

CAHIERS POLLEN N° 1

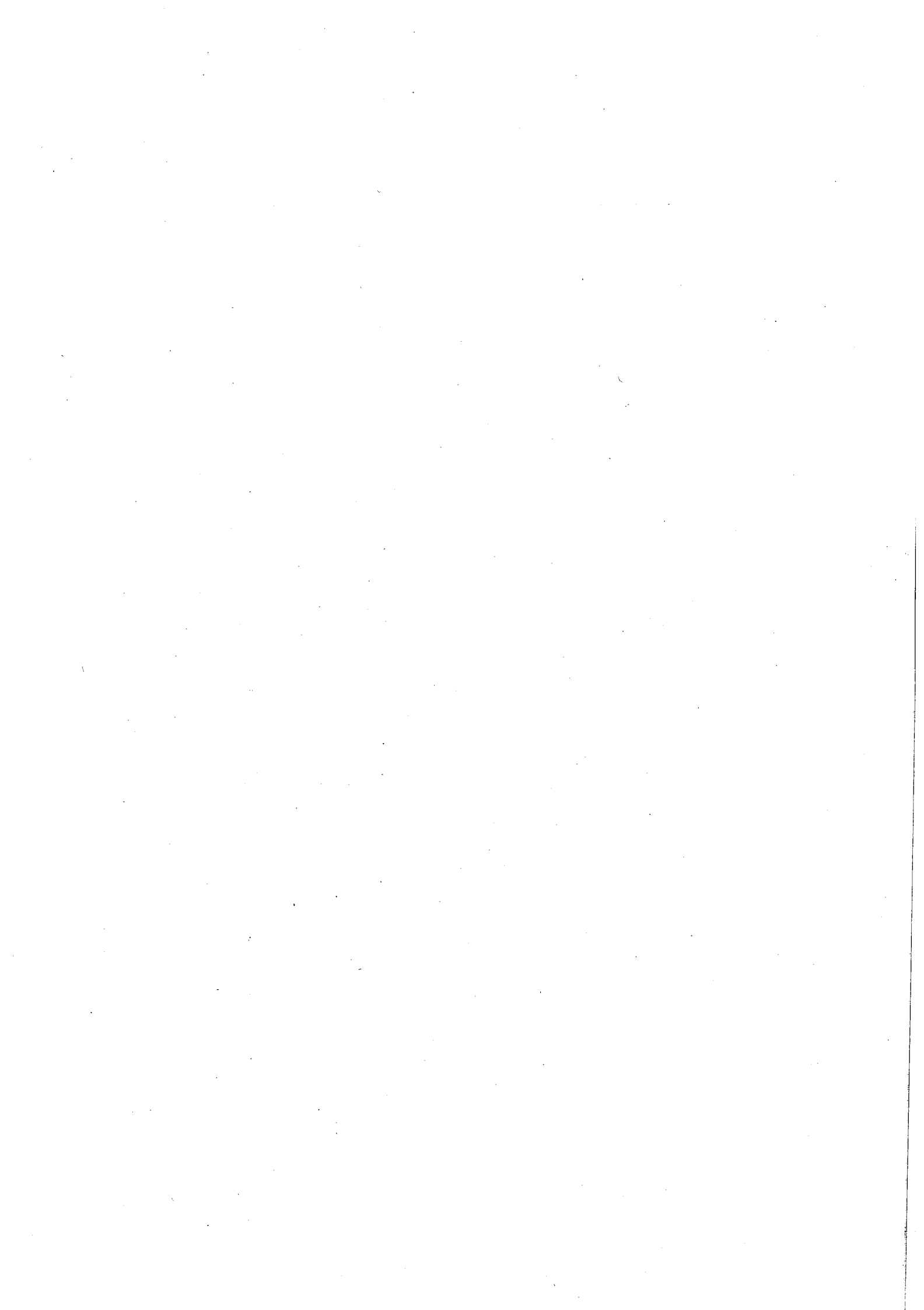
Février 1994

SEMINAIRE 93 DU CEDEP

*Les perspectives d'harmonisation européenne
en matière de droit et de protection des personnes
présentant des troubles mentaux et/ou un handicap mental,
et en vue de l'amélioration de la santé mentale*

**ABSTRACTS
RAPPORT**





CAHIERS POLLEN N° 1

Février 1994

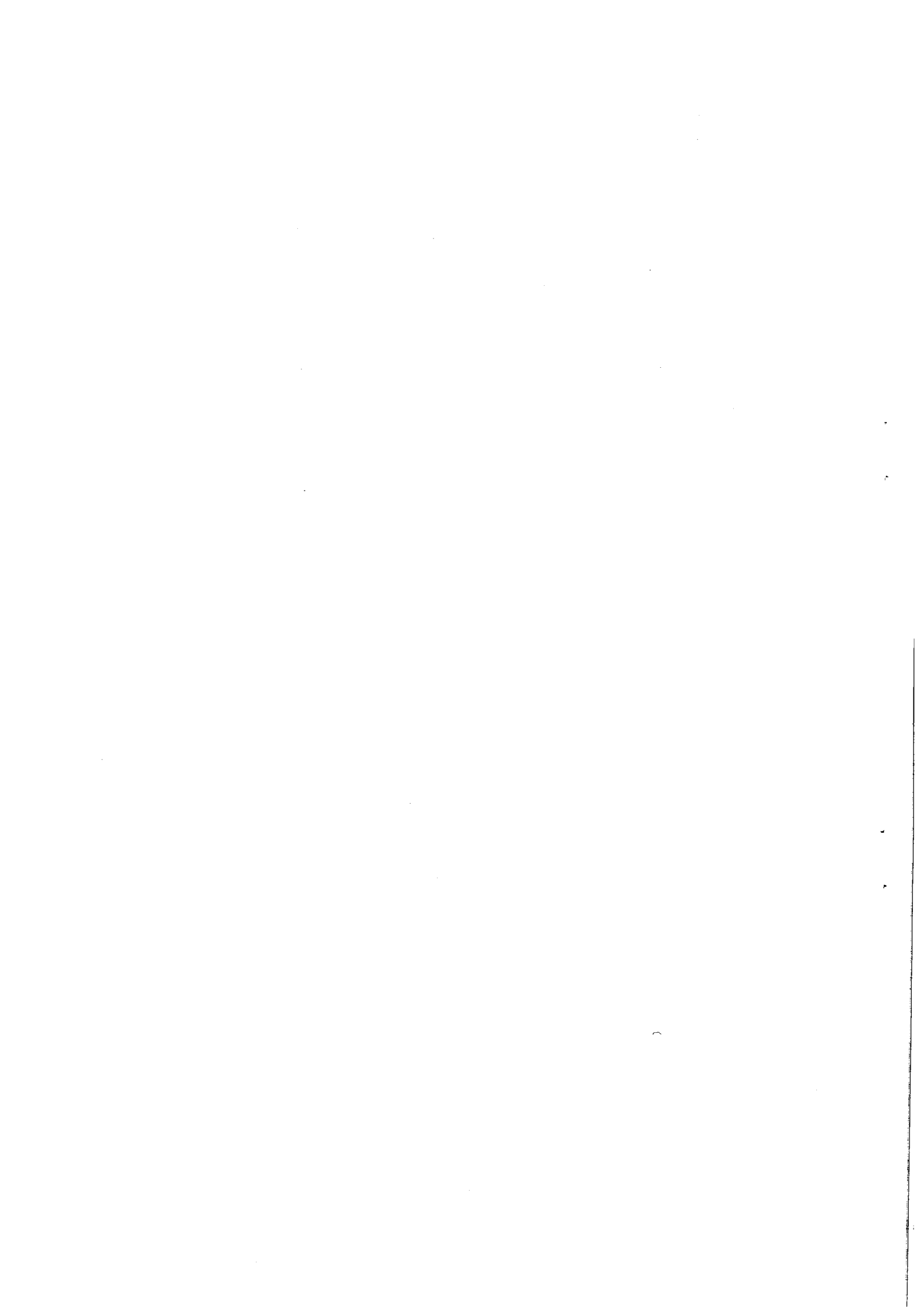
SEMINAIRE 93 DU CEDEP

Les Rousses (France), 20-23 mai 1993

*Les perspectives d'harmonisation européenne
en matière de droit et de protection des personnes
présentant des troubles mentaux et/ou un handicap mental,
et en vue de l'amélioration de la santé mentale*

