

C. E. D. E. P.
Comité Européen : Droit, Ethique et Psychiatrie

Claude LOUZOUN
Président

Bruno GRAVIER
Secrétaire

Paul ARTEEL
Trésorier

ACTES (2)

XV^{ème} séminaire

Psychiatrie : déclin, tournant et rebonds

PARIS

3, 4 et 5 juin 2006

Paul ARTEEL / Nanda
ARVAY / Sophie BARON
LAFORET / Pascale BEAU /
Maurice BEREAU / Laure
BERGERON / Chantal
BERNARD / Christiane
BONTEMPS / Paul
BRETECHER / Charles
BURQUEL / Alain
CHABERT / Frank
CHAUMON / Mario
COLUCCI / Claude
DEUTSCH / Pierangelo
DIVITTORIO / Bernard
DORAY / Martine DUTOIT
SOLA / Claire GEKIERE /
Hélène FRANCO / Bruno
GRAVIER / Chris
HEGINBOTHAM / Serge
KLOPP / Ulrich KOBBE /
Nicole KOEHLIN / Franz
KOENRAADT / Pénélope
KOMITES / Annick KOUBA
/ Teresa KRUMENACHER /
Christian LAVAL / Jean-
Pierre LEGENDRE /
Claude LOUZOUN / Anne
LOVELL / Jean Pierre
MARTIN / Eric MESSENS /
Thierry NAJMAN /
Catherine NOURRY /
Pierre PARESYS / C. M.
PERRODIN / Dimitri
PLOUMPIDIS / Philippe
RAPPARD / Anne RAUZY /
Jean-Pierre RESTELLINI /
Pauline RHENTER / Alicia
ROIG SALAS / Ana Isabel
ROMERO / Sophie SIRERE
/ Bogdana TUDORACHE /
Erich WULFF

Session : Soigner en prison, punir à l'hôpital ?

Onésimo González Álvarez¹

¿TIENE SENTIDO LA INCAPACITACIÓN DE LOS ENFERMOS MENTALES? APORTACIÓN AL CURSO LA RESPUESTA JUDICIAL ANTE LA ENFERMEDAD MENTAL

- 1- Agradecimiento.
- 2- Punto de vista o perspectiva
 - 2-1 Asistencia pública
 - 2-2 Contactos profesionales con juristas y sus asociaciones
- 3- Sobre la confluencia entre Psiquiatría y Ley
 - 3-1 La divergencia entre el saber académico y la realidad
 - 3-2 La productividad paradójica
 - 3-3 El abrazo mortal
 - 3-4 La confluencia liberadora
 - 3-5 La medicalización galopante
- 4- ¿Tiene sentido la incapacitación de los enfermos mentales?
 - 4-1 Las dificultades para definir y delimitar la enfermedad mental
 - 4-2 Las razones económicas de las clasificaciones al uso
 - 4-3 La compulsión categorial y lo que ignora
 - 4-3-1 La razón que sigue existiendo
 - 4-3-2 Contexto y significado
- 5- La identidad y complejidad de las tareas clínica y jurídica
- 6- Las alternativas a la incapacitación
- 7- Problemas de fondo
 - 7-1 Tutela y Registro de la Propiedad
 - 7-2 La protección de los derechos en el interior:
 - 7-2-1 De las familias
 - 7-2-2 De las instituciones asistenciales y residenciales

- 1- En primer lugar deseo manifestar que me he sentido muy honrado al recibir la invitación para intervenir en el Curso, lo que agradezco vivamente a los organizadores.
- 2- En segundo lugar unos apuntes sobre el punto de vista o perspectiva en el que hay que situar mi intervención, contextualización necesaria, como mínimo conveniente, para su mejor entendimiento.

¹ Psiquiatra, coordinador de la Unidad de Hospitalización de Psiquiatría del Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva.
Carretera de Circunvalación s/n 21005, Huelva
N.I.F. 14848851 M Telefono: 00 34 959201096
Correo electrónico : onesimo.gonzalez.sspa@juntadeandalucia.es

2-1 Por una parte mi experiencia profesional que se ha circunscrito con exclusividad al ámbito de la asistencia sanitaria pública, iniciada hace más de 35 años y que incluye manicomios tradicionales, experiencias de transformación institucional, atención a familias e instituciones en la comunidad, urgencias psiquiátricas, y en los últimos años, unidad de agudos de un hospital general. Todo ello supone un sesgo en la población atendida, el relativo a su extracción social y económica. La actividad docente, como profesor asociado a tiempo parcial está vinculado íntimamente a la experiencia asistencial.

2-2 Por otra parte el contacto frecuente, creciente, con instituciones y asociaciones del campo jurídico, y con jueces y fiscales a título individual: Informes y testimonios periciales, visitas regulares de la comisión judicial para el examen de los ingresos involuntarios urgentes y, sobre todo, desde los últimos años de la década de los 70, encuentros regulares entre la Asociación Española de Neuropsiquiatría (A.E.N.) y colectivos de jueces y fiscales, representantes de instituciones jurídicas o fiscales y magistrados a título individual. Estos contactos, a muchos de nosotros, nos han marcado profundamente, no solo en el plano profesional (1).

3- Sobre el modo de confluir entre Psiquiatría y Ley que he percibido a lo largo de la referida experiencia me parece oportuno apuntar algunos rasgos que tienen que ver con el contenido de mi intervención.

Por una parte concierne a las dos disciplinas “**la continua divergencia** entre las creencias aprobadas... la sabiduría convencional... y la realidad”(2).

3-2 Esta divergencia en el plano ideológico (científico o doctrinal) es más acusada en la práctica institucional. Las instituciones, probablemente todas, hacen cosas distintas a lo que son sus objetivos formales. Muchas veces hacen exactamente lo contrario. Los conceptos de **hospitalismo, neurosis institucional, psicosis de prisión, o síndrome de derrumbamiento o colapso social** son las denominaciones dadas por la observación clínica a las consecuencias de la permanencia en instituciones totales del tipo de hospitales psiquiátricos, orfanatos, cárceles o asilos (3). **Iván Illich** llama contraproductividad o **productividad paradójica** a éste hacer lo contrario de las instituciones, yatrogénia en el caso de las sanitarias, donde distingue yatrogénesis clínica, social y cultural o fundamental, y muestra la misma paradoja en otros ámbitos, como el educativo (4).

La Psiquiatría ha sido presentada como el **abrazo mortal** entre Medicina y Justicia (5) y, efectivamente tal ha sido (y sigue siendo) la

consecuencia para alguno de los sujetos atrapados en esa confluencia: El diario EL PAÍS del 12 de febrero de 2003 daba cuenta de la orden de un tribunal norteamericano para que se medicara a un reo psicótico, condenado por asesinato, para devolverle la cordura suficiente que permitiera ejecutarle . Más recientemente (8 de febrero de 2005) el mismo diario con el título de “pena de

muerte por mejorar” informa de un preso deficiente mental que puede ser ejecutado por aumentar su inteligencia.

“Entre enero de 1940 y septiembre de 1942, en la Alemania nazi, 70.723 pacientes fueron asfixiados con gas... la selección se hizo a partir de listas de individuos “ cuyas vidas no valían la pena ser vividas”, reclutados por nueve eminentes profesores de psiquiatría y treinta y nueve doctores del más alto prestigio” (6), que además, cobraron por ello. Desconozco el papel de las instituciones jurídicas en dicha “limpieza” pero, como mínimo, no se opusieron.

En mi experiencia personal las unidades de judiciales de los hospitales psiquiátricos y los hospitales psiquiátricos penitenciarios, donde estaban los pacientes **por orden del juez** (bien internamientos del decreto de 1931, o del Código Penal anterior a la reforma de 1983, medida de seguridad desproporcionada, sin revisión y sin límite...) eran máquinas destructivas de la integridad física y moral de los internos que, aparte carencias materiales y de atención sanitaria, podían llegar al encadenamiento permanente (7).

3-4 Existen, por el contrario, **formas de confluencia** entre Psiquiatría y Ley de **efectos benéficos**, liberadores para los sujetos implicados, de lo que, en primer lugar hay que señalar el trabajo de algunas sedes judiciales, con profesionales motivados, pacientes y que logran el concurso de médicos y personal de los servicios sociales, siendo, habitualmente un miembro de la carrera fiscal el activador y catalizador de la actividad.

En un plano histórico, en épocas de crisis y transformación social (Revolución Francesa, revoluciones europeas de mitad del S. XIX, final de la II Guerra Mundial con la Declaración Universal de Derechos Humanos) se han producido cambios legislativos e institucionales liberadores, como los habidos en nuestro país en los primeros años de la Transición.

3-5 En este momento, sin embargo, la relación entre Psiquiatría y Ley, sin superar la ambigüedad de sus efectos lesivos/liberadores según que circunstancias y que sujetos, esta dominada por la **medicalización galopante** a la que más tarde aludiremos que consigue, a veces mediante sentencia, llamar enfermedad a la preocupación, la tristeza, la timidez, la violencia, el odio, la falta de previsión, la inestabilidad o las dificultades familiares, escolares y laborales...

4- La pregunta que me piden contestar ¿tiene sentido la incapacitación de los enfermos mentales? no me cabe duda que ha sido dictada por D. Fernando Santos Urbaneja, por lo que me siento autorizado para utilizar sus categorías de causa y motivo de la incapacitación (8).

4-1 La primera dificultad con que nos encontramos es el concepto mismo de enfermedad mental. Ni la Psicopatología como supuesta ciencia ni la Psiquiatría como práctica profesional tienen definido ni delimitado su objeto, que en nuestros días, además, se extiende y se expande de modo incontenible: Los intereses industriales, mercantiles y corporativos convierten los problemas normales de la existencia en problemas médicos, **medicalizan** la vida (9), lo que concierne a la totalidad de la Medicina, pero especialmente a la Psiquiatría, y que ha sido analizado en multitud de contextos, como mínimo desde Durkheim (La división del trabajo en la sociedad es de 1893). El delito pasa a ser considerado vicio o pecado y más tarde enfermedad, cambiando simultáneamente la institución encargada del control social (ejército, fuerza pública, iglesia, sistema sanitario). Se protege el orden existente, entre otras maneras, tratando de etiquetar y acotar "el mal".

A la vez, en nuestra sociedad, la enfermedad es un recurso (Laín Entralgo), depara beneficios y ventajas (Freud) y el rol social de enfermo (Parsons) está definido por la pasividad, la dependencia y la desresponsabilización.

"La omnipresencia del sistema jurídico en los países occidentales favorece la materialización de ese ser pasivo que juega a la víctima"... "La victimización es el recurso del que, presa del miedo, se convierte en objeto de compasión en vez de afrontar lo que le atemoriza"... "el individualismo que consiste en tratar de escapar de las consecuencias de los propios actos, ese intento de gozar de los beneficios de la libertad sin sufrir ninguno de sus inconvenientes" (10).

La falsa solución individual y consoladora desactiva socialmente, dificulta la posibilidad de respuestas solidarias, colectivas a los problemas sociales, y beneficia tanto a la industria como a los profesionales de la psiquiatría, la psicología y otras disciplinas relacionadas.

La **marea** de reconocimiento como enfermedad de todo tipo de malestar o conflicto personal, laboral o familiar tiene el soporte referido y lleva camino de anegarnos.

4-2 Además de contribuir a la ampliación incontenible del objeto de la disciplina, la Psiquiatría Académica, está caracterizada en este momento histórico por un reduccionismo biológico-mecanicista, mimetizando la medicina clínica de orientación individual y corporal, empeñada en definir y delimitar entidades nosológicas, enfermedades, en el complejo mundo de los trastornos psicológicos y de la conducta, empeño categorial impuesto por las compañías de seguros y la industria farmacéutica. El malestar psicológico, la complejidad y unidad sustancial de la psicopatología deben ser expresados con criterios diagnósticos y evolutivos definidos, ya que, de otro modo, no es posible el pago del acto médico ni el convenio de la aseguradora con la institución que presta servicios (en países con sistema de aseguramiento privado y múltiple , como los U.S.A.). Por otro lado, desde los primeros años de la década de los sesenta, y después de la conmoción producida por la manifestación de los efectos de la **talidomida** , entre las normas que dicta la F.D.A. americana se incluye la **autorización de remedios específicos solo para enfermedades específicas**. “La industria tuvo que crear las enfermedades que necesitaba para hacer aprobar sus productos” (11).

La **especificidad** de los síndromes y evolución respecto a las causas (reales o hipotéticas) y lesiones subyacentes, así como la especificidad de los remedios para las supuestas enfermedades son imposiciones doctrinales de las fuerzas económicas y contradicen tanto la evidencia clínica como los hallazgos de la reflexión psicopatológica. Asclepiades de Bithinia (80 a. de C.) ya señaló el hecho de la transformación de una forma de locura en otra, y Kraepelin, supuesto paradigma de las ordenaciones categoriales y modelo de los clasificadores americanos señala, en 1920 “los hechos desconcertantes de que por una parte se repitan los mismos trastornos en enfermedades distintas y que los cuadros clínicos, en el curso del mismo padecimiento, pueden estar sometidos a múltiples variaciones” (12).

En realidad, el supuesto dimensional en la ordenación de los trastornos psíquicos y la inespecificidad han dominado el pensamiento psicopatológico europeo. Recordase la clasificación francesa, las aportaciones de la Escuela de Heidelberg, el propio Jaspers o Kretshmer, por no citar a Llopis, Büsow, Menninger y demás postulantes de la Psicosis Unica.

4-3 El empeño doctrinal en definir y ordenar categorías como si fuesen verdaderas enfermedades, y su continua remisión al cuerpo, al daño o lesión, que si no se conoce ya a se descubrirá, y la compulsiva utilización de escalas, que impiden atender otra cosa que no sea el aquí y ahora del paciente, ignoran y tratan de impedir los dos aspectos fundamentales del trabajo clínico psiquiátrico:

4-3-1 Por una parte el esclarecimiento de las áreas de la vida mental del paciente perturbadas, el grado de dicha perturbación, y la evaluación de la parte no afectada, “sana”. En palabras de D. Carlos Castilla del Pino (13). “La pregunta, pues, que el psiquiatra de hoy debe hacerse ante un paciente está muy lejos de la simple calificación de sujeto psicótico a todo aquel que presenta manifestaciones psicóticas de la índole que sean... Hay que dilucidar en que aspectos de su mundo mental el sujeto se comporta

como psicótico y en cuales no, y cuanto hay, además de psicótico y cuanto de no psicótico”.

Esta observación de D. Carlos me parece de la mayor importancia tanto teórica como práctica, y remite a una parte de la reflexión de Hegel sobre Pinel (14) ... “la locura no es una pérdida abstracta de la razón, ni en lo que respecta a la inteligencia ni en lo que respecta a la voluntad y a su responsabilidad, sino un simple desorden del espíritu, una contradicción de la razón que sigue existiendo”.

4-3-2 El segundo aspecto fundamental del trabajo clínico psiquiátrico tiene que ver con la interpretación del significado (de los significados) del síntoma, lo que nos remite al contexto: “el... contexto... inseparablemente unido al significado. Todo comportamiento verbal y no verbal toma su significado del contexto en el cual tiene lugar. Un comportamiento humano permanece inexplicable ... hasta que no sea observado en el interior del conjunto de situaciones, de relaciones, de acciones y reacciones que constituyen su matriz... no solo en el interior de la familia, sino también entre la familia y el vecindario, la escuela, el ambiente de trabajo; los diferentes grupos étnicos y culturales...” (15)

5- Lo referido en 4-3 pone de manifiesto la identidad (y la complejidad) de las tareas clínica y jurídica. La cita del profesor Castilla puede aplicarse a la graduación de la incapacidad que impone el artículo 760 de la L.E.C. (La sentencia que declare la incapacitación determinará la **extensión** y los **límites** de ésta). Como dice la fiscal D^a Aurora López Sánchez-Vizcaino (16)” lo único que se persigue es constatar las carencias que **efectivamente** tiene esa persona, articulando los mecanismos legalmente previstos para suplir o completar esa falta de capacidad **únicamente en aquellos ámbitos afectados**, para que así el declarado incapaz puede ejercitar sus derechos (de los que seguirá siendo titular, en condiciones de igualdad respecto a los demás ciudadanos). Pero ha de ponerse especial énfasis en que aquellos ámbitos que no se encuentren afectados por la enfermedad o deficiencia padecida habrán de dejarse intactos.

Por otra parte, la contextualización está continuamente presente en el Derecho, desde el artículo 3 del Código Civil al Código Penal “de acto”, el enjuiciamiento criminal que, según nos refería hace muchos años el fiscal Jesús Vicente Chamorro imponía “hablar con los vecinos”, y en el proceso de incapacitación, cuyo artículo 759 obliga, entre otras cosas , a **oir a los parientes más próximos**.

Como dice el fiscal D. Fernando Santos Urbaneja ...” (17) debemos analizar a la persona concreta en sus circunstancias particulares porque la incapacidad civil es algo más que un diagnóstico, es fundamentalmente un concepto individual y circunstancial “ Y precisa D^a Aurora López: “ se hace preciso... analizar con sumo cuidado y exquisitez las particulares circunstancias de toda índole que rodean a la persona sometida (al procedimiento de incapacidad) medio rural o urbano en que habita, existencia o no de personas que atiendan, instrucción con que cuenta, que sea o no titular de un importante patrimonio... en definitiva, determinar que necesidades reales tiene dicha persona, y en que parcelas de su vida precisa, en su caso, de ayuda” (18). De este análisis se puede deducir lo que D. Fernando Santos califica como **motivo** de la incapacitación, el beneficio e interés de la persona que se pretende incapacitar, el incremento de su protección. Hace muchos años que el Dr. R. Willie, del Instituto de Psiquiatría de Londres nos recordaba como el **tratamiento** es solo una variable de un muy complejo campo de fuerzas. “Debemos examinar como la gente actua por sí misma, como utiliza a sus amigos, a sus familias, como se entrelaza la vida del individuo con los hechos fortuitos y con los

acontecimientos de la vida, y analizar entonces el tratamiento en ese contexto". De nuevo la identidad de las tareas clínica y jurídica, ya que, en vez de tratamiento podría decirse intervención judicial, con toda legitimidad, teniendo en cuenta, además, que la evolución de la incapacidad es relativamente independiente de la evolución psicopatológica, y se relaciona más con las circunstancias del entorno.(19).

6-De todo lo anterior puede deducirse, pues, que como opinan otros profesionales del Derecho y de la Psiquiatría, deben agotarse los mecanismos previos o alternativos a la incapacitación como los que ofrece el artículo 762 de la L.E.C. o el 158 del C.C. En su caso debe reconocerse la Guarda de Hecho cuando sea evidente su carácter protector y respetuoso con el presunto incapaz. Si se abre el procedimiento y se dicta sentencia es preferible la curatela a la tutela, en la medida que el tutor **sustituye** y el curador **asiste y completa**. (20).

7-Desde mi experiencia personal me parece oportuno señalar alguno de los problemas que insisten y persisten, de solución difícil, compleja, a veces insolubles, y que seguramente tienen que ver con asuntos de fondo, de naturaleza social y económica.

En 1994, en el Coloquio sobre Responsabilidad y Protección en Salud Mental en el Ámbito Europeo celebrado en Madrid, me referí a estos asuntos, citándolos (21).

7-1 Tutela y Registro de la Propiedad: D. José María Segura Zurbano, Notario, dice que "La tutela ha tenido siempre una relación clarísima con el Registro de la Propiedad.: existen tutelas formalmente constituidas cuando el incapaz debe realizar algún acto jurídico que ha de inscribirse en el Registro de la Propiedad" . (22).Esta observación recuerda lo que decía R. Bercovitz en 1980... "la incapacitación y la tutela no son, pues, sino una vía de emergencia de recuperación de un patrimonio para la sociedad, normalmente a través de la familia del enfermo titular del mismo. Este patrimonio es el que interesa a la sociedad y no la situación personal del enfermo mental". (23).

El cambio de tutela de familia a tutela de autoridad producido en 1983, así como la promulgación de la L.E.C. ofrecen elementos protectores, garantistas, pero el carácter voluntarista de las leyes hace **muy difícil** remover las situaciones del fondo (antes era imposible).

Las dificultades para encontrar personas físicas o jurídicas que asuman la tutela de personas carentes de recursos contrasta con la celeridad e incluso la competencia entre personas e instituciones para tutelar a incapacitados con propiedades, dinero o rentas.

Entre los años 1983 y 2000 en que los procedimientos de incapacitación y tutela estaban separados, algún enfermo grave, incapacitado, rechazado por su familia y sin tutor, llegó a tener centenares de miles de pesetas en la cuenta donde le ingresaban la pensión no contributiva, cuenta que él no podía tocar, ni nadie por él...

Ahora mismo, instituciones tutelares " sin ánimo de lucro", algunas con nombre piadoso, comparecen en los procedimientos y se ofrecen cuando el presunto incapaz es titular, como mínimo, de pensión contributiva, piso, casa, huerta o solar. Como cuente solo con la pensión no contributiva no se toman la molestia.

En este contexto se entiende el recordatorio hecho por la Fiscalía General de Estado en abril de 1998 sobre la posibilidad de obligar a la asunción de tutela a la Administración entre cuyas competencias se incluye la atención al incapacitado o al presunto incapaz. Conozco algunas resoluciones judiciales que han impuesto dicha función, con desigual fortuna para la vida de los incapacitados. Personalmente creo que se debiera ampliar el

automatismo con que los Servicios de Atención al Menor se hacen cargo de los declarados en situación de riesgo o desamparados.

7-2 La tutela de autoridad judicial, el aumento de medios materiales y de personal así como la especialización de los juzgados obran en el sentido de mejorar las garantías y asegurar el respeto a los derechos de los incapacitados. De especial importancia resulta, a mi entender, el imperativo procesal de oralidad y presencia que obliga al juez civil, en muchas ocasiones, a entrar en el domicilio familiar del presunto incapaz o en la institución donde reside o se trata (obligación que, por cierto, no ha llegado aún a todos los psiquiatras...).

Sin embargo, el objetivo garantista resulta una tarea interminable, para lo que es necesario el concurso de otros profesionales y de otras instituciones.

7-2-1 La violencia que puede llegar a esconder la intimidad de la familia es sobrecogedora. Aireada la de género, comienza a salir a la luz la ejercida sobre niños o ancianos, incapacitados o no. Otras veces la dificultad radica en la objetivación de quejas y denuncias.: de abuso sexual, a veces expresión de la fantasía, el deseo insatisfecho o el despecho... o las quejas de los ancianos por mal trato o robo de sus pertenencias que atribuyen a sus familiares más cercanos, y que expresan con gran emotividad, y son, a veces, reacciones paranoides a cambios forzados en la situación vital o fenómenos deliroides y delirantes que preceden y acompañan algunas demencias.

7-2-2 Y la vida cotidiana en las instituciones custodiales, públicas y privadas, con y sin ánimo de lucro, con o sin "fraude de etiqueta" ... (21) Lo que ocurre en su interior celosamente guardado por los muros cerraduras y candados, así como por los intereses de la titularidad y el corporativismo del personal...Un solo dato.: Mientras que en España se procede a la contención mecánica de movimientos, diariamente, a un 27 por ciento de personas mayores dependientes que viven en residencias, en Dinamarca es un 2,2 por ciento (17'1 en Francia, 16'5 en U.S.A., 8'5 en Islandia) (25).

Interminable, pues, o al menos prolongada y fatigosa es la tarea de conseguir que tales instituciones sean abiertas y públicas "para todos, en todas sus actividades y funciones" ... (26).

Huelva, 14 de Abril de 2006

NOTAS Y REFERENCIAS

- 1.- En el Cuaderno Técnico nº 3 de la A.E.N. se da cuenta de la mayoría de dichos encuentros, hasta el año 2.000. Incluye un disquete con textos que considero de gran interés.
- 2.- La parte de texto entrecomillado la he tomado de J.K. Galbraith, **La economía del fraude inocente**, Ed. Critica, Barcelona, 2004. Referido por el autor a la Economía y a la Política, me parece perfectamente aplicable a la Psiquiatría y la Ley.
- 3.- Las denominaciones citadas son de clínicos como Spitz, Barton, Myerson, Martín, Bettelheim o Gruenberg. El concepto de **Institución Total** es sociológico, (E. Goffman, Internados. Ed. Amorrortu, 1970).
- 4.- Illich, I. Patogénesis, Inmunidad y calidad de la Salud Pública. En Archipiélago, nº 25, otoño de 1996 p.39-45. Su texto fundamental, a estos efectos es **Nemesis medica**, del que existe versión castellana (Barral, 1975). En la página Web www.ivanillich.org. Pueden encontrarse otros datos sobre la vida y la obra de Illich.
- 5.- Basaglia, F., Apuntes para un análisis de la normativa en Psiquiatría. Comunicación a la Convención Nacional sobre Medicina Preventiva. Roma, 17-20 de mayo 1978.
- 6.- Porter, R. Breve historia de la locura. Turner, F.C.E. Madrid, 2002, pág. 177-178.
- 7.- Véanse los apartados 3.1 y 4.2 del Cuaderno Técnico citado en 1.

- 8.- Santos Urbaneja, F. **Causa y motivo de la incapacidad civil**. Una reflexión sobre el artículo 200 del Código Civil. En Revisión de los procedimientos relativos a la incapacidad. Jornadas Fundación AEQUITAS Col La Llave, nº3. Madrid 2004, págs. 25-40.
- 9.- Véase Blech, Jörg. **Los inventores de enfermedades**. Como nos convierten en enfermos. Ed. Destino, Col. Imago Mundi, Volumen 65. Barcelona, 2005.
- 10.- Bruckner, P. La tentación de la inocencia. Anagrama. 1996.
- 11.- Lamas, S. A propósito de La Era antidepresiva de David Healy de la historia de la Psicofarmacología y de la industria farmacéutica. SISO-SAUDE. Boletín de Asociación Galega de Saude Mental. Hª 36, 2002. 69-106.
- 12.- Hay versión española de "las manifestaciones de la locura" de E. Kraepelin junto a textos de Hoche y Bumke. "Los síntomas de la locura". Fundación Archivos de Neurobiología. Ed. Triacastela. Madrid, 1999.
- 13.- Castilla del Pino, C. Palabras de Contestación y Conferencia en el Homenaje de la A.E.N. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. VIII – 27, 1988, 657-665.
- 14.- Scalia. G. La razón de la locura. En F. y F. Basaglia. La mayoría marginada. Laia, Barcelona, 1973. 143-182.
- 15.- Selvini, M. **¿Qué es la terapia de contexto?** Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría V-12, 1985 15-22.
- 16.- López Sánchez-Vizcaíno, A. "**La declaración de incapacidad**: requisitos, problemas, ventajas, inconvenientes. Otras soluciones". Deficiencia, Enfermedad Mental y senilidad: Mecanismos Legales de Protección. Foro Andaluz de Debate e Investigación sobre la Deficiencia y la Enfermedad Mental. Curso 1995/96 págs. 41-54.
- 17.- Santos Urbaneja, F. Ver referencia nº8.
- 18.- López Sánchez-Vizcaíno, A. Véase referencia número 16.
- 19.- Dueñas, C. **La declaración de incapacidad por enfermedad mental**. Foro Andaluz. Curso 1995/96 págs. 55-60.
- 20.- Fernández López, J.M. **El procedimiento de incapacidad**. Jornadas Fundación AEQUITAS. Col. La Llave nº3. Madrid, 2004. 271-286.
- 21.-González O. La presunción de incapacidad en la ley española y sus problemas prácticos. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría. Vol. XV, nº 55, 1955, 727-734, reproducido (con menos errores) en Cahiers Pollen nº 516 . C.E.D.E.P., París, 1995.
- 22.- Segura Zurbano, J. M. Intervención en las Jornadas Fundación AEQUITAS (Vol. La Llave nº3, Madrid 2004 308-312.
- 23.- Bercovitz, R. **Psiquiatría y Derecho**. En González de Rivera, Vela, Arana, Manual de Psiquiatría. Karpos. S.A. Madrid 1980. págs. 1239-1255.
- 24.- Jiménez Soria, J. Ingresos en Centros Geriátricos Jornadas Fundación AEQUITAS. Col. La Llave, nº 3. Madrid 2004, 219-224.
- 25.- Bartolomé, A, Entrevista a Antonio Bargueño. Diario Médico. Miércoles 8-febrero-2006. P. 21.
- 26.- Castilla, C. La ideología de la locura en la práctica psiquiátrica actual. Prólogo al texto de Bercovitz. La marginación de los locos y el derecho. Taurus. Madrid, 1976.

