieux protéger les droits des personnes, en leur donnant plus de garanties, a en pratique surtout permis de recentrer les procédures d'internement sur le système hospitalier psychiatrique puisque maintenant les psychiatres hospitaliers peuvent contribuer aux procédures d'admission sans consentement, voire y être les seuls médecins impliqués, ce qui n'était pas légalement possible auparavant. Ainsi, avis technique et décision d'admission émanent maintenant très souvent de la même institution, ce qui ne garantit pas au mieux le respect des droits des personnes...

Cette médicalisation ne touche pas que les admissions. Ainsi, ce que l'on appelle *les « sorties d'essai »* : à l'issue d'un internement, la personne peut sortir de l'hôpital mais rester sous le même régime d'internement, sans limite de durée, avec « une surveillance médicale », « assuré par le secteur psychiatrique compétent » (art. L350). Avant 1990, cela se pratiquait déjà dans de nombreux services. Actuellement cette disposition, quand elle est utilisée, l'est sur le mode d'une obligation de soin ambulatoire, alors même qu'elle n'est pas prévue par la loi.

On relève à cet égard des formules éclairantes dans les bilans régionaux établis à l'occasion de l'évaluation actuelle de la loi organisée par le ministère de la Santé. Nombre de personnes interrogées, constatant cette pratique, demandent qu'une procédure officielle d'obligation de soins soit mise en place dans le cadre des sorties d'essai, alors que cette problématique n'est quasiment pas évoquée dans le temps même de l'hospitalisation tant l'amalgame entre internement et traitement contraint va de soi pour la plupart. L'on trouve ainsi écrit que les longues sorties d'essai « répondent au besoin pour le corps médical de

« récupérer » un patient qui ne se présenterait pas aux soins », ou encore que « la sortie d'essai fonctionne comme « un contrat de soin administratif » ».

Certaines pratiques ont un peu évolué, comme *l'application du droit à l'information*, affirmé dans la loi. Dans beaucoup d'établissements se manifeste un souci d'informer les gens sur leurs droits en matière de recours, mais d'une façon qui reste encore formelle et assez inadaptée. Cela prend le plus souvent la forme d'une notification de l'internement, orale ou écrite. Les formulaires de notification restent très compliqués, et ne délivrent pas, c'est le moins que l'on puisse dire, une information simple, claire et adaptée.

De plus, il n'est pas prévu que l'information porte sur les motifs de l'hospitalisation ni sur les thérapeutiques et le déroulement de l'internement. Cela est laissé à l'appréciation de chaque service.

Car la façon de considérer le traitement forcé n'a pas changé. La loi a introduit le terme de *consentement*, sans aucun commentaire. En quoi consiste-t-il ? Qui le recueille, puis l'apprécie et de quelle manière ? Quel est son objet ? Autant de questions non débattues.

Dans la loi, à aucun moment, *la possibilité pour une personne de refuser un traitement* n'est abordée, ni les conditions requises pour que le médecin traite une personne sans son consentement. De même qu'il existe une confusion entre hospitalisation forcée pour troubles psychiatriques et soins sous contrainte, il n'y a pas de distinction effective entre consentement à l'hospitalisation et consentement à des soins.

En pratique, l'appréciation du consentement, ou, plutôt, de son impossibilité, si l'on s'en tient aux termes de la loi, échoit invariablement au corps médical. Or sa conception dominante reste l'adéquation entre trouble mental grave et incapacité à consentir, qui tend à assimiler tout refus de traitement à une manifestation pathologique, et rend alors absurde l'idée même d'un consentement, et suspecte l'idée d'une information adaptée pour éclairer celui-ci.

Une évaluation est en cours sur les six ans d'application de la loi, organisée par le ministère de la Santé, qui a intégré des représentants d'usagers dans son groupe de travail. Les propositions issues de cette évaluation ne sont pas encore arrêtées, mais ne semblent pas devoir modifier l'architecture de la loi.

Bibliographie sommaire

1. C. ALEXANDER « La question du consentement » Séminaire 1993 du CEDEP Cahiers POLLEN N°1 fév 94 25-26
2. D. ANTOINE « Les hospitalisations sous contrainte en France », dans « Santé Mentale : réalités européennes » p. 90-93

3. P. BERNARDET « La loi du 27 juin 1990 à la lumière de la pratique » 1996, 37 p., Communication
4. A. FAGOT-LARGEAULT « Le consentement éclairé - Historique du concept de consentement », Médecine et Droit, Ed. Techniques, N° 6, mai-juin 1994, p. 55-56
5. C. GEKIERE « Bilan critique de la loi du 27 juin 1990 », La Lettre de l'Union Syndicale de la Psychiatrie, mai 1995, p. 5-10
6. C. GEKIERE « Le consentement insensé - A propos de la contrainte psychiatrique aux soins ». A paraître dans « La contrainte et l'acte », Collection Pratiques de la Folie, Ed. L'Harmattan
7. C. JONAS « Le consentement des malades mentaux à leurs soins », Nervure, 55-58, tome III, janv 1990, n° spécial
8. P.H. KELLER « Le Malade, son corps et sa raison », Libération, 12.02.1996, p. 4
9. C. LOUZOUN « Santé Mentale : réalités européennes » (sous la direction de), ed. Erès, 1993
10. S. RAMEIX « Du paternalisme à l'autonomie des patients - L'exemple du consentement aux soins en réanimation », Médecine et Droit, Ed. Techniques, N° 12, 1995, 1-6
11. Loi n° 90-527 du 27 juin 1990 « relative aux droits à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation » Journal Officiel de la République Française, 30 juin 1990
12. « Bilans régionaux de l'application de la loi du 27 juin 1990 », document de la Direction Générale de la Santé, 1996, 182 p., sous-direction de la Santé des Populations, Ministère du Travail et des Affaires Sociales.
13. « Bilan des rapports d'activités des Commissions Départementales des Hospitalisations Psychiatriques en 1994 » Direction Générale de la Santé, sous-direction de la Santé des Populations, Ministère du Travail et des Affaires Sociales.

Balance of care control and clinical freedom under mental health legislation in the UK

1. U.K. mental health legislation, policy and ministerial guidance has been struggling over the last 10 years with the following competing and conflicting elements:

- * The need to protect the public and lower the risk of violence
- * The development of Charters for patients
- * The development of comprehensive community cares and sectorised services
- * The need for clinical leadership in mental health services

2. These elements have each had significant impact on the balance of care, control and clinical freedom.

2.1 - The protection of the public has been taken forward by the creation for **Supervised Discharge** for patients, which requires severely ill patients to be placed on a **Register** at discharge.

A system called the **Care Programme Approach** (CPA) has also been created in order to provide standard procedures for assessment and follow up of patients. The legal powers for professionals have been balanced by the CPA requirements, which are seen by some psychiatrists to be a limitation on their flexibility and clinical decision-making.

2.2 - The development of **Patients' Charters** has had little impact on the ability of patients to obtain redress if they consider that their treatment is unsatisfactory. Charters refer mostly to waiting times and such measurable. The right to a 2nd opinion and access to information on rights has always been patchy but has probably been improved by the existence of a Charter.

2.3 - The low cost changes of **sectorisation** and producing local **Community Mental Health Teams** have largely been achieved but these developments have not created a robust basis for either multi-agency or multi-disciplinary working.

* Fellow, King's Fund, London (U.K.)

2.4 - The clinical domains of psychiatry, psychology, community psychiatric nursing, social works and others, especially General Practitioners, are not always clear. The various conceptual "models" of services held by these professionals; their accountability to different employers and organizational structures; their allegiance to different professional associations all contribute to the difficulties of clearly defined clinical roles and the responsibilities of leadership.

3. The main elements of the Government's legislative and guidance strategy can be summarized in the following provisions:

3.1 - 1989/90 The White Paper "Caring for People" sets out the basis for support to people living in the community.

3.2 - 1990 The Care programme Approach which is intended to ensure that "proper arrangements are made for (patients) return home and for any continuing care".

3.3 - 1991 The Reed Report which proposed that mentally disordered offenders should receive care and support in the community not just in custodial care.

3.4 - 1993 NHS Community Care Act brought Local Authorities into a key assessment and funding role for patient's access to residential and day services.

3.5 - 1994 The introduction of Supervision registers, requiring that priority be given to patients at significant risk of suicide, of serious self-neglect or of doing harm to others.

3.6 - 1994 The NHS Executive states "no patient should be discharged from hospital unless those taking the decisions are satisfied that he or she can live safely in the community and that proper supervision and care are available."

4. The elements of **Care, Control, Clinical Freedom/Responsibility** are embedded in a series of what we might call "system pathologies" that is to say organizational, procedural and structural aspects of mental health services which persistently break down and defeat the regular initiatives which are designed to "solve" them. Attached is one diagrammatic example of the relationship between Primary Care (and General Practitioners) and the secondary services in the form of a Community Mental Health Team - the aspects being examined in the diagram are:

- Referral
- Treatment
- Communication
- Responsibility
- Payment for service

5. We can see from this short overview that the general direction of legislation is towards a development of community care. We can also add that

the obstacles to a balanced service system do not solely lie in the area of resources. The configuration of existing services and the issues between and within professions and agencies are critical factors in creating effective working practices. Good working practices should ensure that care, control of patients and the clinical freedoms and responsibilities of professionals are in an appropriate balance.

Involuntary (compulsory) hospitalisation of mental patients

I. The Greek public order has dealt with the involuntary hospitalisation of mental patients already from the middle of the past century. Law YMB/1862 *“on the establishment of insane asylums”*, Law 6077/1934 *“on the organisation of public mental hospitals”* and Legislative Decree 104/1973 *“on mental hygiene and care of the mentally ill”* were substantial to that effect. These laws are not anymore in effect, as today this matter is regulated by Art. 95-101 L. 2071/1992 *“Modernisation and Organisation of the Health System”*.

Legislative framework formerly in effect

II. a) Art. 4 LD 104/1973 provided that *“the admission and discharge formalities to and from the institutes for mental patients, as provided by Art. 1, the formalities pertaining to their hospitalization, the payment or not of hospitalization fees, as well as any other related details are regulated”* by orders of the Minister of Social Services. In accordance with the explicit reservation contained in that provision, the Ministerial Orders do not concern the mental patients confined in the said institutes either upon judicial judgments (e.g. for psychiatric expert evaluation or due to the commission of an offence) or, in accordance with Art. 5 of the said Law, upon an order of the District Attorney of the Court of First Instance as *“dangerous to the public order or to the personal safety of the citizens or to themselves...”*.

b) The order n° G2B/3036/1973 of the Minister of Social Services was issued in accordance with the aforesaid article 4 LD 104/1973 - Art. 2 of the aforesaid order regulate the compulsory hospitalization - and was replaced by the order A2B/oik.5345/1978 of the same Minister. The compulsory hospitalization could be requested either by a relative of a certain degree, or by the District Attorney of the Court of First Instance. A procedure for the ascertaining of the mental disease and the validation of the decision of the Psychiatrist(s) by the District Attorney of the Court of First Instance, who

* Deputy District Attorney of Areopagus (Hellenic Supreme Court)

ordered the admission of a patient to a mental hospital by means of the police, were provided. This procedure could be initiated by any third party or by the police, if the patient could harm himself or any third party and was in need of emergency hospitalization. A right of appeal was provided for the relatives, the patient himself or any third party, against the decision of the Psychiatrists regarding the compulsory hospitalization, judged by a Board under the Presidency of a Psychiatry Professor, or a substitute thereof, of the closest University. Furthermore, the psychiatric evaluation of the patient every six months was provided, and if it was decided that there did not exist any reason for the continuation of the compulsory hospitalization, the competent District Attorney of the Court of First Instance would discontinue the same upon an order of his.

c) Art. 3 of the ministerial order provided the allocation of the mental patients to various mental hospitals in different regions, in order to avoid the overcrowding in some of them. Furthermore, Art. 7 provided the procedure of compulsory further hospitalization for patients admitted voluntarily to the mental hospital, and finally, Art. 11 provided the option of discontinuation of the compulsory hospitalization of the patient upon a judgment of the Court of First Instance.

d) Lastly, in accordance with Art. 5 LD 104/1973 *"in emergency cases, when the patient is dangerous to the public order or the the personal safety of the citizens or to himself"*, the relatives of a certain degree thereof, the head of the Hospital to which he was transferred, the police or the District Attorney of the Court of First Instance could request for his admission to a mental hospital, and that was ordered by the District Attorney and he would be released, if it was ascertained that he was not dangerous.