ABSTRACTS RAPPORT

Comité Européen : Droit, Ethique et Psychiatrie



Partie I : **LES POLITIQUES DE SANTÉ MENTALE**

Nikita Zorine,
psychiatre, Russie :

LE PARADIGME DE LA "PSYCHIATRIE INDUSTRIELLE"

Je vous prie d'être indulgents pour le style un peu catégorique de mon exposé. C'est la conséquence de mes difficultés de traduction et du manque de temps dans le cadre de notre séminaire. Je vais dire à propos de certains problèmes, le point de vue que je me suis forgé dans mon pays. Cela signifie qu'une telle opinion ne coïncide pas toujours, peut-être, avec les réalités occidentales; je vous prie de prendre cela en compte.

J'ai écrit, et ce n'est pas la première fois que j'en parle, à propos du modèle industriel de la médecine; il faut dire que je n'ai pas toujours trouvé la compréhension de mes collègues⁽³⁾⁽⁴⁾. Qu'est-ce que j'entends par "médecine industrielle" et pourquoi est-ce important d'en parler? D'abord j'exposerai les thèses générales, puis, si le temps et votre patience le permettent, j'approfondirai les thèses les plus importantes.

L'affirmation générale est la suivante:

1. La médecine, ce n'est rien d'autre que de l'artisanat, lequel dans les pays développés est devenu une industrie. Et cette industrie est incluse dans les relations de marché.
2. Cette industrie utilise les technologies modernes émanant des sciences fondamentales (biologie, chimie, physique, etc.).

De la compréhension de ce fait, il s'ensuit beaucoup de conséquences. Je ne parlerai que de deux:

A. Le problème de distribution d'argent pour la médecine et la santé publique.

B. Le problème de formation des spécialistes dans ces domaines.

A mon avis, les processus financiers et de formation ne sont pas adaptés à cause du manque de compréhension de ce qui vient d'être mentionné. (Parfois, ces questions sont le souci permanent de toutes les organisations internationales relevant de la santé publique et de la promotion de la santé).

Je me permettrai encore une fois⁽³⁾⁽⁴⁾ de répéter mes arguments pour la défense de la thèse que la médecine n'est ni science ni art mais artisanat ou industrie :

1. Les formes d'aide médicale ont évolué par les mêmes voies que l'artisanat, l'industrie : à partir d'une forme individuelle, puis par l'atelier, vers "l'usine médicale". Tout le monde connaît bien les modernes "fabriques de santé", grands hôpitaux bien équipés en moyens techniques, etc... Une véritable chaîne a même été constituée dans

l'ancienne URSS à l'Institut de microchirurgie de l'oeil.

2. Dans la médecine, on peut observer des signes de développement industriel : la standardisation, pas seulement des maladies et méthodes d'investigation du malade, mais des malades eux-mêmes, comme "matériaux" (classifications de maladies, des schémas, des échelles d'évaluation, des questionnaires, des dossiers, enfin), et aussi la standardisation des professions médicales sur la voie de ses spécialisations de plus en plus étroites. Parfois, justement, cela permet d'expliquer la crise moderne de soi-disant disciplines cliniques, dont le système descriptif très détaillé se confronte avec l'exigence de la standardisation moderne. A propos de la psychiatrie dans ce contexte, je partage le point de vue de M. Foucault, que la psychiatrie a commencé selon le modèle du système pénitencier et s'est développée, parfois, en gardant beaucoup de ressemblance. Elle reste encore pour sa plus grande part comme artisanale. C'est seulement ces derniers temps qu'elle est devenue une "industrie" avec l'arrivée des "technologies" médicales, tant pharmacologiques que psychothérapeutiques, sous la forme de schémas de traitement, etc. Mais, si nous nous référons aux sciences fondamentales qui doivent "nourrir" la psychiatrie par les technologies, nous sommes confrontés au manque d'un sous-titre pour notre atelier d'aujourd'hui : "psychiatrie et neurosciences", qui nous renvoie aux clichés habituels dans notre façon de penser la psychiatrie, à un certain type de réductionnisme. Ici, en plus de la biologie, avec ses applications déjà habituelles comme la neurophysiologie, la biochimie, etc...; il faut ajouter les moins familières : l'éthologie, la socio-biologie et le groupe des sciences que l'on peut grouper, peut-être, sous la notion "d'anthropologie", comme la linguistique, la psycho-linguistique, la sémiologie, etc...; enfin, il faut ajouter comme une discipline principale et non pas comme supplémentaire ou complémentaire - ce qui est le cas encore aujourd'hui - la psychologie, laquelle, elle-même à son tour, s'efforce d'être une science. Car, et ici je formule encore une thèse, pour résoudre les problèmes particuliers, il faut comprendre d'abord les lois générales, ce qui n'est possible que dans le cadre des sciences fondamentales. Je sais que c'est une banalité, mais le fait est, justement que cette banalité n'est pas prise en considération. Permettez-moi de prendre un exemple: le problème du traitement médicamenteux, en première approche, se présente comme une prérogative de la biochimie et de la psychophysiologie (autrement dit, la biologie). Pourtant, elle doit inclure, et dans des proportions identiques, le problème psychologique de l'effet placebo, lequel à son tour, nous ramène au problème

de la sémiologie, de la mythologie sociale⁽¹⁾⁽⁵⁾ et de l'interaction conscient-inconscient, etc... C'est-à-dire que nous avons une véritable chaîne de questions dont la plupart ne se posent pas. Aussi posons-nous la question: finance-t-on des investigations de cette sorte au niveau des programmes internationaux? Pratiquement non. L'argent, on préfère le donner pour les biochimistes et les physiologistes mais pas pour les sémiologistes ou les psychologues, par exemple. Beaucoup plus souvent les moyens financiers seront dépensés pour de soi-disant "investigations cliniques" dirigées par des médecins, lesquels, et j'insiste sur cela, très souvent ne comprennent rien ni à la biochimie ni à la psychologie. Il existe une opinion très répandue selon laquelle on peut faire de la science près du lit d'un malade. Effectivement, il y a longtemps, la médecine s'occupait de cela. Mais près du lit d'un malade, on ne peut que poser certaines questions dont il faut trouver la réponse en dehors de la médecine, dans les sciences fondamentales.

Deux conséquences du modèle industriel de la médecine :

1. les aspects positifs :

Ce modèle permet de réduire le prix des services médicaux et, en même temps, d'améliorer la qualité afin d'élargir la sphère de son utilisation. Si nous faisons le détail, il permet : d'apprendre rapidement n'importe quelle technique; de révéler les défauts des méthodes qui habituellement se dissimulent dans l'artisanat, lequel concerne peu de malades et dans un rapport individuel; de réduire les dépenses de santé publique; d'abaisser le risque "d'hospitalisme" par la réduction des délais du traitement; de s'adresser d'abord à des sciences appliquées, puis à des sciences fondamentales, pour inventer des technologies nouvelles.