Session : Soigner en prison, punir à l'hôpital ?

Philippe BERNARDET*

DITES-MOI, DOCTEUR, L'HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT EST-ELLE TOUJOURS EN AUSSI BONNE FORME ?...

Depuis quelques années, la psychiatrie française n'est pas en très bonne forme. C'est le moins que l'on puisse dire. En revanche, le contentieux français de l'hospitalisation psychiatrique a connu d'importantes avancées par l'affirmation soutenue de la force des formalités substantielles édictées par le législateur pour sauvegarder au mieux la liberté individuelle.

Si l'hôpital psychiatrique a pu longtemps paraître, aux yeux des patients, comme une zone de quasi non droit, il semble que l'hospitalisation sans consentement, décidée par l'administration, risque, ces prochaines années, d'entrer, en France, dans une zone de grandes turbulences, peut être bien comparable aux quarantièmes rugissants. La barque rafistolée de l'internement administratif y sombrera-t-elle ? C'est, en tout cas, ce que semble souhaiter un nombre, toujours croissant, d'intervenants qu'il s'agisse de patients, de médecins, de juristes, mais aussi de magistrats et de politiciens.

A. MODIFICATIONS ET ENJEUX DE LA REPARTITION JURIDICTIONNELLE DES COMPETENCES :

I. L'ANCIENNE REPARTITION :

Jusqu'alors, ce contentieux se répartissait selon le schéma classique du dualisme juridictionnel, spécifiquement français, faisant du juge administratif, le juge de la légalité externe (formelle) des actes de placement et du juge de l'ordre judiciaire, le juge de leur légalité interne (opportunité de la mesure sous son double aspect médical et de police administrative).

Cette répartition des compétences était fondée sur le fait qu'en France, l'internement est une mesure décidée par l'administration (préfet, maire -commissaire de police, à Paris- en cas d'hospitalisation d'office ; chef d'établissement, en cas d'hospitalisation à la demande d'un tiers). De ce fait, le juge naturel d'une telle décision ne pouvait être que le juge administratif. Toutefois, la mesure portant atteinte à la liberté individuelle a contraint le législateur à organiser, depuis 1838², un contrôle judiciaire, a posteriori, sur simple requête de l'interné comme de toute personne susceptible d'agir dans l'intérêt du patient,

* Chargé de recherche au C.N.R.S.

² Ancien art. L. 351 du Code de la santé publique, actuel art. L. 3211-12.

voire d'office, par le juge, ou sur saisine du parquet. Cette contrainte n'était pas nouvelle puisqu'elle résultait de l'interdiction des Lettres de cachet, prononcée en 1788 par le Parlement de Paris, confirmée par la révolution, puis par la Charte de 1814 concédée par Louis XVIII, érigeant le juge de l'ordre judiciaire comme la seule autorité gardienne de la liberté individuelle. La Restauration de l'Ancien Régime s'arrêtait ainsi aux droits de la personne dont l'administration ne pouvait plus se saisir sans ordre du juge.

Depuis la loi du 15 juin 2000, le Juge des libertés et de la détention (juge habituellement pénal, mais statuant ici comme juge civil) est chargé de décider du sort des requêtes en sortie judiciaire, formées par les personnes contestant leurs hospitalisations psychiatriques sous contrainte.

Cette dualité des compétences provoquait jusqu'alors que le juge administratif annulait les actes fautifs au regard de la forme et réparait le préjudice, essentiellement moral, né de tout vice de cette espèce affectant la décision. En revanche, le juge civil était, également, seul compétent à connaître du bien fondé médical et de l'opportunité de la mesure de placement au regard des exigences de la sûreté. En cas d'abus ou d'arbitraire, il était également seul compétent à ordonner la sortie immédiate, comme à réparer le préjudice né de tels abus.

II. LES TENTATIVES D'UNIFICATION :

1°) Sur le fondement de la loi « Sécurité et Liberté » du 2 février 1981 :

Toutefois, certains magistrats avaient cru pouvoir se saisir de la loi du 2 février 1981, inspirée de la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme et des libertés fondamentales. Cette loi, dite « Sécurité et Liberté », avait en effet instauré le débat contradictoire en matière de sortie judiciaire et autorisait, désormais, le juge, à motiver ses décisions d'élargissement, quand bien même de tels motifs heurteraient directement ceux de la décision administrative, maintenant l'intéressé séquestré. Elle permettait en outre que les audiences concernant ces requêtes, soient désormais publiques, sauf exception déterminée par le Nouveau code de procédure civile. Selon ces magistrats novateurs, le législateur français avait ainsi voulu instituer une sorte de procédure d'habeas corpus, comparable à celle du droit anglo-saxon. Ils en déduisaient qu'ils étaient désormais fondés à s'assurer de la régularité de la procédure et des actes administratifs en cause.

Constatant ainsi que « *C... a été privée de sa liberté d'aller et venir et contrainte de séjourner au Centre hospitalier spécialisé de Fains-Véel sur la base d'un arrêté préfectoral sommairement motivé ; que l'arrêté de mars 1980 prescrivant le placement d'office de la requérante dans un établissement de soins se borne à indiquer que celle-ci serait « atteinte de maladie mentale » et constituerait « un danger pour elle-même et pour la collectivité ; (...) qu'une telle motivation, qui pourrait légitimer l'internement psychiatrique d'une grande partie de la population vivant sur le territoire français ne permet pas d'apprécier si le placement de C... se justifiait réellement »*, le président du Tribunal de Grande Instance de Bar-le-Duc put ordonner, sur ce seul fondement relatif à la légalité externe de l'acte, l'élargissement de la personne placée³.

³ Ord. réf. TGI Bar-le-Duc, 21 juin 1982, D. 1983, 25.

Dans une seconde ordonnance du 13 octobre 1982, ce même magistrat constatait : « qu'il résulte de l'examen du dossier de L... que ce requérant se trouve actuellement hospitalisé contre son gré à Fains-les-Sources sur la base d'un arrêté préfectoral portant placement d'office du 23 juin 1980 ; que cet arrêté n'énonce pas les raisons pour lesquelles L... compromettrait l'ordre public et la sûreté des personnes dans l'hypothèse où il ne serait pas hospitalisé et se borne à faire référence à un certificat médical ; que la seule référence à un certificat médical (même nourri) ne paraissant pas de nature à pouvoir suppléer à l'exigence de motivation détaillée telle qu'exigée par l'art. L. 343 c. santé publique nous sommes amené à concevoir de sérieux doutes sur la légalité de l'arrêté précité ; (...) que si certes la loi des 16-24 août 1790 fait obstacle à ce que nous puissions décréter l'illégalité de l'acte du préfet nous sommes néanmoins amené à dire que les dispositions du code de la santé publique n'ont pas été appliquées de manière rigoureuse dans le cas du requérant ; que peu important le point de savoir si L... peut ou doit continuer à être soigné en milieu « fermé » nous prescrivons donc l'élargissement immédiat du requérant de l'établissement où il se trouve »⁴.

Cette décision était d'autant plus courageuse que le magistrat s'était rendu sur place, afin d'auditionner l'intéressé, âgé de 80 ans, en présence du chef d'établissement et du médecin chef, lequel attestait de l'existence « d'un délire de persécution à structure paranoïaque » et soutenait que son patient ne pouvait « vivre à l'extérieur qu'à la condition d'être accepté par ses proches ; que tel n'était pas le cas à raison du conflit opposant M. L... à son gendre ». Ainsi, le médecin concluait-il à la nécessité du maintien de l'intéressé dans son service. Cela ne suffit cependant pas au magistrat pour couvrir le défaut patent de motivation, affectant l'ordre de placement, demeurant, à ses yeux illégal.

Mais ce genre d'ordonnances demeura exceptionnel, le juge libérateur hésitant à se faire ainsi juge de la légalité externe des décisions administratives d'hospitalisation sans consentement.

2°) L'arrêt MENVIELLE de la CA de Paris de 1996 et la réaffirmation des pouvoirs du juge judiciaire:

Toutefois, en 1996, se saisissant des articles 66 de la Constitution et 136 du Code procédure pénale, la Cour d'appel de Paris, statuant sur le recours indemnitaire de M. Christian MENVIELLE, devait affirmer sa compétence à connaître non seulement de l'opportunité des décisions de placement, mais encore de leur légalité externe (formelle) comme à ordonner la réparation du préjudice né de tout vice de forme, au même titre que celui résultant de toute détention injustifiée⁵. Par cet arrêt, qualifié plus tard de « retentissant » par M. de GOUTTES, Premier avocat général près la Cour de cassation⁶, la Cour d'appel de Paris rappelait : « que le principe de l'autorité judiciaire gardienne des libertés individuelles, ayant une valeur constitutionnelle, ne saurait être subordonné au principe de la séparation des autorités administratives et judiciaires » lorsqu'il s'agit « de matières réservées par nature à l'autorité judiciaire ».

⁴ Ord. réf. TGI Bar-le-Duc, 13 octobre 1982, D. 1983, 26.

⁵ CA, Paris, Centre hospitalier de Lannemezan, 31 mars 1996, D. 1997, jurisp. p. 554, note Prévault ; Gaz. Pal. 18-19 déc. 1996, p. 28.

⁶ Cass., ass. Plén., 6 juillet 2001, Langlois c/ Agent judiciaire du Trésor, Bull. civ. 2001, ass. Plén. N° 9 ; JCP G 2002.II.10105, note Th. Fossier.

3°) La décision MENVIELLE du 17 février 1997 du Tribunal des Conflits et l'unification du contentieux de la réparation entre les mains du juge judiciaire :

Cet arrêt fut naturellement soumis à la censure du Tribunal des conflits par le préfet de la Région Ile-de-France.

Devant cette instance, Jerry SAINTE-ROSE, commissaire du Gouvernement interpellait à son tour les huit Conseillers d'Etat et de la Cour de cassation, composant le Tribunal des conflits : « Le moment n'est-il pas venu, à la lumière de la jurisprudence du Conseil constitutionnel et eu égard à la position prise par la Cour de cassation, d'admettre que le principe selon lequel l'autorité judiciaire est gardienne de la liberté individuelle ne peut plus être traité aujourd'hui comme une dérogation à interpréter strictement mais doit être tenu pour un principe constitutionnel qui ne saurait s'effacer devant d'autres règles de compétence d'origine jurisprudentielle sans véritable justification juridique »⁷.

Il est d'ailleurs assez surprenant de devoir poser encore la question en 1997 sans que celle-ci ait trouvé de solution satisfaisante, alors que ce principe ne relève pas seulement de la Constitution du 4 octobre 1958, mais est issu de l'affirmation du Parlement tendant à limiter l'absolutisme royal ; mouvement suffisamment fort pour avoir été consacré par la révolution et figurer expressément à la Charte de 1814, lors de la Restauration de l'Ancien Régime qui ne put néanmoins anéantir cette protection contre un retour à l'Absolutisme !...

On a longtemps fait croire que, par sa décision du 17 février 1997, le Tribunal des conflits avait censuré la Cour d'appel et désavoué son propre commissaire du gouvernement. Il n'en est rien, en réalité. Le Tribunal des conflits a, ici, statué en une valse hésitation à ... cinq temps, donc forcément boiteuse.

Après avoir constaté la régularité de la procédure d'élévation de conflit par le préfet de région, il a annulé l'arrêté de la Cour d'appel de Paris comme étant irrégulier pour n'avoir pas respecté un délai de 15 jours laissé au préfet, à compter de la réception du jugement rejetant le déclinaoire de compétence. C'est donc sur un vice de forme, et non au fond, qu'il a annulé l'arrêt au vu de la violation, par la Cour d'appel de Paris, d'une vieille disposition figurant, cette fois, à une ordonnance de Charles X, du 1^{er} juin 1828 (art. 7 et 8).

L'arrêt de la Cour d'appel étant ainsi annulé, il se devait de statuer sur la compétence respective des deux ordres ; ce qu'il fit en adoptant une position médiane consistant à rappeler la compétence résiduelle de la juridiction administrative à connaître de la légalité externe des actes et à annuler les décisions fautives, mais en unifiant le contentieux de la réparation entre les mains du juge judiciaire.

Enfin, constatant précisément que, dans la présente espèce, le juge administratif avait bien statué ainsi, il en a déduit que « le préjudice subi du fait de la décision contestée relevait de l'autorité judiciaire » et il a par suite dit que « c'est à tort que le préfet a élevé le conflit ». Aussi annula-t-il l'arrêté d'élévation, dans le même temps qu'il avait annulé l'arrêt de la Cour d'appel ; circonstance pour le moins inhabituelle où l'on voit le Tribunal des conflits annuler les deux décisions : celle du représentant de l'Etat qui le saisit et la décision contestée, objet de l'élévation de conflit.

Loin donc d'avoir censuré la Cour d'appel de Paris dans son raisonnement, comme on le soutient habituellement, le Tribunal des conflits a, au contraire, validé, au fond, l'interprétation suivie par la Cour quant à la compétence exclusive du juge judiciaire à connaître, du fait de l'article 66 de la Constitution, du préjudice né de toute atteinte à la

⁷ Concl. sur T.C., 17 février 1997, Préfet de la région Ile-de-France, JCP 1997.II.22885.

liberté individuelle, y compris des vices de formes affectant les décisions de placement et de maintien.

Les magistrats ont surtout retenu que le Tribunal des conflits avait ainsi réaffirmé fermement la compétence exclusive du juge administratif à connaître de la légalité externe des décisions de placement et de maintien. C'est également ce qu'en a retenu la Cour européenne des droits de l'homme dans son arrêt pris le 23 février 1999, statuant sur la requête introduite par M. André BITTON, actuel président du Groupe Information Asiles⁸. Dans cette dernière affaire, celui-ci se plaignait de ce que ce dualisme juridictionnel et cette évolution de la jurisprudence, qui avait conduit au rejet de ses demandes indemnitaires initialement soumises aux juridictions administratives, rendaient impossible la réparation de son dommage et violaient, de ce fait l'article 5 § 5 de la Convention européenne des droits de l'homme, lequel garantit la réparation de toute violation de son article 5.

Pour rejeter sa requête, la Cour européenne des droits de l'homme dut observer que : « jusqu'à l'arrêt du Tribunal des Conflits du 17 février 1997, tant le juge administratif que le juge judiciaire pouvaient accorder réparation des irrégularités qu'ils constataient. Depuis cet arrêt, tout le contentieux de la réparation est de la compétence du juge judiciaire »⁹.

Il ne restait donc plus à l'intéressé qu'à tout recommencer devant les juridictions civiles et à faire son deuil des vains efforts déployés devant les juridictions administratives. C'est ainsi que, dans notre démocratie, et avec l'aval de la Cour européenne des droits de l'homme, se règlent, sur le dos des justiciables et des victimes d'internements irréguliers, les questions de compétence entre les deux ordres de juridiction, les incohérences des textes et de la jurisprudence.

4°) La décision de la CEDH, VERMEERSCH, du 30 janvier 2001, assimilant tout vice de forme affectant la décision de placement à une atteinte à la liberté individuelle, et ses conséquences sur la répartition des compétences :

Toutefois, par un arrêt du 30 janvier 2001, cette même Cour européenne des Droits de l'Homme¹⁰ a supprimé tout fondement juridique à la compétence résiduelle du juge administratif à connaître de la légalité externe des décisions de placement. En effet, dans une affaire VERMEERSCH c. France, elle a rappelé que, conformément à son arrêt AERTS c. Belgique du 30 juillet 1998, la liberté individuelle doit être considérée comme un droit civil. Dès lors, tout contentieux relatif à l'atteinte à la liberté individuelle relève, non seulement des dispositions de l'article 5 de la Convention qui protège contre tout abus ou arbitraire en matière de détention et d'arrestation, y compris des aliénés, mais encore de l'article 6 § 1. Ce dernier article consacre un certain nombre de règles de procédure pour toute accusation en matière pénale comme pour tout litige relatif à un droit civil. Mais, après ce rappel, elle a établi que le contentieux de la légalité externe des décisions de placement en hôpital psychiatrique qui, en France, ressortit à la compétence du juge administratif, est un contentieux de l'atteinte à la liberté individuelle, relevant dès lors également des dispositions de l'article 6 § 1.

⁸ Arrêt Cour eur. D.H., 23 février 1999, req. A.B. c. France n° 39586/98.

⁹ Arrêt, précité, p. 6.

¹⁰ Déc. irrecevabilité, Cour eur. D.H., 30 janvier 2001, VERMEERSCH c. France, req. n° 39277/98.

Ce faisant, la Cour européenne a ôté tout fondement à l'ancien dualisme juridictionnel français en matière de contentieux de l'internement psychiatrique. Ce dualisme reposait en effet sur la doctrine spacieuse selon laquelle seul le contentieux de l'opportunité des mesures de placement concernerait l'atteinte à la liberté individuelle. En revanche, celui de la légalité externe de ces mêmes mesures, ne la concernerait pas. Malgré l'affirmation contraire, et néanmoins constante, de la Commission européenne des droits de l'homme, jusqu'à sa dissolution en 1998¹¹, les plus hautes juridictions françaises n'ont pas voulu reconnaître que le contentieux de la légalité externe des décisions d'hospitalisation sous contrainte relevait de l'atteinte à la liberté individuelle, sans pour autant dire de quoi il pourrait ressortir. Conception d'autant plus absurde, bien que séculaire, que les débats à l'assemblée nationale et au sénat lors du vote la réforme du 27 juin 1990 avaient rappelé que les formalités substantielles, parfois tatillonnes et rigoureuses, voulues par le législateur, visaient à garantir et à sauvegarder au mieux la liberté individuelle et à lutter contre tout abus et arbitraire en ce domaine. Vouloir couper ces formalités de tout lien avec la liberté individuelle, était donc condamner celles-ci à l'insignifiance, au point qu'il était possible, comme le soutenaient d'ailleurs certains juges, que de tels vices de forme ne seraient source d'aucun préjudice, dès lors que, par ailleurs, la mesure apparaîtrait bien fondée.

Une personne pouvait ainsi être irrégulièrement internée durant des années pour peu que les médecins considérassent la mesure nécessaire. Malgré l'illégalité de son placement, l'intéressé ne pouvait prétendre, obtenir ni la réparation d'un quelconque dommage, ni, à plus forte raison, sa sortie, malgré l'annulation des actes fautifs¹².

¹¹ Jusqu'en 1998, en effet, la jurisprudence constante de la Commission européenne des droits de l'homme énonçait que « les procédures relatives à l'internement d'une personne en hôpital psychiatrique ne portent pas sur des droits et obligations de caractère civil et l'article 6 ne s'y applique pas (c notamment N° 11200/84, déc. 14.7.87, .R. 53, p. 50 ; N° 10801/84, L. c. Suède, Rapport comm. 3.10.88, .R. 61, pp. 62 - 63, par. 86 à 88) » (déc. du 9 avril 1997, N° 22642/93, Joël DESHAYES c. France). Sans trancher la question, la Commission européenne des droits de l'homme avait néanmoins relevé, dès 1994, que M. José FRANCISCO, qui plaidait pour l'application des dispositions de l'article 6 § 1 à tout contentieux relatif à la liberté individuelle, soutenait que : « la privation de liberté résultant d'un internement psychiatrique ne concerne, selon lui, pas seulement la liberté d'aller et venir, mais met également en cause la réputation de l'intéressé et sa vie familiale et privée ; se trouve ainsi en jeu l'article 8 de la Convention dont l'objet est éminemment civil. Le requérant soutient ainsi la thèse de l'interprétation extensive de l'article 6 par. 1 de la Convention, la liberté individuelle étant un droit absolu dans une société démocratique. Ainsi, réduire les garanties offertes à la victime pour obtenir réparation du préjudice qu'elle subit du fait d'agissements fautifs de tiers reviendrait à mettre en cause le fondement même de la Convention qui tend à préserver les droits démocratiques » (déc. Comm. eur. D.H., Plén., 4 juillet 1994, José FRANCISCO c. France, n° 19213/91, pp. 9 et 10). Ces nombreuses décisions de la Commission européenne des Droits de l'Homme auraient déjà dû inquiéter puisqu'elles tendaient à considérer que ce contentieux de l'excès de pouvoir, propre à l'internement psychiatrique, relevant, en France, de la compétence du juge administratif, était bien un contentieux de l'atteinte à la liberté individuelle ; mais la Commission en déduisait que seules les dispositions de l'article 5 s'y appliquaient, refusant d'assimiler la liberté individuelle à un droit civil. Elle en concluait donc que l'article 6 § 1 de la Convention ne pouvait concerner un tel contentieux. Elle en déduisait, entre autres, de façon surprenante, que la Convention ne garantissait, en ce domaine, ni l'écoute équitable de la cause des requérants par un tribunal indépendant et impartial, ni une décision juridictionnelle à délai raisonnable, si bien que les victimes d'internement irrégulier pouvaient continuer à batailler, durant des années, devant les juridictions administratives, sans que personne n'y trouvât à redire – surtout pas les organes de la Convention européenne de sauvegarde.

¹² L'affaire de M. Claude BAUDOIN, actuellement hospitalisé d'office à l'UMD de Sarreguemines est ici particulièrement significative puisque, malgré l'annulation de tous les arrêtés de placement et de maintien, depuis juillet 1998, il demeure néanmoins interné. Concernant la première période d'internement de ce dernier, de 1985 à janvier 1998, voir : Marie-Christine d'Welles, Le Sequestré de Montfavet. L'affaire Baudoin, Monaco, Ed. du Rocher, 1998 ; Catherine Derivery et Philippe Bernaret, Enermez-les Tous ! Internements : le scandale de l'abus et de l'arbitraire en psychiatrie, Paris, Robert Laffont, 2002, pp. 169 – 179 ; et, pour les

De telles formalités ne servaient plus à rien et apparaissaient comme des tracasseries bien inutiles, dont plus personne ne faisait cas. Cela devait, entre autres, faciliter le dérapage des admissions en urgence sous HDT, lesquelles se sont multipliées, dès la promulgation de la loi du 27 juin 1990. Cette modalité de placement permet en effet, on le sait, de se dispenser de tout certificat médical d'un médecin extérieur, lequel était pourtant conçu, par l'ancienne loi du 30 juin 1838, comme la garantie fondamentale en matière d'admission à la demande d'un tiers. La seule urgence existant réellement devint ainsi, très rapidement, celle de pouvoir se dispenser de ce regard extérieur à l'établissement, comme devaient le souligner certaines Commission départementales de l'hospitalisation psychiatrique¹³.

Ces aberrations conduisaient ainsi le juge du fond, et conduit d'ailleurs de nouveau la Troisième Section de la Première Chambre civile du TGI de Paris, placée sous la présidence de Mme Florence LAGEMIE, à juger du bien fondé des mesures de placement avant même que l'on se soit assuré de la régularité formelle des pièces figurant au dossier. Le char de la justice se trouve ainsi de nouveau placé avant ses bœufs - et l'ensemble a toujours le pied sur une tortue - ce qui est assurément prometteur ! On ne s'étonnera pas toutefois, qu'en la matière, certains trouvent qu'elle a une fâcheuse tendance à faire du sur place ! Probablement, même, est-ce la raison pour laquelle la juridiction parisienne a, ces derniers temps, notablement régressé, en divisant par dix le montant des indemnités, allouées aux victimes d'internements abusifs et irréguliers depuis le milieu des années 90 par les diverses juridictions civiles, y compris parisiennes.

Mais, dès lors que le contentieux de l'excès de pouvoir, conduisant à l'annulation des décisions administratives pour vice de forme, est élevé, par la Cour européenne des droits de l'homme, au rang de contentieux de l'atteinte à la liberté individuelle, le juge administratif perd tout fondement à sa propre compétence résiduelle. En effet, l'article 66 de la Constitution fait du juge judiciaire le gardien naturel et exclusif de celle-ci. Lui seul peut connaître de toute atteinte à la liberté individuelle.

Certes, comme le souligne le professeur Fabrice MELLERAY, convient-il « de constater que la jurisprudence est arc-boutée dans un sens inverse, partant du principe que l'arrêté d'hospitalisation est l'exemple type de l'acte juridique mettant en œuvre une prérogative de puissance publique et doit donc être soumis au juge administratif de la légalité conformément au principe fondamental reconnu par les lois de la République dégagé dans la célèbre décision du Conseil constitutionnel dite Conseil de la concurrence

derniers rebondissements de cette affaire : Sud-Ouest Dimanche, 3 juil. 2005 ; Sud-Ouest, 4 juill. 2005 et 17 janv. 2006 ; Dépêche AFP Bordeaux, 1^{er} juill. 2005. Voir également, dans le même sens, déc. Com. eur. .D.H., Plén., 26 juin 1995 et 26 février 1995, G. et N. G. c. France, n° 19869/95.

¹³ Dans son rapport de 1994, la CDHP du Nord notait ainsi qu'il semblait que ce soit l'obligation de trouver un deuxième médecin certificateur qui constitue le péril imminent, au regard de la pauvreté des descriptions cliniques et arguments étayant le péril imminent, manifestement inexistant. La sanction, par le Conseil d'Etat, des admissions à la demande de tiers n'ayant aucun lien avec la personne concernée et ne la connaissant pas auparavant, n'eut, de ce fait encore, pas plus d'impact sur la limitation de telles pratiques et de telles détournement de la loi (C.E., 3 déc. 2003, CHS de Caen, n° 244867 ; voir également CAA Nantes, 7 février 2002, Pluriels n° 35, février 2003, p.3 et CAA Douai, 8 juil. 2004). Naturellement, dans leur rapport de mai 2005, énonçant des Proposition de réforme de la loi du 27 juin 1990 (rapport IGAS n° 2005 064 et Inspection générale des services judiciaires n° 11/05), les Drs Alain LOPEZ et Isabelle YENI, de l'IGAS, ainsi que Martine VALDES-BOULOUQUE et Fabrice CASTOLDI, membres de l'Inspection générale des services judiciaires, proposent de légaliser ce détournement de la loi en admettant même, en cas d'urgence, l'admission sans demande de tiers, avec simple signalement à parquet, lequel serait chargé de provoquer la mise sous curatelle à la personne de l'intéressé. Le curateur à la personne ferait ainsi office de tiers pour régulariser le maintien.

de 1987¹⁴ »¹⁵. C'est toutefois oublier que si, par cette décision, le Conseil constitutionnel a bien fondé le juge administratif comme juge de droit commun de l'administration et a ainsi confirmé la réserve de compétence de la juridiction administrative en lui donnant son fondement constitutionnel, il l'a néanmoins fait « à l'exception des matières réservées par nature à l'autorité judiciaire », au premier rang desquelles figure, précisément, l'atteinte à la liberté individuelle¹⁶. Dans ces conditions, la position arrêtée par la Cour d'appel de Paris, dans l'affaire MENVIELLE se trouve singulièrement renforcée et l'unification du contentieux de l'internement psychiatrique entre les mains du juge de l'ordre judiciaire se trouve désormais en bonne voie. On peut même espérer voir mettre un terme, dans quelques années, à cette sinistre partie de ping-pong à laquelle se livrent les deux ordres de juridiction depuis plus d'un siècle et demi et dans laquelle les victimes d'internements abusifs ou illégaux servent de balle à défaut de putching ball ! A condition, toutefois, que d'autres ne viennent pas proposer de jouer au Jokari qui permettrait cette fois de renvoyer la victime aux deux ordres de juridiction tout en évitant cependant qu'ils se renvoient chacun la balle, se trouvant, dès lors, tous deux côte à côte et placés du même côté.