III. According to the above, the compulsory hospitalization of mental patients was decided by psychiatrists and their written decision was validated by the District Attorney of the Court of First Instance, obviously being entitled to verify whether the procedure provided by Law was observed. The District Attorney of the Court of First Instance had decisive authority only as regards the compulsory hospitalization of dangerous psychopaths in emergency cases (Art. 5 LD 104/1973). A judicial judgment was provided only in the judgment of a petition lodged by the persons entitled to request the involuntary hospitalization, for the discharge of the patient from the hospital.

Legislative framework currently in effect

IV.a) Articles 97-101 L. 2071/1991 have modernized the procedure of involuntary hospitalization of mental patients. It must be noted that Art. 132 of the said Law, while it explicitly abolishes various provisions of former laws, does not explicitly provide the abolishment of the Legislative Decree 104/1973. However, the abolishment thereof must be considered as certain, on the basis of

the general principle of the Law that a newer law abolishes the older one the extent that they both cover the same matters (thus Art. 132 last paragraph L. 2071/1992). The new law covers the matter of involuntary hospitalization of mental patients to the entire extent of the respective regulation of the former law.

b) Introductory report on L. 2071/1992. The chapter on mental health of the introductory report on L. 2071/1992, dated 8.2.1992 mentions, inter alia, that "The provisions of Chapter 6 aim at the implementation of the psychiatric reform in our country... that leads to new forms and methods of rendering of mental health services... LD 104/1973... today, still in effect, ignores the fundamental human rights for the respect of the dignity and the freedom of human beings. In particular, the said LD, in Art. 4, does not depict any framework guaranteeing the fundamental human rights and let ministerial orders determine the admission of patients to mental hospitals without dealing substantially with their discharge. Thus, the admission often ends up in a stay of indeterminate time, resulting in the mental hospitals being, at the same time, mainly, asylums. In order for the professional training and rein corporation of the patients in society to be possible, there must be a regulation of, at least, the preconditions for and the time of involuntary hospitalization, with judicial guarantees of private freedoms, as well as of the conditions of internationally acceptable hospitalization of patients, instead of the simple custody thereof in the mental institutes... the scientific intervention, the intervention of the Medical Associations, of the District Attorney and of the judicial authorities is provided,... the safeguarding of the patients and of the relatives by the justice is provided with the right of appeal before the Court of Appeals... ?. The contents of the said introductory report show that the legislator wanted the abolishment of LD 104/1973, since it *"ignores the fundamental human rights for the respect of the dignity and the freedom of human beings"* and that there is a difference between the new and the former procedure as regards the ascertaining of the mental disease and the establishment of more strict judicial guarantees.

c) Preconditions for involuntary hospitalisation - order of the District Attorney. The preconditions for involuntary hospitalisation of a person, except for the fact that it is a person suffering from mental disorders, are that that person is not able to judge the interest of his health and that there is the risk of cancellation of his treatment or aggravation of his health, or that he is in need of hospitalization for the avoidance of violent actions against himself or third parties.

The involuntary hospitalization of a person may be requested by relatives of a certain degree, any person having the custody or by the guardian of the judicially challenged patient, and if such persons do not exist or do not act, in a case of emergency, by the District Attorney of the region of residence or stay of the patient. The request shall be accompanied by justified certificates regarding the existence of the preconditions for the involuntary admission issued by two psychiatrists; in case of failure in finding a second psychiatrist, the second doctor may be of similar specialty. If the opinions of the doctors do not agree, the

District Attorney shall order the transfer of the patient to a proper mental health unit in the region of his residence, unless the conditions impose his hospitalization at an other place. If the opinions of the two doctors are dissimilar, the District Attorney, without ordering the transfer of the alleged patient to the mental health unit, shall introduce the request to the Multi-Member Court of First Instance that shall pass its judgment, as determined below.

The psychiatrists that give their opinion shall be selected from a list drawn up annually by the local Medical Associations. On the admission of the patient to the mental health unit, the Head thereof or any other person to whom that duty was assigned, shall inform him of his rights (appearance before the Court, appointment of an attorney or technical advisor, right to appeal and caveat, re-examination of his mental health etc.), and a minute shall be drawn up to that effect, signed by the person informing the patient and the patient himself. If the latter is not able to sign, the relative accompanying the same or his attending nurse shall sign the minute.

d) If the procedure is initiated ex officio by the District Attorney or it is mentioned in the request that the patient opposes to his examination, the District Attorney may order his transfer to a public psychiatry clinic in order for the two opinions to be drawn up, and shall decide on his involuntary hospitalization after that.

e) Judgment of the Multi-Member Court of First Instance and remedies. Within three days from the order of the District Attorney for involuntary hospitalization, he shall lodge a petition to the Multi-Member Court of First Instance in order to have the involuntary hospitalization order validated. The patient shall also be summoned, 48 hours before, to attend it, and he is entitled to be accompanied by an attorney and a psychiatrist. The Court shall sit in session within 10 days, "behind closed doors". If the patient is dangerous, the said periods may be shortened. The Court may request for an additional opinion. The patient shall also be transferred to the Court upon an order of the District Attorney. If the patient declares that he does not wish to appear before the Court, the Court may go to the mental health unit and examine him or appoint a member thereof to that effect. If the Court validates the involuntary hospitalisation, it shall be continued, and if the Court refutes it, the District Attorney shall order the immediate discharge of the patient from the mental health unit. Furthermore, there are remedies for appeal and caveat provided against the judgement of the Court of First Instance to be also judged in a brief period and "behind closed doors".

f) Control of the term of involuntary hospitalisation. It is furthermore determined that the hospitalisation shall be discontinued when the preconditions thereof cease to exist, and the patient shall be given a discharge summary, a copy whereof shall be served upon the District Attorney. The hospitalisation, however, may not exceed a period of six months, and can exceptionally be extended only upon a unanimous opinion of a Board consisting of three psychiatrists, two of

them appointed by the District Attorney. However, upon the completion of a hospitalisation period of three months, the Head of the Clinic and one Psychiatrist shall send a report regarding the condition of the patient to the District Attorney, and the District Attorney may lodge a petition to the Multi-Member Court of First Instance with a motion regarding the continuation or the discontinuation of the hospitalisation. Lastly, the patient, and his relatives entitled to request for his involuntary hospitalisation, have the right to lodge a petition to the District Attorney in order for the Multi-Member Court of First Instance to judge on the discontinuation of the hospitalisation.

Modernising character of the new system

V. The comparison of the provisions currently in effect to those formerly in effect proves, as indicated in the introductory report of the new law, that a more accurate psychiatric evaluation of the condition of the patient is now performed, as regards the initiation as well as the continuation of the involuntary hospitalisation and strict judicial guarantees have been set, with parallel reinforcement of the rights of the patient as regards the initiation and the continuation of the hospitalisation and it is evident that it will yield results, i.e. it will facilitate the social and professional rehabilitation of the mental patient, if the necessary material and technical infrastructure exists, which, of course, is not appropriate today, and the psychiatrists, district attorneys and judges competent for the dealing with the said matter work with enthusiasm and in a systematic way within the framework of the new law.

Developments in the psychiatric rehabilitation in Greece

I - The reform of psychiatric services in Greece

a) The system of mental health care in Greece until 1980.

The most important characteristic of the system was its highly centralized services, paralleling the centralization of the rest of health care. Most in-patient facilities (63.5% of beds) were located either in Athens or in Salonica, although these areas only account for 40% of the population (Stefanis & Madianos 1981). But even this figure is misleading since the beds of the two psychiatric colonies are included in the provincial area. When allowance is made for this factor, the figure becomes even greater (78% of beds). No catchment areas were defined and most of the inpatient facilities were old style mental hospitals with only a few psychiatric departments in general hospitals. This resulted in a flow of psychiatric patients from the provincial areas to Athens or Salonica for psychiatric treatment. The consequent discontinuity of care meant that the inpatient facilities could not play an effective role in reintegrating psychiatric patients, especially the long-stay, into the community.

	State hospitals	Charitable hospitals	Private hospitals	Total	Bed/1000
Total Number of institutions	9	4	44	57	
Total Number of beds	8069	1191	4152	13412	1.5
Of which beds in					
Athens	3162	1011	2674	6847	2.6
Salonica	1100	120	452	1672	2.4
Psychiatric Colonies	2444			2444	

(source : Stefanis & Madianos 1981)

In most cases, out-patient facilities were scarce, and community mental health facilities and rehabilitation programs virtually non-existent. The few

* 10, Dimitressa Street 11528, Athens - Greece

existing facilities were again located mainly in Athens or Salonica and did serve geographically defined catchment areas. Some of them offered only primary care or (as is the case with the Social Insurance Organization) they had an agreement with the existing private hospitals for providing inpatient facilities. Only a few of these centres offered services other than primary care (psychotherapy, family therapy, and rehabilitation facilities). A few mental health centres existed in Athens and Salonica, offering mainly psychotherapeutic and consultative services, but they did not work on a community basis.

The uneven distribution of psychiatrists is a consequence of this centralization of services (Madianos, 1983). Most are practicing either in Athens or Salonica (82%), while areas with 9% of the population of Greece have no psychiatrists at all. In addition, their training was inadequate, since psychiatry was formerly a joint speciality with neurology, with a consequent reduction in the time devoted to each. The same could be said for the rest of the staff employed in the psychiatric services (social workers, psychologists, occupational therapists, and psychiatric nurses). The services were understaffed and staff was inadequately trained.

The funding of mental health services had always been inadequate in Greece. In 1978, the cost of each general hospital bed per year was 10,252 US\$, while the equivalent figure for each psychiatric bed was 2,059 US\$, a fivefold difference (Stefanis & Madianos, 1981). This resulted in understaffed and badly maintained services, and no resources were available for the development of community care.

The absence of psychiatric services in some areas, resulted in a lack of reliable epidemiological data. This in turn, acted as a brake on any evaluation of the system and the planning of psychiatric services according to the needs of the population.

In summary, a highly centralized structure, and inadequate facilities for primary care and rehabilitation characterized the system of mental health care in Greece. The organization of mental hospitals was anachronistic and failed to serve the needs of the population, effectively being located in Athens, Salonica and in few other cities. Those in remote areas, served mainly as warehouses for chronic mental patients.

b) The psychiatric reform in Greece in the 80s and 90s.