2. Les aspects négatifs :

N'importe quelle pratique incluse dans les relations de marché, engendre: des pratiques, qui n'existent et ne se développent que grâce à la loi du marché; une philosophie, qui justifie l'existence de ces seules pratiques. Autrement dit, se met en place le monopole d'une pratique, d'une idée qui freine tous les autres types d'activités, notamment la prophylaxie qui réduit toujours l'utilisation des pratiques médicales. (Par exemple, l'Institut de microchirurgie de l'oeil à Moscou, la psychanalyse dans les pays occidentaux, etc.).

Prophylaxie (Prévention) :

Qu'en est-il de la prophylaxie dans ce contexte? Je pense qu'on peut se poser la question de savoir si la prophylaxie est un problème médical. J'affirme que non. Globalement, c'est toujours un problème d'écologie; au niveau biologique, c'est un problème génétique; pour la psychiatrie, notamment, c'est un

problème de "socio-écologie"; enfin, c'est le problème de "l'idéologie médicale", de la propagande qui, encore une fois, nous entraîne, sur le plan scientifique, dans le domaine de la sémiologie, de la mythologie, etc... Et, seulement en dernière instance, à mon avis, c'est le problème du diagnostic précoce.

Conclusion :

A propos de la distribution d'argent:

1. L'argent destiné à l'investigation scientifique, dans le domaine de la médecine, doit être utilisée d'abord pour les investigations fondamentales.
2. Priorité doit être donnée à la prophylaxie (prévention).
3. Les médecins cliniciens ne doivent pas être les chefs de ces programmes de recherche.

A propos de la formation :

La formation des spécialistes doit suivre deux voies séparées, la formation clinique (c'est-à-dire pratique) et la formation scientifique, où priorité doit être donnée aux sciences fondamentales. La

formation scientifique doit commencer dès le cours de méthodologie, de philosophie et d'histoire de la science. Il faut assurer la compréhension des faits (pour les élèves comme pour les professeurs), selon cette idée que la science commence là où la pratique trouve ses limites, pour ne pas confondre ces notions, comme cela se passe encore actuellement.

Bibliographie

1. Barthes R., *Mythologies*, Seuil, 1957, p. 252.
2. Foucault M., *Histoire de la folie*.
3. Zorine N., *La Psychothérapie dans le contexte du modèle industriel de la médecine*, Exposé au Ier Congrès de la Fédération Internationale Francophone de Psychiatrie. Paris. 1993.
4. Zorine N., *Psychiatrie, Technologie, Problème psychobiologique*, Poster n°2939, VIIIè Congrès mondial de Psychiatrie, Athènes, 1989.
5. Tkhostov A. *Intracencia v Strukturu Vnutrennei Kartine Bolezni*. M., 1991. Ref. Doctora Psychologicheskich Nauk.

Miguel Angel Garcia Carbajosa,
psychiatre chef de service (Espagne) :

LES NOUVELLES ILLUSIONS DE LA PSYCHIATRIE POST-INDUSTRIELLE

Je pars du fait que nous nous confrontons maintenant dans la psychiatrie actuelle au paradoxe suivant : nous avons affaire à une complexité de plus en plus grande dans le monde moderne en général, et dans notre pratique professionnelle en particulier. Par contre, il y a une recherche de plus en plus importante de certitudes et de complétudes. Beaucoup de professionnels sont attrapés là-dedans. Un de ces paradoxes, par exemple, est celui de la psychiatrie et des neurosciences.

Je crois que des gens qui ont travaillé comme moi dans une certaine psychiatrie, qui se veut sociale, qui se veut humaine, ont eu trop tendance à négliger des acquis des sciences neurologiques qu'il

faudrait reconnaître, voire intégrer. On ne l'a peut-être pas assez fait, mais je ne comprends pas pour autant cette identification, qu'on veut faire de nos jours, de la psychiatrie aux neurosciences. La psychiatrie peut-elle être réduite au champ de ce que l'on appelle aujourd'hui les neurosciences? C'est cependant ce que entend dans l'enseignement universitaire actuel.

Voilà donc l'écueil où la psychiatrie risque de perdre à jamais son identité, si elle en a jamais eu une. Pour moi cette identité se base sur ce que j'appelle l'immense *valeur relative de la clinique*. Valeur de la clinique en ce sens que la clinique psychiatrique nous permet d'appréhender les

signes qui rendent compte de l'insistance de la souffrance humaine, de quelque chose qui insiste, d'un manque à être dans la souffrance humaine. C'est grâce à cette *insistance* que nous reconnaissons la souffrance et comment, par là, nous essayons de la comprendre et d'y porter remède, si possible. Mais, en même temps, reconnaître le *caractère relatif de cette clinique*, c'est dire qu'elle n'est pas suffisante. Cela impose d'aller au delà, tout en considérant que ce n'est pas en l'excluant mais "en traversant" cette clinique qu'on comprend qu'il faut aller au delà, qu'il y a d'autres phénomènes qui la dépassent largement. La clinique ouvre donc les portes à d'autres phénomènes, sociaux et autres. C'est ainsi qu'on a compris l'importance du manque d'organisation temporelle du psychotique, par exemple. Or, aujourd'hui on assiste à un formidable effet de bascule qui veut que la psychiatrie biologique soit confondue avec la psychiatrie tout court.

La psychiatrie biologique serait toute la psychiatrie et le reste des disciplines psy, des sciences auxiliaires n'appartenant pas du tout au champ psychiatrique "scientifique", mais avec qui la "vraie" psychiatrie peut établir un consensus, ou comme disait un de nos collègues un consensus mou, un consensus ambigu; tout compte fait pour les tenir à distance et qu'elles viennent, une fois que la distance a été bien établie, colmater les trous que l'approche biologique ne peut pas remplir. Il s'agit donc d'une secondarité plus que d'une complémentarité. Apparemment chacun devrait trouver son compte dans cette organisation nouvelle des sciences psy.

Ce que l'on veut, c'est une psychiatrie qui, ayant renoncé définitivement à considérer l'intégralité de l'homme, devienne tout simplement une machine à développer des critères diagnostic "sûrs" et un pouvoir prédictif illimité, une médecine réduite, exquise, qui guérit peu mais mieux et plus vite que la médecine courante. Parce qu'il s'agit de médecine, ne nous leurrions pas. Une médecine qui nous dise d'avance ce qu'elle ne peut pas guérir pour l'adresser ailleurs, en toute bonne conscience : au "social", aux différentes techniques psychothérapeutiques, etc...

Tout doucement, par la voie de cette simplification énorme, le psychiatre risque de jeter par dessus bord la psychopathologie, l'écoute de la souffrance humaine et le dépassement, tout récent en fin de compte, de la *fatalité évolutive kraepelinienne*, c'est-à-dire tout ce qui avait permis à la psychiatrie de sortir de son ghetto historique. Le moins que l'on puisse dire, c'est que le prix de ce nouvel illusionisme scientifique est très cher, mais vous savez bien que le masochisme de beaucoup de psychiatres par rapport à une médecine toute puissante qui les fascine n'a pas toujours de cure.