5°) De la vaine tentative d'unification du contentieux entre les mains du juge administratif :

A l'occasion de l'instruction de l'affaire de Mme L., qui devait déboucher sur un arrêt de Section du 1^{er} avril 2005 du Conseil d'Etat, réaffirmant la répartition des compétences entre les deux ordres juridictionnels, telle que déterminée par la décision prise, le 17 février 1997 par le Tribunal des conflits, dans l'affaire MENVIELLE, Jacques-Henri STAHL, commissaire du gouvernement, avait en effet conclu au renvoi de l'affaire devant cette dernière juridiction, au motif que le moment lui semblait venu d'étendre la compétence du juge administratif à connaître de la légalité tant interne qu'externe des

¹⁴ C.C., 23 janv. 1987, Rec. Lebon, p. 8 ; GAJA, n° 95, GDCC, n° 41.

¹⁵ F. Melleray, « Une occasion manquée de réformer la répartition juridictionnelle des compétences en matière d'hospitalisation d'office », L.P.A., 10 oct. 2005, n° 201, p. 14.

¹⁶ Rappelons, à ce propos le considérant 15 de cette décision du Conseil constitutionnel, fausement et habituellement lue de façon trop sélective au profit de la juridiction administrative. La plupart des commentateurs oublient ainsi la réserve expresse des matières relevant de la compétence du juge judiciaire, pourtant expressément soulignée par cette décision : « Considérant que les dispositions des articles 10 et 13 de la loi des 16 et 24 août 1790 et du décret du 16 fructidor An III qui ont posé dans sa généralité le principe de séparation des autorités administratives et judiciaires n'ont pas en elles-mêmes valeur constitutionnelle ; que néanmoins, conformément à la conception française de la séparation des pouvoirs, figure au nombre des « principes fondamentaux reconnus par les lois de la République » celui selon lequel, à l'exception des matières réservées par nature à l'autorité judiciaire, relève en dernier ressort de la compétence de la juridiction administrative l'annulation ou la réformation des décisions prises, dans l'exercice des prérogatives de puissance publique, par les autorités exerçant le pouvoir exécutif, leurs agents, les collectivités territoriales de la République ou les organismes publics placés sous leur autorité ou leur contrôle ». On notera par surcroît qu'en dehors « des matières réservées par nature à l'autorité judiciaire », le Conseil constitutionnel ne valide la réserve de compétence de la juridiction administrative qu'à l'annulation et la réformation des actes administratifs fautifs. Cette réserve ne s'étend donc même pas à la simple connaissance de la légalité de ceux-ci, mais uniquement à leur annulation ou réformation. Le juge judiciaire peut ainsi connaître de cette légalité, sans toutefois pouvoir annuler l'acte ou le réformer, y compris dans les domaines d'intervention de l'administration qui ne concernent pas « les matières réservées par nature à l'autorité judiciaire ». Nous sommes donc très loin d'une large réserve de compétence au profit de la juridiction administrative qui pourrait inclure les actes de l'administration attentatoire à la liberté individuelle, comme certains voudraient le faire croire.

décisions d'hospitalisation sans consentement, comme du contentieux de la réparation, réservant au juge civil, la seule possibilité de statuer sur les requêtes en sortie immédiate. Selon une telle conception, le contentieux indemnitaire ne mettrait pas lui-même en cause l'atteinte à la liberté individuelle, mais le seul droit civil à réparation. Ainsi serait-il légitime de limiter l'intervention du juge de l'ordre judiciaire au contrôle de l'opportunité de la mesure, lorsque la personne se trouve toujours détenue. Tout le reste du contentieux, basculerait alors du côté du juge administratif.

Au lieu de plaider en faveur d'un bloc de compétence au profit du juge judiciaire, voire de l'unification du contentieux entre les mains de ce dernier, Jacques-Henri STAHL se prononçait ainsi en faveur d'une compétence concurrente, d'une « juxtaposition de recours »¹⁷, devant les juridictions administratives et judiciaires.

Pourquoi décidément faire simple, quand on peut faire plus compliqué et... renvoyer cette fois le patient, non dans le filet, mais dans la raquette du concurrent par le truchement d'un élastique à effet boom rang, tout en se passant de table, si ce n'est à dissection, du moins de tennis. La victoire reviendrait ici au magistrat le plus diligent.

Mais l'on voit bien l'objectif de la manœuvre. Le juge judiciaire, limité à sa fonction de juge libérateur, pourrait certes, encore, ordonner une sortie judiciaire en constatant que le maintien en détention n'apparaît plus nécessaire, mais sa décision, prise en la forme des référés, ne saurait pour autant s'imposer au juge du fond que deviendrait alors le juge administratif saisi de tout recours indemnitaire. Les ordonnances de référé n'ont en effet aucune autorité de la chose jugée et demeurent provisoires, tant que le juge du fond n'a pas statué. Le juge administratif ne serait ainsi pas lié par l'appréciation du bien fondé de la mesure –et en tout cas du maintien– par le juge de l'ordre judiciaire. Ainsi l'administration retrouverait-elle ses droits et... ses prérogatives, comme au temps de l'Absolutisme royal –mais puisque le prince est républicain!... Il est pourtant vrai que l'on a déjà vu des républiques fascistes ou bananières. Mais il s'agit-là, probablement, d'un autre débat.

La Haute Assemblée n'a heureusement pas voulu se lancer dans l'aventure en enfourchant, en période de forte houle, ce singulier catamaran. Elle a préféré opter pour le statu quo ante, institué par le Tribunal des conflits en 1997, tandis que, de leur côté, la Cour de cassation et la Cour d'appel de Paris ont poursuivi leurs courses. Mais, comme le souligne le professeur Fabrice MELLERAY, si l'arrêt L. du 1^{er} avril 2005, qui ne semble pourtant pas être un « poisson d'avril », n'est absolument pas innovant, il « n'en est pas moins intéressant dans la mesure où le simple fait que la question ait été à nouveau posée à une formation solennelle de jugement révèle que la solution ici reprise faisait débat au sein même du Conseil d'Etat »¹⁸.

Déjà, l'ancienne formation de la Troisième Section de la Première chambre civile du tribunal de grande instance de Paris, sous la présidence, cette fois, de M. DIOR avait, dans une affaire ANDERSON et par jugement mixte du 3 juin 2003, affirmé sa compétence à juger de la régularité de la procédure suivie par l'administration hospitalière dans le cadre de l'admission de l'intéressée en hospitalisation à la demande d'un tiers et avait conclu au caractère illégal de l'internement, tout en désignant un expert, et renvoyé l'affaire à une autre audience afin de statuer ultérieurement sur l'opportunité de la mesure ¹⁹. Nous

¹⁷ Fabrice Melleray, *op. cit.*, p. 13

¹⁸ *Idem.* Voir également la note critique consacrée à l'arrêt L. du 1^{er} avril 2005 du Conseil d'Etat, AJDA, 2005, p. 1231, chron. C. Landais et F. Lenica, RDA, 2005, p. 683.

¹⁹ Statuant au fond, mais cette fois sous la présidence de Mme Lagémie, par jugement du 13 mars 2006, ce même tribunal considéra l'internement de l'intéressée, médicalement justifié et ne lui accorda ainsi que 1.000

retrouvons donc ici la réaffirmation de compétence du juge judiciaire dont, en 1982, le président du tribunal de grande instance de Bar-le-Duc avait été le précurseur (voir supra), alors qu'à cette époque, il donnait l'impression de prêcher dans le désert, tant sa position demeurerait isolée.

6°) L'indemnisation du délai déraisonnable d'instruction des recours par le juge administratif et la mise en cause de la juridiction administrative au regard des normes conventionnelles:

La consécration, par l'arrêt VERMEERSCH de la Cour européenne des Droits de l'Homme, de l'intégration du contentieux de l'excès de pouvoir des décisions de placement et de maintien, aux litiges concernant un droit civil, relevant des garanties conjointes des articles 5 et 6 § 1 de la Convention, a notamment permis d'étendre, par la suite, l'application des règles de procédure de ce dernier article et la jurisprudence qui s'y rattache, à l'ensemble du contentieux lié à l'hospitalisation psychiatrique, qu'il s'agisse de l'accès aux pièces²⁰ et des droits de visite²¹. Celui du forfait journalier bénéficiait déjà d'une telle protection dans la mesure où le caractère patrimonial des sommes en cause n'a jamais pu être sérieusement contesté²². Reste à y inclure le contentieux administratif de la destruction des dossiers, après annulation des actes fautifs, et celui de la surveillance de police comme de l'éventuel fichage qui, jusqu'alors, selon les organes de la Convention, ne concernent « ni une contestation sur les droits et obligations de caractère civil (...) ni le bien-fondé d'une accusation en matière pénale (...) au sens de l'article 6 de la Convention », de sorte que ce dernier ne s'y appliquerait pas²³.

L'intégration de ces contentieux aux droits couverts par l'article 6 § 1 de la Convention eut par ailleurs pour effet immédiat d'ouvrir droit à réparation aux personnes saisissant la juridiction administrative de recours en annulation des actes fautifs, de tout délai déraisonnable d'instruction de leurs requêtes en annulation, instruites par le juge administratif, lorsque ce dernier tardait à statuer ; ce qui est le cas le plus fréquent²⁴.

euros en réparation du préjudice né des irrégularités précédemment constatées, alors que pour la seule irrégularité de son internement, M. LOYEN avait obtenu 70 fois plus... du tribunal administratif de Lille par jugement du 9 juin 1994 (req. n°s 89-2254, 89-2296, 93-1205 et 93-2198), avant d'obtenir près de quatre millions de francs d'indemnité du tribunal de grande instance de Lille qui, par jugement du 6 juillet 2000, considéra son internement abusif. Toutefois, n'estimant son internement médicalement injustifié que dans les trois derniers mois de sa détention, la Cour d'appel de Douai devait, par arrêt du 28 avril 2003, ramener à près de 190.000 euros, l'indemnité accordée aux héritières de M. LOYEN, décédé dans l'intervalle. On mesure ainsi la différence de traitement de ce contentieux par la juridiction du Nord et par l'actuelle formation en charge de ces affaires au TGI de Paris, qu'un maintien du dualisme des compétences ne fait, manifestement, qu'embrouiller.

²⁰ Arrêt Cour. eur. D.H., 7 février 2006, DONNADIEU c. France (n°2), n° 19249/02.

²¹ Arrêt Cour. eur. D.H., 17 juin 2003, SEIDEL c. France, n° 60955/00.

²² Rapp. Comm. eur. D.H., 9 avril 1997, Benjamin EYOUN-PRISO c. France, n° 24352/94, Rés. Comité des Ministres du Conseil de l'Europe, DH (98) 362 du 12 novembre 1998 ; arrêt Cour. eur. D.H., 26 mars 2002, LUTZ c. France, n° 48215/99.

²³ Déc. d'irrecevabilité, Cour. eur. D.H., 11 septembre 2001, Denis BUICAN c. France, n° 56142/00.

²⁴ Par divers arrêts du mois d'avril 2005, la Cour européenne des droits de l'homme a ainsi réparé un tel préjudice en accordant aux intéressés des sommes allant de 6.000 à 7.000 euros pour des procédures ayant duré 6 à 7 ans, devant les juridictions administratives (voir notamment, arrêts du 4 avril 2006, André BITTON c. France, du 11 avril 2006, Aldo DUHAMEL c. France n° 15110/02, et Pierre OBERLING c. France n° 31520/02). Toutefois, par une décision du 9 mars 2004 (req. Jean SEIDEL c. France, n° 36015/03), la Cour européenne des droits de l'homme a rappelé que, depuis l'arrêt MAGIERA du 28 juin 2002 du Conseil d'Etat,

Le juge administratif ne pouvant pas reconnaître statuer, en l'espèce, sur un contentieux relatif à l'atteinte à la liberté individuelle, sans y perdre son âme et son latin, n'a évidemment aucune raison de traiter ce contentieux en priorité. Il est d'autant plus fondé à ne pas s'affoler, que les organes de la Convention européenne ont, depuis longtemps, constaté que le juge administratif français ne saurait ordonner la sortie immédiate de l'intéressé, au seul constat de l'illégalité des actes, voire de leur annulation. Aussi en ont-ils conclu, pour ne pas heurter la susceptibilité française et en préserver l'exception, qu'il n'était pas le juge de l'article 5 § 4 de la Convention, chargé de statuer à « bref délai » sur la légalité de toute arrestation ou détention²⁵. Ils ont ainsi réservé cette obligation au juge libérateur de l'article L. 351 ancien du CSP (actuel art. L. 3211-12) ; c'est-à-dire, en l'espèce au Juge des Libertés et de la Détention²⁶. L'histoire ne dit cependant pas ce qu'entend pour autant faire la Cour européenne des droits de l'homme des formalités substantielles édictées par le législateur français, si ce n'est, semble-t-il, les jeter aux oubliettes ou dans les poubelles de l'histoire institutionnelle, comme l'ont trop longtemps fait la plupart des juges nationaux²⁷.

Cette intégration du contentieux administratif de l'hospitalisation psychiatrique au système de protection institué par la Convention européenne de sauvegarde, pose, par ailleurs, un nouveau et délicat problème.

Depuis l'arrêt KRESS c. France du 7 juin 2001²⁸, la Cour européenne des droits de l'homme considère, en effet, au vu des dispositions de l'article 6 § 1 de la Convention, que la procédure devant la Conseil d'Etat et, plus généralement, devant les juridictions

les personnes victimes des lenteurs de procédure devant la juridiction administrative pouvaient s'adresser de nouveau à celle-ci pour obtenir réparation de leur préjudice, de sorte qu'à compter du 1^{er} janvier 2003, la saisine directe de la Cour, sur le fondement de la violation de l'article 6 § 1 de la Convention pour délai déraisonnable de procédure, n'est plus admise. Les intéressés doivent d'abord s'efforcer d'obtenir, de ces mêmes juridictions administratives françaises, la réparation de leur dommage avant de pouvoir prétendre pertinemment saisir la Cour européenne des droits de l'homme (voir en particulier, sur cette dernière question, l'arrêt BROCA et TEXIER-MICAULT c. France du 21 octobre 2003, n^{os} 27928/02 et 31694/02 et l'arrêt Marie-Louise LOYEN et autre c. France du 5 juillet 2005, n^o 55929/00).

²⁵ La question de savoir si le juge administratif doit répondre aux mêmes exigences de procédure que le JLD et être considéré, depuis le renforcement des pouvoirs du juge des référés administratifs (voir infra), comme relevant des dispositions de l'article 5 § 4 de la Convention, s'est dernièrement posée lors de l'examen de la requête J. D. et autres c. France, n^o 77403/01 (voir décision finale, du 14 décembre 2004, de la Cour européenne des droits de l'homme sur la recevabilité de la requête). Malheureusement, satisfaite de ce que le gouvernement français s'en était remis à la sagesse de la Cour pour l'examen, au fond, de son affaire, la requérante principale s'est désistée de sa requête. La Cour européenne n'a donc pas eu à revenir sur cette épineuse question et, par conséquent, à la trancher de nouveau au vu de la récente réforme du 30 juin 2000 (voir arrêt du 26 avril 2005).

²⁶ Par une décision prise en formation plénière, le 11 avril 1991, dans une affaire Marie-Antoinette BOUCHERAS et Groupe Information Asiles c. France, n^o 14438/88, la Commission européenne des droits de l'homme a considéré comme compatible le dispositif législatif français de contrôle judiciaire des mesures administratives de placement en hôpital psychiatrique, en remarquant que le juge de l'article L. 351 du CSP dispose de pouvoirs d'investigation étendus pour s'assurer du bien fondé du maintien en détention. Cette compétence, supérieure à celle du juge britannique de la procédure d'habeas corpus, a semblé compenser, aux yeux des magistrats européens, les limites de compétence du JLD à connaître de la légalité externe des actes administratifs de placement et de maintien. Pourtant, une telle position tend à réduire à néant, la force protectrice des formalités en les vidant de toute substance. Les nombreuses décisions suivantes, tant de la Commission que de la Cour européenne, n'ont fait que confirmer cette appréciation, à notre sens critiquable.

²⁷ Pourtant, les organes européens ont, parallèlement, toujours consacré le droit à réparation du préjudice né des irrégularités constatées par le juge administratif (voir, notamment, déc. Com. eur. D.H., Plén., 26 juin 1995 et 26 février 1995, G. et N. G. c. France, précitée ; déc. Comm. eur. D.H., Plén., 19 mai 1995, A.B. c. France, n^o 18578/91).

²⁸ Arrêt n^o 39594/98, pris en Grande Chambre, CEDH 2001-VI.

administratives, n'offre pas toutes les garanties requises d'écoute équitable de la cause des requérants, notamment du fait de la présence du commissaire du gouvernement au délibéré des formations de jugement. Ce point a été fermement rappelé à l'occasion du nouvel arrêt pris, le 5 juillet 2005 par la Cour européenne des droits de l'homme, à l'occasion du nouvel examen de l'affaire LOYEN concernant le contentieux du forfait journalier²⁹. Il sera de nouveau prochainement débattu, à l'occasion d'un arrêt particulièrement attendu, relatif, cette fois, au contentieux de l'excès de pouvoir des décisions de placement d'office et de maintien en hôpital psychiatrique ; contentieux introduit par M. Eric ASSAD contre la France, par requête du 21 janvier 2001, sur reprise d'une requête plus ancienne, du 26 septembre 1997³⁰.

Ainsi, durant plus de cent soixante-dix ans, aura-t-on forcé les victimes d'internements irréguliers à se pourvoir devant le juge administratif afin qu'il statue sur la légalité externe des actes de l'administration, alors que cette juridiction n'était pas en mesure d'assurer l'écoute équitable de leurs causes !...

B. LA LIMITATION DES EFFETS DE LA MOTIVATION PAR SIMPLE REFERENCE :

Cette année 2001, qui a été celle de l'arrêt VERMEERSCH de la Cour européenne des droits de l'homme, a également été celle de l'ordonnance DESLANDES du juge des référés du Conseil d'Etat, qui devait, à son tour, opérer un important revirement de jurisprudence concernant la motivation des décisions de placement et de maintien.

I. L'ARRÊT LAMBERT DU CONSEIL D'ETAT, DU 31 MARS 1989 ET L'ABSENCE D'INFORMATION DU SUPPOSE ALIENE :

Jusqu'alors, en effet, la Haute Assemblée considérait comme négligeables les nécessités d'information des personnes placées. Partant de l'idée que celles-ci ne pouvaient qu'être aliénées, il était, selon les conseillers d'Etat, pour le moins superflu de s'attacher à des exigences particulières d'information et de notification. Cette position avait été solennellement rappelée à l'occasion d'un arrêt de Section, LAMBERT, du 31 mars 1989³¹.

Dans ces conditions, la motivation d'un arrêté de placement d'office par simple référence à un certificat médical couvert par le secret professionnel et, par suite, non directement accessible à l'intéressé, ne lui semblait pas poser de difficulté.

²⁹ Arrêt du 5 juillet 2005, Marie-Louise LOYEN et autre c. France, n° 55929/00. Sur cette question, voir notamment, Fabrice Melleray, « Il faut sauver le commissaire du gouvernement ! Très brèves remarques sur le décret n° 2005-1586 du 19 décembre 2005 », L.P.A., 25 avril 2006, n° 82, pp. 13 – 15 ; Jean-François Flauss, « Retour sur la participation du commissaire du gouvernement au délibéré », A.J.D.A., 2005, p. 1593 ; Claire Landais et Frédéric Lenica, « La réception de la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme par le Conseil d'Etat », D.A., juin 2005, p. 8. ; Didier Chauvaux et Jacques-Henri Stahl, « Le commissaire, le délibéré et l'équité du procès » A.J.D.A., 2005, p. 2116.

³⁰ Affaire Eric ASSAD c. France, n° 66500/01, déc. de communication de la requête au gouvernement français du 8 novembre 2005.

³¹ C.E., Section, 31 mars 1989, Ministre de l'Intérieur et de la décentralisation c. M. LAMBERT, req. n° 69547 et 71747, A.J.D.A., 20 mai 1989, pp. 310-312, chron. Edmond Honorat et Eric Baptiste.

II. LE STRICT RESPECT DU SECRET MEDICAL ET LES MEANDRES DU CONTRÔLE DE LEGALITE, DE 1990 à 2000 :

1°) De l'affaire LOCARD, aux arrêts de 1995 : Le Conseil d'Etat dans l'impasse :

Toutefois, à la suite d'une affaire LOCARD traitée par le tribunal administratif de Caen³², la Haute Assemblée fut appelée à moduler sa position en établissant que lorsque le certificat médical n'est pas joint à la décision, il appartient au juge administratif, saisi de la légalité de la mesure, d'ordonner à l'administration de produire ce document dans les conditions compatibles avec le respect du secret médical –c'est-à-dire de le communiquer au médecin désigné par l'intéressé, de telle sorte que ce dernier puisse décider s'il entend le porter à la connaissance du juge administratif afin que celui-ci s'assure du caractère suffisamment circonstancié dudit certificat, et, par suite, du caractère suffisant de la motivation de la décision, au regard des exigences de l'ancien article L. 342 ancien du Code de la santé publique³³.

Comme toujours : Pourquoi faire simple, quand on peut faire compliquer ?...

Qu'advierait-il, alors, si l'intéressé refusait au juge administratif d'accéder au certificat fondant la mesure ? Comment, en ce cas, le juge administratif pourra-t-il opérer un contrôle de légalité pertinent ?

2°) L'arrêt BALLESTRA de la CAA de Paris, du 7 juillet 1998 et les exigences d'information de la personne détenue ou l'inconventionnalité du Code de la santé publique :

En 1998, par un arrêt remarqué, la Cour administrative d'appel de Paris, tenta de simplifier un contentieux devenu inextricable, surtout lorsque l'aliéné interdisait au juge administratif d'accéder au certificat médical sur lequel le préfet avait cru pouvoir fonder sa décision. Il aliénait alors la juridiction administrative dans son office de contrôle de la légalité externe des actes³⁴.

Se saisissant des normes internationales résultant de l'article 5 § 2 de la Convention européenne de sauvegarde et 9 § 2 du Pacte international de New York relatif aux droits civils et politiques, lesquels garantissent un droit d'information et de notification des raisons de toute détention, la Cour administrative d'appel de Paris avait, dans une affaire BALLESTRA³⁵, annulé l'arrêté préfectoral d'hospitalisation d'office, motivé par simple référence à un certificat médical, couvert par le secret professionnel, sans déterminer la procédure que l'administration devrait suivre pour porter à la connaissance de l'intéressé, les motifs de la décision, autrement inaccessibles. La Cour reprochait ainsi à l'autorité préfectorale de n'avoir pas prévu les modalités concrètes d'information de l'intéressé, alors que celle-ci avait décidé de recourir à la vieille méthode de la motivation par simple référence, singulièrement pratique et efficace pour occulter les raisons de sa détention au principal intéressé ; efficacité qui avait d'ailleurs incité l'administration à en généraliser la

³² TA Caen, 9 octobre 1990, 4 février 1992 et 20 octobre 1992, LOCARD, n° 86-1162.

³³ C.E., 3 mars 1995, M.R.S, Rec. Lebon, p. 118 ; 3 mars 1995, Ministre de l'intérieur, c. F.D., Rec. Lebon, p. 119.

³⁴ CAA Lyon, 4 février 1998 et 18 mars 1999, Mlle PREVOST, n° 96LY00550 ; C.E. 29 juin et 12 décembre 1997, Mme BATUT, n° 138054.

³⁵ CAA Paris, 7 juillet 1998, Albin BALLESTRA, n° 96PA01545, RDSS, 35 (1), janv.-mars 1999, concl. Mireille HEERS, pp. 113 – 126.

pratique tout au long des années 70. L'informatisation du traitement des dossiers ne fit, par la suite, que renforcer cette tendance.

Mme Mireille HEERS³⁶, Commissaire du gouvernement, était allée plus loin dans la censure³⁷ en affirmant qu'une telle décision devait être annulée pour inconventionnalité, dans la mesure où la décision querellée était fondée sur le Code de la santé publique qui ne prévoyait, à l'époque, en un tel cas, aucune information du patient, conforme aux conventions et traités internationaux ratifiés par la France, de sorte que le Code de la santé publique lui paraissait contraire à la norme conventionnelle.

3°) L'Arrêt du Conseil d'Etat, Eric ASSAD, du 28 juillet 2000 ou le changement cap de la Haute Assemblée :

Dans les contentieux ultérieurs, le Conseil d'Etat ne devait pas valider cette position de la Cour administrative d'appel de Paris, et de son Commissaire du gouvernement, affichée dans l'affaire BALLESTRA. Mais, par arrêt du Section du 28 juillet 2000³⁸, la Haute Assemblée affirma néanmoins le principe selon lequel la motivation en fait et en droit d'un arrêté d'hospitalisation d'office, devait figurer explicitement dans le corps de la décision. En outre, elle établissait également par cet arrêt que la décision de placement devait être notifiée et que tout défaut de notification affectait non la légalité de la décision³⁹, mais la régularité de son exécution. Elle en déduisait que le contentieux de la notification relevait de la compétence du juge judiciaire.

Dès lors était-on en droit de considérer qu'un tel défaut de notification, affectant l'exécution et, par suite, la légalité même de la détention, devait être considéré comme un vice de procédure portant atteinte à la liberté individuelle, raison implicite, mais non moins nécessaire de l'affectation de ce contentieux de l'information et de la notification, par le Conseil d'Etat, au juge de l'ordre judiciaire⁴⁰. Ce défaut de notification ne concernait

³⁶ M. Heers, « Compatibilité de l'hospitalisation d'office avec la Convention européenne des droits de l'homme », RDSS, 35 (1), janv.- mars 1999, pp. 113 – 126.

³⁷ Elle fondait entre autres son raisonnement sur un article, publié quelques mois plus tôt par E.-A. Bernard et Ph. Bernardet, « La motivation par référence des décisions d'hospitalisation d'office, ou le juge administratif aliéné par son fou », RDSS, 1997, 33 (3), pp. 487 – 501.

³⁸ C.E., Section, 28 juillet 2000, E.A., Rec. Lebon p. 347.

³⁹ Position classique déjà fermement établie par l'arrêt LAMBERT, précité, du 31 mars 1989.

⁴⁰ On notera d'ailleurs que, par cet arrêt, le Conseil d'Etat se détache quelque peu de la position arrêtée par le Tribunal des conflits dans l'affaire MENVIELLE. Dans sa décision du 17 février 1997, le Haut Tribunal avait en effet établi qu'il « appartenait en l'espèce à la juridiction administrative de statuer, ainsi qu'elle l'a fait, sur le délai séparant l'arrêté municipal provisoire de la décision de placement prise par le préfet, sur la régularité de la procédure ayant précédé cette décision **et sur le défaut de notification de celle-ci à l'intéressé** ». Selon le Tribunal des conflits, il appartiendrait donc à la juridiction administrative de se prononcer sur le défaut de notification, alors que, dans cette affaire E.A., la Haute Assemblée s'y est refusée. Déjà, par décision du 27 novembre 1995, prise dans une affaire BOUCHERAS, le Tribunal des conflits avait considéré qu'il appartenait à la juridiction administrative de connaître du défaut de notification. Et il l'avait fait, cette fois, de façon encore plus nette que dans la décision MENVIELLE même si, dans cette dernière affaire le Haut Tribunal s'est contenté de reprendre le dernier considérant de l'affaire BOUCHERAS, lequel était ici précédé par cette affirmation : « si l'autorité judiciaire est seule compétente, en vertu des articles L.333 et suivants du code de la santé publique, pour apprécier la nécessité d'une mesure de placement d'office en hôpital psychiatrique et les conséquences qui peuvent en résulter, **il appartient à la juridiction administrative d'apprécier la régularité de la décision administrative qui ordonne le placement, et, le cas échéant, les conséquences dommageables de son défaut de notification ainsi que des fautes de service public qui auraient pu être commises à cet égard** ». On ne peut donc que s'étonner que la Haute Assemblée ait pu statuer en sens inverse, sur ce point, dans l'affaire E.A., sans saisir le Tribunal des conflits.

donc plus seulement l'atteinte aux droits de la défense, mais la régularité même de l'internement proprement dit⁴¹. La politique des petits pas finissait ainsi par ébranler la montagne... et le voilier de l'arbitraire commençait à singulièrement prendre l'eau. Il allait bientôt falloir écoper de toutes parts pour le maintenir à flot.