An increasing awareness of the inadequacies of the system, as well as mounting concern about the rights of mental patients can be identified from the early Seventies. Both professionals working in the mental health care and progressive lay groups started to press for reform. The first changes occurred in the late seventies: a mental health centre working on a regional basis was set up in Athens, the first district hospital psychiatric unit was opened, and a program was established for community psychiatric care in a rural area lacking psychiatric

services, All these changes were accelerated by the establishment of a National Health Service in Greece, a process beginning in 1983.

During the period 1981-1996, a gradual development of community-based mental health services was observed (Table 2). The number of psychiatric beds in general hospitals reached 327 in 1996, whereas these were only 16 in 1981. however, their population-based ratios are still considered to be low (0.03 beds per 1000 inhabitants in 1996).

Extramural facilities, including CMHCs, child guidance clinics and outpatient departments, showed an enormous increase (by 46.50%). In 1981, there had been only 8 CMHCs, but their numbers increased to 33 in 1996. There was also a marked increase in the number of mental health personnel working in the extramural services for example; the number of child psychiatrists had increased by 900% in 1996 compared with the 1981 figures (data not shown).

The increase in the numbers of the extramural facilities is also affected in their increased ratios per 100,000 inhabitants, from 0.31 in 1981 to 1.10 in 1996. Places in general hospitals, on psychosocial rehabilitation services and in residential alternatives were also dramatically increased, or even created where previously there where none. However, the numbers of places in day hospitals per 1000 inhabitants still appear to be low.

TABLE 2			
Decentralization of mental health services in Greece: Psychiatric beds in general hospitals (per 1000 population) extramural facilities (per 100,000 population)¹ and psychosocial rehabilitation places and residential beds (per 1000 population) 1978-1979			
	1981	1996	1981-1996% change
Beds in general hospitals/1000 pop	16	327	+1943.7
	<i>0.001</i>	<i>0.03</i>	
Community mental health centers ²	6	33	+450.0
Child guidance clinics	8	21	+162.0
Outpatients departments	18	56	+253.0
Total extramural services/100,000 pop.	32	113	+253.1
	<i>0.31</i>	<i>1.10</i>	
Places in day hospitals/care centers/1000 pop	40	369	+822.5
	<i>0.004</i>	<i>0.04</i>	
Places in psychosocial rehabilitation Services/1000 pop	100	1643	+1543.0
	<i>004</i>	<i>0.2</i>	
Beds in Residentail Alternatives/1000 pop		1,052	+4108.0
		<i>0.10</i>	
<i>1 - Data in italics</i>			
<i>2 - 14 CMHCs provide also services for children and adolescents by inter disciplinary teams. Source : M.G. Madianos, 1996</i>			

II - Critical remarks concerning the psychiatric reform in Greece

We would like to present briefly the problems of the psychiatric reform in Greece. At an introductory level the following four paradoxes with their inevitable consequences to the up-to-date outcome of the whole endeavor can be observed :

1 - The progress indicators of the development of the mental health services in Greece since the application of the E.U. regulation 815/84 until now is much more encouraging than any other sector of health and welfare. The paradox lies in the fact that the psychiatric reform started with only a few objectives from a very low level of asylum psychiatric treatment and a similar mentality not only in the public sector but also in the private one, in comparison with the rest of the health care. The above presented Table 2 in the poster describes the progress of the structural indicators of the endeavour of reform.

2 - The important changes that came along were imposed to a great extent from abroad (European Union, international condemnation of the scandal of the Leros asylum, Regulation 815/84) and they were not mainly the result of a mature request of a group of professionals in the field of mental health care for desinstitutionalization or of a social pressure for change of the social exclusion of mentally ill people.

3 - Despite the high percentage of absorption of community funds in relation with other domains of social and health policy, the country still lacks a comprehensive plan for psychiatric reform and sectorization with a specific time schedule developed by the Ministry of Health.

4 - The introduction -usually without a critical approach- of theoretical and clinical models from abroad with obvious the domination of the « community oriented model » based on the experiments in the USA in the '60s and '70s, revealed the absence on one hand of a local psychiatric culture and on the other of an adequate training of mental health professionals.

5 - The role of the private hospitals, which work only for profit, has not really changed within the mental health system. There is an absence of a real system of evaluation and control of the quality of care offered from these structures;

6 - The changes that have been brought by the practice (or not) of the new psychiatric legislation (Law 2071/92) concerning the management of the dangerous mental patients placing first the therapeutic and not the guarding function, are still limited.

7 - The Hellenic Parliament has not voted yet the structural framework for the function of the non-governmental organizations, of the social enterprises and other intermediate structures of psychiatric care, in order to reinforce the cooperation between the public-social-private sectors for the benefit of the public health.

8 - Apart from administrative type of evaluations, a detailed qualitative/quantitative study of assessment of the new structures' function and

of the quality assurance of the services that have been created in the framework of the regulation 815/84 does not exist.

III - The immediate actions that must be taken for the advancement of the psychiatric reform in Greece are :

1 - The creation of new sectorized community mental health care services of psychiatric care, in parallel with the existing Psychiatric Hospitals.

2 - The continuation of the desinstitutionalization process of the asylums and transportation of financial and human resources from the in-hospital framework to a community framework, creating new structures for psychosocial rehabilitation.

3 - The adoption of minimum standards for mental health care services for each region based on pilot projects and assessment of needs.

4 - The integration of Primary Health Care and Community-based psychiatric care.

5 - The immediate voting of new legislation for mental health in order to define a legal statute concerning the sectorization, the community structures of psychiatric care and the structures of psychosocial rehabilitation.

6 - The continuous monitoring and quantitative and qualitative assessment of the function of the mental health services based on consensus for the adoption of common standards.

IV - The Hellenic Branch of WAPR

The Hellenic branch of WAPR was established in Athens, in 1996. Its founding members are mental health professionals specialized in the area of psychosocial rehabilitation (psychiatrists, psychologists, nurses, social workers, occupational therapists etc.), representatives of volunteer organizations, representatives of the Hellenic Association for Psychosocial Rehabilitation and Vocational Training (PEPSAEE) and other Hellenic NGOs as well as by representatives of the Society of Families of mentally ill persons.

The total number of its members is 68 and there is an increasing interest from many other professionals to join the activities of our Association.

Briefly, the main activities of our branch since its foundation are the following:

1 - Interventions in the mass media (t.v., radio, newspapers) concerning the change of attitudes towards the stigmatization of the mentally ill persons.

2 - The organization of a one-month seminar concerning the presentation of material to journalists referring to psychiatric and social problems. This seminar is organized in collaboration with the Hellenic Psychiatric Association and the ESIEA (Union of Daily Newspapers Editors of Athens).

3 - The preparation of the present poster for the 6th Hamburg Congress, presenting the psychiatric reform and the psychosocial rehabilitation activities in Greece. Also, it organized the production of a video titled: « Beyond Leros: Images of experiences of psychosocial rehabilitation in Greece ».

4 - In collaboration with Hellenic Association for Psychosocial Rehabilitation and Vocational Training (PEPSAEE), a public campaign and exhibition was organized titled « Art and Psychiatry » in Athens and other main cities.

The main goal for the near future of the Hellenic branch of WAPR is to promote an assessment of the legal, economic and institutional status of the main psychosocial rehabilitation experiences in Greece, to support and promote the 11th Conference of CEFEC which will take place in Athens on 7-12 September 1998, and to develop cultural and political interventions towards political parties, social institutions, the mass media for the promotion of « good practices » and the protection of civil rights of the mentally disabled persons.

REFERENCES

1. Madianos M (1983) Mental Illness and mental health care in Greece. Public Health Reports 11, 73-93.
2. Madianos M (1996) Final Monitoring Report on the Implementation of Psychiatric Reform Programme EEC 815/84. Athens, M.E.M.H.U.
3. Stefanis C. & Madianos M (1981) Mental Health care delivery system in Greece: A critical overview. Biblioteca Psichiatrica, N° 160, 78-83

Le malade mental sujet de droit: nouvelles approches en Italie dans le dépassement radical de l'hôpital psychiatrique

1 - Le contexte législatif et institutionnel avant la loi de réforme.

Pour comprendre les changements entrepris en Italie, il y a presque vingt ans, par la loi 180/1978, il est nécessaire d'expliquer de façon schématique la situation précédente, réglée par la loi 36/1904, celle qui avait institué les asiles d'aliénés. Cette loi ne répondait pas aux besoins de santé et d'assistance des personnes, mais aux problèmes - réels ou imaginaires - de sécurité de la société.

L'art. 1 disait :

« Seront gardées et soignées dans les asiles les personnes atteintes de toute cause d'aliénation mentale, si elles sont dangereuses pour elles-mêmes ou pour autrui, ou si elles sont une cause de scandale pour la collectivité, ou si elles ne sont pas et ne peuvent être convenablement gardées et soignées en dehors des asiles... Le directeur d'un asile peut, sous son autorisation personnelle, consentir qu'un aliéné soit soigné dans une maison privée, mais il doit en informer immédiatement le procureur de la république et l'autorité de la sécurité publique ».

Les critères pour l'internement étaient donc la « *dangerosité* » et la « *cause de scandale* » que l'aliéné pouvait représenter pour la société, ainsi que le fait de « *ne pouvoir être gardé ailleurs* » (c'était le cas, par exemple, des personnes handicapées) ; mais le critère fondamental était la dangerosité. L'internement était effectué sur un arrêté de la police, après une certification médicale, et il était provisoirement autorisé par un juge de paix. Les médecins avaient la possibilité de laisser sortir le malade pendant les 29 jours suivant l'entrée, mais à sa sortie il ne trouvait pas de services psychiatriques sur le territoire. Une personne de la famille devait s'engager à le prendre en charge et le directeur était responsable des actes qu'il pouvait accomplir. En absence de ces conditions, le malade était *interné à jamais* par un décret du Tribunal : il perdait tous ses droits civils et il était fiché dans une liste de police.

Sortir était une chose tellement rare et difficile que même la structure architecturale de l'asile l'indiquait: d'un côté, il y avait l'entrée, et du côté opposé

*Directeur du département de santé mentale de Udine -Azienda Sanitaria ,Médio Friuli, Italie

la morgue et la sortie. C'était au Ministère de l'Intérieur, et non pas au Ministère de la Santé Publique, que revenait la compétence relative aux asiles : c'était donc un problème d'ordre public et non pas de santé. Dans une situation institutionnelle déterminée de façon rigide par une autorité « autre », dans des buts différents de ceux de soigner, le médecin pouvait tenter d'appliquer son propre savoir sur des personnes qui n'avaient aucun pouvoir et aucun droit, et sur lesquelles il pouvait par contre exercer son propre pouvoir. Toutefois, le pouvoir du médecin n'était reconnu qu'à l'intérieur de l'« institution totale » ; c'était donc un pouvoir professionnellement très limité.

L'interné cessait d'être une personne au moment même où il perdait ses droits, en devenant un objet à garder (pour l'Etat) et éventuellement un objet à étudier (pour la psychiatrie) dans la mise à point d'un savoir qui était en premier lieu un *pouvoir délégué*. Objectivation et distance étaient les éléments constitutifs de la relation médecin-patient et infirmier-patient (aux infirmiers, recrutés pour leur force physique, les règlements interdisaient de parler aux internés).