En 1927, FREUD⁽¹⁾ écrivait un article sur l'avenir d'une illusion, dont on parle à mon avis aujourd'hui un peu à tort et à travers, où il voyait la religion comme une illusion et son avenir par conséquent très incertain. Mais, croyant fort, lui, au progrès de la science, il n'avait pas prévu le caractère illusoire, voire religieux, que pourrait avoir la démarche scientifique elle-même. Au contraire, il pensait que les progrès de la science en finirait avec de telles illusions.

Or, que voit-on maintenant, vers la fin du XX^e siècle? Nous nous trouvons dans un monde difficile, paradoxal et complexe, où l'ombre multiséculaire que la religion projetait souvent à son insu sur l'ensemble de la vie scientifique, sociale et politique, s'évanouit, au moins pour l'homme de la rue, pour rester peut-être ce qu'elle aurait dûe toujours rester, une affaire privée.

Cependant, est-ce que les totalitarismes scientifiques, la croyance illimitée dans la science comme force régulatrice de tous les problèmes de l'homme, n'est pas religieuse en elle-même? Il ne faut pas oublier que cette croyance était déjà à la base du fameux courant hygiéniste qui a traversé avec force la psychiatrie européenne pendant le premier quart du XX^e siècle pour aboutir finalement aux lois nazis de défense de la race et du peuple allemands de 1934. Lois qui ont conduit à l'extermination de dizaines de milliers de malades mentaux, à l'instar des juifs et des gitans. Par ailleurs, est-ce que les idéologies politiques à forte visée utopique ne sont pas aussi couvertes par l'ombre de la religion? En même temps, on voit s'évanouir même l'ombre que l'idée religieuse portait sur d'autres petites idéologies, plus à portée de main, qui nous entourent dans notre pratique quotidienne, celles qui font de nous des praticiens attirés. Voyons, l'idéologie médicale, l'idéologie psychologique (en tant que science), l'idéologie du travail social, etc... Alors, serait-on donc vers la fin de la fonction exercée dans tous les domaines par la grande illusion, qu'est la religion ainsi que Freud l'avait signalé en 1927, et entrerons nous dans ce que Luc FERRY⁽²⁾ a décrit comme l'âge de la maturité démocratique, laïque et universelle? Ou bien faut-il penser que nous nous trouvons sur un véritable fil du rasoir, c'est-à-dire un moment historique où *soit* on emprunte sérieusement le chemin incertain de cette maturité où la religion ne marquerait plus de ses certitudes l'ensemble des constructions idéologiques, voire scientifiques, sociales ou autres, *soit* on risque au contraire de revenir en arrière sur l'effet d'un brusque retour de pendule et d'adhérer à toutes sortes de garde-fous fondamentalistes. En attendant, la grande illusion dont parlait Freud est remplacée par des petites illusions, de nouvelles illusions, "concrètes", non moins illusoires, mais non moins anciennes aussi. Par

exemple, dans le terrain de la santé mentale où je travaille, qu'est-ce que l'on voit?

D'abord l'*illusion méthodologique* : il faut dire que l'exploit indéniable des classifications multiaxiales du DSM III est celui de faire croire que l'on a trouvé enfin la *méthode pour arriver à une certitude diagnostique, de valeur universelle*.

Deuxièmement, l'*illusion biologique* : la formidable assurance que retirent tant de psychiatres et de psychopharmacologues de la fantastique foule de travaux consacrés depuis dix ans aux neurotransmetteurs et aux neuromédiateurs, ne poursuit que la recherche d'une certitude causale qui nous libérerait de tant de doutes, soulevés par notre pratique mais aussi par l'évolution hasardeuse de la physique moderne, par exemple.

Troisièmement, l'*illusion technologique* : le foisonnement actuel des techniques psychothérapeutiques n'aurait rien de grave en soi, si, comme l'a bien signalé Daniel SIBONI⁽³⁾ dans un livre récent, cela répondait seulement au besoin d'aller vers l'autre dans le courant d'un renouvellement perpétuel des liens vitaux, qui s'opposerait à une certaine sacralisation des grands systèmes psychothérapeutiques traditionnels comme la psychanalyse d'école.

Abram Coen,
psychiatre chef de service,
Seine-Saint Denis (France) :

J'ai été très sensible à l'exposé de Miguel Angel Garcia Carbajosa parce qu'il rejoint la problématique à laquelle je suis confronté, à savoir que je ne crois pas qu'on soit dans le retour du religieux, mais je crois qu'il n'a jamais cessé d'exister, sauf que nous ne sommes pas toujours au clair sur notre fonction de grands prêtres. Je m'explique : cette idée d'une recherche explicative de type mono-explicative - les neurosciences comme une des formes de la mono-explication, ou le social comme mono-explication - m'inquiète, parce que le résultat c'est qu'on arrive à un mode de pensée de type sacrificiel et de type éliminatoire. Vous avez fait allusion à l'expérience nazie, et l'impression que j'ai dans le travail au quotidien avec l'enfant, aujourd'hui en 93, c'est que pour éliminer, pour sacrifier un enfant, on ne peut plus comme autrefois le faire tout seul, par une simple décision, mais il faut être à plusieurs, ce qui permet de diluer les responsabilités; le résultat, c'est quand même le sacrifice d'enfant. Et peut-être que c'est comme ça qu'il faut entendre l'idée de la Convention

Je crois que le problème n'est pas là. Le problème est que quand on regarde de près toutes ces thérapies éclatées, on est surpris par la rigidité de leurs tenants, par leur obsession d'assurance technique à tout prix qui les empêche en fait de regarder ailleurs et de s'enrichir d'autres apports. Tous les échanges sont évités au nom d'une sacrosainte vérité technique, où la technique est bonne en tant que telle. On est déjà dans l'univers technologique du psy : illusion biologique, illusion méthodologique et illusion technologique - chacun la sienne - autant de voies vers les trois certitudes définitives, *la certitude causale, la certitude diagnostique et la certitude technique*. Voilà le tout idéal pour ne plus se poser de questions pour l'avenir de nos idées et de nos pratiques.

Et après quoi? Et où cela nous amène-t-il? Moi, pour ma part, je trouve l'avenir de ces illusions, de ces résidus religieux, très inquiétant.

(1) FREUD S., *El porvenir de una ilusion*, Obras completas, Ed. Biblioteca Nueva, Madrid, 1978.

(2) FERRY Luc, *Le nouvel ordre écologique*, Grasset, Paris, 1992.

(3) SIBONI Daniel, *Le peuple psy*, Balland, Paris, 1992.

Internationale des Droits de l'Enfant, enfant comme objet de protection contre cette forme sacrificielle d'élimination. Je souligne là une difficulté de penser autrement qu'en termes "mono"; or, il s'agit bien de penser dans un contexte pluri-étiologique, d'avoir plusieurs sources de réflexion. Je m'arrêterai pour l'instant là, en disant quand même que le DSM III et l'idéologie qu'il y a derrière, c'est une certaine façon faire de tout citoyen un spécialiste possible; il suffit de remplir des questionnaires pour arriver à un diagnostic et donc toujours à la même chose, à une mise à l'écart, à une élimination, etc... Par exemple dans les écoles américaines, ce sont les enseignants qui remplissent l'équivalent du DSM III pour les enfants difficiles, donc on n'a plus besoin de spécialistes. ça me paraît être un point important parce que se profile l'idée d'une disparition de tout ce monde dit technicien qui tourne autour de la psychiatrie et il y a, c'est vrai, un marché du travail très grand pour toutes les sciences humaines, qui n'attendent que ça et qui peuvent parfaitement faire l'affaire.