III. LA CONSECRATION DES DROITS A L'INFORMATION DU PATIENT. Les nouvelles règles de motivation:

1°) L'ordonnance DESLANDES et le revirement de jurisprudence :

Toutefois, par son ordonnance DESLANDES⁴² du juge des référés, le Conseil d'Etat a-t-il été amené à préciser sa position et à modérer les ardeurs de ceux qui espéraient voir disparaître la vieille technique de la motivation par simple référence à un document non communicable, puisque couvert par le secret médical, faisant ainsi échapper la décision de placement à tout contrôle de la personne directement concernée, comme à ses conseils et détournant la loi par un stratagème pour le moins critiquable.

Avec cette décision DESLANDES, la Haute Assemblée a ainsi admis, comme par le passé, la possibilité d'une motivation par simple référence à un certificat médical ; mais elle a posé qu'en ce cas, le certificat médical devait être expressément annexé à la décision, laquelle devait comporter une mention spéciale d'appropriation de motifs. Faute de l'une ou de l'autre de ces formalités, l'arrêté préfectoral devait être considéré comme manifestement illégal, voire annulé.

2°) La confirmation des arrêts POUZIN et LAPORTE:

Cette décision du juge des référés du Conseil d'Etat devait être suivie, dès 2003, par un arrêt confirmatif des 1^{ère} et 2^{ème} Sous-section réunies, pris dans une affaire Michel POUZIN⁴³, puis par un arrêt de Section, pris le 1^{er} avril 2005, dans une affaire Sylviane LAPORTE.⁴⁴

Ainsi, le droit de l'hospitalisé d'office rejoignait-il celui du droit commun des décisions administratives individuelles, soumises à l'obligation de motivation et pour lesquelles la jurisprudence, reprise dans une circulaire du 28 octobre 1987, voulait qu'en cas de motivation par simple référence, celle-ci ne soit admise qu'à la double condition

⁴¹ La Cour européenne des droits de l'homme a eu l'occasion, dans un arrêt Van der LEER c. Pays-Bas du 21 février 1990, de souligner « le lien étroit entre les paragraphes 2 et 4 de l'article 5(...) : quiconque a le droit d'introduire un recours en vue d'une décision rapide sur la légalité de sa détention, ne peut s'en prévaloir efficacement si on ne lui révèle pas dans le plus court délai, et à un degré suffisant, les raisons pour lesquelles on l'a privé de sa liberté (voir, mutatis mutandis, l'arrêt X. contre Royaume-Uni du 5 novembre 1981, série A n° 46, p. 28, § 66) » (p. 7, § 28). Mais il est manifeste qu'un défaut d'information et de notification qui ne permet pas de saisir opportunément le juge libérateur, rend également irrégulière la détention, compte tenu des liens étroits unissant l'ensemble des prescriptions de l'article 5 de la Convention.

⁴² Ord. réf. C.E., 9 novembre 2001, M. Fabrice DESLANDES, n° 235247, L.P.A., 3 avril 2005, n° 67, pp. 13 – 18, concl. Sophie Boissard.

⁴³ C.E., 1^{ère} et 2^{ème} S/s Sect. réunies, 11 juin 2003, M. Michel POUZIN, n° 249086 et 251973, concl. Jacques-Henri Stahl.

⁴⁴ C.E., Section, 1^{er} avril 2005, Mme Sylviane LAPORTE, n° 264627, L.P.A. 10 octobre 2005, n° 201, pp. 12 – 16, note Fabrice Melleray, « Une occasion manquée de réformer la répartition juridictionnelle des compétences en matière d'hospitalisation d'office ».

d'annexion des documents visés par la décision et d'appropriation des motifs y figurant. Les décisions d'hospitalisation d'office échappaient, jusqu'alors, à cette obligation ; le droit des hospitalisés psychiatriques étant toujours considéré comme un droit au rabais.

3°) Le contrôle de la matérialité de l'annexion :

Mais le juge administratif ne se limite plus à vérifier l'existence d'une mention d'annexion figurant à l'arrêté, il s'assure désormais, parfois, que l'annexion est réelle, notamment lors de la notification de la décision et que le document annexé est celui expressément visé, non une simple retranscription partielle, non signée.

C'est ainsi que, par arrêt du 4 novembre 2004⁴⁵, la Cour administrative d'appel de Paris a confirmé l'annulation d'un arrêté du préfet de police au motif que :

« si l'arrêté en date du 8 décembre 1998 par lequel le préfet de police a ordonné l'hospitalisation d'office de Mme P. est motivé par référence à un certificat médical qu'il vise en le mentionnant comme annexé, il est constant que ce certificat n'était pas joint audit arrêté ; que, dans ces conditions, l'arrêté du préfet de police était irrégulier ; que la circonstance qu'ait été annexée à cet arrêté une retranscription dactylographiée dudit certificat médical est sans incidence dès lors que ce document, non signé et non parfaitement identique, ne constituait pas le document visé par la décision et qui en constituait le support ».

Le juge administratif va donc désormais très loin, on le voit, dans son contrôle du strict respect des règles de motivation par simple référence.

4°) Une motivation directe plus stricte concernant l'énoncé des circonstances de fait. L'arrêt F. B. de la CAA de Paris du 14 décembre 2005 :

Le renforcement de ce contrôle devait naturellement conduire cette même autorité à être également plus exigeante en cas de motivation directe. C'est ainsi que, dans le cadre d'une affaire F. B., la Cour administrative d'appel de Paris a, par arrêt du 14 décembre 2005⁴⁶, annulé le jugement du 13 décembre 2002 par lequel le tribunal administratif de Paris avait rejeté la demande du requérant tendant à l'annulation de l'arrêté pris le 17 janvier 1995, par le préfet de police de Paris, ordonnant son hospitalisation d'office. Elle a, par ailleurs, annulé celui-ci au motif :

« qu'en évoquant dans la décision litigieuse les troubles du comportement de M. B. ainsi que sa convocation dans un centre d'hygiène mentale, sans préciser à quel moment ses troubles se seraient manifestés et à quelle date l'intéressé se serait rendu audit centre d'hygiène mentale et en approuvant les conclusions d'un certificat médical, à le supposer même joint à l'arrêté, qui fait uniquement état d'une « aliénation mentale », l'autorité préfectorale n'a pas décrit avec une précision suffisante l'état mental de M. B., ni les éléments laissant présumer du danger que cet état constituait pour la sûreté des personnes ; qu'elle n'a ainsi pas énoncé avec précision, comme l'exige l'article L. 342 du code de la santé publique, les circonstances qui ont rendu nécessaire l'hospitalisation d'office de M. B. ».

⁴⁵ CAA Paris, 4 novembre 2004, *Ministre de l'Intérieur c. Mme P.*, req. n° 03PA03424.

⁴⁶ CAA, Paris, 14 décembre 2005, *M. B.*, req. n° 03PA01607.

Ainsi, les précisions temporelles, souvent absentes des décisions de placement, laissant ainsi largement place à l'arbitraire, se trouvent désormais fermement rappelées par la jurisprudence administrative.

IV. LES CONSEQUENCES SUR LA PROCEDURE DE NOTIFICATION :

La jurisprudence administrative impose désormais une même obligation d'annexion, laquelle a pour conséquence immédiate que, lors de la notification de ce type de décision, soit notifié à la personne, non plus seulement l'arrêté préfectoral, mais encore le certificat médical qui le fonde. Elle peut d'autant plus le faire que, depuis 1997, la Commission d'accès aux documents administratifs a relevé que ces certificats, transmis à l'administration et devant, par surcroît, être retranscrits au registre tenu par les établissements, consultable par l'ensemble des autorités de contrôle, ne sauraient être considérés, ainsi que tous les autres certificats médicaux figurant audit registre, comme couverts par le secret médical. De tels documents devenaient, de plein droit, directement communicables aux intéressés⁴⁷ alors que, durant la seconde moitié des années 90, la juridiction administrative avait été conduite à se livrer à de singulières contorsions pour s'assurer de la conformité de ces certificats médicaux avec les exigences de la loi ; certificats qu'elle considérait, à tort, comme toujours couverts par le secret médical.

On est désormais bien loin de l'ancienne attitude frileuse des conseillers d'Etat qui, dans l'affaire LAMBERT, avaient cru devoir rappeler l'inutilité d'informer scrupuleusement la personne internée comme aliénée.

C. LA CONSECRATION DU STATUT DES FORMALITES SUBSTANTIELLES EDICTEES PAR LE LEGISLATEUR :

I. DES ANNULATIONS A LA CHAÎNE :

Les annulations des décisions de placement qui, depuis le début des années 80, notamment sous la pression de l'action du Groupe Information Asiles, se comptent par centaines chaque année, là où l'on en n'avait pas enregistré une seule auparavant, en un siècle et demi de contentieux administratif, n'ont, depuis, cessé de proliférer. L'annulation pour défaut d'annexion constitue désormais la première cause d'irrégularité sanctionnée par les juridictions administratives.

II. LA CONSECRATION DU DROIT A REPARATION DU PREJUDICE NE DE L'ANNULATION DES ACTES FAUTIFS :

1°) L'affaire CORLOUER (Cass. 23 septembre 2004 et CA Agen, 5 octobre 2005) :

Cette évolution va de pair avec le ferme rappel, par la Cour de cassation, du droit à réparation du préjudice né de toute vice de forme, constaté par la juridiction

⁴⁷ Notons que les restrictions apportées, par la loi du 4 mars 2002, à l'accès direct des patients à leur dossier médical, lorsque ceux-ci sont admis en H.O. ou en H.D.T., ne sauraient s'appliquer à ces certificats médicaux, qui ne sont toujours pas couverts par le secret médical, sauf à rendre de nouveau caduque, la motivation par simple référence des arrêtés préfectoraux en question.

administrative ; ce droit à réparation étant désormais conçu comme indépendant du bien ou mal fondé de la mesure, même si certaines juridictions résistent encore à consacrer pleinement un tel droit⁴⁸.

Ainsi, après avoir obtenu l'annulation des décisions fautives par le tribunal administratif de BORDEAUX, M. Martial CORLOUER, chirurgien-dentiste, hospitalisé d'office au CHS Charles Perrens, avait-il saisi le juge des référés à l'effet d'obtenir une provision, estimant, dès lors, son droit à réparation incontestable.

Considérant toutefois qu'il n'était toujours pas établi que son internement avait été injustifié, alors que le Juge des Libertés et de la détention qu'il avait saisi avait expressément souligné le caractère abusif de son internement⁴⁹, le juge des référés avait rejeté sa demande de provision et la Cour d'appel de Bordeaux en avait fait de même, par deux arrêts des 5 septembre 2002 et 23 janvier 2003.

Or, par arrêt du 23 septembre 2004⁵⁰, la Cour de cassation établit que :

« l'arrêté de placement d'office du 11 décembre 1998 avait été annulé par le tribunal administratif, de sorte que la créance de M. CORLOUER contre l'Etat du chef des conséquences dommageables des irrégularités ayant entaché la mesure de placement d'office n'était pas sérieusement contestable ».

Elle a donc cassé et annulé les arrêts de la Cour d'appel de Bordeaux et renvoyé l'affaire devant la Cour d'appel d'Agen, laquelle, statuant en « audience publique et solennelle tenue en robes rouges » a considéré :

« qu'indépendamment de l'appréciation du bien fondé médical de cette mesure, il est incontestable que l'annulation de l'arrêté précité prive de tout fondement légal l'internement de Martial CORLOUER ;

(...) que la créance de Martial CORLOUER à l'égard de l'Agent Judiciaire du Trésor ne saurait en conséquence être considéré comme sérieusement contestable » tout en tirant des conclusions identiques au regard de la responsabilité du CHS⁵¹ ;

Elle a donc condamné ces derniers à verser à l'intéressé une provision totale de 60.000 euros, plus une somme de 4.000 euros au titre des frais de procédure.

Sur un fondement identique, le juge des référés du tribunal de grande instance de Versailles avait, dans une affaire Gabriel RAVIN, accordé, le 11 février 2003⁵², une provision de 1.500 euros à un militaire qui avait pu, de justesse, échapper à son internement en obtenant la suspension de son arrêté de placement au moment même où les forces de l'ordre étaient venues se saisir de lui. Il n'était donc resté que quelques heures, détenu au commissariat de police avant d'être relâché et sans avoir jamais été interné. Par la suite, il avait obtenu l'annulation de l'arrêté.

⁴⁸ Nous avons vu notamment que l'actuelle formation en charge de ces questions au TGI de Paris a fortement revu à la baisse ce type de préjudice moral, dès lors que, par ailleurs l'internement lui apparaît médicalement bien fondé. La Cour d'appel d'Angers considère pour sa part qu'il ne saurait y avoir de préjudice moral distinct dès lors que le bien fondé de la mesure n'apparaît pas susceptible d'être mis en cause (voir notamment ses arrêts des 14 décembre 1998 et 14 décembre 2005, pris dans l'affaire Joël DESHAYES).

⁴⁹ Par ordonnance du 3 mai 2000, le Premier Vice-président du tribunal de grande instance de Bordeaux avait en effet cru devoir constater « que la requête de Monsieur CORLOUER était bien fondée », bien qu'il ait relevé que, dans l'intervalle, la sortie administrative avait été ordonnée par l'autorité préfectorale et qu'il n'y avait donc plus lieu d'en ordonner la mainlevée.

⁵⁰ Cass. civ. 2, 23 septembre 2004, Martial CORLOUER, n° 1439 F-S-P+B.

⁵¹ CA Agen, 5 octobre 2005, Martial CORLOUER c. CH Charles Perrens et Agent judiciaire du Trésor, n° 934-05.

⁵² Ord. TGI Versailles, 11 février 2003, M. Gabriel RAVIN, n° 03/00039.

De même, par ordonnance du 8 juillet 2005⁵³, le juge des référés du tribunal de grande instance de Paris devait accorder une provision de 3.000 euros à Mme Nora L. après qu'elle eut obtenu l'annulation de son arrêté de placement. Par une ordonnance du 4 novembre 2005, ce même magistrat devait, sur le même fondement, accorder 10.000 euros de provision à une avocate qui avait été illégalement internée et avait également obtenu l'annulation de l'arrêté d'H.O.⁵⁴.

La consécration du droit à réparation, né de l'annulation des actes fautifs permet ainsi, aux victimes d'internements irréguliers, d'obtenir des provisions, parfois conséquentes, du juge des référés, saisi sur le fondement de l'article 809 du Nouveau code de procédure civile. Il s'agit là d'un incontestable progrès dans la mesure où les procédures sont toujours assez longues devant le juge administratif.

Désormais, quelques semaines après avoir obtenu l'annulation des actes fautifs par le juge administratif, la victime d'un internement irrégulier peut-elle obtenir, du juge des référés civils, une provision pouvant se monter, parfois, à plusieurs dizaine de milliers d'euros. Il n'est donc plus nécessaire d'attendre quinze à vingt ans de procédure, comme c'était le cas auparavant, pour percevoir le premier centime en cas d'internement abusif ou arbitraire.

Comme on le voit, ces décisions d'annulation sont appelées à connaître, ces prochaines années, un retentissement assez considérable, sous la pression de cet arrêt pris en formation plénière de renvoi par la Cour d'appel d'Agen, laquelle ne faisait en réalité que reprendre à son compte, la solution adoptée, un an plus tôt, par la Cour d'appel de Paris, de nouveau saisie dans l'affaire M. de Christian MENVIELLE, décidément inépuisable.

III. LE CONSTAT DE L'ARBITRAIRE. Retour sur l'affaire MENVIELLE :

Après la décision précédemment commentée du Tribunal des conflits, cette vieille affaire, qui remonte à 1988 devait en effet revenir devant la Cour d'appel de Paris pour la troisième fois.

Cette fois-ci, se saisissant des principes de droit public qui veulent que toute décision administrative annulée est censée n'avoir jamais existé, la Cour en a logiquement déduit que l'internement du requérant avait perdu tout fondement juridique du faits des annulations prononcées par le tribunal administratif. Cet internement devait, par conséquent, être regardé comme arbitraire, sans même qu'il soit besoin de s'assurer du bien ou mal fondé d'une telle mesure. Dans une démocratie, un internement arbitraire ne saurait en effet trouver de justification, même médicale. Sur ce seul fondement, donc, la Cour d'appel de Paris a alloué à l'intéressé une indemnité de 20.000 euros plus 5.000 euros au titre des frais de procédure⁵⁵.

La radicalité de cet arrêt, confirmé par celui de la Cour d'appel d'Agen, pris en formation plénière, est évidemment lourde de conséquence, puisqu'elle consacre ainsi le principe selon lequel un vice de forme, au même titre que toute erreur d'appréciation, y compris médicale, sur la nécessité d'une telle mesure, porte atteinte la liberté individuelle

⁵³ Ord. TGI Paris, 8 juillet 2005, Mme Nora L., n° RG 05/56400.

⁵⁴ Ord. TGI Paris, 4 novembre 2005, Mme D. P., n° RG 05/67958.

⁵⁵ CA Paris, 20 octobre 2004, CHS de Lannemezan c. Christian MENVIELLE et Agent Judiciaire du Trésor, n° RG 03/04049, JCP G., 2005.II.10087, note Ph. Bernardet.

de la personne concernée. Elle donne, enfin, tout son poids aux formalités substantielles édictées par le législateur. Les droits des patients et la dignité des malades se trouvent manifestement consacrés. Parions qu'ils seront, à l'avenir, davantage respectés que par le passé. On ne saurait évidemment traiter de la même façon une personne qui dispose désormais d'un levier aussi puissant de mise en cause.

D. LES APPORTS DE LA PROCEDURE DE REFERE-SUSPENSION :

I. LA LOI DU 30 JUIN 2000 ET SON APPLICATION AU CONTENTIEUX DE L'INTERNEMENT PSYCHIATRIQUE :

Mais cet incontestable progrès de la jurisprudence tant administrative que civile s'accroît du secours inattendu de la procédure de référé-suspension, récemment intégrée au Code de justice administrative par la loi du 30 juin 2000. Car c'est au moment même où la compétence du juge administratif à connaître de la légalité externe de telles décisions, vacille, que le législateur a décidé de renforcer les pouvoirs de ce dernier, en matière d'atteinte aux libertés fondamentales, en instaurant une procédure de référé-liberté, susceptible de conforter son imperium afin d'en faire, par impossible, un magistrat comme un autre.

L'article L. 521-1 du Code de justice administrative permet en effet d'obtenir désormais la suspension de l'exécution d'une décision administrative en s'adressant au juge des référés administratifs lorsque la décision apparaît manifestement illégale et lorsque l'urgence le justifie. C'est d'ailleurs sur une ordonnance de référé-suspension ayant rejeté la requête de M. DESLANDES, que la Haute Assemblée avait été appelée, en 2001, à statuer sur la légalité de la motivation par simple référence. Pour autant, prenant en considération que l'intéressé bénéficiait de sorties à l'essai, le Conseil d'Etat estima que la condition d'urgence n'était pas remplie, malgré l'évidente illégalité de l'arrêté préfectoral de maintien. Aussi, refusa-t-il d'ordonner la suspension de l'exécution de la décision pourtant jugée manifestement illégale.

Pour la Haute Assemblée, en effet, « la condition liée à l'urgence ne peut être regardée comme remplie que si l'exécution de l'acte administratif en cause porte atteinte de manière suffisamment grave et immédiate à un intérêt public, à la situation du requérant ou aux intérêts qu'il entend défendre ; (...) la notion d'urgence ainsi définie doit s'apprécier objectivement et compte tenu de l'ensemble des circonstances de chaque espèce ».

En l'occurrence, le Conseil d'Etat relève ainsi que, « compte tenu notamment du fait que le psychiatre du centre hospitalier a subordonné la possibilité pour M. DESLANDES de bénéficier d'un régime de sortie d'essai à la condition qu'il continue de faire l'objet en milieu hospitalier d'une surveillance médicale appropriée, il n'apparaît pas, en l'état de l'instruction, que l'urgence justifie la suspension de l'arrêté » querellé.

Cette formulation apparaît pour le moins contestable, car elle tend à faire du juge administratif, le juge de l'opportunité de la mesure. Si celui-ci doit ainsi s'assurer de l'avis médical et des pièces figurant au dossier pour évaluer la réalité de la situation du requérant et la situation d'urgence, il se fait immanquablement juge de l'opportunité de la mesure et se substitue alors au juge judiciaire dans l'évaluation de la nécessité de maintenir la personne sous son régime actuel d'hospitalisation sous contrainte, avec ou

sans sorties à l'essai. Comme le souligne le professeur Fabrice MELLERAY : « Comment le juge pourra-t-il apprécier cette urgence, sauf à opérer un contrôle biaisé et lacunaire, sans prendre en considération d'une manière ou d'une autre la nécessité de l'hospitalisation ? »⁵⁶. Ainsi risque-t-on fort de déboucher, à terme, sur de nouvelles élévations de conflits ; mais l'on comprend mieux qu'en 2005, Jacques-Henri STAHL ait déjà suggérer d'ériger le juge administratif en juge du bien fondé des mesures de placement et de maintien.

II. L'APPRECIATION DE L'URGENCE : Difficultés et nouveaux conflits.

Plusieurs décisions de juges des référés, statuant sur le cas de personnes maintenues en UMD, dont les arrêtés apparaissaient manifestement irréguliers, ont ainsi tendu à établir que la situation d'urgence ne saurait résulter de la seule séquestration⁵⁷. Pour juger de l'urgence, il convenait de prendre en considération d'autres circonstances, notamment d'ordre médical ou de police, figurant, le cas échéant au dossier, voire, de désigner un expert⁵⁸. Le juge administratif se faisait ainsi toujours davantage le juge de l'opportunité, et cela de façon d'autant plus surprenante que c'est le juge des référés, aux pouvoirs d'investigation pourtant très limités, qui se voyait ainsi confié, par une procédure d'urgence et d'exception, une capacité d'apprécier les circonstances de fait, comme le bien fondé médical de la mesure, alors que le juge de l'excès de pouvoir, seul habilité à annuler la décision fautive, demeurait dépourvu d'une telle capacité. Situation par conséquent paradoxale et inhabituelle qui voit le juge des référés investi d'un pouvoir d'investigation supérieur à celui du juge du fond !

Certains juges des référés des juridictions administratives ont fort bien vu la difficulté sinon en déclinant purement et simplement leur compétence, du moins en constatant leur impuissance à évaluer l'urgence au risque de commettre, dès lors, un déni

⁵⁶ *Op. cit.*, p. 14.

⁵⁷ Par ordonnance du 3 février 2005 n° 0500343, le juge des référés du TA de Bordeaux a cru pouvoir rejeter la requête de M. BAUDOIN, détenu depuis 1998 à l'UMD Boissonnet au motif que « compte tenu des exigences de l'intérêt général, en particulier de la sécurité publique, il n'apparaît pas, en l'état de l'instruction, que l'urgence justifie la suspension ». Ou bien encore, par une ordonnance du 19 juillet 2002 n° 021751, le même juge avait déjà rejeté une première requête de référé-suspension au motif encore plus surprenant que : « si M. BAUDOIN expose que les arrêtés du préfet le privent de liberté, il ne soutient pas que son maintien en hôpital n'est plus nécessaire ; qu'ainsi, la condition d'urgence n'est pas remplie ». Plus étonnant : par ordonnance du 21 janvier 2002 n° 02-0284, le juge des référés du TA de Marseille, saisi par Mlle J. D. a, sur le fondement de l'article L.521-2 du Code de justice administrative, « enjoint au préfet de Vaucluse de faire examiner Mlle D. par un médecin psychiatre extérieur à l'établissement dans lequel elle est hospitalisée et ce dans un délai de quarante-huit heures à compter de la réception de la présente ordonnance » ; ce qui devait déboucher sur la prise d'un nouvel arrêté d'hospitalisation d'office, alors que la requérante était déjà placée sous ce régime depuis plusieurs mois à l'UMD de Montfavet... Sur cette dernière affaire, voir, Catherine Derivery et Philippe Bernardet, Enfermez-les Tous ! Internements : Le scandale et de l'arbitraire en psychiatrie, Paris, Robert Laffont, 2002, pp. 241 – 246.

⁵⁸ Plus stupéfiant encore : par ordonnance du 21 janvier 2002 n° 02-0284, le juge des référés du TA de Marseille, saisi par Mlle J. D. a, sur le fondement de l'article L.521-2 du Code de justice administrative, « enjoint au préfet de Vaucluse de faire examiner Mlle D. par un médecin psychiatre extérieur à l'établissement dans lequel elle est hospitalisée et ce dans un délai de quarante-huit heures à compter de la réception de la présente ordonnance » ; ce qui devait déboucher sur la prise d'un nouvel arrêté d'hospitalisation d'office, alors que la requérante était déjà placée sous ce régime depuis plusieurs mois à l'UMD de Montfavet... Sur cette dernière affaire, voir, Catherine Derivery et Philippe Bernardet, Enfermez-les Tous ! Internements : Le scandale et de l'arbitraire en psychiatrie, Paris, Robert Laffont, 2002, pp. 241 – 246.

de justice. C'est ainsi que par ordonnance du 21 novembre 2005, le vice-président HOUIST du tribunal administratif de Cergy-Pontoise a rejeté, en ces termes, la requête en référé-suspension de M. F. T., greffier de son état et néanmoins hospitalisé d'office : « considérant que si les moyens de forme invoqués par M. T. à l'encontre de l'arrêté du préfet du Val d'Oise ordonnant son hospitalisation d'office sont propres à créer un doute sérieux quant à sa légalité, le juge administratif, qui n'est pas compétent pour se prononcer sur la nécessité de l'internement, ne peut apprécier en connaissance de cause l'urgence, ou au contraire l'absence d'urgence, qu'il y aurait à suspendre l'exécution de cette mesure, au regard notamment, de l'intérêt public que constituent tant la sûreté des personnes que le maintien de l'ordre public ; que la condition liée à l'urgence à laquelle est subordonnée la mise en œuvre de l'article L. 521-1 du code de justice administrative ne peut, dans ces conditions être regardée comme remplie ; qu'en l'espèce, il appartiendra au juge des libertés et de la détention du Tribunal de grande instance, saisi depuis le 19 novembre 2005, d'ordonner s'il y a lieu, après les vérifications nécessaires qu'il peut seul entreprendre, la main levée de la mesure contestée »⁵⁹.

De telles décisions laissaient augurer qu'en définitive, le recours, pourtant précoce à la procédure de référé-suspension, dont M. DESLANDES s'était saisi quelques mois après la promulgation de la loi du 30 juin 2000, serait, en l'occurrence, d'un faible secours. L'on voit mal en effet comment le juge administratif, qui ne saurait apprécier le bien fondé d'une telle mesure de placement, pourrait juger d'une telle situation d'urgence s'il se devait, à ce point, entrer dans le fond de l'affaire.

Certains magistrats ont pourtant cru pouvoir caractériser l'urgence par les circonstances particulières entourant l'hospitalisation d'office de l'intéressé, tel que le placement concomitant de ses enfants. C'est ainsi que, par ordonnance du 20 février 2006, le Vice-président LOOTEN du Tribunal administratif de Cergy-Pontoise a ordonné la suspension de l'arrêté d'hospitalisation d'office de Mme Ch. D. au motif : « qu'une mesure d'hospitalisation d'office qui elle-même, comme en l'espèce, nécessite le placement des enfants de l'intéressée, est de nature à porter une atteinte suffisamment grave et immédiate à la situation du requérant ou aux intérêts qu'il entend défendre pour créer une situation d'urgence »⁶⁰.