La psychiatrie, en *mettant entre parenthèses* l'internement, a développé un corps de savoir qui l'avait « refoulé » comme si l'internement ne provoquait aucun effet sur les personnes. Même en 1904 cette loi était considérée comme étant un peu réactionnaire. Un psychiatre qui l'avait soutenue, remarqua en 1922 - tout de suite après le triomphe du fascisme - qu'elle était incomplète car elle n'admettait l'internement que d'après le critère de dangerosité, alors qu'au moins dix fois plus de personnes auraient dû être internées pour « protéger la race de la dégénérescence ».

Aujourd'hui, il semble facile de saisir le sens de la loi de 1904 (même si l'expérience démontre qu'aujourd'hui non plus cela n'est pas aussi facile qu'il n'y paraît), mais à l'époque elle reflétait une certaine culture de l'ordre et de l'organisation sociale. Au cours des années il y a eu cristallisation de cette culture dans la sensibilité collective, dans la perception du problème psychiatrique et institutionnel - et même juridique, qui reflétait la conception de l'asile. Autrement dit, il est possible d'affirmer que l'institution asilaire avait été produite par une culture (basse) de l'époque, et ensuite l'institution asilaire a reproduit cette culture dans la conscience collective et dans les institutions par un jeu complexe de refoulements et de projections, de fantasmes et de règles, de normes et de pratiques.

La culture de l'asile s'est révélée imperméable aux changements culturels qui se produisaient dans la société même parce qu'elle était revêtue d'un savoir qui se voulait médico-scientifique : « neutre » et, pour cela même, étranger aux questions du droit. Le rapport qui va se créer entre l'organisation institutionnelle de l'asile et la culture qui se reproduit chez eux qui y opèrent, en conditionnant leurs pratiques, et la culture qui se reproduit dans l'opinion publique et dans le droit. C'est là un thème absolument fondamental pour comprendre les transformations que la loi italienne de réforme a amorcées avec la perspective du dépassement radical de l'asile.

Ce n'était qu'en 1968 qu'une loi (L.431) a prévu la possibilité d'être accueilli et *soigné volontairement* dans une structure psychiatrique publique sans

être interné ni fiché par la police ; la même possibilité de traitement volontaire est ouverte aussi aux internés des asiles. Dans ces années les pathologies psychiatriques moins graves étaient traitées - tant que cela était possible - par les neurologues et les psychothérapeutes. Il s'était ainsi créé des corps de savoir apparemment indépendants et « neutres » par rapport à l'asile mais appliqués dans un dispositif assistanciel où l'asile occupait une place dominante. L'asile assumait la fonction d'accueil des échecs de la neurologie et des différentes formes de psycho-savoir.

Donc, dans les formes qu'il avait prises, le savoir psychiatrique était confirmé et légitimé par l'existence même de l'asile qui lui permettait de ne pas se modifier. On peut dire qu'il s'est posé là le problème du rapport entre savoir et organisation institutionnelle, et entre savoir et services psychiatriques. L'asile peut être vu aussi comme une démonstration de l'incapacité du savoir et des services d'être assez flexibles pour trouver des formes plus correctes, capables de répondre avec efficacité aux besoins du citoyen, sans le contraindre à s'adapter jusqu'à être écrasé par leur rigidité.

2 - La loi de réforme et les droits des malades mentaux.

La loi 180/78 a renversé cette question complexe premièrement dans le droit :

- en annulant la possibilité d'internement et en interdisant l'entrée dans les asiles ainsi que leur construction ;

- en reconnaissant le droit de tous les citoyens de se faire soigner volontairement, à l'exception des situations exigeant le Traitement Sanitaire Obligatoire (T.S.O.), réglant de façon précise les procédures, les conditions et la durée de celui-ci non plus par décret de l'appareil judiciaire, mais par délibération du maire, en tant qu'autorité sanitaire de la ville;

- en renversant le rôle de la Justice, qui est toujours présente dans les procédures du T.S.O., mais qui a cessé d'être un instrument de l'exclusion pour devenir un instrument de défense des droits du citoyen ;

- en confiant la compétence de la question psychiatrique au ministère de la Santé Publique.

La loi 180 a donc ouvert, dans un système complexe qui s'était structuré pendant environ 70 ans, une crise très profonde à différents niveaux et en plusieurs domaines que j'essaye ici de rappeler dans les grandes lignes.

a) Dans le domaine de l'organisation institutionnelle et du savoir/pouvoir psychiatrique.

Malgré l'existence d'un mouvement national de « psychiatres démocratiques », qui autour de Franco Basaglia avait dénoncé la condition des asiles et le besoin d'un changement radical du dispositif de l'assistance, pour tous ceux qui n'avaient pas vécu les expériences de transformation des hôpitaux psychiatriques - réalisées surtout à Trieste, Perugia et Arezzo - cette loi

apparaissait incompréhensible, et il en résulta une période de grande confusion, de conflits, de provocations.

Comment pouvait-on faire sans asile, c'est-à-dire sans un lieu où accueillir et soigner les malades mentaux ? Que sont les « services de santé mentale communautaires », et comment doivent-ils être bâtis et organisés afin de pouvoir éviter les internements ? Comment soutenir les processus de réadaptation sociale des malades à la sortie des hôpitaux ? Quel savoir doit-on dégager et quelles pratiques doit-on mettre en place ?

Trouver des réponses pratiques à ces questions a été - et reste - très difficile. Les connaissances que médecins et infirmiers reçoivent dans les écoles de spécialisation en psychiatrie, ou dans les écoles de formation professionnelle, ne sont pas en mesure d'affronter les dimensions communautaires et sociales de la maladie mentale, en tout ce qui concerne la capacité d'adapter l'organisation d'un Centre de Santé Mentale aux besoins de la population, et la compréhension du niveau psychologique et psychopathologique individuel rapporté aux dynamiques du « contexte proche » du malade (la famille, la gestion des besoins de la vie quotidienne, la structuration d'activités de réhabilitation, l'exercice des droits du malade à l'argent, au loisir, à la formation, au travail, etc.). Il était encore plus difficile pour les psychiatres de gérer le processus de dépassement des hôpitaux psychiatriques (en Italie, il y en a encore 60, avec presque 20.000 internés. Les psychiatres ne désirent pas y travailler parce qu'ils se sentent professionnellement dégradés.

Même pour ce qui concerne les interventions de crise, comment serait-il possible de n'utiliser des moyens de contention physique avec le patient qui exprime de l'agressivité ? Tout cela révèle la difficulté de comprendre l'origine, le devenir et les limites de son propre savoir, et aussi la difficulté de redéfinir ses rôles et ses pouvoirs. C'est là une des contradictions les plus graves qui se sont dégagées.

Le thème de la *réduction du déséquilibre de pouvoir entre médecin et patient* apparaît pour la plupart incompréhensible et est ressenti comme un deuil. Cette crise est aussi la crise des psychiatres, et elle déclenche un jeu de défenses, d'insécurité, de malaises. Si la voie reste difficile, de nouvelles possibilités de savoir et d'agir se sont néanmoins ouvertes à un niveau de plus grande complexité (on parle aussi, aujourd'hui, de savoir et de pratiques de la complexité).

b) dans le domaine du droit.

La loi 180 a ouvert une délicate contradiction à l'intérieur du système du droit civil en reconnaissant les droits civils même aux personnes ayant des troubles mentaux. Avoir des troubles mentaux officiellement reconnus, correspondait auparavant à la *déclaration d'irresponsabilité*, et celui qui avait été interné était aussi interdit (une forme de protection moins de la personne que du patrimoine, interdisant tout « acte » : disposer de son propre argent, effectuer des achats ou des ventes, faire son testament, contracter mariage, etc.). La figure

juridique est maintenant peu appliquée et fonctionne mal (elle est lente et partielle).

A Trieste, s'est développé un mouvement de recherche dans le domaine juridique, qui s'est de plus en plus élargi à l'analyse des systèmes et des mécanismes de *protection et de promotion des droits des sujets faibles*. Un projet de loi a été proposé à la fin des années 1980 pour l'introduction de l'« *administration de soutien* », jouant un rôle d'intermédiaire entre la magistrature et le service de santé mentale, et une sensibilité spécifique s'est développée parallèlement à un courant culturel visant à la sauvegarde et au soutien des sujets faibles. On les soutient pour qu'ils puissent garder leurs droits fondamentaux, et en même temps on leur assure une aide concrète afin que ces droits soient accessibles réellement et non seulement affirmés dans les principes.

On analyse et on débat ainsi du rapport entre Etat et citoyens, entre services publics et citoyens, et on tend à redéfinir les rôles et les responsabilités. Se développent ainsi une sensibilité et une culture plus attentives et modernes, qui peuvent rendre à la transformation de la perception et des pratiques concernant le souffrant psychique d'une façon plus articulée, capable de ne plus considérer la personne comme étant ou « toute saine », ou bien « toute malade », et de reconnaître chez l'aliéné le conditionnement exercé par l'enceinte des remparts de l'hôpital psychiatrique (dehors=sain, dedans=malade, dehors=reconnaissance au niveau théorique de droits, dedans=négation de droits). La rupture de la dichotomie sain-malade, soustraite au jugement exclusif des psychiatres, consent une plus forte influence des changements culturels de la société sur la question psychiatrique, avec une plus intense dialectique.

c) Dans le domaine pénal.

L'ancien modèle reflétait une conception de la maladie mentale comme incompréhensible : suspension-négation de la subjectivité, de la conscience, de l'humanité. La maladie, identifiée comme incompréhensible et comme absence de subjectivité, impliquait l'absence de responsabilité. Pour le droit civil cela se traduisait dans l'*interdiction* et dans la *déshabilitation* (art. 414-415 C.C.), et pour le droit pénal dans l'*incapacité d'entendre ou de vouloir* et dans la *non imputabilité totale ou partielle* (art. 88.89 C.P.). Dans les années '30, le Code Pénal « Rocco » avait associé automatiquement la présomption de dangerosité à la maladie mentale, et avait rendu obligatoire l'application au malade de la *mesure de sécurité* après sa sortie de l'hôpital psychiatrique, ou bien l'internement dans un « Ospedale Psichiatrico Giudiziario »* chaque fois qu'un imputé était reconnu « incapable d'entendre ou de vouloir » par une expertise médico-légale.

* Hôpital psychiatrique pour criminel ou asile judiciaire, institué en Italie à la fin du XIXe siècle et renforcé à l'époque fasciste. Actuellement, la loi italienne prévoit, pour le malade mental qui commet un crime, la possibilité, s'il est reconnu comme dangereux, de ne pas le condamner, mais de l'interner dans un asile pour criminel. Cette loi est actuellement en discussion.

Les nouvelles connaissances, une nouvelle perception de la souffrance psychique et l'observation empirique de sa partielle ou totale culpabilité (ainsi que de nombreuses dénonciations de la presse et de la télévision à l'égard des « asiles de criminels », devenus en quelques cas même un instrument de la criminalité organisée), ont amené quelques juges à soulever des questions sur la constitutionnalité de cette norme, et en 1982 la Cour Constitutionnelle a prononcé une sentence fondamentale. La Cour a déclaré « illégitime la présomption de dangerosité » (c'est-à-dire, l'association automatique maladie mentale-dangerosité sociale), et a subordonné la mesure de sécurité à la constatation dans le concret de cette condition, rendant obligatoire sa vérification plus ou moins constante.