L'EVOLUTION DES POLITIQUES DE SANTE MENTALE :

Bogdana Tudorache,
psychiatre, présidente de la Ligue
roumaine pour la santé mentale :

J'ai l'intention de vous présenter la situation de la santé mentale et de la psychiatrie en Roumanie. Je voudrais le faire à partir d'une analyse simultanée du contexte historique et des problèmes psycho-sociaux qui en découlent et après je voudrais vous faire connaître la Ligue Roumaine pour la Santé Mentale, connaître nos préoccupations, nos intérêts et aussi nos difficultés, parce qu'à mon avis, je crois que notre Ligue joue et va jouer j'espère un rôle important dans la politique de santé mentale en Roumanie.

Pour dégager les tendances des politiques psychiatriques dans notre pays, on doit tenir compte d'une part des séquelles sociales et psychologiques d'un demi-siècle de dictature et de totalitarisme que nous avons vécu et d'autre part de toutes les difficultés que les roumains sont obligés de surmonter maintenant pendant cette période post-totalitaire qu'on traverse. Dans les sociétés socialistes, la souffrance psychique était transformée en délit d'opinion et le malade psychique, considéré comme exclu de sa communauté familiale ou professionnelle, constituait une minorité qui ne méritait pas qu'on fasse le moindre effort pour lui. Dans ces conditions, la psychiatrie roumaine, tenue à l'écart des grands mouvements d'idées qui ont agité la psychiatrie en Europe, s'est peu à peu repliée dans une vision organiciste de la maladie mentale, et la dimension de la chronicité propre à cette discipline a été évacuée au travers de la notion d'"irréparable" pour lesquels les soins étaient devenus inutiles dans la société socialiste. Pendant la période post-totalitaire que nous traversons maintenant on pourrait dire qu'à certains égards, le mal est allé en empirant, illustrant la situation politique instable et la situation économique désastreuse que notre pays essaie de surmonter. Dans ce tableau, catastrophique pourrais-je dire, on a commencé quand même à réagir de plusieurs manières, du côté

des autorités roumaines d'une part, et d'autre part, par diverses associations qu'après décembre 1989, on a fondé en Roumanie : l'Association des Psychiatres Libres; l'Association Roumaine de Psychiatrie; l'Association des Psychologues Cliniciens; la Société Psychanalytique Roumaine; la Ligue Roumaine pour la Santé Mentale et sous son égide, depuis peu, l'Association "Alzheimer", "A.L.I.A.T." qui est une association qui a ouvert le premier centre anti-alcoolique en Roumanie; enfin un groupe qui s'appelle "ESTUAR" qui a l'intention de développer les structures extra-hospitalières, en premier lieu des appartements thérapeutiques. A mon avis toutes ces associations et ces sociétés, qui constituent d'après moi l'expression naturelle de la sortie du tunnel totalitaire, peuvent et doivent agir comme un groupe de pression pour essayer de définir et d'imposer les meilleures solutions de politique psychiatrique, ayant comme but l'amélioration de la santé mentale en Roumanie. Je pourrai continuer en vous parlant de nos difficultés et de ce que nous avons ressenti quand nous avons essayé de collaborer avec les étrangers, mais je vais plutôt parler de notre Ligue.

La Ligue roumaine pour la santé mentale a été créée il y a trois ans avec des professionnels de la santé mentale, mais également avec d'autres catégories sociales. comme le résultat d'un besoin naturel de la psychiatrie et de toute la société roumaine. La Ligue essaie d'ouvrir la psychiatrie aux autres domaines sociaux, de réorganiser la psychiatrie roumaine et d'introduire d'autres partenaires sociaux que les seuls professionnels. Nous avons fait, dans un climat social difficile, beaucoup de projets de programmes d'intervention dans le domaine de la problématique sociale lié à la santé mentale; pour ces programmes nous avons collaboré avec des partenaires étrangers. Je voudrais ajouter que notre place était assez

difficile parce que la Ligue se trouve dans une situation assez fragile tant par rapport aux associations professionnelles que par rapport aux autorités. La situation est difficile parce que ceux qui peuvent et qui veulent faire quelque chose pour la santé mentale en Roumanie ne sont pas très nombreux, et même en grande majorité ceux sont des volontaires qui ne sont encouragés (bien au contraire) ni par les autres professionnels, ni par les autorités ou par notre société. A cet état des choses, on peut ajouter : d'une part, l'attitude fermée et rigide des chefs de clinique et d'autres dirigeants médicaux; d'autre part, le fait que nos amis de l'occident, avec qui nous avons commencé à collaborer, n'ont aucune patience et donc ils croient que tout est facilement réalisable d'un jour à l'autre par l'abandon brutal du système antérieur de travail. Alors, les échanges Est-Ouest se sont produits difficilement, avec une certaine lenteur, qui se manifeste encore à présent, parce que l'engrenage mis en marche n'est pas encore rodé bien sûr, parce que les choses ne peuvent pas changer si vite chez nous. Il y a des personnes ou des associations qui n'ont pas tenu compte de l'inhérente complexité de ces échanges, qui ont traité d'une manière simpliste notre expérience acquise pendant le régime totalitaire. Pour nous à présent, ce qui compte le plus, ce n'est pas seulement le secours matériel, certes toujours important, mais les relations d'échange et de coopération qui peuvent provoquer et réveiller en nous des modalités de pensée différente pour nous aider à progresser. Des relations peuvent être établies sur trois niveaux chez nous: des relations individuelles entre personnes; des relations entre associations, entre organisations non gouvernementales, et des relations qui peuvent se faire par l'intermédiaire des organismes gouvernementaux. Les échanges individuels sont les plus simples, les plus directs, les plus profonds, donc les plus efficaces, mais ils ne font que faciliter l'apparition de petits îlots de normalisation et de progrès sans apporter le changement majeur désiré. En ce qui concerne les liens qui s'établissent entre les associations non gouvernementales, ils deviennent de plus en plus difficiles à cause des traits particuliers de chacune d'entre elles; là, il est utile à mon avis d'individualiser la coopération, d'élaborer des projets concrets adaptés aux conditions locales, de respecter l'autonomie et la spécificité de chaque association. Quant aux échanges et à la coopération à participation gouvernementale, les difficultés sont encore plus grandes; les fonctionnaires du gouvernement, souvent bornés ou limités dans leurs actions par la bureaucratie et par les lois anachroniques, donnent leur accord formel, d'habitude en se désintéressant de la situation ou quelque fois en offrant des possibilités incontrôlables à des gens qui peuvent compromettre

la cause. Je dois avouer quand même - c'est en quelque sorte une critique - que ce qui complique encore la situation dans des collaborations avec nous, c'est aussi l'ambivalence de notre société, qui existe et qui est inhérente à mon avis à une société post-totalitaire.