La remarque ne manquait pas de pertinence. En statuant ainsi, en effet, le juge ne prenait pas en considération les éléments de fait, justifiant la mesure de placement de la requérante. Il ne prenait en considération que les conséquences de l'exécution d'une telle décision, lesquelles ne concernaient pas le bien fondé de la mesure, sauf à considérer que l'hospitalisation de la mère était en réalité motivé, non par son état de santé, mais par la nécessité de placer ses enfants. La mesure serait alors apparue comme visant à assurer « la guidance de la parentalité » de ceux-ci ; circonstances qui, selon le JLD de Créteil, statuant, un an plus tôt dans le cadre d'une affaire similaire, constitueraient un détournement, par les services de protection de l'enfance, de l'objet même de l'hospitalisation d'office⁶¹.

⁵⁹ Ord. réf. TA Cergy-Pontoise, 21 novembre 2005, M. F. T., n° 0509888.

⁶⁰ Ord. réf. TA de Cergy-Pontoise, 20 février 2006, Mme Ch. D., n° 0600571.

⁶¹ Ord. réf. TGI Créteil, 6 janvier 2005, Carine VIONNET-FUASSET, JCP, G. II. 10074, note Ph. Bernardet. Sur cette affaire, voir également, Top Santé, juin 2005, pp 76 – 77.

III. UNE SOLUTION FORMELLE, MAIS EFFICACE:

La solution à de tels dilemmes reposait, en définitive, dans la reconnaissance de l'urgence du seul fait de la détention. Solution que devait adopter bientôt d'autres juges des référés. Ainsi, à partir du second semestre 2004 vit-on se multiplier les ordonnances de référés « considérant que, eu égard aux effets d'une mesure d'hospitalisation d'office qui porte atteinte de manière grave et immédiate à la situation du requérant, la condition d'urgence est remplie » et ordonnant la suspension de l'exécution de l'arrêté dès lors que, par un simple défaut d'annexion, celui-ci apparaissait, par ailleurs manifestement illégal⁶².

Toutefois, ces ordonnances de suspension de l'exécution des arrêtés de placement ou de maintien ne débouchaient curieusement pas sur la sortie immédiate de la personne. Conformément à son habitude, l'administration préfectorale semblait considérer comme négligeable l'ordre ainsi reçu du juge administratif qui, jusqu'en 1995⁶³, n'avait guère de moyens de s'imposer face à une administration rétive. Cette attitude résulte naturellement d'une conception et d'une pratique jacobine de la séparation des pouvoirs, fondée sur une interprétation stricte de l'interdiction, pour le juge administratif, comme pour tout autre juge, de faire acte d'administration sous peine, autrement, de forfaiture⁶⁴. Même si la plupart de ces décisions du juge des référés étaient ainsi lettres mortes, il n'en demeurait pas moins que de telles décisions avaient un grand intérêt pour consolider les droits des personnes, victimes de telles illégalités⁶⁵. Cet intérêt fut vite confirmé lorsque Maître Raphaël MAYET, avocat de M. D., assortit sa requête en référé-suspension, adressée au juge des référés administratifs, d'une requête en sortie immédiate saisissant le JLD de Versailles. Le 25 juin 2004, soit deux jours après l'ordonnance de suspension⁶⁶, cette requête devait déboucher sur une ordonnance de sortie immédiate prononcée, dès le

⁶² Ord. réf. TA de Versailles, du 23 juin 2004, M. Jean-Pierre D., n° 042912 ; 5 juillet 2004, M. Niels DUPLAN, n° 0304615 ; 29 juillet 2005, M. F., n° 0506282 ; 28 novembre 2005, M. F. T., n° 059547 ; ord. réf., TA d'Orléans, 1^{er} décembre 2004, J.-Y. A, n° 0403752 ; ord. réf. TA de Cergy-Pontoise, 29 juin 2005, Mlle E. .D., n° 0505690 ; ord. réf. TA de Bordeaux, 14 octobre 2005, M. Claude BAUDOIN, n° 0503549. Cette solution est d'autant plus radicale qu'elle a déjà permis d'éviter un internement inutile, en suspendant l'exécution d'un arrêté d'H.O., alors que l'intéressé se trouvait encore retenu au commissariat de police en vue de son exécution (ord. réf. TA Versailles, 7 octobre 2003, Gabriel RAVIN, n° 033890. Sur cette affaire, voir également Le Nouvel Observateur, du 27 févr. au 5 mars 2003, pp. 16 – 17).

⁶³ C'est en effet la loi du 8 février 1995 qui donna le droit au juge administratif d'adresser des injonctions à l'administration et de déterminer notamment les conséquences de ses arrêts, alors que, jusqu'à cette date, le juge administratif était dépourvu de tout moyen pour imposer ses décisions à l'administration. Sur cette question, voir, entre autres, Marie-Hélène Renaut, « Astreinte et injonction en matière judiciaire et administrative. Une histoire mouvementée », D. 1997, pp. 385-396 ; E. Debbach, « Le juge administratif et l'injonction : la fin d'un tabou », JCP G, 1996 I.3924, p. 162 ; Christian Huglo et Corinne Lepage, « Le titre IV de la loi 95-125 du 8 février 1995 consacré à la juridiction administrative contient-il des dispositions révolutionnaires ? », L.P.A., 17 mars 1995, n° 99, pp. 9 – 15.

⁶⁴ Loi des 16-24 août 1790. Le crime de forfaiture est cependant aboli depuis l'entrée en vigueur, le 1^{er} mars 1994 du Nouveau code pénal Sur « l'interdiction pour le juge administratif de faire acte d'administrateur », voir J. Chevalier, A.J.D.A., 1972, p. 67. Avant 1995, en Grande-Bretagne, aux Pays-Bas, en Allemagne, en Espagne et en Italie, l'injonction contre les personnes publiques était régulièrement pratiquée, à la différence de la France, du Portugal, de la Belgique et du Luxembourg. Pour l'Italie, voir notamment J.-P. Costa, « L'exécution des décisions des juridictions administratives en Italie », A.J.D.A., 1994, p. 364.

⁶⁵ Signalons cependant deux exceptions, dans le cadre de l'affaire J.-Y. A. précitée (ord. réf. TA Orléans, 1^{er} décembre 2004, n° 0403752), le préfet avait, à la demande du médecin chef, saisi de l'ordonnance de référé-suspension, ordonné la sortie de l'intéressé, une semaine plus tard. Dans l'affaire de Mme Ch. D., dont l'internement avait provoqué le placement des enfants, c'est le chef d'établissement qui, sans attendre l'ordre du préfet, a élargi l'intéressée au vu de l'ordonnance de référé-suspension (ord. réf. précitée, TA de Cergy-Pontoise, 20 février 2006, Mme Ch. D., n° 0600571).

⁶⁶ Ord. réf. TA Versailles, 23 juin 2004, M. D., n° 042912, JCP G. II.1015, note J.-H. Stark et Ph. Bernardet.

lendemain, par le JLD. Le magistrat fondait sa décision, d'une part, sur l'ordonnance de suspension préalablement prononcée par le juge administratif et, par suite, sur le caractère manifestement illégal de la mesure de placement et, d'autre part, sur le fait qu'aucun arrêté de maintien, qui aurait dû intervenir avant le 5 juin 2004, n'était produit par l'autorité préfectorale⁶⁷.

Par la suite, plusieurs ordonnances de sortie immédiate seront prononcées par les juges des libertés et de la détention au seul vu de l'ordonnance de suspension prise par le juge des référés administratifs⁶⁸. C'est alors que les formalités substantielles édictées par le législateur pour sauvegarder la liberté individuelle prennent toutes leur force. Après 170 ans d'internement psychiatrique administratif et des décennies de contentieux initiés par les patients regroupés, notamment, au sein du Groupe Information Asiles, la plénitude des droits des patients hospitalisés sans leur consentement se trouvait, enfin, solidement établie ! Il n'est en effet, paraît-il, jamais trop tard pour bien faire. Mais il en était tout de même temps !...

E. LA CONSECRATION DU CONSENTEMENT ECLAIRE DU MALADE MENTAL :

I. LE DROIT DE CONSENTIR AUX SOINS : Une liberté fondamentale.

Pour parachever l'œuvre de réhabilitation des droits des patients, signalons également l'ordonnance du 16 août 2002 du juge des référés du Conseil d'Etat, prise dans une affaire FEUILLATEY⁶⁹. Par cette ordonnance, cette autorité a élevé le droit au consentement à un traitement médical au rang de liberté fondamentale. Dès lors, et bien que ces décisions ne concernent pas le champ psychiatrique, toute personne admise en hospitalisation libre qui n'aurait pas consenti à l'admission pourrait également saisir le juge des référés administratifs d'une requête en référé-suspension avec quelques chances d'aboutir en se référant expressément à cette fameuse affaire FEUILLATEY, d'autant que cette décision vient d'être confirmée et précisée par une autre du même genre du 8 septembre 2005⁷⁰.

Dans cette dernière ordonnance, le juge des référés du Conseil d'Etat s'est montré plus précis en parlant de « consentement libre et éclairé ». Il a ainsi repris la formulation bien connue des médecins puisqu'elle figure expressément au Code de déontologie

⁶⁷ Ord. réf. TGI Versailles, 25 juin 2004, M. D. , n° RG 04/00069, JCP G. II. 1015, note J.-H. Stark et Ph. Bernardet.

⁶⁸ Ord. réf. TGI Pontoise, 14 décembre 2005, M. F. T. On notera cependant que certains JLD résistent toujours à ordonner la sortie immédiate au seul vu d'une ordonnance de référé-suspension, prise par le juge des référés administratifs (voir notamment, ord. réf. TA Versailles, 28 janvier 2005, Mme K., n° 059541 et 059542 et ord. TGI Nanterre, 21 nov. 2005, RG 200501, minute n° 5 2005 ; ord. réf. TA Bordeaux, 14 octobre 2005, Claude BAUOIN, n° 0503549, et ord. TGI Bordeaux, 26 octobre 2005, confirmée par arrêt de la Cour d'appel de Bordeaux du 20 février 2006, n° de rôle 05/06492 et n° RG 05/05893). Dans ces dernières affaires, il est vrai, l'administration préfectorale et le JLD, saisi, s'étaient arrangés pour qu'un nouvel arrêté d'H.O. soit pris par l'autorité préfectorale, avant que le JLD ne statue, lequel pouvait considéré que cette nouvelle décision de placement s'opposait à ce que la sortie puisse être ordonnée au seul vu de l'illégalité manifeste de l'arrêté précédent.

⁶⁹ Ord. réf. C.E., 16 août 2002, FEUILLATEY c. CH de St-Etienne, Gaz. Pal. des 15 – 17 sept. 2002, p. 8, note -.J. Pansier ; JCP 2002 II.10184, note P. Mistretta ; D. A, nov. 2002, p. 29, note E. Aubin ; Gaz. Pal. des 15 – 17 déc. 2002, note Y. Lachaud ; L.P.A. du 26 mars 2003, p. 5, note C. Clément.

⁷⁰ Ord. réf. C.E., 8 septembre 2005, Garde des Sceaux, ministre de la justice, n° 284803, LPA, 16 novembre 2005, n° 228, note Cyril CLEMENT, « La santé et le référé administratif « liberté fondamentale », pp. 8 – 14.

médicale, et consacrée par les lois dites de « bioéthiques » du 29 juillet 1994, incorporant à « l'article 16-3 du Code civil, le droit pour tout patient de consentir préalablement aux soins qui vont lui être prodigués »⁷¹ avant qu'il ne soit confirmé par la loi du 4 mars 2002, et intégré au Code de la santé publique (art. L. 1111-4, alinéa 3). Ce droit au consentement libre et éclairé dispose désormais d'une base légale solide et d'une base réglementaire, d'abord issue de la jurisprudence⁷², puis de l'article R.4127-36 du Code de la santé publique⁷³.

Cette décision du 8 septembre 2005 a, en revanche, refusé d'intégrer le droit à la santé aux libertés fondamentales⁷⁴. Elle y intègre cependant le droit de tout individu au « respect de la liberté personnelle », ce qui « implique en particulier qu'il ne puisse subir de contraintes excédant celles qu'imposent la sauvegarde de l'ordre public ou le respect des droits d'autrui ».

II. LE CONTRÔLE DU JUGE ADMINISTRATIF :

1°) Fondement juridique :

Rappelons qu'il s'agit ici, entre autres, de matières pour lesquelles il est désormais possible de saisir le juge des référés administratifs de toute décision manifestement illégale afin qu'il ordonne « toutes mesures nécessaires à la sauvegarde d'une liberté fondamentale à laquelle une personne morale de droit public (...) aurait porté, dans l'exercice de ses pouvoirs, une atteinte grave et manifestement illégale »⁷⁵, alors qu'en l'occurrence, l'aspect manifeste de l'illégalité repose, bien souvent, dans un vice de forme. Lorsque le juge administratif est compétent pour statuer également sur le bien fondé de l'acte, il est rare, en effet, que la mesure apparaisse manifestement inopportune. L'appréciation de sa nécessité suppose, habituellement, des mesures d'investigation plus précises qui échappent au juge des référés, lequel demeure, fondamentalement, le juge de l'évidence.

Statuant dans le cadre de l'excès de pouvoir, le juge administratif peut ainsi apprécier les circonstances de l'admission en hospitalisation libre et les soins délivrés à ce titre⁷⁶.

⁷¹ Ibid., p. 12.

⁷² Trib. Civ. Nice, 16 janvier 1954, D. p. 1781.

⁷³ Sur l'application de ces notions aux patients traités en psychiatrie, voir, notamment, Ph. Bernardet, « Les conditions du consentement au traitement de la personne souffrant de troubles mentaux », Handicap, CTNERHI, oct.-déc. 2004, n° 104, pp. 35 – 54.

⁷⁴ La Haute Assemblée considère en effet « que si, en raison du renvoi fait par le préambule de la Constitution de 1958 au Préambule de la Constitution de 1946, la protection de la santé publique constitue un principe de valeur constitutionnelle, il n'en résulte pas (...) que le droit à la santé soit au nombre des libertés fondamentales ».

⁷⁵ Art. L. 521-2 du Code de justice administrative.

⁷⁶ TA Paris, 10 mars 1995, Mlle R. B., n°s 9007007/4 et 9007008/4 ; 7 juillet 1995, Mme Monique LAIDIN, n°s 9009547 à 9009549, annulant les décisions d'admission en hospitalisation libre sans le consentement de l'intéressé. Voir en revanche, C.E., 1^{er} avril 1998, Mme CAPPELLETTO, n° 167.374 ; C.E., 25 mai 1994, Mlle B. et autres, n°s 129.664 et 129.750 ; CAA Paris, 18 mars 2003, Mme C. B. n° 98PA02734; TA Paris, 16 décembre 1994, Mlle Paulette DECOUEN, n° 9008537/4., rejetant, comme non fondés, les recours contestant des décisions d'admission en hospitalisation libre.

2°) L'arrêt André BITTON de la CAA de Paris, du 4 décembre 2001 et le reversement de la charge de la preuve en psychiatrie:

Par arrêt du 4 décembre 2001⁷⁷, la Cour administrative d'appel de Paris a ainsi annulé le maintien en hospitalisation libre de M. André BITTON, lequel avait été initialement admis en hospitalisation d'office. Pour ce faire, la Cour retint :

« que l'arrêté préfectoral du 7 février 1986 portant placement d'office de M. BITTON au centre hospitalier spécialisé du Perray-Vaucluse a été abrogé par arrêté du préfet de police en date du 23 juin 1986 ; que le centre hospitalier spécialisé dont s'agit rappelle dans ses écritures que ce dernier arrêté bien que notifié à l'intéressé le 24 juin 1986 n'a pas été mis à exécution instantanément, M. BITTON n'ayant pu quitter l'établissement que le 25 juin 1986 ; qu'il ressort des pièces versées au dossier que sur la base d'un bulletin d'admission en service libre du même jour, soit le 25 juin 1986, motivé par le médecin chef dudit établissement par « l'état de santé de M. BITTON nécessitant son hospitalisation dans son service » et signé pour accord d'admission par le directeur du CHS, M. BITTON a été admis à compter de cette date en service libre de cet établissement ; qu'il n'est pas établi toutefois que l'intéressé ait présenté une demande ni que son consentement à l'hospitalisation libre ait été recueilli d'une manière ou d'une autre ; qu'il n'est pas non plus établi qu'il aurait été informé du passage du régime de placement d'office à celui de l'hospitalisation libre, comme l'atteste le bulletin d'entrée du 7 février 1990 relative à la seconde hospitalisation de l'intéressé en service libre qui, rappelant l'hospitalisation précédente, se réfère à la période du 7 février 1986 au 1^{er} mars 1988 sans distinguer selon les régimes juridiques applicables en cause ; que la décision du 25 juin 1986 est dès lors illégale ; qu'il s'ensuit que M. BITTON est fondé à soutenir que c'est à tort que, par le jugement attaqué, le tribunal administratif de Paris a rejeté sa demande tendant à l'annulation de ladite décision »⁷⁸.

On remarquera que, dans cet arrêt, la Cour administrative d'appel de Paris, consacre la nécessité du recueil du consentement libre et éclairé du patient, tant à l'admission en hôpital psychiatrique que pour les soins délivrés dans ce cadre.

Comme en médecine générale, et à la suite de l'arrêt HEDREUL de la Cour de cassation⁷⁹, mais au contraire des jurisprudences précitées, propre à la matière, la Cour administrative d'appel de Paris fait ici, dans le cadre de l'affaire de M. BITTON, peser la charge de la preuve du recueil de ce consentement sur l'établissement.

Nul doute, donc, que cet arrêt permettra, à l'avenir, de faire un grand pas vers le nécessaire respect de la dignité des patients traités en psychiatrie et, notamment, de ceux admis en hospitalisation libre ou, du moins, enregistrés comme tels.

F. LA VOIE DE FAIT : VOIE D'EAU DE L'ARBITRAIRE EN PSYCHIATRIE :

En 2005, cet arrêt devait ainsi être suivi de deux autres de cette même Cour administrative d'appel de Paris, comme de celle de Versailles.

⁷⁷ CAA Paris, 4 décembre 2001, M. André BITTON, req. n° 96PA00717.

⁷⁸ CAA Paris, 4 décembre 2001, M. BITTON, n° 96PA00717.

⁷⁹ Cass. civ. 1^{ère}, 25 février 1997, HEDREUL c. COUSIN et autres, n° 426 P + B+R, L.P.A., 16 juill. 1997, n° 85, pp. 17 – 20, note Annick Dorsner-Jolivet.

S'adossant à cette dernière décision du 4 décembre 2001, ces juridictions conclurent en effet à l'existence d'une voie de fait, caractérisée par ce maintien sans titre des autorités compétentes, et sans le consentement de l'intéressé⁸⁰. Elles se déclaraient, par suite, incompétentes, au profit de la juridiction judiciaire à connaître des conséquences d'une telle voie de fait, notamment en ce qui concerne la rémunération du travail à l'ergothérapie, durant cette période d'hospitalisation libre,⁸¹ et le préjudice né des traitements neuroleptiques également administrés dans ce cadre⁸².

Ayant, dans cette affaire André BITTON, constaté l'existence d'une voie de fait, les cours administratives d'appel de Paris et de Versailles ouvrent ainsi un droit incontestable à réparation du préjudice de l'intéressé ; préjudice relevant de trois sources de dommages : la détention arbitraire, le travail à l'ergothérapie non réellement consenti et la prise de traitements, sans l'accord express du patient.

En effet, comme toute décision arbitraire, la voie de fait ne peut, juridiquement, fonder aucun acte, fût-il médical. La prescription médicale et l'administration des traitements perdent, en ce cas, tout fondement légal. Toutefois, seul le juge judiciaire peut évaluer le préjudice résultant d'une telle voie de fait, l'acte en cause étant alors en effet censé être insusceptible d'un quelconque rattachement à l'exercice de l'une des prérogatives de la puissance publique.

C'est donc dire combien, avec ces nouveaux dispositifs, les formalités substantielles, édictées par le législateur, mais aussi, dans certains cas, par le pouvoir réglementaire, se trouvent renforcées. Nul doute que le corps médical, notamment celui des psychiatres, devra, à l'avenir, composer avec cette nouvelle donne. Aussi peut-on espérer que les patients hospitalisés en psychiatrie, avec ou sans leur consentement, seront désormais davantage considérés pour ce qu'ils sont : des sujets de droit avant d'être traités comme de simples objets de soins.

⁸⁰ Le constat de la voie de fait, par la juridiction administrative, remonte, en matière d'hospitalisation psychiatrique, à un arrêt du Conseil d'Etat du 18 octobre 1989, Mme Brousse c. CH Lariboisière, A.J.D.A., 1990, p. 34, concl. B. Stirn ; L.P.A., 30 mai 1990, n° 65, pp. 16 – 17. Voir, également, TA Versailles, 26 septembre 1996, Mme V.-D.. et Groupe Information Asiles, n°s 91864 et 91865 ; TA Versailles, 10 octobre 1996, Mme LEDRUT et Groupe Information Asiles, n° 914305.

⁸¹ CAA Paris, 23 mars 2005, M. André BITTON, n° 01PA02667, Gaz. Pal. 24 jull. 2005, note Assia BOUMAZA, pp. 7 – 14.

⁸² CAA Versailles, 7 juillet 2005, M. André BITTON, n° 03VE01344.

Session : Professionnels de la psychiatrie, travailleurs sociaux, nouveaux opérateurs de santé mentale, usagers : lecture des places et modélisations du système psychiatrique

Christian Laval*

Permanence et ruptures des alternatives dans le champ du soin psychique

Depuis 15 ans, un discours unique a envahi le monde. L'écroulement du mur de Berlin s'accompagne de l'édifice d'un nouveau mur dans les esprits qui se donne à voir comme une évidence compacte que l'on peut résumer par le principe du TINA : There Is No Alternative. Le chemin serait simple (s'adapter ou disparaître) même si de plus en plus d'opinions publiques s'accordent pour dire que la pente est vertigineuse. A rebrousse poils de ce qui n'est au fond qu'une idéologie du temps présent, les sciences sociales doivent se poser la question de la diversité et des modalités de renouvellement des jeux d'action et des rôles. Historiquement, les réalisations des sociétés ont souvent été anticipées ou accompagnées par des expérimentations sociales dites alternatives. Suivre leur permanence mais aussi leur évolution dans le champ du soin psychique, tel est l'objet de cette communication. Particulièrement, je tenterai de rendre plus visibles les pratiques qui sondent les possibles dans le champ du soin psychique depuis la naissance de la psychiatrie jusqu'à l'avènement de la santé mentale. Pour ce faire, je propose d'examiner la question des alternatives comme une question passerelle qui permet de faire tenir ensemble des pratiques sociales de l'état social à l'espace local / global. Concrètement, je propose dans cette communication de mettre en travail deux types de rapport :

- 1) entre configuration sociale et alternatives à la psychiatrie.
- 2) entre santé mentale et politique des individus.

La mutation actuelle et les recompositions des professionnalités dans le champ de la santé mentale ne peuvent prendre sens et s'appréhender que dans cette conceptualisation.

Configurations sociales et alternatives

Premier cas de figure : états-social et alternatives psychiatriques

Depuis la fin de la seconde guerre mondiale, à l'échelle des nations démocratiques, les expériences des états-providence ont apporté des réponses spécifiques à trois types

* Sociologue, ORSPERE / ONSMP, Lyon. Adresse email : Christian.Laval@ch-le-vinatier.fr

d'enjeu : intégrer tous ses membres (dont les plus fragiles), fabriquer du lien social, expliquer et infléchir les inégalités sociales.⁸³

Ce modèle de l'état social a promu des programmes institutionnels redistributifs et compensatoires qui cadrent, assistent, protègent, contrôlent des individus *disciplinés* et conformes aux normes et aux valeurs dominantes : la citoyenneté y fait bon ménage avec la méritocratie.

Il faut particulièrement insister sur le sort commun entre cette forme d'état social et ce qu'on peut classer sous ce vocable d'alternative à la psychiatrie. Durant une trentaine d'années (60-80) des pratiques de Psychiatrie institutionnelle, de communautés thérapeutiques, de lieux de vie se sont développées. Mais depuis lors, ces alternatives refluent dans le même temps ou l'Etat Providence s'essouffle. Leur acmé autant que leur décline est concomitante. Le précaire durable (nouveau Tiers Etat) obère les capacités d'expérimentation et d'invention d'alternatives dans le contexte d'états/nation eux même en recomposition et dont la marge de manœuvre est tempérée par l'emprise du « marché » et de la domination de l'économisme.

A partir de ce trop bref rappel, est il possible de dégager sinon des principes d'actions communs du moins, quelques traits spécifiques qui caractérisent cette première génération d'alternatives à la psychiatrie « fille naturelle » de l'Etat- Providence ?

S'il fallait choisir un élément fort qui rassemble ces expériences alternatives ce serait celui-ci : Le processus de soin y devient non seulement collectif mais une affaire d'environnement, d'entourage. Il consiste à prendre soin du cadre car « *c'est à l'intérieur et à partir du cadre que les patients se construisent un jardin privé* » En d'autres termes, le cadre relationnel, la communauté, les lieux qui favorisent la vie sociale et personnelle sont requalifiés autant sinon plus que les pathologies. Ce soin du cadre devient l'esprit même du soin. Par exemple pour Paul Racamier, les modèles du cadre sont la scène de théâtre, terrain de jeu de la cure collective ou « *s'imposent des règles spécifiques et ou les mouvements et les expressions prennent un sens accentué* » : entrées en scène et sorties, avant scène et arrière scène, coté scène coté coulisse, etc.

Mario Colucci et Pierangelo di Vittorio insistent, à juste titre, dans leur livre sur Franco Basaglia, sur deux autres éléments caractéristiques de ces alternatives :

-La première est celle de la confrontation à la réalité donc au contexte institutionnel, législatif, politique spécifique à chaque nation : les expériences alternatives y sont sans cesse ramenées. Le pragmatisme et la contextualisation est la condition de la continuité des expériences.

-La seconde associe agir incertain et agir réflexif « *savoir ce qu'est l'hôpital psychiatrique, les dégâts qu'il a provoqués chez les malades, sa fonction dissimulée de protection de l'individu sain par rapport au malade, ne suffit pas à nous garantir que quelque soit le chemin sur lequel on s'engage- ce sera mieux qu'avant* » écrit franco Basaglia. Rétroactivement, il convient de prendre la juste mesure des retours réflexifs des alternatifs sur ce qu'ils font à partir de ce qu'ils sont (de la place qu'ils tiennent et contestent dans l'institution psychiatrique de l'époque : Travail incessant, clairvoyant mais aussi usant.

⁸³ La voie royale de l'intégration est passée par la citoyenneté sociale et politique. Le lien social, ce qui fait ciment entre les membres de la société, s'est construit sur des valeurs à la fois universelles (les droits de l'homme) mais aussi sur des normes sociales implicitement ou explicitement cohésives : la famille, les études, le mérite, le travail ; Enfin, ce qui rend les inégalités sociales partiellement légitimes (au moins aux yeux du plus grand nombre) c'est lorsqu'elles sont tendanciellement en voie de diminution ou, que, plus subtilement, tous les membres de la société bénéficient du progrès social : le niveau « monte » ; l'ascenseur social fonctionne.

Second cas de figure : mondialisation et santé mentale...?

Une seconde configuration est en émergence depuis deux décennies. En fait, elle ne remplace pas la première mais la complexifie. Elle correspond à un englobement des états nations dans un paysage mondialisé. La « globalisation » qui se définit ordinairement comme une marchandisation extensive qui favorise les puissants contre les pauvres, doit être comprise ici du point de vue d'une problématique de pouvoir. Elle subdivise des espaces englobant et des espaces englobés.

Dans cette nouvelle réalité, l'intégration des individus et des communautés ne se réalise pas préalablement, par conformité avec les programmes institutionnels. L'intégration se gagne (ou se perd) seulement lorsque l'action, la préférence, la différence, l'identité, l'espace de ceux qui demandent d'avoir une voix au chapitre, ont pu se manifester. (Notion de lutte pour la reconnaissance). Dans une telle configuration, se socialiser c'est non seulement prendre place mais c'est surtout exprimer, extérioriser, des actes, des discours, des identités dont je vais attendre d'autrui qu'il les approuve, qu'il les reconnaisse comme respectable, digne d'intérêt. La conformité à un modèle prônant la participation active des individus, consiste essentiellement à gagner à la fois le respect et la visibilité dans un espace local/global qui ne se limite plus à celui des frontières nationales.