Parallèlement s'étaient définis des courants d'opinion visant, sur la base de considérations de nature culturelle et technico-empirique, à la reconnaissance d'éléments de responsabilités, totale ou partielle, même chez des personnes ayant des troubles psychiques graves. En 1982, G.I. Ponti, une autorité de la psychiatrie du barreau de l'Institut de Médecine Légale de l'Université de Milan, avait fait paraître un article sur ce thème et deux ans après, en 1984, le professeur P. Cendon de l'Institut de Droit Civil de l'Université de Trieste, en collaboration avec les psychiatres, a organisé un colloque national sur le thème de *l'incapacité d'entendre ou de vouloir* » après la loi 180, au cours duquel ont été exposées dans leurs lignes principales les nouvelles tendances et les nouvelles expériences dans ce domaine.

A la même époque avait été présenté un projet de loi prévoyant l'abolition des « asiles de criminels », ainsi que de la catégorie de l'incapacité d'entendre ou de vouloir. Si cette loi ne fut pas approuvée, elle servit néanmoins à susciter un débat enflammé sur les systèmes de définition de la « dangerosité ». En 1985, un séminaire sur la question dans sa globalité fut organisé par G.L. Ponti et par la Société de Médecine Légale Italienne (Gargnano).

A Trieste, au début des années 80, sur ce thème on entreprit un parcours théorique et pratique complexe, s'articulant à travers la définition conceptuelle du problème, l'organisation du service de santé mentale dans les prisons, un travail patient de consultation psychiatrique auprès des Tribunaux et des Parquets de la ville. Les opérateurs des services communautaires de santé mentale ont été sensibilisés par la prise en charge de quelques cas emblématiques (sans obligation juridique et seulement par un rapport de confiance). De telle façon, il fut possible de démontrer pratiquement que dans presque la totalité des cas, même graves, la dangerosité n'était pas une composante inévitable de la maladie et de la personne, mais que cela représentait une sorte d'épiphénomène symptomatique d'une décompensation psychique exigeant des soins et des projets thérapeutiques et de réhabilitation adéquats.

On a réalisé des expériences exemplaires à l'aide desquelles s'est révélée, dans les cas extrêmes de souffrance psychique, la nécessité d'une prise en charge psychiatrique ; tandis que, dans tous les autres cas, avec la nécessité des soins se sont révélés des éléments de responsabilité de la personne, et donc des conditions requises pour l'application d'une peine.

Des procédés sans doute nouveaux, et en tout cas inhabituels, ont été développés pour la réalisation des *expertises légales* des procédés beaucoup plus complexes à travers lesquels, dans la reconstruction criminogénétique, outre la dimension historico-sociale de la personne, étaient repérés et reconnus les parcours et la participation de la subjectivité de l'auteur au crime, et donc les éléments de responsabilité.

En dehors de la grille étroite de la nosographie, les catégories utilisées par les psychiatres et les juges étaient nécessairement sollicitées pour une révision critique, ouvrant de nouveaux problèmes, en même temps d'ordre théorique, épistémologiques et pratiques. Les internements à l'« asile de criminels » sont devenus exceptionnels et se sont limités à quelques cas pratiquement extraordinaires (le problème de la dangerosité est plus complexe et ne peut pas être réduit à ces notes). Des modalités législatives permettant de dépasser la question de l'« asile criminel » sont à l'étude même en ce moment au parlement italien, et par des groupes de travail de magistrats, psychiatres et administrations locales. Le nouveau Code de Procédure Pénale de 1989 a en partie pris en compte ces expériences (dans l'art. 286 en particulier); en outre, chez beaucoup de magistrats se développe une sensibilité de plus en plus attentive au problème de la capacité de l'imputé de participer consciemment au procès, comme le code de la loi même le prévoit (art. 70).

Un effet surprenant (mais la surprise vient sans doute de nos préjugés), c'est que, avec le temps, on peut remarquer un sens de la responsabilité - et de prise de responsabilité croissant - chez la personne malade ayant commis des crimes. Cette prise de responsabilité n'a pas seulement un effet thérapeutique très important ; elle permet des réflexions d'ordre théorique, intéressantes et profondes, sur la relation entre la façon d'être des personnes malades et les approches des services (les attitudes professionnelles de ceux qui y opèrent ; les ressources et les règles de fonctionnement des institutions - même juridiques ; les cultures qui modèlent les opinions et la prise de conscience collective, etc...). Un débat très important s'est ouvert, à plusieurs niveaux, sur le « système à double voie » : la présence à la fois de « parties saines » et de « parties malades », la dialectique au sein du monde individuel et avec le monde extérieur, l'intériorisation de la norme et la subjectivité.

Une autre remarque intéressante, au moins à Trieste, c'est que la majorité des consultations techniques, requises par le Procureur de la République, concerne désormais des crimes dans lesquels le malade est la victime, surtout de machinations de la part de gens sains. On découvre là un monde submergé et peu connu, qui contribue à nous faire comprendre que le concept de dangerosité du malade mental est un stéréotype sans fondement.

3 - Autres conséquences de la loi dans la « société civile ».

Au cours des années après la loi 180, face à la pénurie de services communautaires et à l'état d'abandon de beaucoup d'hôpitaux psychiatriques, face à la confusion et à l'incertitude culturelle et professionnelle dont beaucoup

de réalités locales font preuve, il s'est développé une sensibilité juridique et une conscience commune ayant de plus en plus tendance à évaluer l'inertie des administrations publiques en termes de responsabilité pénale et civile (sont nombreuses les dénonciations de la presse, les interpellations au parlement, parfois les dénonciations devant la justice et/ou avec l'intervention de la magistrature et/ou des administrations régionales).

Dans le débat, qui s'était ouvert déjà dans les années '80 au sein de l'opinion publique et du parlement, et qui s'est récemment renouvelé face aux graves carences, toutes les forces politiques sont d'accord pour tenir l'engagement de la fermeture des hôpitaux psychiatriques, pénalisant les Régions qui ne se sont pas encore activées et soutenant celles qui ont commencé à prendre des mesures dans ce sens. Les graves problèmes causés par la non application de la loi 180 et qui sont retombés sur les familles, ont provoqué la naissance de beaucoup d'*associations de familles* qui, à travers un long et douloureux procès de clarification, confirment leur volonté de fermer les hôpitaux psychiatriques et demandent, parfois désespérément, l'organisation de services adéquats.

Ces associations sont devenues un interlocuteur important dans la dialectique de transformation de la culture et de l'organisation psychiatriques. Elles ont obtenu la création d'une *commission d'observation* auprès du Ministère de la Santé Publique, dans laquelle elles apportent une contribution remarquable. Elles jouent aussi, parfois et en partie, un rôle de conscience critique vis-à-vis de ceux qui opèrent dans les services, cristallisés dans leurs pratiques et dans leurs idéologies, stimulant une dialectique qui s'inscrit dans le thème du *rapport usagers/citoyens/services*. D'ailleurs aussi les usagers, selon les contextes dans lesquels ils se sont trouvés et ils se trouvent, ont entrepris des parcours d'évolution individuelle ou moyennant des associations, parfois en relation avec le volontariat.

Dans ce contexte, animé de plusieurs sujets sociaux et collectifs, on peut seulement rappeler ici l'importance du développement des *coopératives sociales*. Elles peuvent apporter une contribution considérable à la dialectique de *désinstitutionalisation* des organisations sanitaires publiques (cultures, styles de travail et professionnels), dans la perspective d'une réhabilitation psycho-sociale conçue comme l'acquisition du malade de ses *droits de citoyenneté*.

Un nouvel élément, qui devient de plus en plus clair et fondamental, c'est l'importance que la question des droits du malade mental prend dans le processus de transformation des institutions publiques, selon une *orientation entrepreneuriale* que la Santé Publique est en train de réaliser actuellement en Italie, orientée à la vérification de l'utilisation des ressources - financières et humaines - et des résultats en ce qui concerne les services.

Cette nouvelle orientation a comme conséquence l'étude et la programmation rationnelles des services sanitaires en général, de façon à sauvegarder le respect des droits des citoyens socialement plus faibles. Cela signifie aussi la révision pratique des anciennes organisations et des choix qui les avaient déterminés, aussi bien dans les critères politico-administratifs que dans les critères technico-culturels. Dans ce processus, il est également possible de vérifier combien de ressources sont employées pour la santé mentale et avec

quels résultats, et de repérer aussi les déséquilibres en termes de droit, de valeur, de sens. Des parcours très divers, ainsi que des omissions graves, se relèvent dans les différentes régions italiennes relativement à l'application de la réforme ; d'après l'analyse de ces différences, il est possible de comprendre des critères qui exigent nécessairement d'être confrontés et débattus. La liste pourrait continuer.

Attempted suicide as mode of referral to psychiatric hospitals among ethnic minorities in the state of lower saxony/germany, epidemiological aspects and discriminating features

I. Introduction

Numerous epidemiological studies on the psychiatric morbidity among immigrants have been conducted in all countries with large numbers of ethnic minority populations. Traditionally, first or all recorded admissions to psychiatric hospitals and to a lesser extent general practice attendance rates have been used to approximate the mental morbidity rates among foreigners. The estimation of the "true" incidence and/or prevalence rates on the basis of admission statistics may not always be the most appropriate method. However, this has been and continues to be the easiest, most economical, and least time-consuming methodology.

Rates estimated by such a method may be subject to various biases. SHEPERD et al. (1966) have shown that only a small proportion of those who are psychiatrically ill in the community come into contact with psychiatric services. However, fewer community and/or health examination surveys have been conducted. The disadvantage of the latter is that they usually involve a small section of the population and register predominantly the milder affective disorders.

Additional factors among the immigrants which may bias these rates are summarized as follows: different morbidity rates in the culture of origin; different motives for migration; negative or positive selection mechanisms; differences in the attitude to, and willingness to use the psychiatric services; adequacy of the medical system of the host country and difficulties to enter into it; language and communication problems with the psychiatric professionals due to social distance; somatic explanation, presentation and treatment of mental illness due to stigmatization; statistical and /or methodology errors (sample errors, standardization as to sex, age, social class, local diversities etc.); use of alternative services; diagnostic pitfalls; culturally determined tolerance for deviant or psychopathological behavior among the immigrant community.

* Psychologist, Hanover

Simultaneous controlling for the above-mentioned variables is impossible. This may explain to a great extent the very contradictory results and etiological explanations that are often presented in the literature.

The suicide rates of immigrants in Hong Kong (YAP, 1958), in the USA (SCHMID, 1933; DUBLIN, 1963), in Australia (WHITLOCK, 1971; BURVILL et al., 1972), as well as in England and Wales (COCHRANE, 1977) have been shown to be higher, (excepted the West Indians in the latter study), in immigrants than in the native born. However, STRAUS and STRAUS (1953) in Ceylon and MURPHY (1954) in Singapore found differential suicide rates for the various ethnic groups in the mixed populations in these areas. Similarly, when the individual immigrant groups have been studied in the USA (SAINSBURY and BARRACLOUGH, 1968) and in Australia (BURVILL, 1973), wide variations in suicide rates have been found, with the immigrants being more akin to that of the country of origin than that of the adopted country. The indigenous pattern of suicide among immigrants may be expected to persist unchanged for many years (BURVILL et al., 1982).