Toute approche dans le domaine de la santé, et plus particulièrement de la santé mentale, doit englober nécessairement l'analyse simultanée du contexte historique et des problèmes psychosociaux qui en découlent. On ne peut pas essayer de dégager les tendances des politiques psychiatriques dans notre pays sans mieux connaître ce contexte. On doit tenir compte, d'une part, des séquelles sociales et psychologiques d'un demi-siècle de dictature et de totalitarisme, là où la violence du régime totalitaire avait atteint l'apogée et d'autre part de toutes les difficultés que nous sommes obligés de surmonter pendant cette période post-totalitaire que nous traversons. L'idéologie sociale de ces décennies de communisme c'est l'homme de "type nouveau", avec comme but l'uniformisation forcée de l'humain. Dans ce type de société, la souffrance psychique était transformée en délit d'opinion. Pour l'accomplissement de la société communiste, dans laquelle les minorités devaient être soit assimilées soit liquidées, certaines catégories étaient totalement indésirables. Le malade psychique - considéré comme exclu de sa communauté familiale ou professionnelle, un fardeau pour son entourage, un péril social - constituait une minorité qui ne méritait pas qu'on fasse le moindre effort en sa faveur. Son existence était totalement ignorée. La réaction du pouvoir face à la souffrance psychique devenait de plus en plus intolérante et agressive en se conformant à la norme implicite, et là, je cite un slogan communiste, "qui n'est pas comme nous, n'a pas le droit à l'existence". Ces concepts se sont matérialisés par l'absence de tout intérêt d'ordre matériel ou idéologique, au contraire pourrais-je dire, de la part de la société et surtout du pouvoir pour améliorer la condition du malade psychique et pour moderniser les conceptions concernant la souffrance ou la maladie psychique.

La psychiatrie roumaine qui a suivie dans son histoire l'évolution générale de la psychiatrie en Europe, a traversé les mouvements d'idées nés en France au XVIII^e siècle et au début du XIX^e; ces mouvements se sont traduits en Roumanie par la construction d'hôpitaux psychiatriques identiques dans leur fonctionnement et leur architecture à ceux de la plupart des pays de l'Europe. Les théories psychiatriques et psychanalytiques se sont développées chez nous jusque dans l'immédiate après-guerre. Par la suite, le repli du pays sur lui-même, sa dépendance idéologique au système de pensée soviétique, ont entraîné en

matière de psychiatrie un abandon progressif de toute la dimension sociale de la maladie mentale, ainsi que l'interdiction complète des techniques psychothérapeutiques, en particulier de la psychanalyse. Tenue à l'écart des grands mouvements d'idées qui depuis les années 50 jusqu'aux années 80 ont agité la psychiatrie en Europe, la psychiatrie roumaine s'est donc peu à peu repliée dans une vision organiciste de la maladie mentale et des traitements purement médicamenteux de celle-ci. Le standard de vie bas en Roumanie se reflétait directement dans l'assistance médicale. La médecine ne fut jamais une priorité pour les chefs du parti communiste. En Roumanie, les maladies étaient une honte, surtout les maladies psychiques. Cela explique l'état critique sur le plan matériel et technologique des institutions de santé. La psychiatrie fut même encore moins bien traitée que les autres spécialités à cause de motivations de nature idéologique. Dans les 45 dernières années, il n'a pas été construit en Roumanie un seul hôpital psychiatrique. A cela on doit ajouter le nombre relativement restreint de spécialistes dans le domaine de la santé mentale.

La situation n'a pas hélas beaucoup changé dans les dernières années, dans cette période que nous appelons période post-totalitaire. On pourrait dire même qu'à certains égards le mal est allé en empirant, illustrant la situation politique instable et la situation économique désastreuse que notre pays essaye de surmonter. Ainsi le budget du ministère de la santé est cette année sous le niveau des nécessités élémentaires. Notre système sanitaire se trouvant à la limite de la désagrégation, et la psychiatrie est loin de compter parmi les priorités de notre système sanitaire. On ajoute au désastre économique, le désastre social, le désastre moral, le désastre biologique. L'instabilité politique, la lutte pour le pouvoir, la lutte contre le froid, la faim, la famine, le chômage, la proportion inouïe des émigrants (dont une proportion bouleversante est représentée par les jeunes et les intellectuels), de même que les désillusions, le manque d'horizon et l'apathie d'une grande partie des professionnels de la santé mentale, caractérisent chez nous cette période post-totalitaire. On peut dire que la période post-totalitaire peut être considérée comme "un intervalle de la perplexité pendant lequel on se propose de récupérer la normalité, en partant de l'anomalie devenue normale". Cela va sans dire que dans ces conditions le revirement attendu ne s'est aucunement produit; ce fait étant explicable par le blocage, qui est d'ailleurs classique pour toutes les sociétés post-totalitaires, dû à la persistance de vieux systèmes. Tous les éléments mentionnés ont des répercussions encore plus graves sur les souffrants psychiques, sur la psychiatrie, sur les psychiatres, sur les malades.

La conséquence logique est que la plupart des soins psychiatriques sont accordés encore en Roumanie dans des hôpitaux psychiatriques, des unités de type asilaire qui n'ont connu depuis leur fondation aucune amélioration, et même se sont dégradés progressivement. J'ai quelques chiffres: - en Roumanie il y a 22.456 lits psychiatriques (1 lit pour 1000 habitants) qui sont répartis en 42 hôpitaux psychiatriques, dont 2 hôpitaux avec plus de 1000 lits, 6 hôpitaux ayant entre 100 et 1000 lits et 34 ayant moins de 100 lits; tous les lits sont occupés.

- 55 sections de psychiatrie dans les hôpitaux généraux;

- des hôpitaux pour les malades psychiques chroniques installés en milieu rural, avec presque 7000 lits qui représentent 37% du nombre total de lits psychiatriques. Ces hôpitaux sont des lieux d'enfer, où les conditions de vie et de soins sont impossibles à imaginer, l'eau ne coule pas, la nourriture est exécrable, le chauffage est insuffisant pendant l'hiver, les médicaments sont rares, le personnel soignant est très réduit.

L'hôpital psychiatrique, élément essentiel dans le réseau d'assistance actuelle chez nous, a gardé l'empreinte du style d'autrefois sans avoir aucune ressource de socialisation.

Quant au système de soin ambulatoire il est resté tout à fait déficitaire. Les quelques unités ambulatoires et semi-ambulatoires, environ 50, qui s'appellent "laboratoires de santé mentale" et qui ont été fondés dans les années 60/70, ont même à présent un rôle de tri et d'orientation des malades; elles n'ont pas réussi à introduire des modèles nouveaux d'assistance communautaire. Là bas, un psychiatre assure entre 40 et 60 consultations par jour, ce qui amène à une durée moyenne de 3 à 5 minutes par consultation.

Ainsi à toutes ces difficultés, on peut ajouter le nombre extrêmement réduit des cadres qui travaillent dans le domaine de la santé mentale : 3,8 psychiatres - même 1,4 dans certaines régions-, 5,7 infirmières en psychiatrie, 0,87 psychologue et 0,53 assistante sociale pour 100.000 habitants. On ajoute les contenus de l'assistance et de la formation (qui garde malheureusement encore une empreinte biologiste) ce qui oriente l'assistance et les soins.