De même, la métaphore du tissu ou du ciment social, reliant à priori les membres d'une communauté nationale fermée, n'y suffit plus. Il s'agit moins de faire cohésion que de fabriquer du lien.⁸⁴

A l'intersection de ces nouveaux enjeux (*reconnaitre et concilier*), on trouve un des principaux lieux d'écorchure inhérent à cette nouvelle donne : les souffrances psychologiques individuelles associées à l'inégal accès aux ressources d'accomplissement de soi. Réduire cette nouvelle forme d'inégalité (en rapport avec l'accomplissement de soi) aux seules avancées du droit social et politique apparaît peu adaptée. Une réflexion qui différencie les formes d'inégalités inhérentes à la conquête de la citoyenneté, de celles qui caractérisent un processus social de subjectivation, devient incontournable.

C'est dans cet écart entre droit citoyen et droit de l'individu à se réaliser en tant que sujet que la différence entre psychiatrie nationale et santé mentale cosmopolite acquiert une certaine réalité conceptuelle et pratique. Le combat pour la citoyenneté sociale et politique des personnes atteintes d'une maladie mentale n'est pas devenu obsolète, loin s'en faut, mais il se dé/relocalise dans une problématique universaliste de la conquête des droits subjectifs par et pour tous les êtres humains quelque soit leur mode d'inscription citoyenne et nationale. Ainsi une nouvelle configuration qui voit les nations « englobées » par la dynamique des flux et des réseaux à l'échelle mondiale, voit de même les psychiatries nationales *englobées* par le modèle de santé mentale cosmopolite. La naissance du concept n'est pas récente. Elle est contemporaine de l'expérience des alternatives à la psychiatrie (Fin d la seconde guerre mondiale). Longtemps positionnés dans des mondes parallèles, ce n'est depuis peu que la connexion entre psychiatrie et santé mentale pose un

⁸⁴ Ce qui attache les individus, c'est leur passion commune du choix électif, leur projet de se libérer de leurs appartenances primaires et secondaires. Une dépense d'énergie considérable pour construire des adhésions, des consensus, des agréments à priori problématique met sur le devant de la scène sociale le thème de la conciliation et de la réconciliation : des divorces, des contrastes, des oppositions, des rivalités, des désaccords, des incompatibilités. En d'autres termes, il s'agit de rendre compatibles des choix non compatibles dans le premier cas de figure. La gouvernance collective nécessite une bonne gouvernance de soi par des individus qui se « gèrent », et gèrent aux mieux leur choix et surtout leur différence

problème de référence et de modélisation. Il est un fait que le concept émane d'une pensée forgée d'emblée non dans les états nation (comme la psychiatrie) mais dans le cadre de l'Organisation Mondiale de la Santé. Attardons nous quelques instants sur la genèse de la définition Onusienne de santé mentale Entre le 18 et le 21 mars 1946, les membres de la Commission technique préparatoire à l'organisation mondiale de la santé établissent un préambule à la convention votée à New York le 22 juillet 1946. Le représentant français, A. Cavaillon, propose un premier texte qui fait cohabiter la catégorie d'individu à coté de celle de peuple. « Il n'est, pour les individus comme pour les peuples, ni sécurité matérielle, ni sécurité sociale, ni bien être sans la santé.... seuls les individus sains peuvent assumer pleinement les responsabilités d'hommes libres »

B. Chilsom, canadien et psychiatre de formation propose de créer une organisation mondiale et non pas inter-nationale de la santé. Il veut ajouter : « l'objectif d'améliorer grâce à une santé affective et mentale assainie, les relations humaines » La question qui se pose alors à la commission est : comment définir le terme de santé ? Dans un contexte où « ce n'est plus le microbe qui est l'ennemi : la science serait assez avancée pour en venir à bout si elle n'avait à lutter contre la superstition, l'ignorance, l'intolérance, la misère la pauvreté ; la tâche à accomplir est donc sans limites ».

Le texte adopté définitivement est « la santé est un état complet de bien être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité » définition extensive s'il en est maintes fois reprises depuis⁸⁵...

Si depuis lors, le champ de la santé mentale a étendu son emprise, s'affirmant comme une des clefs de la régulation et de la normalisation sociale des risques, des déviances, des exclusions et des handicaps, on n'a pas vu pour autant émerger de pratiques qui se revendiquent des alternatives à la santé mentale comme on a pu voir émerger des alternatives à la psychiatrie.

Par contre, depuis une décennie un discours critique des altermondialistes se fait entendre sur le sujet. Il appelle à une autre mondialisation, affirmant au passage que la santé (mentale) n'est pas une marchandise. Sur plusieurs plans, ce discours « alter » se démarque de ses précédents « nationaux » en inaugurant d'autres lignes critiques que celles portées nationalement (désaliénation, dé stigmatisation). En étant plus attentifs aux « autres mondes », il contribue à tempérer les expertises qui focalisent leur regard dans le seul espace de la pathologie mentale. Alors qu'elles étaient invisibilisées ou clandestines, d'autres altérités exclues et souffrantes acquièrent timidement un droit de cité. Des existences qui ne sont pas saisies d'emblée comme « nos fous » deviennent tangibles et palpables en tant qu'elles sont socialement exclus et psychiquement vulnérabilisées. La perception des manques et des troubles psychiques y apparaît comme les conséquences d'un processus global ne saisissant plus que des entités bio économiques à forte morbidité (travail a flux tendu et stress, délocalisations, plans sociaux et suicides, précarisation des trajectoires et dépression.) Alors que la psychiatrie avait extrait le malade mental de la folie, la santé mentale fait émerger la figure de la victime d'un processus bio économique« global ».

On aborde ici sur un nouveau rivage qui se caractérise moins par un régime des causes (étiologie) que par un régime des conséquences. Comme le dit J Dewey si les conséquences des actions humaines sont toujours inattendues, ce constat est démultiplié dans le monde de l'interdépendance globale. La santé mentale n'échappe pas à cette règle.

⁸⁵ Sources : La santé usages et enjeux d'une définition Prévenir n° 30 1996. Santé de l'homme N° 325 Octobre 1996.

Dans le *monde global des conséquences*, la prise en compte des enchaînements, des contrecoups, des séquelles, des effets secondaires, des traumatismes psychiques devient un enjeu vital. Car l'avenir reste ouvert à ceux qui sont bien outillés psychiquement -et bien sur socialement- pour aller au-delà de la réduction/imposition bio-économique. Dans le cas contraire les individus sont menacés par une « sortie de route » durable des échanges « qui comptent ». Bref, avec la santé mentale, émerge une politique de la mal individuation.

Santé mentale cosmopolite et politique des individus **Mal-individuation et souffrance sociale**

Une série de travaux sociologiques récents convergent sur le constat d'une certaine individualisation de l'inégalité sociale⁸⁶. Chaque individu devient le réceptacle d'une diversité d'inégalités de ressource ou de support sociaux. J C Kaufmann parle d'un nouvel espace d'inégalités « *celui de la représentation de soi, des images et des émotions qu'il véhicule* » qui entre en interaction avec les inégalités sociales classiques.

Le déni de reconnaissance ou la vulnérabilisation du lien social qui s'ensuit semble pointer une difficulté itérative des "je" à s'accorder avec une société ou les désirs et les pulsions individuels sont de plus en plus "marchandisés" alors même que se délitent les étayages sociaux en mesure d'assurer l'identité et la place de chacun⁸⁷. En ce sens, la mal individuation serait au cœur de ce que Pierre Bourdieu avait proposé d'appeler souffrance sociale⁸⁸. Ce nouveau *topos* des inégalités est, au moins partiellement à l'origine de l'extension du champ pratique de santé mentale. Dans ce contexte, repenser l'action publique en injectant un souci collectif de santé mentale ne consiste pas seulement à redistribuer des soins et des ressources matérielles de manière compensatoire. Il s'agit de soutenir la production institutionnalisée d'un individu en capacité *tout à la fois* de conduire sa vie, de participer à la vie sociale et d'exprimer la différence à partir de la quelle il a choisi de s'adresser aux autres.

Transitions et parcours

Les individus de la santé mentale cosmopolite ont à résoudre de nouvelles questions *personnelles qui sont autant de questions sociales et politiques* :

Quelle est la réelle possibilité de continuer à participer à la vie sociale, là où l'individu est saisi en tant que personne ? Là « ou il en est », quel niveau d'autonomie peut-il raisonnablement reconquérir ? De quelle sorte de soutien ou d'accompagnement a-t-il besoin ?

Quelle possibilité réelle a-t-il de concilier sa différence avec les autres différences et de faire accepter la singularité de son parcours ? Notons au passage que la liste des singularités est quasiment infinie et les combinatoires entre elles d'une grande richesse.

Dans ce contexte, le problème pragmatiquement posé n'est plus seulement celui de la définition stable et discriminante d'entités normales ou pathologiques, d'états valides ou invalides. L'index de la santé mentale, s'éloignant des théorisations classificatoires et syntagmatiques inhérent à la psychiatrie, met à l'ordre du jour, sur différentes scènes

⁸⁶ (Beck, Ion, Dubet, Castel, corcuff, Erhenberg, Kaufmann, Lahire. De Singly.)

⁸⁷ Alain EHRENBURG, 2000, "Nervosité dans la civilisation : du culte de la performance à l'effondrement psychique", dans Université de tous les savoirs, 2002, *L'individu dans la société aujourd'hui*, Odile Jacob, Paris, volume 8.

⁸⁸ Pierre BOURDIEU, *La misère du monde*, Seuil, Paris, 1993.

sociales, (nous y reviendrons) des pratiques *-déliées d'une seule théorie de référence (au moins a priori)-* qui consistent non à classer mais à *accompagner* les transitions de vie d'un état à l'autre.

Parce qu'ils posent un enjeu pour la construction de soi et pour la gouvernance sociétale, les récits de parcours de vie, et leurs aléas sont devenus la matière première à partir de laquelle se développent ces pratiques. L'aide au récit pour les demandeurs d'asile en est l'exemple le plus illustratif. Plus ordinairement, le curseur est mis sur les multiples ruptures individuels usuels ou plus insolites (divorce, travail, maladie, accident, exil). Que ce soit sur les scènes de la famille recomposée, de la précarité, du travail, de l'intervention humanitaire, du logement, de la Politique de la Ville, les professionnels sont convoqués sur des objectifs de *care* autant que de *cure* qu'il s'agisse de concilier les transitions de vie choisies ou de raccommoier les parcours de vie subies. Ce travail de soutien au bon usage de soi, nécessite d'apprendre à combiner et rendre compatible entre eux différents moyens mobilisables dans le milieu de la personne (remèdes, relation, expédients, argent, aide, soins). Là où la psychiatrie saisissait un individu « scotché » figuré par sa carte d'identité (fou ou pas fou), la santé mentale renvoie à un individu « fragmenté » figuré par son curriculum vitae (trou ou pas trou).

Quid des professionnalités?

Constats préliminaires

En premier lieu, de nombreux professionnels de *la relation sur autrui* sont concernés par cette nouvelle donne ; opposer les professions de la psychiatrie à celle de la santé mentale n'apparaît pas pertinent.

Second constat, les professions historiquement constituées dans le sillage de l'état social et national (travailleurs sociaux et « psys ») sont entrées non pas en crise comme on le dit trop vite mais dans un cycle de réajustement constant et vigilant. La période amène les professionnels à tenir, dans le cadre même de leur activité, des postures de distance et de résistance subjective et idéologique. Des études récentes effectuées en Belgique évoquent le terme de « ruses et de bricolage », de contournement et de détournement grâce auxquels les professionnels parviennent à rendre compatible- mais au prix de quelle énergie ?- l'introduction de cette nouvelle donne de la santé mentale avec la préservation de l'idée qu'ils se font de leur métier.

Des scènes et des pratiques germinatives ?

Mais si malaise et résistance conjugués semblent non-exceptionnels, ils ne semblent pas déboucher sur l'expérimentation d'un nouveau cycle d'alternatives comparable à celui des années 60 – 70. En 2006, c'est aussi sur de nouvelles scènes périphériques à la psychiatrie -et certes dans une confusion théorique et pratique- qu'une nouvelle geste professionnelle s'expérimente.

Une première scène se constitue dans les suites des attentats de 1996 dans les RER à Paris (station Saint Michel). Suite à ces attentats sont mises en place les premières cellules d'urgence médico-psychiatriques qui s'étendent ensuite sur tout le territoire hexagonal. Ces cellules, issues pour partie d'une pratique psychiatrique en situation militaire, élargissent leur champ d'intervention à divers événements traumatiques aussi variés que des prises d'otages, des rapatriements de concitoyens expatriés dans des pays en guerre civile, mais aussi des catastrophes écologiques (inondations) ou de risques technologiques chimiques. Une variante apparaît, selon un régime d'identification au lointain sur divers

terrains d'intervention humanitaire. A partir du séisme qui a eu lieu en Arménie en 1989 puis dans des situations de guerre ou de conflits armés (Yougoslavie, Rwanda, Sierra Leone...), l'intervention humanitaire intégrant dans ses outils l'assistance « psy » s'est peu à peu banalisée dès la fin des années 1990. Ces deux scènes peuvent également se recouper, par exemple à l'occasion de la mise en place des dispositifs d'accueil des demandeurs d'asile. Sur ce nouveau front, apparaissent des intitulés de « métiers flous » tels qu'agent de santé (Lovell et la situation de la nouvelle Orléans)) ou de counceller (conseiller psycho sociaux). Pour autant, la figure professionnelle paradigmatique de cette scène refondatrice du champ, est celle de l'urgentiste, que celui-ci soit médecin, psychologue ou logisticien.

Une autre scène germinative est celle du local. L'attestation du mal-être des administrés est aussi le fait des élus locaux qui, dans le cadre de leur permanence sont de plus en plus concernés. Leur questionnement initial est toujours pragmatique : ils sont confrontés à un problème « insoluble » en proximité avec des publics captifs dont ils constatent qu'ils posent, au moins pour partie, une problématique de santé mentale. Où et comment trouver des ressources locales pour l'action lorsque les causes des atteintes psychiques s'inscrivent dans des problématiques qui dépassent les frontières de l'état-nation ? Suite à la fermeture ou à la *délocalisation* de l'usine implantée dans telle commune, que faire *localement* ? Comment gérer l'explosion d'une usine chimique en contenant la contestation sociale ou écologique ? Celle de l'accueil des demandeurs d'asile : comment aménager des espaces d'hospitalité dans telle ou telle commune sans faire monter les expressions de racisme et de xénophobie, ou mieux, en favorisant la richesse des échanges entre cultures ? Sur ce front, les professionnels de la psychiatrie et du travail social sont convoqués pour travailler en réseau dans des dispositifs socio psychiques à « monter » et inventer dans un au-delà des logiques institutionnelles.

Quelles professionnalités ?

Moins que de métiers flous ou durs ce qui apparait sur ces deux scènes a trait au contenu, aux postures, aux sens, aux fonctions. Qu'il s'agisse d'ingénierie de réseau, de l'organisation de commission de réflexion interdisciplinaire, d'activité de médiation ou de soin, il s'agit chaque fois de créer du collectif inter professionnel à priori composite. Les professionnels collaborent entre eux non sur la base d'une théorie commune de référence mais par le fait qu'ils partagent un problème ou une méconnaissance commune.

Globalement cette différenciation/indifférenciation d'une partie du champ d'intervention caractéristique de la santé mentale met les professionnels en situation d'implication mais aussi d'embarras. Jusqu'ou peut on s'aligner sur la position de l'autre sans y perdre son identité ? Le risque est de créer de nouvelles professions interface ou garde frontière qui demande à chacun son droit de passage ou sa carte d'identité (sa corporation et sa discipline).

En vis-à-vis des attitudes et tendances managériales à vouloir re-discipliner un champ d'intervention en pleine recomposition, nous proposons d'envisager le paysage actuel en terme de *professionnalités* ? Cette entrée a l'intérêt de rendre compte -sans les figer- des évolutions, des conflits, des dynamiques traversières aux métiers (qui bien sur sont toujours là et bien là) sans élaguer trop vite celles qui gênent ou interrogent. Si de nouveaux métiers sont annoncés comme nécessaire aux confins des différents champs d'intervention, l'entrée par les professionnalités consistent moins à tenter de départager de nouveaux territoires de compétences et de qualifications qu'à repérer la permanence de nouvelles postures qui s'avèrent indispensables aux professionnels pour continuer à

agir et pour définir collectivement, dans une configuration institutionnelle extrêmement mouvante, des limites éthique à leur action.

Conclusion : peut-on transmettre de l'expérience utopique ?

Que nous apprend ce « retour sur expérience » sur la situation contemporaine ? D'abord que le changement est cyclique et progressif mais discontinu avec des périodes d'accélération et des périodes d'inerties. La strate des alternatives a anticipée des formes d'organisation, des pratiques d'acteurs, des conceptions de soin et de santé dont nous devons continuer à comprendre comment elles tissent entre elles des relations d'implication dans le contexte nouveau de la santé mentale cosmopolite.

Une dernière leçon de Franco Basaglia consisterait à nous mettre en garde sur le risque de réduction idéologique de la réalité de la mondialisation (la dénonciation de la société néo libérale du risque et du réseau) alors que ses effets concrets sont déjà inscrit dans les métamorphoses de la subjectivité de notre temps.

Dernière question alors ? Au delà de la dislocation des processus de transmission sur les savoirs caractéristiques de notre société peut-on encore transmettre de l'expérience utopique ?

Encore Basaglia : *« L'utopie ne peut exister qu'à partir du moment où l'homme a réussi à se libérer de l'esclavage de l'idéologie, de façon à exprimer ses propres besoins dans une réalité qui se révèle constamment contradictoire et apte à contenir des éléments qui permettent de la dépasser et de la transformer. C'est seulement alors que l'on pourra parler de la réalité comme du pratiquement vrai et de l'utopie comme élément préfigurant de la possibilité d'une transformation réelle de ce pratiquement vrai. Mais alors il ne s'agirait pas d'une utopie mais d'une recherche constante sur le plan des besoins, des réponses les plus adéquates à la construction d'une vie possible pour tous les hommes »*

Session : Professionnels de la psychiatrie, travailleurs sociaux, nouveaux opérateurs de santé mentale, usagers : lecture des places et modélisations du système psychiatrique

Anne RAUZY*

DE L'ENTHOUSIASME COMME VERTU NAIVE ET CURATIVE

Indéniablement, l'idée d'un bonheur ressenti en tant que psychiatre de service public m'évoque d'emblée un bonheur partagé avec toute une équipe, à un moment où il semble que la lamentation, mouvement délétère et mortifère s'il en est, prend le pas dans les institutions sur toute dimension d'investissement et de mobilisation.

Dans cette période de restriction, de manque, de doute et de suspicion, nous est venue l'envie d'une autre dynamique, d'un mouvement qui nous amènerait à sortir à la fois de cette position et des murs de l'asile.

En repérant les demandes des patients, des familles et de différents partenaires de la cité, nous avons pu assouvir ce désir de renouveau dans la création d'une *équipe mobile*, capable de quitter le confort très relatif des murs de l'institution pour se lancer d'abord avec circonspection puis avec enthousiasme à la conquête d'un espace relationnel jusque là mal connu de nous et redouté, la réticence aux soins du patient en crise.

Jusqu'à présent, dans nos représentations de ce que pouvait être un soin de qualité, traînait quelque part l'idée qu'il s'agissait d'attendre de la part du patient l'émergence d'un désir (émergeant d'où d'ailleurs ?) que le patient puisse exprimer de façon claire et adaptée en s'adressant de lui-même aux heures et jours d'ouverture sur les lieux de consultation psychiatrique qui lui sont destinés.

En dehors de ce cas de figure, les patients et leur famille, les médecins traitants, les services sociaux et autres n'avaient qu'à s'adresser comme ils le pouvaient aux services d'urgence des hôpitaux généraux ou autres SOS psychiatrie.

En se retranchant derrière l'attente d'une demande de soins, nous évitions ainsi la confrontation à nos représentations sanguinolentes de tout ce qui pourrait survenir de dangereux au domicile des patients. (La représentation du malade mental, qui nous attendrait armé et vindicatif à la vie dure, même chez les soignants, ou encore celle du mélancolique qui se serait fait sauter la cervelle voire altruïstement celle de toute sa famille, celle de l'alcoolique violent, etc.)

La deuxième idée qui pervertit durablement toute initiative est celle de la surcharge de travail forcément inhérente et générée par toute modification du système existant, quotidiennement si péniblement assumé. (Déjà qu'on est dans la restriction, le manque, etc...)

Dans tout cela on oublie et on néglige aussi les représentations de tout un chacun sur la psychiatrie (avec ces psychiatres encore plus bizarres que leurs patients, qui vous abrutissent de drogues et vous internent contre votre volonté et contre tout bon sens, qui sont capables d'enfermer les braves gens et de laisser dehors les fous dangereux.) On n'y va pas de gaîté de cœur vers la psychiatrie.

D'où l'idée d'aller au devant de nos patients, dans le no man's land d'une demande qui n'en est pas une et qui s'exprime essentiellement par des troubles du comportement, qu'il

* Psychiatre, Chef de service par intérim, Secteur 94G17, CHS Paul Guiraud Villejuif (France)

s'agisse d'agressivité, de bizarrerie, de gestes ou de propos suicidaires, de prises de toxiques... Dans une demande plutôt portée par l'entourage comme par procuration que directement par les patients eux-mêmes.

Cet « au-devant », où il s'agit de tendre la main, d'appriivoiser quelque chose de la relation, se concrétise depuis 2002 dans la création de notre Unité Mobile d'Évaluation et de Soins (UMES). Sa vocation est de faciliter l'accès aux soins, pour lesquels nos patients peuvent se montrer si réticents (ils ne sont pas malades c'est les autres qui le sont), si méfiants (la psychiatrie c'est pour les fous), si honteux (je ne pensais pas être tombé si bas), etc.

Cette Unité Mobile est joignable 24H/24 et se rend disponible dans les 24H. Elle est destinée aux patients du secteur et est mise en œuvre avec les moyens du secteur mais dans un partenariat à la fois élargi et ajusté. Elle s'adresse essentiellement à des patients qui n'ont aucun suivi psychiatrique.

L'équipe est composée d'un médecin, d'un psychologue et d'une bonne douzaine d'infirmiers qui travaillent tous en parallèle sur les différentes unités intra et extra hospitalières du secteur. Cette Unité Mobile est susceptible de se rendre à domicile, dans les services d'urgence, d'hospitalisation ou ailleurs, dans la rue, les lieux publics.

La représentativité des différents sites du secteur intra et extra hospitalier par l'équipe infirmière permet d'emblée une rencontre adressée précoce et directe quelle que soit ensuite la proposition qui pourra suivre (suivi ambulatoire ou hospitalisation.)

Si sur le secteur nous avons jusqu'à présent une certaine habitude de visites au domicile de patients connus et plus ou moins stabilisés, la rencontre inaugurale de patients « en crise » à domicile réserve une véritable richesse clinique dans l'évaluation directe de leur contextualité.

L'expressivité symptomatique, les interactions interpersonnelles, les ébauches d'alliances thérapeutiques, s'élaborent et se négocient différemment selon le lieu de leur prise en compte.

L'engagement de chacun dans les soins est bien différent. Que ce soit de la part des soignants qui s'exposent hors le cadre de l'institution et qui se sentent du coup bien plus directement sollicités et impliqués dans la prise en charge, que du côté des patients et des familles, d'emblée acteurs des soins voire cothérapeutes.

Le bonheur du psychiatre c'est la vraie cohésion de l'équipe, le plaisir retrouvé du travail en commun, d'une équipe qui cesse de se lamenter et qui en redemande avec enthousiasme.

Le bonheur du psychiatre c'est la justesse du propos de ce patient psychotique qui se charge rapidement de démonter ce bel enthousiasme par un « mais vous êtes les *drôles de dames* ou quoi ? »

Le bonheur du psychiatre c'est aussi cet autre patient psychotique totalement envahi par ses hallucinations qui après s'être étonné que ce soit nous qui venions lui proposer notre aide, à la place où il se sentait lui être désigné par Dieu pour sauver l'humanité tout entière, nous quitte sur un merci chargé d'une authentique émotion et gage d'un véritable pari réussi, même si encore fragile, de l'engagement dans la relation thérapeutique.

**Session : Professionnels de la psychiatrie, travailleurs sociaux, nouveaux opérateurs de santé mentale, usagers :
lecture des places et modélisations du système psychiatrique**

Albert Jakubowicz

**Vers une démedicalisation de la chronicité :
un homme doit rester un homme**

« Il faut retrouver de l'humain dans l'homme », c'est ce que nous faisons depuis bien des années, à l'opposé des courants «scientifiques» neurobiologiques qui, dans leur pratique déconstruisent l'être humain.

Quelle construction a-t-il fallu mettre en place ?

L'humanisme paraît être un terme désuet (comme la laïcité), une position du siècle des lumières, une revendication écologique après le constat de la destruction d'un être humain par des mécanismes d'écrasement, la personne se retrouve broyée comme dans les romans de Kafka. Il est vrai que depuis trente ans, nous avons fait le choix de considérer les hommes comme des personnes et non des choses, des clients, des services, des individus etc...

La psychiatrie pratiquée par l'équipe de psychiatrie de la Sécurité Sociale dans les Mines, pourrait se décrire comme une psychiatrie en relief et une psychiatrie « non euclidienne ». Elle est une psychiatrie en relief dans la mesure où elle cherche à intégrer toutes les composantes qui participent à la construction et à la maintenance de la vie mentale des individus. Ainsi, la vie matérielle, la vie relationnelle se mêlent à la vie émotionnelle, à la vie sociale, à la vie idéologique. Tous ces aspects concourent à structurer l'imaginaire. Ce même imaginaire participe aux choix et aux désespoirs de l'individu. Le réel, le social, l'émotionnel, le relationnel et l'imaginaire construisent la forme de notre monde intérieur et extérieur.

Elle est une psychiatrie « non euclidienne » dans la mesure où la pratique admet le temps, le mouvement, la relativité des repères sociaux, affectifs. Tout bouge, et l'individu est constamment en évolution, en transformation dans le courant de sa vie. Cette psychiatrie se place elle aussi dans le courant de la vie sociale qui elle-même se transforme. Cf. l'introduction à l'exposition « les repères affectifs » : « *le bruit social change l'atmosphère et l'esthétique des situations. Ces changements modèlent insidieusement le cadre de notre vie, notre perception, la forme de la famille, les rapports sociaux, la structure sociale* ». Où l'apparition d'une maladie mentale n'est ni simple, ni rectiligne, il s'agit d'une cuisine subtile, l'accumulation d'une multitude de détails qui « prennent en sauce ». Parfois, ces détails se condensent en crise, d'autres fois ils se structurent. Ils prennent alors la forme d'une maladie mentale . C'est ainsi qu'apparaît « le refus de la culture du diagnostic », le

refus de « couper », de ranger l'individu dans le prêt à porter des catégories nosographies.-cf Ph.Lucas ; Esprit avril 1978.

Ainsi la psychiatrie à Montceau-Les-Mines tente de s'inscrire constamment dans le mouvement de la population, dans son mouvement réel, dans son mouvement imaginaire, dans le mouvement aussi réel ou imaginaire du malade mental. Elle s'inscrit et souligne ses tensions, ses lignes de force, sa construction, ses transformations.

S'adapter aux besoins, à la demande

Ce point de vue implique un travail continu de la part de l'équipe. Il s'agit d'un travail critique de mise à distance et réflexions sur les pratiques psychiatriques au quotidien. Il s'agit aussi d'un travail de mise en place, de construction, de transformation d'espace réel (groupe de malades, groupe de quartier, travail à l'hôpital général), de transformation d'espace imaginaire (construction de la relation, structuration des émotions, évolution de la perception, comment inscrire tel sentiment de la vie réelle et sociale, tel acte dans ses enjeux sociaux ou interindividuels).