A disproportionately high suicide rate among refugees has been repeatedly observed (RUESCH et al., 1948; PFISTER-AMMENDE, 1955; MURPHY, 1955).

There is conflicting evidence regarding the incidence of attempted suicide in immigrants in Australia. KRUPINSKI et al. (1967) found a high incidence of suicide attempts in Victoria among non-British females immigrants than the British and Australian-born. EDWARDS and WHITLOCK (1968) concluded that immigration was not a significant cause of attempted suicide. EWING et al. (1971) found a much higher incidence of attempted suicide in Perth among immigrants than in the Australian-born.

BURKE (1976) found the attempted suicide rate among those who had immigrated to be greater than the indigenous rate for Jamaica, but it had not reached that same level as the native British population.

If various disturbed behavior patterns prior to admission lead to different referral modes (i.e. self-referral, referral under Section and/or police involvement) among the immigrants and native-born, comparisons or morbidity rates focusing on administratively registered cases become very problematic. Very little has been written about the dynamic of the process whereby a person becomes a "case" (HITCH & CLEGG, 1980). According to these authors the referral paths differ according to ethnic membership. A far lower proportion of New Commonwealth-born (11 %) came via the emergency ward of a general hospital (referrals for general hospitals after emergency admissions are nearly always matters of suicide attempts or drug overdoses) compared to British-born (34 %). This is probably explained by cultural taboos on suicidal or parasuicidal behavior.

Referrals via the police and/or Mental Welfare Officers were found to be more frequent for New Commonwealth immigrants than for British-born; the difference being the greatest where the police were involved. This finding applied across the range of diagnostic categories and was not necessarily associated with compulsory admissions.

New Commonwealth-born schizophrenics appeared to be more overtly disturbed than native-born. RWESELLERA (1970, 1980) confirmed that their General Practitioner did not refer immigrant patients; they showed disturbed behavior prior to psychiatric contact and in connection were admitted compulsorily.

Several authors have also reported on the much higher compulsory admission rates under Section and/or police insolvent among the immigrants (GORDON, 1965; PINTO, 1970; RWESELLERA, 1979 and 1980; LITTLEWOOD & LIPSEGE, 1981 and 1982; INEICHEN and coll. 1984; LAZARIDIS, 1988).

However, extensive studies on the relationship of suicidal behavior and psychiatric hospitalization are still lacking. In the German literature only three references on the proportion of referrals associated with attempted suicide among immigrants could be found in studies on the incidence or prevalence of mental disorders.

BENKERT and coll. (1974) found that 16.2 % of the foreign patients were admitted to the psychiatric hospital of the University of Düsseldorf because of an attempted suicide (every 6 patient) in the years 1970-1971.

Von CRANACH (1976) found a much higher rate (28 %) among the first admitted foreigners to Munich psychiatric hospitals in the year 1970 (2 out of seven patients).

FRIESSEM (1974) calculated a rate of 17.1 % (every sixth patient) among the first admitted immigrants to the Bürgerhospital of Stuttgart during the years 1963-1970.

FRIESSEM (1975) was the only author to compare the immigrants' rate with that of the German controls who exhibited a much lower rate (10.9 %). This finding is valuable for its comparison between immigrants and natives and because a relatively long time period was considered.

However, all studies mentioned referred only to the overall rate without controlling for any relevant variables and without considering the ethnic population at risk. The present study aimed at presenting more detailed results.

II. Method

To begin, the medical records of all patients with foreign citizenship between the ages 20 and 65, who were admitted and treated for the first time as in-patients in psychiatric hospitals in the Federal State of Lower Saxony between the years 1975 and 1982 have been gathered, depending on the various documentation systems from each psychiatric hospital. Next, the relevant information was abstracted and transformed into a specially prepared coding schedule.

In addition to socio-demographic information (gender, age at the time of the first admission to the hospital, occupation, nationality, education level, income level, housing, length of stay and entry into the Federal Republic of Germany), the following statistics were collected: total number of admissions, length of stay in the hospital, principal psychiatric diagnosis and finally the mode of referral into the psychiatric hospital, i.e. informal or formal admission under a Section (– 15 or/and – 16 according to the Lower Saxony Law for help for mentally ill and protection measures) as well as, admission due to attempted suicide.

The data was electronically evaluated by means of the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) at the Center of Biometry and Medical Computer Science at the Hanover Medical School.

The annual statistical reports for Foreigners (population at risk) of the State Administration Office of Lower Saxony for the years 1975-1982 were drawn upon the calculation of the "suicide attempt referral rates" (SARR) for the total as well as different subgroups.

The statistical analysis consists of two steps:

a) On the basis of the population at risk (average population for the years 1975-1982) the SARR for the total, the variables nationality, gender, age and marital status were calculated and the null hypothesis was tested. Additional tests between the different groups (each subgroup versus the remaining total as well as between every two groups) were conducted.

b) A comparison was made between the "attempted suicide group" (ASG) and the "otherwise referred group" (ORG) with regard to the social and clinical features.

It was not possible to make an additional comparison with German controls as comparable data obtained by a similar methodology in Lower Saxony does not exist.

The Chi-square method was used: All levels of significance quoted in the text and tables are calculated on the basis of full contingency tables. A cut-off level of significance $p < 0.01$ has been adopted for a more confident attribution of association.

III. Results

3.1. Socio-demographic features of the "attempted suicide group" (ASG)

Between 1975 and 1982 a total of 1461 patients between the ages of 20 and 65 yrs were admitted for the first time and were treated in in-patient psychiatric hospitals in Lower Saxony.

263 (18 %) of them were admitted following an act of attempted suicide (every sixth patient). The principal rate of these patients (59.7 %) was composed of immigrants originating from the most common countries such as: Turkey (25.1 %, every 4), Yugoslavia (16 %, every 6), Italy (7.2 %, every 14), Spain (6.1 %, every 16) and Greece (5.3 %, every 19). The remaining 40.3 % was determined from other nationalities.

55.1 % of the patients were males and the remaining 44.9 % were females. The average age was 32.6 years. 47.1 % of the patients were between 21 and 30 yrs, 31.4 % between 31 and 40 yrs and 21.5 % between 41 and 65 yrs.

52.9 % of the patients were married and 47.1 % were not married (single, widowed or divorced).

Educational background: 7.6 % had not completed any schooling, 71.9 % had completed elementary school in their native country, 10.3 % secondary school and further, 10.3 % had graduated from university or college.

Regarding occupation 54.7 % were laborers, 17.1 % were salaried employees and 25.5 % did not have an occupation.

57.8 % of the patients earned their living through full-time work, 24.7 % through unemployment or supplementary benefits, 14.8 % through support from family members (spouse, parents) and 2.7 % through pensions.

Concerning living accommodation 59.3 % lived with the whole or a part of the family, 25.9 % lived alone and 14.8 % in a communal facility.

3.2. Clinical features of the "attempted suicide group" (ASG)

Concerning the length of stay in Germany before the onset of the mental disorder requiring in-patient treatment: 15.4 % of the patients became mentally ill and were referred into a psychiatric hospital within the first year after their arrival, 30.2 % within two to five yrs, 20.9 % within six to nine yrs. and 33.5 % after ten or more years of residence in Germany (average: 7.3 years).

The average length of stay per admission was 23.6 days. 25.4 % of the patients had been additionally admitted compulsory (under Section 15 or 16).

Non-psychotic disorders (neuroses, personality and psychosomatic disorders) were diagnosed in 63.1 % of the patients, schizophrenia in 12.9 %, alcoholism in 9.5 %, affective psychosis in 7.6 % and other psychiatric disorders in 6.8 %.

3.3. Epidemiological aspects and "suicide attempt referral rates" (SARR)

It can be seen from Table I that the overall SARR for the ethnic minorities was 15.2 per 10.000 habitants during the years 1975-1982. This is equal to an average annual rate of 1.9/10.000.

- **Nationality.** The SARR was not significantly different among the nationalities ($\chi^2 = 9.9$, $df = 5$). This applies to the comparisons between each subgroup to the remaining total as well as, to the comparisons between every two groups.
- **Gender.** The SARR was not gender-specific ($\chi^2 = 4$, $df = 1$).
- **Age groups.** The SARR was age group specific ($\chi^2 = 33.9$, $df = 2$). The young foreigners (21-30 years) exhibited a significant higher SARR compared to each of the remaining age groups.
- **Marital status.** The SARR was marital status specific ($\chi^2 = 37.9$, $df = 1$). The married exhibited a significantly lower SARR compared to the non-married.

	Population at risk	%	Patients referred	%	Admission rate	Overall- χ^2
Total	173446	100.0	263	100.0	15.2	
Nationality						
turkish	49135	28.3	66	25.1	19.6	
jugoslavian	21394	12.3	42	16.0	10.4	
italian	18285	10.5	19	7.2	10.4	9.9
spanish	13628	7.9	16	6.1	11.7	
greek	10396	6.0	14	5.3	13.5	
other	60608	34.9	106	40.3	17.5	
Gender						
male	106078	61.2	145	55.1	13.7	4.0
female	67368	38.8	118	44.9	17.5	

Age groups						
21-30 years	54434	30.8	124	47.1	23.2 *	
41-40 years	65958	38.0	83	31.6	12.6	33.9 *
41-65 years	54054	31.2	56	21.3	10.4	
Marital status						
married	121767	70.2	139	52.9	11.4	
non-married	51679	29.8	124	47.1	24.0	37.9 *

Because of the small number of cases in some nationalities, combined effects have not been tested. Therefore, it must be noted that when any variables are controlled for, more differentiated findings may be revealed.

3.4. Comparison between the "attempted suicide group" (ASG) and the "otherwise referred group" (ORG)

As it can be seen from Table II the majority of the social and clinical features mentioned, discriminate between the two groups. When comparing each subgroup to the remaining total, the proportion of the ethnic minorities who did not originated from the most common countries, the females, the young (21-30 yrs), the non-married, the patients with the diagnosis "neurosis, personality or psychosomatic disorder" (i.e. non-psychotic disorders) and the compulsorily admitted (using Sections 15 or 16) were all found to be significantly higher in the "attempted suicide group" (ASG). Contrary to this, the proportion of the patients with the diagnosis "schizophrenia" was significantly lower in this group.

The proportion of males, the elderly (41-61 yrs), the married and the informally admitted were all found to be significantly lower, the proportion of patients with the diagnosis "schizophrenia" significantly higher in the "otherwise admitted group" (ORG).