En dépit de ce tableau presque catastrophique, on peut reconnaître que quelques tentatives de changement se sont produites quand même dans le domaine de la psychiatrie roumaine pendant les dernières années. Par exemple, la formation des psychiatres a été reprise après dix ans d'interruption et celle en psychologie a été relancée après 20 ans d'interruption. On a fondé aussi dans les années 90 une école pour la formation des travailleurs sociaux. Après décembre 1989, on a fondé en Roumanie plusieurs sociétés dans le

domaine de la santé mentale que j'ai cité tout à l'heure. Toutes ces associations peuvent et doivent actionner comme un groupe de pression pour essayer de définir et d'imposer les meilleures solutions de politique psychiatrique ayant comme but l'amélioration de la santé mentale en Roumanie. J'essaie d'être plus optimiste en disant que les quelques tentatives de changement qui se sont produites quand même pendant les dernières années - quoique pas encore évidentes et restant loin de toute possibilité de généralisation - nous donnent toutefois une lueur d'espoir. C'est pourquoi on doit maintenant agir à tous les niveaux pour essayer d'améliorer la situation. Pour cela, nous avons besoin, en dehors d'un climat favorable qui n'existe malheureusement pas encore, de la présence de certaines personnes et de certaines organisations avec qui nous pourrions collaborer efficacement et à long terme. Je voudrais ajouter que pour nous ce qui compte le plus à présent, ce n'est pas seulement le secours matériel, bien sûr

important, mais les relations d'échange et de coopération, un travail ensemble qui puisse provoquer et réveiller en nous d'autres modalités de pensée. A mon avis, la culture peut nous aider à faire ça. Il est vrai que nous avons été isolés, mais j'ose dire que nous avons réussi dans une situation désespérée à garder quand même les liaisons au moins du point de vue culturel avec l'Europe. Dans des relations avec nous, on ne peut pas traiter d'une manière simpliste notre expérience unique dans son genre, que nous avons acquise pendant le régime totalitaire. C'est à cause de cela qu'il faut prévoir des temps précis pour l'écoute non seulement de nos besoins, mais de la personne avec laquelle vous parlez, de prendre le temps de l'échange. Je pense qu'il faut installer et j'ai ressenti cela seulement ici, un vrai dialogue accompagné d'un devoir d'intelligence et de respect protégeant la dignité humaine, ce qui facilitera le développement d'une alliance de longue durée.

N.B. : 1/ Le texte de la communication d'Elzbieta BOBIANTYNSKA, représentant le Centre TOPOS (Varsovie, Pologne) ne nous est pas parvenu; nous le regrettons. Il paraîtra dans un prochain Cahier POLLEN.

2/ La communication de Nikita ZORINE sur la situation en Russie est en fin de chapitre; nous reproduisons en effet le texte (en anglais) de son intervention au congrès de l'Association mondiale de Psychiatrie de Rio de Janeiro.

Paul Arteel,
directeur de l'Association flamande de
santé mentale, Belgique :

En tant qu'association flamande de santé mentale, nous regroupons dans notre association tous les secteurs, tous les aspects de la santé mentale.

Il y a deux mois, en mars 93, nous nous sommes réunis avec les représentants de l'hospitalier, de l'ambulatoire, des usagers, des familles et les représentants des universités, pour établir formuler quelques options en santé mentale. Je pense que ce serait intéressant de les introduire ici, parce que ce sont des options communes à tous les secteurs ambulatoire, résidentiel, personnes qui reçoivent des soins et personnes qui en donnent.

La constatation générale est qu'on est dans une situation économique et sociale où l'Etat-Providence n'est plus ce qu'il a été. Ainsi, on voit tous qu'il y a de nouveaux paradigmes, de

nouvelles manières de penser qui s'introduisent. Il y a donc eu une protestation sur l'introduction du paradigme purement économique dans la santé, où on ne regarde plus quels soins sont procurés et à qui, mais où on compte le nombre de jours d'hospitalisation, le nombre de séances de thérapie, etc...

La première option, souscrite par tous, est d'appeler à l'attention de ne pas introduire maintenant une forme de raisonnement purement économique. La santé mentale est quelque chose d'autre où il y a aussi une partie créative. On sait bien qu'on ne peut plus exiger davantage de moyens, davantage de personnel; il faut exiger de l'espace pour être plus créatifs avec les moyens qu'on a et avec le personnel qu'on a.

Deuxième option : on veut remplacer (ou on a déjà remplacé) le terme de psychiatrie par le terme de santé mentale. Je pense qu'une explication s'impose là. Le terme de santé mentale a une toute autre explication en flamand qu'en français, parce que, ce qui est un terme courant du côté des francophones, - le terme psy - on ne le connaît pas. Santé mentale, c'est le domaine large des soins donnés aux personnes qui ont besoin d'aide émotionnelle, mais il y a quand même un aspect médical. On exige que "psychiatrie"- qui a beaucoup trop de connotations avec le résidentiel, les hôpitaux- soit remplacé par "santé mentale", sans devenir un terme purement social ou de politique sociale; cela doit rester un aspect de la médecine, mais plus large que la médecine purement biologique et technique.

La troisième option a à voir avec la discussion, depuis 10 ans, 20 ans, entre l'ambulatoire et l'hospitalier. Dans la pratique, cette discussion est achevée, parce qu'on a plus un secteur résidentiel et un secteur ambulatoire; on a 5, 6 secteurs qui sont plus ou moins ambulatoires, plus ou moins hospitaliers - de l'hôpital psychiatrique en passant par l'habitation protégée, par la maison de soins psychiatriques, par le centre de santé mentale ambulatoire et par le secteur de psychiatrie dans l'hôpital général. Cette discussion entre ambulatoire et résidentiel ne se reflète plus dans les lois ou dans les structures ou lors des inspections. Cela a commencé parce que ces 5 secteurs sont obligés - pour avoir leur reconnaissance, leur argent - de travailler ensemble. Il y a encore des problèmes parce que des personnes qui travaillent dans certains secteurs sont plus rémunérées que d'autres; on demande l'égalisation des salaires quel que soit le secteur de travail.

Miguel Angel Garcia Carbajosa :

Je vais faire un rappel historique de la **situation de la psychiatrie en Espagne**. Il y a une psychiatrie d'avant la guerre et une autre d'après la guerre, c'est-à-dire la guerre civile qui a eu lieu entre 1931-36. Traditionnellement, la psychiatrie espagnole était très influencée par le modèle allemand, par la psychiatrie kraepelinienne. Mais il y a eu des choses intéressantes comme l'essor de la psychanalyse qui était, dans notre pays, important avant la guerre mondiale et notre guerre civile. La preuve c'est que les oeuvres complètes de Freud sont apparues pour la première

La quatrième option est une option de contrôle : c'est peut être typiquement belge ou peut être typiquement flamand, car comme on a une psychiatrie qui est dominée pour 90% par les congrégations catholiques, cela a eu pour conséquence que l'Etat, pendant des années, ne s'est pas occupé du contrôle des institutions. On n'a pas de tradition de contrôle public sur ce qui se passe dans un institut psychiatrique. Nous demandons donc un contrôle qualitatif sur ce qui s'y passe, à savoir une inspection qui ne soit plus une inspection sur le nombre de lits, le nombre de portes, et si ces portes tournent bien du bon côté. On demande une inspection sur ce qui se fait. On demande également l'instauration du droit à l'information et du droit de plainte et de recours des familles et des usagers.

La cinquième option, c'est d'avertir le gouvernement du danger de la spécialisation de chaque institut, de chaque centre, de chaque psychiatre, parce que de là résulte qu'il y a des personnes qui sont trop malades pour entrer dans certains hôpitaux - pour illustration, cela a été dit très récemment par un des directeurs des Frères de la Charité, qui sont détenteurs de la plupart des hôpitaux psychiatriques. Tout hôpital étant spécialisé pour des patients traitables, il y a ainsi des patients qui ne rentrent dans aucun institut ni habitation protégée, ni maison de soins psychiatriques, ni hôpital général. Nous soulignons fortement ce danger.