C'est dire que l'équipe de psychiatrie a utilisé pour comprendre, agir, soigner, la sociologie, l'éthnologie, la phénoménologie et toutes les composantes de la psychologie. Ce n'est pas la transformation radicale de telle ou telle pensée qui fait l'originalité de la pratique de l'équipe. C'est en réalité l'inscription au quotidien, détail par détail, de la pratique au travers de la vie des gens. Cette inscription est la somme de critiques, refus, reconstructions, restitutions. Elle se situe toujours dans une volonté de voir l'individu reconquérir le pouvoir, la gestion de tel ou tel espace de sa vie imaginaire ou réelle.

Psychiatrie de campagne, comme on dit médecin de campagne, le travail de l'équipe s'étale dans le temps et la continuité du bassin minier, la continuité des malades et de leur avenir. Il en souligne les processus de chronicité, et lutte pour une déchronicisation.

L'équipe reçoit aussi des gens en crise aiguë (cf. l'augmentation très importante des suicides et tentatives de suicides). Elle a construit une assise sur laquelle ils vont se reposer, mettre un instant leur vie entre parenthèses, temps de réflexion et de mise à distance. Tout est fait ici pour que l'individu puisse continuer sa vie physique, sa vie intérieure, ses échanges. Le service de psychiatrie n'est pas un arrêt, la fin d'une vie, ou le début d'une vie de psychiatisés. C'est un passage à l'occasion d'un cyclone émotionnel. Ainsi, toutes les pratiques classiques et les espaces classiques sont décalés, retravaillés. L'équipe reste en contact avec les familles, les médecins généralistes. Le malade reste libre de son choix médical, de sa circulation. Les pressions exercées par ceux ci sont les garanties d'une pratique vivante, adaptée. En effet, il y a toujours danger de passer de l'aide au malade à l'assistance au malade, d'une pratique soignante à une pratique chosifiée, chronicisante.

Cette confrontation de la pratique psychiatrique conduit tout naturellement à confronter aussi les acquis psychologiques avec la population.

En 1976, nous nommions cela restituer. Actuellement, nous parlons d'un mouvement de prévention, une tentative de transformer la perception, la vision quant à la maladie mentale. Un désir d'ouvrir le débat sur autre chose que les catégories nosographiques. C'est ainsi qu'est née en 1979 et se poursuit depuis, l'aventure des expositions de contes photographiques, puis celle des ateliers.

Etre bien : l'individu et la personne

Les gens recherchent souvent le bien-être. Etre bien, c'est aussi être bien avec les autres. Pourtant, il y a une grande différence entre un individu et une personne. Un individu est

quelqu'un d'isolé. Il recherche son auto-suffisance, il recherche son auto-protection. Il se sent extrêmement fragile. Il recherche un état de bien-être et aspire à le conserver. Il prône le conservatisme. Les exclus sont des individus, des gens très seuls. Ils rêvent d'un «état». Une personne est quelqu'un toujours en pluri-appartenance dans son groupe, toujours dans une continuité entre elle et les autres, dans un mouvement d'actes et de projets. C'est la différence entre un individu qui recherche un état et la personne qui recherche un «étant»: la création, de nouvelles structures sociales, un devenir constant. L'exclu recherche l'isolement pour se protéger, la consommation pour se remplir et survivre. Il est de moins en moins en révolte contre le système.

L'isolement et l'ennui

De quoi est fait le mécanisme de destruction des individus qui arrivent à l'hôpital? Il est fait d'isolement et surtout d'ennui. L'ennui pourrait paraître dérisoire. Il y a deux sortes de souffrance dans le travail, la souffrance de l'effort et la souffrance de l'ennui. Pour les chômeurs «malades chroniques», la souffrance de l'effort n'existe plus, il ne reste que la souffrance de l'ennui. C'est une sorte d'arrêt de la vie, totalement insupportable, sur lequel on pourrait réfléchir beaucoup plus longtemps.

Quelles constructions a-t-il fallu mettre en place?

Nous avons pratiqué des thérapies de groupe depuis un travail à Montceau-les-Mines, en faisant l'hypothèse suivante: il n'y a pas assez de soignants, il faut que les patients s'appuient les uns sur les autres, ce qui devrait leur permettre de se restructurer.

On parle en psy de la position anaclitique (ce stade qui soutient l'enfant, le porte, l'aide à traverser les obstacles) comme dans la fresque de Saint Jean Baptiste de la cathédrale de Tolède où Saint Jean Baptiste représenté en géant fait traverser la rivière à un enfant de la taille d'un adulte. Dans cette représentation, on se sent tout petit. Durant trente ans, les groupes ont été des géants aptes à supporter des personnes qui se noyaient, aptes à les rassembler dans leur solitude, apte à les rendre vivants.

J'avais rencontré un couple d'artistes qui était intéressé par le travail avec les gens soignés en psychiatrie. C'est avec eux que nous avons conçu le principe des ateliers, faire, inventer des formes, un style, se coltiner à la matière et au groupe, être rémunérés.

L'ensemble artistes, artisans, stagiaires semble fonctionner, avec des tensions qu'il convient de résoudre.

Nous avons élargi les ateliers à travers un réseau de santé (équipe de psychiatres, assistants sociaux, ANPE pour la recherche d'un travail, UNAFAM pour la recherche d'un logement). Un espace qui s'ouvre, qui est traversé par le monde extérieur renvoie l'image d'une vie possible, ouverte elle aussi.

Si les artistes se cassent la tête pour inventer de l'art, de la nouveauté, d'autres formes et d'autres styles, les artisans s'inquiètent de l'état des gens, de leurs angoisses, de la production d'objets de qualité.

L'Atelier du Coin (Association Arc-en-ciel) fonctionne depuis 1992. Il est né de la rencontre de l'équipe de psychiatrie de la Société de Secours de Bourgogne avec des artistes peintres graphistes de l'Association Malin Plaisir, parrainé par l'AFPA (Formation Professionnelle des Adultes), en réponse à un appel d'offre du Fonds Social Européen pour l'intégration des handicapés.

Il reçoit chaque année une vingtaine de personnes qui ont traversé le monde de la souffrance mentale et celui de la psychiatrie.

L'Atelier du Coin est une imprimerie conçue autour de l'image artistique. Il produit des gravures (lino gravure, gravure sur bois), des affiches, des petits livres. L'Atelier est un espace intermédiaire entre le monde de la psychiatrie (celui de la fascination du monde intérieur) et l'exigence du monde du travail. Il est un palier, une façon d'aborder « l'après maladie ».

Dans la recherche du mouvement de la peinture (le regard du peintre, l'invention), dans la recherche d'une atmosphère communautaire faite d'échanges et de complicités, l'Atelier renforce et confirme la phrase de Vassili GROSSMAN (dans Gloire et Destin) : il faut retrouver l'humain dans l'homme, ce que nous essayons de faire pour nous-mêmes et les stagiaires de l'Atelier.

L'Atelier s'est agrandi en 2000, dans le même esprit que l'Atelier du Coin, mais avec d'autres artisanats : un atelier de bronze au Creusot, où il existe une tradition de métallurgie et un atelier de textile à Mâcon qui possédait une tradition de textile. Ces différents ateliers sont bien inscrits dans les villes du département. Ils aident quarante stagiaires rémunérés, soutenus par huit salariés et deux artistes intervenant de façon séquentielle.

Leçons de cette expérience :

Ce n'est qu'aujourd'hui que je peux définir ce que nous avons fait dans les ateliers. Tout s'est construit petit à petit, dans des rajouts, dans des oppositions, des décalages pour en arriver à un espace vivant, convenable, confortable. Il ne fallait pourtant pas construire un «espace Club Méditerranée » mais il convenait d'imposer une exigence, moteur de la réinsertion.

Marius Alliod à l'AMO de Saint Etienne en 1991 parle du devoir d'exode personnel et précise : « *celui qui bénéficie des secours publics, celui-là, quel que soit le motif d'attribution reste une obligation sans dispense. Nul ne peut, si on préfère, être admis à demeurer immobile, ni à se réfugier dans une quelconque réinsertion ou obscurité sociale lorsque la sollicitude éclairée de l'aide publique vient à son secours* ».

Une telle déclaration figure moins comme postulat fondateur de toute action sociale... Elle s'applique aux pratiques d'aides les plus diverses. L'exode est une obligation sans dispense, qui s'est autorisé à rendre obligatoire le voyage social républicain de la liberté.

J'ai été étonné des résultats donnés par ces ateliers. Au lieu de fabriquer des objets, les ateliers ont favorisé les sensations, les émotions, toute chose vivante et non cadrée, laissant un espace où il est possible d'inventer, de respirer, où l'on peut s'imaginer vivre.

L'art est une proposition de conception du monde, une façon de penser et de montrer le monde. Le copier, c'est faire un effort pour penser la pensée de l'artiste, mais aussi c'est repenser, reconstruire, relier la façon que l'on a d'imaginer la vie : le monde extérieur et la vie intérieure.

Dans la psychose, la mise en image est un affrontement important. Gisela PANKOW dans « L'importance du concept de la forme dans l'approche de la psychose », précise : « dans cet article, je voudrais montrer comment le malade mental, engagé dans une créativité à partir d'une dialectique des formes pourrait nous guider lui-même et nous faire découvrir un chemin qui conduise hors de l'univers de la psychose. Depuis plus de vingt cinq ans, j'ai mis au point et développé une méthode de « structuration dynamique » pour intervenir dans les processus de destruction eux-mêmes, et pour ce faire, je me sers de l'image du corps (première fonction fondamentale) et ensuite de saisir, au delà de la forme, le contenu et le sens même d'un tel lien dynamique (deuxième fonction fondamentale de l'image du corps)... J'ai tenté de développer une dialectique dans un

monde de fragmentation. Il s'agit donc d'opérer une « fusion » de fragments ; pour qu'une « fusion » soit stable, il faut choisir des fragments qui concernent le corps vécu. Face à cette proposition, un patient de Gisela PANKOW lui disait un jour : « chaque acceptation d'une forme est une menace contre mon existence (sous entendu ma psychose). Au moment où j'accepte une forme définie, je suis perdu » (en voie de guérir). L'Atelier n'est à aucun moment un centre thérapeutique au sens médical du terme, mais il secrète des propositions d'images, des fusions de vie fragmentée gestes du corps, expression de la gravure (au sens de s'exprimer : sortir quelque chose de soi). Michel Lasserre, graveur sur bois à l'Atelier, le dit aussi « il faut favoriser une écoute des matériaux dans ce qu'ils ont de spécifiques ». Il s'agit d'une écoute de la réalité en tant que matière à laquelle le corps se confronte. Michel Lasserre poursuit « la peinture est un matériau ductile, mais il faut le conduire ». Ici l'espace - matière ne pourra être soumis, transformé que si la personne insiste pour être attentive à cette matière . Il faut conduire le matériau, sortir de son rêve, sortir de soi à soi qui n'a pas besoin de langage, seulement de tranquillité, de solitude.

L'Atelier est aussi un espace qui réunit ces hommes solitaires pour les refonder dans un groupe. Ce groupe lui-même échange avec une multiplicité de lieux hors de l'Atelier (cf. les différentes fêtes des sports, la bibliothèque de Sanvignes, l'échange franco-allemand entre les villes de Montceau Les Mines et celle de Geislingen et l'atelier d'art thérapie de l'hôpital psychiatrique de Goepfingen). Ces échanges font lien, soudure, reconstitution. Plus simplement pour plagier Jean Claude Carrière dans son introduction du CD du Mahâbhârata : « vous raconteriez cette histoire à un vieux bâton, il reprendrait feuilles et racines ». C'est ce que nous essayons de faire avec les ateliers.

Il n'est pas question ici de toucher la profondeur de la personne, de manipuler l'esprit des individus comme dans l'art-thérapie ou l'ergothérapie.

Les stagiaires peuvent copier des œuvres d'art et s'imprégner de la pensée de l'artiste. On touche à l'harmonie, à l'équilibre de l'être humain inscrit dans un tissu vivant.

J'ai donc appris dans les ateliers que la chronicité n'est pas une maladie individuelle, mais une sorte d'infarctus social provoqué par l'appauvrissement de la pensée, l'appauvrissement des échanges, une perte de la personnalité qui se traduit par un sentiment d'impuissance. C'est ainsi qu'une problématique est proposée au médecin : soit il inscrit le processus comme une maladie qu'il traite mais il se sent impuissant à répondre à la personne, il n'obtient pas de résultat. Soit comme nous l'avons fait, il nous fallait analyser une problématique et en tirer les conséquences sociales qui n'avaient rien à voir avec la position médicale.

Une réponse complexe, plurielle, avec une scansion du temps, un espace souple pour la possibilité de créer des bulles de protection, le droit de ne pas comprendre, l'autorisation de se comporter comme un idiot.

Pourtant, et nous en sommes fiers, c'est cette réponse qui me semble la plus appropriée à la souffrance de la chronicité.

Je notais, dans un exposé à Cuisery en 1995 (Colloque sur l'exclusion. Cuisery, 1995) ceci :

La citoyenneté est le point le plus crucial, le plus aigu. L'exclusion évolue avec la société ? Les choses bougent beaucoup. Notre vrai problème inquiétant est la multiplication des problèmes liés à la perte de la citoyenneté. Ce concept peut paraître un peu théorique. Mais les gens les plus démunis, les femmes seules, les enfants de parents divorcés sont actuellement soumis, comme une sorte de marchandise, à l'administration, à toutes les institutions chargées de la régulation sociale (institutions sociales, judiciaires, éducatives).

Comment se construit la chronicité, comment se perd la citoyenneté :

Au début de la crise, on tenait compte cas par cas des exclus. On continue d'en tenir compte cas par cas. Mais ils commencent à devenir agaçants pour beaucoup de gens qui en ont la charge. Face à cet agacement, face au fait qu'ils perdent leur part de pouvoir social, on est en train de leur appliquer des textes. Ces gens, qui étaient de vrais gens, commencent à devenir des clients mais aussi des produits, des produits sur lesquels on travaille. En leur appliquant des textes, on met en marche une machine administrative, qui me terrorise personnellement. Elle ne fait plus appel à ce que les gens ont en eux de ressources, de curiosités et d'envies. Plus les gens sont pauvres, plus on dit : « *Bien ! Voilà les textes, ils n'ont qu'à faire ça* ».

Des situations extrêmes, aberrantes apparaissent. Un pouvoir institutionnel, une sorte de fascisme au quotidien s'installe avec la meilleure bonne volonté (le terme fascisme est utilisé ici comme une méthode de traitement des masses). Ces gens n'ont plus de pouvoir. On les traite comme des gens impuissants. On les fait attendre devant les guichets, on les fait attendre au niveau de l'argent qu'ils doivent recevoir. Cette attente les place dans une position de servilité qui est complètement cruelle, socialement agressive. Cette attitude engendre toute une série de comportements d'oppositions, d'agressivité ou de retrait dépressif.

Il y a tant d'exemples au quotidien : enfant oublié dans un placement, mère qui n'a pas le droit de voir son enfant dans l'attente d'un jugement, et l'on n'a pas le temps, on a tellement de travail...

Les gens sont emmenés dans une machine administrative, qui impose un traitement administratif de l'être humain, particulièrement révoltant.

Lorsque l'on est chômeur ou SDF, on perd le droit à la parole sur bien des points. Quand on a du travail, on a le droit de voter au niveau des comités d'entreprise, de la sécurité sociale. Tout cela donne en réalité du pouvoir sur l'administration. A l'inverse, moins on a de statut social, plus on a le droit de se taire.

Dans les ateliers, les gens retrouvent un respect d'eux-mêmes et des autres. Une grande partie de la société s'appuie sur la frayeur et les incertitudes de la population (cf. le film de Michaël Moore, *Bowling for Columbine*).

A l'inverse, les ateliers affirment la permanence de l'être humain. Une permanence pour une année. Elle laisse après aux stagiaires le temps de se reconstituer. La répétition des horaires et des gestes fonde le socle du calme, de la tranquillité, du sentiment de plénitude de soi.

Martine Dutoit

La formation des personnes ressources pour les usagers des Groupes d'Entraide Mutuelle

Les Groupes d'Entraide Mutuelle sont des lieux gérés par des associations d'usagers qui, de fait, vont devenir employeurs. Mais qui sont ces professionnels qui doivent leur permettre d'exercer pleinement cette gestion et les aider à maintenir le projet d'entraide mutuelle ? Il s'agit donc, sinon d'une nouvelle profession, du moins d'un nouveau positionnement professionnel qui permette d'accompagner le collectif d'usagers dans la réalisation d'un projet collectif, qui soit respectueux de ce renversement des pouvoirs.

Depuis 2001, l'association Advocacy-France a ouvert des lieux, espaces conviviaux citoyens, dans différentes régions et a fait le pari de leur autogestion par les usagers de santé mentale.

Pourtant il ne s'agissait pas de considérer qu'il suffisait de décréter cette autogestion pour qu'elle soit réelle, il fallait qu'elle devienne le projet même de ces espaces. L'accès à une pleine citoyenneté et la nécessité de veiller à ne pas créer du ghetto dans la cité est à ce prix ! C'est donc une démarche volontaire qui a conduit à privilégier deux types de professionnels :

- des professionnels du social à même de prendre en compte les processus de dynamique de groupe, plutôt qu'un abord disons psycho-dynamique des personnes. Il s'agit de pouvoir renvoyer au groupe les interrogations sur son fonctionnement et éviter l'écueil d'un abord psychologique ou psychiatrique de l'individu. Nous sommes dans une relation sociale, chaleureuse et amicale donc éloignée des modèles de prise en charge pédagogique ou thérapeutique. Animateur (ayant exercé dans des quartiers dits sensibles) (à Caen), assistante sociale formée au travail social avec les groupes (à Paris), ces deux types de professionnels n'étaient pas préparés à ce travail avec des usagers. Un nouveau positionnement est donc nécessaire. Dans la démarche de projet, il s'agit d'aider le groupe à clarifier et poser des objectifs, à se donner les moyens de les atteindre et à s'auto-évaluer, le groupe se sert des acquis, des compétences de ces professionnels pour assurer la pérennité et l'avancée de chaque projet, mais le groupe est maître de ses décisions, il est question ici de «co-construire » des projets c'est pourquoi nous avons quelquefois désigné ces professionnels de facilitateur (terme québécois), de personnes ressources.

- Des usagers de la santé mentale se professionnalisent dans l'accueil d'autres usagers. Ces personnes font le chemin qui s'appuie sur leur expérience de patients de la psychiatrie pour développer des compétences spécifiques qui donne un « accueil » de qualité prenant en compte toutes les différences, mais là encore il s'agit d'un nouveau positionnement vis-à-vis de soi, mais aussi des modèles professionnels qui pourraient être simplement imités. C'est dans l'interaction professionnels du social, usagers experts par

expérience et groupe d'acteurs gestionnaires que réside la formation d'une compétence collective (pas individuel, j'insiste) à l'autogestion, à la prise de responsabilité et à la mise en œuvre de projet participatif. L'association s'est engagée dans l'accompagnement des pratiques de ces trois types d'acteurs par une recherche-action permanente. Là interviennent d'autres types de professionnels - chercheur-praticien ou chercheurs-formateurs - capables de créer les conditions d'accouchement des idées et non sur le fond qui appartient aux acteurs, en somme d'accompagner les processus qui vont de l'agir à la réflexion par ces acteurs eux-mêmes, élaborant leurs propres savoir. Ainsi l'association engage un processus d'apprentissage tant individuel que collectif, processus de construction d'un savoir d'action, de création de ses propres modèles de pratiques.

Session : *Professionnels de la psychiatrie, travailleurs sociaux, nouveaux opérateurs de santé mentale, usagers : lecture des places et modélisations du système psychiatrique*

Claire GEKIERE*

Discussion :

Christian LAVAL avec « Les professionnels de l'indétermination » puis Anne RAUZY avec son « enthousiasme comme vertu naïve et curative » m'ont inspiré les réactions suivantes, a leur écoute le 4 juin dernier :

1- Quand Christian LAVAL décrit l'émergence d'un second modèle social depuis 20 ans, où beaucoup d'énergie passe dans la fabrication d'un consensus impossible, pour obtenir une bonne gouvernance de soi, avec un idéal de santé mentale pour chaque individu, remplaçant peu à peu un modèle solidaire (visant à réduire les inégalités entre citoyens), je songe au slogan publicitaire du laboratoire WYETH : « on ne sera jamais trop nombreux pour prendre soin de notre époque », et en même temps à la chargée de mission de l'Agence Régionale d'Hospitalisation m'affirmant qu'elle « ne voyait pas de contradiction entre les notions de parts de marché et de planification » pour répartir l'offre de soins dans les régions françaises.

2-« Les politiques sociales s'occupent de trajectoires », et les professionnels doivent travailler en réseaux :

En effet, « réseau » a changé de sens. Sens vieilli : mise en commun des pratiques. Sens actuel : superstructure génératrice de complications ; système distributif des usagers dans des filières.

Les réseaux, notamment depuis la loi de mars 2002 en France, traitent de trajectoires et non de situations. L'utilisateur, notamment l'utilisateur démuné, est non seulement obligé d'emprunter cette filière, mais en plus d'y consentir formellement, par des contrats léonins. Par exemple, dans le Réseau du handicap Psychique de l'Isère (RÉPHI, réseau mixte sanitaire et social), pour accéder à certaines structures médico-sociales, il faut passer par une « cellule mixte d'évaluation », et pour obtenir un stage dans d'autres, il faut signer un contrat quadripartite entre l'utilisateur, l'adresseur, le receveur et le réseau. Il y a quelques années, l'idée était de créer ce réseau pour faciliter la circulation des personnes handicapées psychiques entre les –insuffisantes- institutions où elles se retrouvent à vivre...

Dans ce réseau il faut décrire et coter (il y a même un item « résilience », comme attribut individuel !) une trajectoire qui résume le sujet et l'assigne à cette version là. Rien à voir avec un récit construit à plusieurs (est-ce cela la « biographisation » dont parle Christian LAVAL ?) où chaque point de vue garde sa propre consistance et n'est pas confiscable dans une sommation d'informations opérée par celui qui décide.

3- Et en même temps, dans ces dispositifs, de nombreux agents, aux rôles flous, travaillent dans des statuts précaires, liés notamment aux budgets non pérennes (le réseau doit

* Psychiatre, secrétaire de l'Union Syndicale de la Psychiatrie.

rendre des comptes pour avoir des sous, le maintien de la coordinatrice du Conseil Local de Santé Mentale de mon secteur dépend de la reconduction du budget par la mairie...).

4- Anne RAUZY vient ensuite illustrer à sa manière ces histoires de trajectoires, de consensus, de mise en récit...

Ainsi la transversalité des soignants dans ce dispositif (par exemple l'infirmier qui est à la fois dans « l'unité mobile d'évaluation et de soins », en service d'hospitalisation et aux urgences du grand hôpital du coin) c'est un moyen de mieux connaître la trajectoire des patients, avec l'idée d'une sommation, d'un point de vue unique et globalisant.

Quand l'unité mobile est saisie d'un signalement et se rend à domicile, dans 80% des cas c'est un premier contact, mais avec quelqu'un présenté d'emblée comme « patient psychotique ». Et hop !, un contrat après 2h de discussion par exemple, signé par « toutes les parties » : famille, patient, logeur, équipe.

« Il était tellement mal qu'il nous a demandé si nous avons des super-pouvoirs » rapporte l'infirmière, comme preuve à charge contre le déjà-étiqueté, qu'il faut bien aider malgré lui, mais avec son consentement obligé ;

« Pas suffisamment le temps de se poser pour réfléchir à ce qu'on fait », et pas de réponse ensuite à la question de savoir quels outils théoriques cette jeune équipe se raconte qu'elle utilise ; par exemple, la continuité des soins nécessite-t-elle une sommation d'informations, une traçabilité exhaustive ? Ou bien, quels effets produit l'inclusion a priori dans une catégorie diagnostique d'une personne pas encore rencontrée ?

Dans la vente forcée à domicile le contractant dispose de 8 jours pour se rétracter. Et dans le contrat de soins ?

Clinique, soin, institution : poser les termes d'une *alter-clinique* **Clinique, soin, institution : poser les termes d'une *alter-clinique***

Pauline Rhenter

Penser les enjeux de la notion de handicap psychique : quelques pistes de réflexion

« Maladie mentale » et « trouble psychique » : de l'esprit de la loi à l'interrogation clinique

En France, jusqu'en 2005, aucun texte légal n'avait consacré la notion de "handicap psychique". En effet, la loi rénovant l'action sociale et médico-sociale du 2 Janvier 2002 visait à faciliter le développement des services d'accompagnement et des structures d'accueil et de soins destinés aux enfants, adolescents et adultes souffrant de « troubles mentaux ». Mais avec la récente loi du 11février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, c'est la première fois que le handicap lié à une altération psychique est explicitement reconnu. Les motifs avancés au fondement de son adoption par le Ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, sont alors énoncés ainsi: « des insuffisances, voire des manques graves subsistent pour tous les types de handicap, qu'ils soient psychique, mental sensoriel ou moteur, sans oublier les polyhandicapés qui, compte tenu de la gravité de leurs déficiences, ne trouvent pas, le plus souvent, l'accueil et l'accompagnement nécessaires ».

Plus spécifiquement, l'article 1^{er} de la loi adoptée modifie le Code de l'Action sociale et des Familles, en y introduisant une définition du handicap inspirée de la classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé définie en 2001 par l'Organisation Mondiale de la Santé :

« Art. L. 114. - Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant » .

La loi distingue donc plusieurs types de handicap, dont celui résultant d'une altération durable ou définitive psychique, distincte d'une altération mentale ou cognitive. Elle propose également la notion de « trouble de santé invalidant».

En 2002, le Rapport de Michel Charzat remis au Ministère de l'Emploi et de la Solidarité pointait le fait que la distinction entre handicap mental et handicap psychique avait eu l'intérêt de «désigner des formes de handicaps très méconnues, de faire exister une

population»⁸⁹, conformément aux souhaits des associations de malades. Le député précisait en outre qu'il n'existait pas de frontière entre handicap mental et handicap psychique, en raison même de la proximité de leurs conséquences sociales.

En 2005, le Conseil Economique et social de la région Rhône-Alpes signalait les difficultés à clarifier la notion de handicap psychique : le handicap mental, entendu comme « arrêt du développement intellectuel », se caractériserait par une « stabilité comportementale, une bonne adaptabilité à des tâches ou des événements répétitifs, et une autonomie sociale limitée ». A contrario, le handicap psychique serait la *conséquence d'une maladie mentale* : « si les personnes handicapées psychiques conservent toute leur intégrité intellectuelle, celle-ci peut être néanmoins altérée ou ralentie dans son expression lors des phases aiguës de la maladie ». Le rapport du Conseil retenait en dernier ressort la définition du handicap psychique suivante : il est « *la conséquence ou les séquelles d'une maladie mentale au plan de l'intégration sociale* », tout en précisant qu'il n'intégrait pas « les problèmes psychiques liés au stress, aux conditions de travail, à l'environnement de la personne..., qui peuvent entraîner des incapacités temporaires graves nécessitant des réponses adaptées, mais qui ne sont pas pour autant constitutifs d'une maladie mentale »⁹⁰.

Quant à la loi du 11 février 2005, elle consacre la notion de « handicap psychique » en s'appuyant sur la distinction entre le psychique, le cognitif et le mental. Qu'en est-il de cette distinction en termes cliniques ? Comment clarifier les présupposés d'une telle distinction terminologique, attendu qu'aucune référence à la psychiatrie n'est faite dans ce texte ?