TABLE II

Distribution of selected sociodemographic and clinical variables for the "attempted suicide group (ASG) and the "otherwise referred group (ORG) in % and results of the statistical analysis (c²-test, p < 0.01)

	ASG n = 263 %	ORG, n = 1198 %	Overall-c ²
Nationality			
turkish	25.1	32.7	
jugoslavian	16.0	17.0	
italian	7.2	9.4	22.1 *
spanish	6.1	7.8	
greek	5.3	6.8	
other	40.3	26.1 *	

Gender			
male	55.1	66.5	12.5 *
female	44.9	33.5	
Age groups			
21-30 years	47.1	28.0 *	
41-40 years	31.6	35.1	41.1 *
41-65 years	21.3	36.8 *	
Marital status			
married	52.9	65.9	16.0 *
non-married	47.1	34.1	
Income through			
full-time work	57.8	67.2	
supplementary or unemployment benefits	24.7	18.3	9,5
family members	14.8	11.4	
pensions	2.7	3.0	
Housing			
living alone	25.9	27.6	
living with family	59.3	59.7	1.7
in communal facility	14.8	12.7	
Educational level			
low	79.5	82.0	1.3
high	20.5	18.0	
Diagnosis			
Schizophrenia	12.9	23.8 *	
affective psychosis	7.6	7.3	
alcoholism	9.5	14.9	32.2 *
neurosis, personality disorder or psychosomatic disorder	63.9	45.3 *	
other mental illness	6.8	8.7	
Compulsory admission			
yes	37.6	24.3	20.4 *
no	62.4	75.7	

As to the average length of stay in Germany (ASG: 25.5. yrs; ORG: 28.0 yrs), the income level, the housing and the level of education, no significant differences were found. Furthermore, the ASG exhibited a significantly lower average length of stay in the psychiatric hospital (23.1 days) than the ORG (32.9 days).

IV. Discussion

It must be noted that all rates associated with suicidal or parasuicidal behavior can only be underestimated. This is due to the high number of

unknown cases and/or the scanty registration procedures, which differ from country to country or from culture to culture. Comparisons between them may be heavily biased and lead to false conclusions.

Referrals to psychiatric hospitals following an act of attempted suicide should never be used as an indicator for the overall suicidal behavior, as not all cases are admitted to psychiatric hospitals. This depends strongly on the extent of injuries suffered, the reactions of relatives and close friends, the involvement of authorities as well as additional medical and/or social reasons.

When comparing previous results on the overall attempted suicide admission rate among immigrants in Germany, our finding is in agreement with that of FRIESEM (1974) and BENKERT et al. (1974). The much higher rate found by von CRANACH (1976) in Munich may be explained by selective factors operating in a large city, sample errors (only one year has been considered) and local psychiatric admission modalities.

We accept the finding of FRIESEM (1975) that Germans exhibit a lower rate (10.9 %) than immigrants, as being valid. We were able to confirm his finding on the basis of the in-patient data of the Psychiatric Department of the Hanover Medical School for the time period 1980-1984 (10.7 %). However, standardization of the socio-demographic variables could not be done.

Previous results on compulsory admissions in Lower Saxony indicate that immigrants enter the psychiatric hospitals more involuntarily compared to the Germans (LAZARIDIS, 1988).

If compulsory admissions (under Section 15 and 16) and admissions following an act of attempted suicide are considered simultaneously, it can be seen from Fig. 1 that 38.1 % of all immigrants, 49.4 % of immigrants who do not originate from the most common countries, 37.9 % of the Italians, 37.4 of the Yugoslavians, 36.5 % of the Greeks, 28.1 % of the Turks and 24.5 % of the Spaniards have entered the psychiatric hospital involuntarily.

The high rates among the immigrants can hardly be explained by negative selection factors since it is known that very low suicidal, parasuicidal rates and compulsory admissions have been observed in rural areas where the vast majority of the immigrants originate.

To explain the high rates among the immigrants, the mutual interaction of the following factors should be considered:

Ignorance of the psychiatric care system of the host country; strong stigmatization of mental illness, the psychiatric care agencies, suicidal and parasuicidal behavior (which can lead to exclusion from the community, not only for the individual but also for the extended family); language and social distance problems; inadequacy of the current health care system and professionals to

respond to the needs of mentally ill immigrants properly due to a very low level of transcultural-psychiatric education. Lack of emergency preventive crisis intervention and psychotherapeutical procedures can all lead to delayed specialists? Intervention. This may also be associated with diagnostic pitfalls, inappropriate treatment, compulsory admissions and suicidal or parasuicidal behavior.

Measures to be taken to reduce the practice of "compulsory psychiatric care" among the immigrants have been mentioned elsewhere (LAZARIDIS, 1988). In addition, a more thorough multivariate research design of factors operating prior to psychiatric contact or admission to psychiatric hospital are urgently needed.

References

1. BENKERT H., FLORU L., FREISTEIN H., Psychische Störungen bei ausländischen Arbeitnehmern, die zur stationären Behandlung in die Psychiatrische Klinik eingewiesen wurden, *Nervenarzt*, 45: 76 (1974)
2. BURKE A.W., Socio-cultural determinants of attempted suicide among West Indians in Birmingham: ethnic origin and immigrant status, *British. J. Psychiat.*, 129: 261 (1976)
3. BURVILL, P.W., McCALL M.G., STENHOUSE N.S., REID T.A., Deaths from suicide motor vehicle accidents and all forms of violent death among migrants in Australia, 1962-66, *Acta Psychiatrica scandinavica*, 49: 28 (1973)
4. BURVILL P.W., McCALL M.G., REID T.A., STENHOUSE N.S., Methods of suicide in English and Welsh immigrants in Australia, *British. J. Psychiat.*, 122: 220 (1972)
5. BURVILL P.W., WOODINGS T.L., STENHOUSE N.S., McGALL M.G. Suicide during 1961-70 of migrants in Australia, *Psychological Medicine*, 12: 295 (1982)
6. COCHRANE, R., Mental illness in immigrants to England and Wales: an analysis of mental hospital admissions, 1971, *Social Psychiatry*, 12: 25 (1977)
7. CRANACH M. v., Psychiatric disorders among foreign workers in the Federal Republic of Germany, Paper presented at WPA-Symposium on Transcultural Psychiatry in Europe, Kiel (1976)
8. DUBLIN L.I., *Suicide*, Ronald Press, New York (1963)
9. EDWARDS J.E., WHITLOCK F.A., Suicide and attempted suicide in Brisbane: *Medical Journal of Australia*, 1: 989 (1968)
10. EWING S.M.P., MYERS C., SIMPSON M.A., (1971), Attempted suicide in the Perth metropolitan area for 1969. In: BURWILL P.W. , *Immigration and mental disease*, *Australian and New Zealand J. of Psychiatry*. 7: 155 (1973)
11. FRIESEM D.H., Psychiatrische und psychosomatische Erkrankungen ausländischer Arbeitnehmer in der BRD, *Psychiatr. Med. Psychol.*, 26: 78 (1974)

12. FRIESEM D.H., Travailleurs étrangers en république fédérale allemande. Quelques résultats et réflexions dans une optique médico-sociale et psychiatrique, *Inform. Psychiatr.*, 51: 283 (1975)
13. GORDON E.B., Mentally ill West Indian Immigrants, *British J. Psychiat.*, 111: 877 (1965)
14. HITCH P.J. & CLEGG P., Modes of referral of overseas immigrant and native-born first admissions to psychiatric hospital, *Soc. Sci. Med.*, 14: 369 (1980)
15. INEICHEN B., HARRISON G., MORGAN H.G., Psychiatric Hospital Admissions in Bristol. I, Geographical and Ethnic Factors, *British J. Psychiat.*, 145: 600 (1984)
16. KRUPINSKI J., POLKE P., STOLLER A., Psychiatric disturbances in attempted suicide in Victoria during 1963, *Medical J. of Australia*, 2: 773 (1967)
17. LANDESVERWALTUNGSAMT NIEDERSACHSEN, Statistische Jahresberichte: Ausländer (1975-1982)
18. LAZARIDIS K., Compulsory first admission rates among ethnic minorities in the State of Lower Saxony/Germany. Epidemiological aspects and discriminating features, *Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria*, 49 (2): 186 (1988)
19. LITTLEWOOD A., LIPSEGE M., Some social and psychological characteristics of psychotic immigrants, *Psychol. Med.*, 11: 289 (1981)
20. MURPHY H.B.M., Mental health in Singapore, Part I, Suicide, *Medical J. Malaya*, 9:1 (1954)
21. MURPHY, H.B.M., Flight and Resettlement, Unesco, Paris (1955)
22. PFISTER-AMMENDE M., In: Flight and Resettlement (ed.: MURPHY H.B.M.), Unesco, Paris (1955)
23. LITTLEWOOD A., LIPSEGE M., Aliens and Alienists, Penguin, Harmondsworth (1982)
24. RUESCH J., JACOBSON A., LOEB M.B., Acculturation and illness. Psychological Monographs, No. 5, 62:1 (1948)
25. RWEGELLERA G.G.C., Mental illness in Africans and West Indians of African origin living in London, M. Phil. Thesis, University of London (1970)
26. SAINSBURY P., BARRACLOUGH B., Differences between suicide rates, *Nature*, 220: 1252 (1968)
27. SHEPERD M., COOPER B., BROWN A.C., KALTON G.W., Psychiatric Illness in General Practice, Oxford Univ. Press, London (1966)
28. SIMS A.C.P., SYMONDS R.L., Psychiatric referrals and the police, *British J. Psychiat.*, 127: 171 (1975)
29. STATISTICAL PACKAGE FOR THE SOCIAL SCIENCE (SPSS), User's Guide, Chicago (1986)
30. SCHMID, C., Suicide in Minneapolis, Minnesota: 1928-1932, *American J. Sociology*, 39: 30 (1933)
31. STRAUS J.H., STRAUS M.A., Suicide, homicide and social structure in Ceylon, *American J. Sociology*, 58: 461 (1953)
32. WHITLOCK F.A., Migration and suicide, *Medical J. Australia*, 1:840 (1971)
33. YAP P.M., Suicide in Hong Kong, Hong Kong University Press (1958)

Conclusions

En guise de conclusion : La nécessité de la définition d'une nouvelle politique concernant la santé mentale en Europe

Le chemin parcouru —des valeurs morales au droit et des pratiques à la loi— est épineux en ce qui concerne les droits de l'homme-citoyen et la santé mentale. C'est ce que j'ai du moins perçu dans la plupart des rapports ou des interventions des congressistes.

On a pris conscience, je crois, une fois de plus, du fait que les problèmes sont complexes. Et cela, non seulement parce que le psychisme humain et le monde social sont complexes, mais aussi parce que les questions classiques et modernes, les institutions traditionnelles et contemporaines, quand elles se mettent en contact, créent des paradoxes, des contradictions et des conflits.

"L'omnipotence infantile" ne peut pas contrôler tout et donner une solution homogène et unique. Nous la connaissons très bien. En plus, nous savons que cela ne peut pas devenir notre alibi. Et cela parce que les Droits, la Santé Mentale, l'Europe sont des questions trop sérieuses pour les laisser hors de notre théorie et pratique. Les sujets actifs, qui réfléchissent et s'impliquent, influencent de façon évidente ou latente le changement des institutions.

Nous exerçons, maintes fois, une critique injuste et intense, à l'époque des -ismes et des mouvements de psychiatrie, malgré le fait qu'ils ont formé des politiques de santé mentale avant-gardistes substantielles au niveau national et européen. On ne comprend pas du premier coup que nous tombons dans d'autres -ismes qui obscurcissent les droits des citoyens et surtout les droits sociaux. Cela a des effets particuliers sur les malades mentaux, au moment, exactement, où ils ont commencé à être considérés comme des personnes ayant une responsabilité partielle dans certains domaines de notre vie sociale et juridique. Nous essayons, dans le cadre de certains ordres légaux, à les intégrer dans la sphère du droit.

Il est connu que la notion de sujet ne coïncide pas dans les différents champs du savoir. Le seul point commun, par rapport à notre activité, pourrait être que les théories sur le sujet concernent l'homme concret qui a une substance biologique, psychique et sociale.