Si l'on se réfère au dictionnaire médical⁹¹, on constate que le terme de « mental » correspond à « l'intelligence » et que l'adjectif « cognitif » renvoie à « l'ensemble des processus psychiques aboutissant à la connaissance ». Ces notions semblent donc se recouvrir largement et renvoyer à la capacité fonctionnelle de l'esprit humain, c'est-à-dire à la réalisation de tâches identifiées. Le psychique semble en revanche renvoyer à une dimension spécifique, distincte des altérations mentales ou cognitives productrices de handicap.

Quant aux origines conceptuelles de ces trois termes, elles se révèlent très différentes: alors que le terme de psychique est associé à des concepts psycho-dynamiques inspirés de la psychanalyse, celui de cognitif fait écho aux sciences éponymes. L'intérêt du débat clinique est ici de mettre la pertinence d'une telle division à l'épreuve du regard praticien: comment distingue-t-on altérations psychique et mentale ? Se réfèrent-elles à des modèles différents de la maladie et de l'intervention thérapeutique ? En quoi la notion de "handicap issu d'une altération psychique" permet-elle de penser des situations jusqu'alors exclues par la loi ?

La notion de trouble utilisée dans la nouvelle législation a émergé dans la psychiatrie contemporaine à la même époque que les sciences cognitives quand, à la fin des années 1970, sous le giron d'une référence théorique souvent invoquée (Kirk, Kutchins, 1992), les classifications nord-américaines des "troubles" psychiatriques ont vu le jour (DSM-III et

⁸⁹ Michel Charzat, « Pour mieux identifier les difficultés des personnes en situation de handicap du fait de troubles psychiques et les moyens d'améliorer leur vie et celle de leurs proches », Paris, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 2002, p. 10.

⁹⁰ Avis du Conseil Economique et Social Régional Rhône-Alpes, « Handicap psychique et insertion sociale et professionnelle », 19 janvier 2005, pp. 8-10.

⁹¹ Dictionnaire des termes de médecine, Garnier-Delamare, 1992.

IV). Aujourd'hui, la loi française se réfère à la notion de « trouble de santé invalidant » tout au long du texte, sans jamais mentionner le terme de « maladie », pas plus qu'elle ne parle de « psychiatrie ».

La notion de handicap semble paraître porter la marque du déterminisme biologique, excluant la liberté du sujet et le bénéfice de son implication dans son état. La maladie « psychique » a en revanche soulevé la question de la responsabilité du malade, depuis Pinel et l'émergence de l'expertise de la responsabilité pénale des malades mentaux, ou plus tard avec Freud et le concept de réaction thérapeutique négative, indiquant les bénéfiques « secondaires » que la maladie procure au sujet. A quoi peut-on référer le notion de trouble dans un ensemble allant de la santé à la maladie ? L'interrogation anthropologique, qui pose d'emblée que la définition de la santé et de la maladie "mentales" ne va pas de soi, impose d'étudier la notion de trouble, au vu des pratiques et représentations des professionnels médicaux impliqués dans le processus d'attribution du statut de handicapé psychique. De l'examen des acceptions multiples du handicap psychique, au regard des ressources théoriques et du type d'intervention thérapeutique que le praticien privilégie, on pourrait espérer une meilleure connaissance de la construction des catégories du normal et du pathologique: les représentations des praticiens français peuvent-elles révéler dans quel modèle s'inscrit la catégorie inédite légalement de « handicap psychique » ? La substitution du « trouble » à la maladie comme origine du handicap entre-t-elle en résonance avec les représentations des praticiens français? Quelle anthropologie de la maladie et de l'action soignante la référence au « trouble » et au « handicap » suppose-t-elle?

Handicap et maladie, une lecture socio-politique

La distinction anglosaxonne entre *disease*, *illness* et *sickness* permet de comprendre que la définition de la maladie est le produit d'une construction socio-culturelle impliquant tant les conceptions médicales que le vécu subjectif des malades. Quant à la notion de handicap, elle semble constituer un lieu typique de la construction sociale de la maladie, en ce qu'elle fait intervenir des instances d'évaluation et d'expertise dans l'attribution du statut de handicapé. En ce sens, les enseignements de Georges Canguilhem⁹² sont utiles dans la mesure où ils entendent la notion de maladie comme faisant appel à la perturbation d'une fonction d'adaptabilité distincte de l'adaptation objective. La guérison est, dans ce modèle, la restauration d'une capacité d'adaptation et non un retour « à l'innocence » d'un état antérieur. Cette approche de la maladie, en tant qu'elle conçoit aussi la médecine comme une institution de normalisation sociale, paraît particulièrement pertinente pour interroger la notion même de handicap.

En France, le débat sur le rapport entre handicap et maladie n'est pas nouveau : il s'est en effet cristallisé à l'occasion de l'adoption de la loi de 1975 sur les handicapés . A l'époque, il est tout particulièrement le lieu d'expression d'une résistance paradoxale du monde psychiatrique public, concernant tant l'opposition entre maladie et handicap que ses conséquences en termes de prise en charge. En effet, les psychiatres regroupés au sein de la Commission des maladies mentales⁹³ rejettent le concept non médical de handicap tout en appelant les pouvoirs publics à donner une place aux professionnels du secteur

⁹² Georges Canguilhem (1943), *Le normal et le pathologique*, PUF, Quadrige, 1993.

⁹³ La commission des maladies mentales représente alors la profession psychiatrique auprès des instances gouvernementales.

psychiatrique dans la gestion sociale du handicap. Ainsi, arguant du fait que le statut de handicapé nierait le caractère provisoire, donc curable, de la maladie, de nombreux psychiatres prônent l'absence de définition légale du handicap comme leur permettant d'apporter un éclairage technique. L'impossibilité de définir les capacités d'un sujet dans le cadre de performances chiffrables constitue le second argument d'opposition au statut de handicapé du malade mental. Le présupposé fondamental de cette double critique réside essentiellement ici dans la valorisation du médecin comme tiers du social. Toutefois, ces mêmes psychiatres manifestent leur volonté de participer au dispositif social que la loi de 1975 enjoint à inventer: par la participation du personnel de secteur au fonctionnement des nouvelles structures médico-sociales, par la prise en compte de l'avis soignant dans les instances de décision de l'attribution de l'Allocation Adulte Handicapé (commissions d'éducation spéciale et COTOREP) . Depuis, chaque épisode législatif traitant du handicap ravive l'affirmation selon laquelle, d'une part, le psychiatre est à même d'évaluer l'autonomie du patient en fonction de l'évolution de sa maladie, et d'autre part, le psychiatre ne doit pas être « expert en invalidation sociale » .

La compréhension de ces moments permet de rappeler qu'aux deux notions de maladie et de handicap correspondent traditionnellement des champs institutionnels et des aires de compétence distincts. Ainsi, on ne peut comprendre la pratique de la loi de 1975 sans en référer à la répartition des compétences entre les champs sanitaire et social. En effet, s'agissant des services en nature visant la compensation du handicap , la répartition légale des compétences entre le département et l'Etat a impliqué une application restrictive de la loi de 1975 : en pratique, les prestations en nature, et notamment l'hébergement, ont fait défaut pour les handicapés du fait de leur maladie mentale. La voie associative a dès lors constitué un moyen de remédier partiellement à ce problème. En outre, la formulation même de la loi a abouti à ce qu'aucun texte réglementaire pris pour son application ne s'adresse aux personnes dont le handicap du fait d'un trouble mental rendait nécessaire une aide à la vie quotidienne et un hébergement en institution. Une difficulté supplémentaire s'ajoutait à cela : comme le sanitaire relevait de la loi du 31 décembre 1970 et le social de la loi du 30 juin 1975, un établissement sanitaire ne pouvait gérer un établissement médico-social, ce qui n'est plus le cas depuis 2002. En 2006, compte tenu de l'actualité législative récente, il semble opportun de réactiver le débat sur les rapports entre le soin et l'assistance en confrontant les différents professionnels impliqués dans le processus d'attribution des aides justifiées par un handicap "psychique". En outre, on ne saurait engager la réflexion sans examiner les représentations des acteurs associatifs oeuvrant à la défense des patients. Enfin, ce débat touche également les professionnels gérant, non les allocations compensatoires d'un handicap, mais le régime des incapacités civiles définies par la loi du 3 janvier 1968. Il faudrait donc rapporter les discours sur la notion et les critères du handicap psychique à leur culture professionnelle, autrement dit de « sociologiser » les points de vue des acteurs y participant: les convergences ou divergences s'opèrent-elles à la frontière entre appartenances professionnelles, types d'institutions, ou champ d'action (sanitaire, soignant, judiciaire) ? Comment les interpréter au vu de la pratique quotidienne de chacun? La loi du 11 février 2005 est-elle perçue comme facilitant l'intégration des malades du fait d'une pathologie psychiatrique ou d'une souffrance psycho-sociale ?

Clinique, soin, institution : poser les termes d'une *alter-clinique*

Chantal Bernard

Serpsy

Le soin à l'épreuve du sécuritaire

Restituer en dix minutes l'essentiel des propos tenus le 31 mars 2006 lors de la 4^{ème} Journée de l'Association SERPSY (mars 2006), est un pari ardu.

Le sujet « LE SOIN A L'EPREUVE DU SECURITAIRE », ne nous était pas agréable à penser. Il s'imposait cependant, étant donné la place que lui donnaient les médias, et celle qu'il en arrivait à occuper sur notre site Internet ; largement en tête du top 50 des Travaux de Fin d'Etudes des étudiants infirmiers, venait la violence et la façon d'y répondre. Suite à la médiatisation des événements de PAU, nous avons exprimé notre volonté de prendre du recul et de répondre « à froid ». Le temps était donc venu.

La nécessité de nous confronter à ce sujet a renforcé notre désir de défendre le soin tel que nous aimons le pratiquer, de lutter un peu plus contre cette mort annoncée de la psychiatrie publique de secteur, contre ce carcan de protocoles, contre ces choix thérapeutiques alliant idéaux scientifiques et approches comportementales.

Inquiets face au constat que tant de soignants résignés acceptent les compromissions, finissent par s'habituer aux chambres d'isolement, à la contention, aux conduites répressives, à la généralisation des portes fermées, nous avons adopté une attitude d'autant plus militante.

Refusant de nous plier aux deux grands principes qui nous gouvernent : l'économique et le sécuritaire, nous avons affirmé notre volonté de continuer à **prendre le risque de soigner**.

Toutes les interventions de la journée, ont affiché cette même dynamique de résistance, avec des variations de formes, de modes d'expression et de tonalités, allant du discours le plus sérieux, en passant par la poésie, le théâtre, le jeu, et la (*fausse*) publicité venant faire violemment effraction dans notre réflexion autour du soin.

Pour introduire la journée, nous avons rappelé que parler de la maladie, aller au devant de la solitude et de la souffrance, entrer dans l'incertitude de la relation de soin, ne place pas le soignant dans une situation de service mais d'engagement.

Dans cette logique d'engagement, le soignant est alors porteur des valeurs essentielles au soin : égalité, humanité, dignité, intimité, etc.

Nous avons besoin de soigner dans une certaine sécurité, de proposer des lieux de soins accueillants, humains. Mais le soin en psychiatrie, s'il a besoin de sécurité, n'a pas besoin du sécuritaire. Il a besoin de professionnels formés, compétents. Il a besoin de se sentir à l'aise dans des structures de dimension humaine à proximité du lieu de vie des usagers. Il

a besoin de temps. Il a besoin de toutes les théories pour qu'elles s'affrontent, se confrontent, se répondent et se soutiennent.

Il a essentiellement besoin de femmes et d'hommes qui y croient, animés par l'envie de créer, d'inventer, de militer, et qui osent s'y risquer.

Nous avons d'abord cherché à repérer le sens des notions de « sûreté » de « sécurité » et de « sécuritaire », dérivant toutes de l'adjectif « sûr, sûre », et du latin « securus », littéralement : libre de souci, « sine cura ».

La sécurité ajoute à la sûreté, l'idée d'un « *sentiment de tranquillité* », d'une « *absence de souci* » avec lequel jouent si bien les politiques et qui leur a permis de glisser vers le sécuritaire.

Vouloir être « libre de souci » par rapport au danger potentiel que représente l'autre, peut facilement dérapier vers « ne pas se soucier de l'autre ».

Nous nous sommes beaucoup référés à Foucault. D'abord pour évoquer les 3 niveaux de « technologies de pouvoir » qu'il a décrits :

- **1 – Le « schéma organisateur » initial qui est un mécanisme juridique.**

La loi pose une souveraineté et fixe un « *code légal avec partage binaire entre le permis et le défendu et un couplage (...) entre un type d'action interdit et un type de punition* » permettant au « *souverain d'affirmer son autorité et sa légitimité sur les sujets vivant sur son territoire* ». A ce niveau, le sujet reste bien abstrait.

- **2 – Les mécanismes disciplinaires.**

Les individus constituant le matériau premier à partir duquel on bâtit le collectif, le mécanisme de la discipline doit s'exercer sur les corps, outils de production.

Il s'agit de façonner les corps, afin qu'ils soient à la fois utiles et dociles.

Il convient donc de normaliser les individus en instaurant une technologie de dressage et de surveillance générale, développée au sein d'institutions telles que l'école, l'hôpital, la caserne, l'atelier.

Cela permet de répondre à la nécessité de développement de la production, d'organisation et d'accroissement des échanges, dans une période d'industrialisation. La croissance démographique est mise au service du capitalisme industriel.

L'observation généralisée et le quadrillage, doivent servir à utiliser au mieux les différentes catégories d'individus, et à grouper et traiter de manière spécifique, les déviants par rapport aux normes que le développement du libéralisme naissant dégage.

- **3 – La " technologie de sécurité "**

a pour but d'assurer la sécurité de l'ensemble par rapport à ses dangers internes.

La « Bio politique » régulatrice de vie, vise à contrôler la population par des mécanismes régulateurs : en baissant la morbidité, en stimulant la natalité, etc.. Elle vise par une médicalisation du quotidien, à instaurer du prévisible pour lutter contre l'aléatoire.

Foucault disait en 1976 que nous étions entrés dans une période où dominaient les mécanismes de sécurité et que la « médicalisation de la vie humaine » était l'évènement majeur de la bio politique.

La médecine, a continué de s'étendre en tant que technologie de savoir-pouvoir. Mais sommes-nous toujours dans cette mécanique bio politique avec les mesures sécuritaires ?

Ces dernières présentent-elles une unité, sont-elles cohérentes entre-elles ?

Le développement des mécanismes « *assurantiels* » caractéristique du développement du libéralisme, s'impose, du fait de la nécessité du calcul des coûts.

Les questions vont alors se poser sous la forme d'un rapport économique : rapport du coût de la répression au coût de la délinquance, par exemple.

On peut regarder sous cet angle la « désasilisation » activée par la perspective de fermeture de lits, et la sectorisation, ralentie puis stoppée, du fait de la nécessité où elle conduisait d'investissements non productifs.

Développer et maintenir des structures extra hospitalières enrichit considérablement le soin mais a un coût bien plus élevé qu'une politique hospitalocentriste.

La contradiction maintenue de ces systèmes : le droit (*le même pour tous*) et le principe de délégation (*les représentants du peuple gèrent le pays pour le bien de tous*) masquent la normalisation à l'œuvre.

Ces derniers temps, ces arguments sont mis à mal par les politiques au pouvoir qui ne cherchent même plus à se montrer comme les représentants du peuple, et se laissent aller à afficher publiquement que le droit n'est pas le même pour tous.

Ces trois niveaux de « technologies de pouvoir » sont profondément inter-corrélés : le développement des mécanismes de sécurité a renforcé et activé les techniques disciplinaires et produit une abondante moisson de textes juridiques.

Du fait d'un changement d'échelle de ce que Foucault nomme le « milieu », nous sommes passés :

- d'une société dont les circulations, les décisions, la transmission des valeurs avaient lieu au niveau de la nation,
- à une société **globale**.

Les individus doivent être reformatés, normalisés pour ce nouveau « milieu ».

On repasse de la dominante bio-politique qui visait la sécurité du collectif à une dominante du second niveau, qui ne vise plus le collectif mais l'individu, par le disciplinaire.

L'accent mis sur le risque à éliminer n'est sans doute pas qu'un argument électoral. Le risque, est une dimension économique d'importance qui ne peut disparaître même s'il est géré, régulé.

Le risque intervient également dans le développement du sujet humain et n'est pas disjoignable de la responsabilité.

Le soin est rencontre. Se soucier de l'autre, c'est accepter le risque de la rencontre. Il doit autoriser la possibilité, le risque d'une divergence. N'est-ce pas dans le jeu de cette divergence possible qu'un sens peut se dessiner ?

Empruntant différents chemins passant par Freud, Burgess, Orwell, mais continuant sur la même voie, nous avons tenté de démontrer à quel point l'univers de la santé était exposé à ce **glissement vers des comportements sociaux « normatés »**.

Les pouvoirs publics, s'appuyant sur La Science, et sous prétexte de prévention, mettent en place des techniques de sécurisation des biens et des personnes, dans le cadre d'un contrôle social de toutes les populations statistiquement signalées et stigmatisées comme porteuses de risques. Ces politiques de surveillance partent d'une même idéologie de contrôle de certains individus qu'ils auront catalogués « hors-normes ».

Se réfugiant derrière l'idéologie du bien-être, un procédé de stigmatisation aux connotations moralistes, est à l'œuvre. Tous les individus ayant des comportements potentiellement déviants, en arrivent à être considérés comme des malades à soigner.

La Science, est posée comme LE référentiel du savoir établi.

Celle-ci prédétermine les critères constitutifs des « profils à risque », et justifie ainsi l'utilisation par les pouvoirs publics des acteurs du travail sanitaire éducatif et social, pour « normaliser » ces individus.

La Science et son discours sont récupérés afin de servir les tentations panoptiques et hégémoniques de l'Etat.

En juillet 2005, Nicolas Sarkozy énonçait publiquement « *le domaine de la vie privée n'a pas de sens. C'est le domaine de la vie tout court* ».

Ce à quoi répliquait Philippe Val: « *le b-a ba du totalitarisme c'est précisément la négation de la vie privée. Elle est le lieu où s'expérimente la liberté individuelle. Dans une démocratie, le pouvoir doit être transparent et la vie privée opaque ; l'inversion des qualitatifs c'est la dictature* »

En juillet 2005 également sera dévoilée l'expertise collective, commandée par les pouvoirs publics à l'INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale), consacrée au dépistage précoce (dès l'âge de trois ans) des troubles de conduite chez l'enfant et l'adolescent.

Le rapport Bénisti (fin 2004) partait de la même idéologie de contrôle. Ciblant principalement les populations immigrées, il s'articule autour d'une « *courbe de déviance* ». Sous couvert de dépistage, ces rapports organisent une standardisation des individus et une médecine « prédictive » dont le but consiste à appréhender les « hors normes - futurs délinquants » dans le filet d'un maillage éducativo-socio-médico-judiciaire.

Nous soignants, devrions participer à cette politique de surveillance, en décelant les critères constitutifs des « profils » à risque, et en classifiant les patients selon leurs « types », « profils », « cibles ».

Nous sommes là ni plus ni moins dans la stigmatisation. Nulle clinique : le milieu social, l'héritage génétique, deviennent porteurs d'indices de dangerosité.

Avons-nous le droit de juger à priori qui devons-nous soigner ? Avons-nous le droit de juger tout court ? N'est-ce pas une entorse à l'éthique ?

Très logiquement, page 5 du rapport Bénisti : on nous annonce qu' « *il faut redéfinir la notion de secret professionnel et créer une culture du secret partagé* ».

Le secret professionnel, serait donc sacrifié au profit de la transparence consacrée comme caution ultime.

Nous pensons, à l'instar de ce qu'écrit Anne-Marie Frison-Roche (in secrets professionnels, Autrement) que « *Les secrets font partie intégrantes de l'équilibre de la société, leur conservation fait partie de l'ordre public, non plus moral mais social et politique, de sorte que la révélation d'un secret porte atteinte au pacte social* » et que c'est ni plus ni moins à cela que nous sommes confrontés : une attaque de notre pacte social.

Quand l'Etat est tenté de vouloir tout connaître, tout savoir, tout contrôler, que le secret professionnel est suspecté, traqué avec inquisition, au nom du droit de tous de tout savoir, nous ne sommes pas loin de rassembler là tous les ingrédients pour la création d'un Etat panoptique. Big Brother est à l'œuvre.

Accepter de se démettre de notre droit au secret, c'est accepter une remise en cause totale de nos pratiques soignantes.

Qu'il soit remis en cause, signifie que nous ne sommes plus avec le patient, mais au service des politiques mises en place.

Nous dire qu'il faut renoncer au secret professionnel, c'est nous inclure dans un dispositif de politique sécuritaire qui fait aujourd'hui office de lien social.

Arrêtons d'être dupe, ou pire donner l'impression qu'on le soit !

Ces rapports et ce qu'ils préconisent, sont de manière convergente, de redoutables machines de guerre, dont il est prévu que le ministre de l'intérieur s'inspire pour son projet de loi de lutte contre la délinquance.

Nous refusons de nous plier à une approche scientiste d'asservissement, nous voulons pouvoir continuer à exercer notre travail avec sa dimension **respect** et de **créativité**, en préservant la **singularité** de la relation et de l'acte thérapeutique.

Il y a de la magie dans l'acte soignant, quelque chose qui met à mal toutes les études statistiques ou évaluatives : à partir du moment où l'on commence à prendre soin de quelqu'un... il va mieux.

Soigner c'est accepter de prendre des risques en cherchant à les minimiser, à les prévenir. D'ailleurs prévenir n'est-ce pas déjà soigner ?

Il n'empêche que « *Prendre des risques, c'est la base du soin, d'un soin différent, où même parfois la notion de soin vacille.* » nous disent Jean-Luc Roelandt et Patrice Desmons, dans leur Manuel de Psychiatrie Citoyenne.

Soigner en psychiatrie ne fait pas prendre plus de risque qu'ailleurs tant que le plateau technique est respecté et surtout qu'il garde toute sa capacité à penser l'impensable.

Soigner en psychiatrie nécessite de savoir tirer les bons fils, de tisser du lien.

Soigner en psychiatrie ce n'est pas travailler sans filet...

L'impossible, nous ne l'atteignons pas, mais il nous sert de lanterne...

POUR UNE PRISE EN COMPTE DE LA POLITIQUE EUROPEENNE

Je suis, chaque jour, frappé par la méconnaissance des Français de la politique européenne en matière de santé mentale, et également de son absence lors des travaux de ces deux jours en dehors de quelques interventions dont celles de Claude Louzoun.

Pourtant, cette politique, non seulement existe mais influe de manière sensible sur les politiques nationales dans un sens qui doit être souligné.

Ce qui marque cette politique, c'est une articulation permanente avec la préoccupation des droits de l'homme. Nous pouvons relever le travail remarquable réalisé par Alvaro Gil Robles, Commissaire des Droits de l'Homme au Conseil de l'Europe et nous avons remarqué la critique des pratiques françaises contenues dans son rapport. Ce travail s'articule avec une recommandation du conseil des Ministres concernant les conditions d'hospitalisation sous contrainte et de soin obligatoire peu connu en France.

Ce document est un document important car il peut être utilisé pour dénoncer certaines pratiques encore courantes. Cette recommandation a été signée par la France, comme par l'ensemble des 48 pays.

Nous venons également d'entendre comment le Comité de Prévention de la Torture était soutenu par le Conseil de l'Europe et pouvait être saisi efficacement.

Mais le point le plus important est certainement la déclaration d'Helsinki signée en janvier 2005 par les ministres des 48 pays du Conseil de l'Europe. Cette déclaration d'Helsinki promet une authentique politique de santé mentale.

Elle porte sur 5 points essentiels et est accompagnée d'un plan d'action en 12 points.

Les 5 points sur lesquels s'articule ce plan d'action sont :

- La promotion du bien-être mental,
- La lutte contre la stigmatisation, la discrimination et l'exclusion sociale,
- La prévention des problèmes de santé mentale,
- Les soins de proximité intégrés et efficaces provoquant la participation des patients et de l'entourage et respectant leurs choix,
- La réadaptation et l'intégration sociale pour les personnes ayant de graves problèmes mentaux.

On voit que cette déclaration promet un nouveau paradigme. La santé mentale n'est pas la psychiatrie.

La lutte contre la stigmatisation, la discrimination et l'exclusion sociale vient au 2^{ème} rang, après la prise en compte du bien-être mental (« il n'y a pas de santé sans la santé mentale » est le mot d'ordre ici).

La participation des patients et leurs choix est une composante essentielle des soins ! Autant de valeurs pour lesquelles nous nous battons depuis 15 ans et qui sont aujourd'hui reconnues internationalement.

Certes, les pratiques vont refléter inégalement ces intentions et l'on pourra noter des écarts entre la satisfaction du ministère qui se reconnaît dans cette déclaration et l'état des choses que ce même ministère entend gérer. Mais, pour autant, l'écart est bien formalisé entre une volonté normative issue d'une psychiatrie médicalisée et la prise en compte de l'utilisateur citoyen.

La déclaration d'Helsinki va être relayée au niveau de la Commission Européenne (co-signataire de la Déclaration) par le Livre Vert en Santé Mentale qui ouvre la voie à des politiques européennes en santé mentale (c'est-à-dire le financement d'actions).

La politique de la DG SANCO (Santé Consommateurs) va être complétée par la politique de la D. G. Emploi Affaires Sociales qui, ici, la rejoint (Mais quand verra-t-on une politique unifiée ? C'est une autre question).

A travers la question de la non-discrimination, la DG Emploi Affaires Sociales se mobilise. L'enjeu est la question de la manière de vivre indépendante pour les personnes handicapées. L'effort de celles-ci pour être des personnes reconnues (et non plus des personnes invisibles) est entendu et soutenu par la commission, comme en témoigne l'intérêt de celle-ci pour l'E.C.C.L. (European Coalition for Community Living).

De son côté, le Forum Européen des Personnes Handicapées prépare une déclaration sur la vie indépendante qui stipule que celle-ci est le moyen d'accès à la dignité des personnes handicapées et à leur vraie participation à la vie en société.

Dans toutes ces actions, Santé Mentale Europe est au 1^{er} rang en tant qu'O.N.G. Européenne car ces combats, elle les mène depuis toujours.

Santé Mentale Europe regroupe une soixantaine d'associations à travers l'Europe, dont elle est le porte-parole auprès des instances européennes. Ces associations sont des associations promotrices de concepts de la santé mentale, et peuvent, pour certaines, regrouper des professionnels comme d'autres des usagers et ce n'est pas rien qu'une association d'usagers, ADVOCACY France, en ait assuré la présidence pendant deux ans.

Santé Mentale Europe, membre de l'E.D.F. (European Disability Forum) est aussi l'une des premières composantes de l'E.C.C.L.

John Henderson a joué un rôle essentiel dans la déclaration d'Helsinki et le Livre Vert.

Santé Mentale Europe joue un rôle essentiel de lien entre le terrain et les politiques. Les politiques doivent refléter des pratiques innovantes. Ainsi, Santé Mentale est-il pilote d'une recherche européenne sur les bonnes pratiques en matière d'inclusion sociale. ADVOCACY en est partenaire aux côtés de la Ligue Flamande de Santé Mentale animée par Paul Arteel et de 10 autres organisations nationales, moitié des « nouveaux pays entrants », moitié des anciens. Il s'agit là d'un travail passionnant permettant de mettre en lumière les pratiques de terrain, et les conditions de leur mise en œuvre sur le terrain. Ces pratiques d'inclusion, qui existent grâce à des actions de partenariat, des réseaux avec les acteurs sociaux, sont originales et tournent le dos aux pratiques de réadaptation où l'utilisateur est isolé ou n'a comme interlocuteur que le service pourvoyeur.

Ces pratiques de base sont confrontées à d'autres au niveau national et la synthèse nationale est aussi confrontée à d'autres au niveau européen.

Cela, il faut le dire, est assez exaltant et prometteur.

Le forum que prévoit ADVOCACY France en octobre 2007 en partenariat avec la mairie de Paris, dans le cadre de l'année Européenne de l'Egalité des Chances, doit permettre à chacun d'y participer.

Claude Louzoun