En ce qui concerne le droit, le sujet de droit est, d'après l'étymologie du mot qui a ses racines dans le verbe du grec ancien "être placé sous", c'est-à-dire être soumis aux lois, l'entité qui assujettit aux règles du droit. Ce qui est à

remettre en question, selon mon point de vue, n'est pas la demande pour le retour du malade mental en tant que sujet, mais les procédures d'objectivation du sujet dans le système juridique.

Le système juridique a mis/gardé -et continue à les mettre/garder à un haut degré-, dans la plupart des pays européens, les malades mentaux à l'écart du droit et de la justice. Dans sa logique pénétre, explicitement ou implicitement, la conception que les malades mentaux n'ont pas de volonté autonome et de liberté propre. Ils existent par l'intermédiaire de l'homme moyen normal. Leurs droits et leurs obligations, quand ils ne sont pas annulés, comme cela se passe dans le cas du droit pénal, sont transférés à un tiers, personne ou institution (droit civil, lois spéciales). Par là, on a des contradictions tant au niveau de la production des lois qu'à celui de leur application. On invoque l'exemple de la législation italienne afin de mettre en évidence le paradoxe de la coexistence de la loi, connue de tous comme la loi de Basaglia, loi 180/78, avec ses dispositions qui ne concernent pas le non imputable du droit pénal italien, comme la loi britannique de 1983 concernant l'hospitalisation involontaire/sous contrainte par rapport à l'intervention du juge pénal en cas de comportement criminel.

Il est devenu évident à travers les rapports et les interventions des congressistes, qu'il existe des problèmes spécifiques dans les législations nationales, et plus particulièrement quand celles-ci abordent les particularités des pratiques.

Qui attendrait que la trop discutée et désirée abolition de la loi française historique de 1838 et la mise en vigueur de la nouvelle loi de 1990, pourrait provoquer justement une critique intense, surtout durant son application, puisqu'elle n'a pas tenté de faire de changements plus profonds vers la psychiatrie communautaire et a conservé la tradition de l'hospitalisation d'office à travers la voie administrative?

Ou bien, qui pourrait imaginer que les réformes en Espagne du code civil en 1983 et du code pénal en 1996 créeraient des difficultés d'application dans la pratique et des demandes d'intervention corrective, d'autant plus qu'on observe a posteriori une dysharmonie du cadre juridique et des pratiques, et aussi une faiblesse de collaboration entre la Justice et la Psychiatrie, surtout dans les grandes villes?

Le contenu de la dangerosité sociale ou du danger même pour le patient reste le point de référence dans la plupart des législations européennes ainsi que dans la Convention Européenne des Droits de l'Homme. Alors que les codes pénaux se réfèrent explicitement à la dangerosité sociale des malades mentaux, les dispositions pour l'hospitalisation involontaire/sous contrainte évitent, dans beaucoup de pays nationaux, aujourd'hui, l'usage du mot "danger" et de ses dérivés. Cela, d'ailleurs, ne signifie pas qu'elles ne se réfèrent pas à la possibilité d'un comportement futur violent des malades mentaux.

Par l'élimination du comportement dangereux, on se dirige tôt ou tard vers l'inspection du risque et vers la dépendance, sans cadre spécifique, de l'utilisateur par les services psychiatriques. Cette dernière ne peut que nous

rendre soucieux au niveau de l'Éthique par rapport à l'hospitalisation involontaire/sous contrainte.

Que signifie traitement involontaire/sous contrainte ? Jusqu'à quel point intervenons-nous ?

Ce sont des questions qui nous ont souvent préoccupé et qui soulèvent des dilemmes moraux importants. Il paraît que, la limite déterminant que les interventions obligatoires au traitement du patient ne doivent pas avoir d'effets non réversibles pour sa santé physique et psychique, n'est pas souvent respectée dans la pratique psychiatrique. Claude Louzoun a déjà mentionné la stérilisation des malades mentales en France et la problématique suscitée par cet événement.

Nous avons aussi constaté, que la jurisprudence de la Cour Européenne qui est relativement récente, pose comme limite "*l'interdiction des traitements inhumains*", c'est-à-dire des traitements qui sont imposés par la "*violence*" dans le cas de l'internement psychiatrique ou de l'incarcération pénale. Il est évident que dans ce cas, on n'a pas l'accord du malade et sa collaboration pour la procédure thérapeutique. D'ailleurs, accompagner le patient tout au long de son traitement en le menant à l'autonomie, pourrait constituer une partie de la définition du soin psychiatrique.

En finissant, je voudrais me référer à la législation psychiatrique grecque, surtout au Chapitre 6 pour la santé mentale de la l. 2071/92, qui a pris une place importante pendant ces deux journées, puisque, comme il est naturel, elle nous préoccupe beaucoup.

On a révélé habilement la logique de ce que Bateson a nommé *the double bind*, entre la logique thérapeutique et d'incarcération qui dominait pour longtemps en Grèce, à travers l'exemple du département des médico-légaux de l'hôpital psychiatrique de Thessalonique. Je crois que la loi 2071/92 a essayé d'échapper à la séparation entre surveillance et traitement. Elle donne la priorité et l'importance au traitement, tandis qu'elle protège parallèlement la liberté. Elle réussit à composer et à associer de façon dialectique le dilemme traitement ou respect de la liberté. Elle le place dans des cadres spécifiques en ce qui concerne l'histoire, le lieu, la manière et le temps. On peut lui attribuer certaines imperfections techniques légales qui peuvent facilement être surmontées, si nous utilisons la méthode interprétative qui est chère au droit. Il existe encore le projet de loi, le rapport introductif, la jurisprudence ainsi que certains commentaires concrets, comme l'instruction aux procureurs du Vice-Procureur de la Cour de Cassation, ici présent.

Qu'est-ce que la nouvelle législation a enfin apporté d'original?

La décision judiciaire en cas d'hospitalisation involontaire afin de protéger la liberté et la dignité du malade mental, la meilleure évaluation

psychiatrique, comme aussi la possibilité du groupe thérapeutique de conduire le patient dans la communauté, pendant l'hospitalisation involontaire, à travers des permissions, des sorties organisées et son hébergement dans des endroits surveillés en dehors des institutions fermées.

Les institutions fermées sont conçues comme des endroits surveillés d'hébergement et de traitement de ceux qui sont hospitalisés involontairement. La loi exige, même en cas d'urgence, qu'elle identifie malheureusement à la dangerosité de la personne traitée comme patient, la décision judiciaire et le maintien de la même procédure. Elle permet seulement le raccourcissement de la procédure. La dangerosité est définie explicitement comme des actes de violence contre lui-même ou autrui. Elle n'inclut pas, d'après moi, la protection des biens et de l'ordre public.

Le contrôle de la durée temporelle de l'hospitalisation involontaire ayant comme seul critère le soin/la guérison du malade mental.

Dans la même loi, il y a des dispositions élémentaires pour la sectorisation des services de santé mentale et pour la "légalisation" des Services de Santé Mentale (Centres de Santé Mentale, "structures intermédiaires", qui ont été créés par le Règlement de la C.E.E. 815/84) qui, effectivement, ne sont pas mises en application.

Je voudrais souligner particulièrement quelque chose que nous négligeons "par hasard", ce qui constitue notre point aveugle, c'est-à-dire la disposition d'après laquelle la loi permet l'hospitalisation involontaire dans un Service de Santé Mentale approprié.

Quel est le Service de Santé Mentale approprié ?

Cela dépend proprement du développement et de la qualité du soin psychiatrique. Un tel endroit, à part bien sûr de l'asile, peut être aussi le secteur psychiatrique des Hôpitaux Généraux (Périphériques, Préfectoraux, Municipaux), un Centre de Santé Mentale bien organisé qui se trouve à des régions éloignées etc. La loi en donne la possibilité. La politique sociale et l'institution psychiatrique peuvent donner les solutions.

Chaque loi psychiatrique vient mettre en accord des intérêts conflictuels de la régularisation sociale de la folie. La loi 2071 essaie de le faire. Elle introduit des actions compliquées, "dont le charge et la responsabilité ne peuvent soutenir seuls ni le pouvoir judiciaire, ni le pouvoir psychiatrique". Ce qu'on veut obtenir c'est la communication et le dialogue entre les procureurs - les juges - les psychiatres qui jouent un rôle important dans la procédure de la décision de l'hospitalisation involontaire.

Dans notre pays, la non application de la loi à Athènes et dans d'autres régions nous a beaucoup préoccupés. Nous avons fait beaucoup de discussions sur ce sujet et nos interprétations ont été enrichies par tout ce qui se passait en Espagne et dans d'autres pays européens. D'ailleurs, la non application des dispositions pour l'hospitalisation involontaire en Grèce, à part le conflit entre

des institutions différentes, présuppose l'évolution de la sectorisation et la mise en vigueur d'une logique de système différente pour le soin du malade mental.

Le fait que les psychiatres n'appliquent pas la loi est une chose. Le fait que les lois deviennent inutiles en est une autre. Le fait que les procureurs refusent d'appliquer la loi, en tant que gardiens de la légalité dans un Etat de Droit, est devenu un phénomène inquiétant qui nous préoccupe, nous les juristes et, j'espère, tout citoyen actif. Les lois ne sont pas des textes sacrés. Elles changent selon les conditions posées par le jeu social. Les légistes latins s'apercevaient avec clarté que la loi ne peut que garder les gardiens. La phrase "quis custodiet custodis", tant dans son cadre réel d'apparition que dans un cadre symbolique, peut devenir un espace d'accord contribuant au dialogue de la Justice avec la Psychiatrie.

Clôture des journées

La synthèse de nos travaux m'inspire une métaphore pâtissière – devant un sujet pourtant aussi complexe que « Droits de l'homme et santé mentale en Europe » – celle du mille-feuille, c'est dire qu'il y a eu un empilement appétissant et riche de tout ce que nous avons pu dire. En repensant à toute la journée, je vais plutôt utiliser la métaphore de Françoise Dolto quand elle parle des adolescents : le complexe du homard. Je crois qu'effectivement ces journées démontrent que nous sommes encore des adolescents dans le sujet « droits de l'homme et santé mentale », et c'est très bien ! C'est très bien parce que l'adolescence est riche de crises et de promesses ; elle est très riche aussi en interpellations, en mises en discussion, porteuses de changements.

J'ajoute que nous sommes à Athènes, en Grèce : Que l'un des tous premiers écrits sur les droits de l'humanité, sur l'éthique, c'est *l'Éthique à Nicomaque* d'Aristote qui reste une référence comme point de départ d'une réflexion sur l'éthique ; que la République est née à Athènes.

Nous sommes dans une période historique où l'homme est peut-être de nouveau menacé dans ses fondements, par son propre développement et son savoir sous l'emprise d'un scientisme triomphant. Cela me paraît essentiel d'entendre ainsi que toute chose qui apparaît comme un progrès comporte en elle-même aussi des effets pervers, des insuffisances et des reconsidérations ; nous ne sommes pas à la fin de l'Histoire. Nous n'avons pas mené les pratiques transformatives et obtenu des changements pour aboutir à un système de contrôle social et de gestion des risques. Et donc, le politique, l'éthique sont l'aune de nos orientations, de nos pratiques et de nos combats.