Ce sont les cinq points qui se discutent maintenant avec les autorités et je le souligne, par tous les secteurs réunis.

fois en langue espagnole avant l'édition STANDARD et avant toute autre édition étrangère. Le philosophe Lopez Ballesteros est allé voir Freud et s'est engagé à traduire son oeuvre au fur et à mesure qu'il écrivait, avec son consentement. Déjà en 1929, on disposait en langue espagnole de tout ce qu'avait écrit Freud jusque là. Pour ce qui est des professionnels, un fait dominant était l'existence d'une association professionnelle, l'Association Espagnole de Neuropsychiatrie (AEN), très puissante, créée en 1924, à laquelle appartenaient la majorité des psychiatres

éminents de l'époque. Les préoccupations sociales étaient aussi très présentes dans les travaux de cette société. C'est l'AEN qui a promu la loi de 1931 au moment de l'avènement de la deuxième République Espagnole. Ce décret-loi a permis d'assainir la quarantaine d'hôpitaux psychiatriques départementaux existants et aussi d'affirmer l'obligation pour les hôpitaux psychiatriques départementaux de recevoir des consultations externes.

C'était une époque de bouillonnement culturel important. Par contre, l'après guerre civile a été de ce point de vue une catastrophe. D'abord, la psychanalyse a été bannie de toutes les institutions, leurs tenants expulsés. L'AEN a subi une répression terrible. Beaucoup de ses membres ont dû choisir l'exil, d'autres ont été démis de leurs postes, et même un de ses membres les plus importants, qui était titulaire de la chaire de psychiatrie de Valence, le Dr. PESET, a été exécuté. Pour ce qui est des idées, on a vécu un vide très important que j'ai connu quand j'étais à la faculté de médecine dans les années 60.

Les pratiques ont repris lentement, à partir des années 65-68 et surtout après les événements de mai 68, à un moment où la dictature commençait à languir, à ne plus avoir de prise sur la réalité.

En 1968, la base de l'assistance était les hôpitaux psychiatriques départementaux d'une part, et d'autre part les dispensaires (des consultations ambulatoires de deux heures et demi par jour, pour des psychiatres spécialistes qui devaient voir tous les gens qui s'inscrivaient une heure avant. Mais ces consultations n'avaient aucun rapport avec les hôpitaux psychiatriques qui avaient fermé, depuis la guerre, les consultations externes. Voilà, pour l'ensemble du secteur public.

Je reprend l'histoire contemporaine de la psychiatrie espagnole. En 1970, il y a toute une génération de jeunes médecins, de jeunes psychologues, de jeunes professionnels d'autres métiers qui ont vécu les événements de 68, qui ont d'autres idées et qui commencent à travailler dans les hôpitaux psychiatriques. On assiste à l'époque à l'essor d'un mouvement des professions de santé qui fit du bruit : le mouvement des internes et résidents (MIR). C'était, pour l'essentiel, des internes en médecine et en psychiatrie. Ce mouvement là dominait pratiquement les organisations d'internes de tous les hôpitaux du pays et a forcé des réformes avec un élan qu'on ne voit plus de nos jours. Sous leur impulsion, certains hôpitaux psychiatriques ont été à ce moment là ouverts et sectorisés, dont l'hôpital psychiatrique d'Oviedo dans les Asturies; l'hôpital Santa Cruz de Barcelone, l'hôpital de Saint Jacques de Compostelle en Galice, qui étaient des monstres de plus de 1000 lits. L'arrivée de ces internes là a signifié la réduction sensible du nombre de lits,

l'ouverture des dispensaires, une véritable politique de secteur en somme. Ces expériences ont eu du succès puisqu'elles ont permis des réformes dans d'autres régions aussi, des réformes consistant pour l'essentiel en l'ouverture de l'hôpital, la coupure des grillages, la disparition des camisoles de force, la dynamisation de la vie intérieure, l'ouverture de dispensaires sectorisés, etc...

Mais la répression s'est abattue sur eux. Il y a eu ensuite une émigration des principaux acteurs de ces réformes vers la Suisse, la France, l'Angleterre. Le changement suivant a eu lieu en 1982, après l'avènement du premier gouvernement démocratique en 1977. Entre temps, la nouvelle génération de psychiatres est entrée en force à l'AEN, aidée par les retournés de l'exil. Il a fallu quand même attendre le triomphe du Parti Socialiste Ouvrier Espagnol en 1982, pour que les réformes se mettent en place. C'est ainsi qu'en 1983 on a assisté à l'abolition de la loi de 1931, une copie presque exacte de la loi française de 1838 dans ses aspects juridiques. Il s'agissait notamment d'en faire une loi non spécifique sur la base de la modification de l'article 211 du Code Civil. Ensuite nous avons vécu en 1985 la loi générale de santé. Cette loi est sortie en 86 et a été précédée par une expertise faite par une commission composée de psychiatres, psychologues et une assistante sociale choisis par le ministère de la santé de l'époque. Cette commission a fait un rapport sur l'état de l'assistance psychiatrique et sur l'avenir des réformes, qui tenait pour l'essentiel à établir quelques points importants de base pour ces réformes, notamment les idées de territorialisation, de continuité et d'intégration des soins. La territorialisation n'était pas éloignée de la sectorisation française, c'est-à-dire qu'une même équipe de soins devait travailler sur le même secteur géographique, mais en insistant pour que le secteur psychiatrique soit regroupé avec le secteur médical. L'"intégralité" des soins voulait dire que pour la même équipe de soins devait assurer la prévention, le traitement et la réhabilitation, et surtout se débrouiller avec tous les moyens existants pour cela dans le territoire. La continuité des soins voulait dire que l'équipe du centre de santé mentale du secteur devait être reliée directement avec les centres de soins publics appelés "primaires" qui devaient constituer un premier niveau, un premier filtre de l'assistance psychiatrique. L'usager passerait ensuite au centre de santé mentale et en troisième lieu à l'hôpital psychiatrique ou plutôt aux unités de psychiatrie dans les hôpitaux généraux.

Dans les centres de soins primaires, il y a des médecins généralistes, des pédiatres, des infirmiers - il n'y a pas de psychiatres - qui sont tenus de voir et de déceler les cas psychiatriques, et si besoin de les adresser au centre de santé

mentale qui en deuxième ligne et avec lequel ils sont tenus d'avoir des réunions, de développer des méthodes de travail en commun. Ils adressent des patients et se font superviser par l'équipe de ces centres de santé mentale. Il y a donc une liaison très étroite, mais aussi difficile parce qu'il y a beaucoup de problèmes nouveaux. Aujourd'hui, les centres de santé générale sont surchargés de programmes. En Espagne, les programmes sont à la mode (programmes à propos de l'hypertension, du diabète, des problèmes de la femme, des drogués, du troisième âge, etc...); alors les équipes des centres de santé en ont assez. Il arrive qu'elles ne veuillent pas de programme psychiatrique. Pour ce qui est des centres de santé mentale, la relation avec les autres spécialités est bonne, mais souvent bureaucratisée, même si ce n'est plus comme les anciens dispensaires de l'époque franquiste où un médecin généraliste voyait 70 personnes en une heure et demie, et après il orientait vers le psychiatre, le gynécologue, etc... C'était un centre d'orientation et de redistribution davantage qu'un centre de médecine générale.

Je reprends le cours de mon historique. Pour l'essentiel, les réformes ont été appliquées de façon très inégale dans les différentes régions puisque, en fait, l'extension de la réforme dépendait pour beaucoup de la volonté politique et des moyens économiques de chaque région. La réforme marquait la place centrale dévolue aux centres de santé mentale ouverts un peu partout, équivalents des centres médicopsychologiques français, avec des équipes multiprofessionnelles (médecins, psychiatres, psychologues, assistants sociales, infirmiers) se constituant comme *axe de l'assistance d'un secteur*. C'est-à-dire que *l'axe était déplacé de l'hôpital vers l'extérieur*. Le centre de santé mentale pour un secteur devait décider de la continuité des soins : si un malade devait être hospitalisé ou non, si on devait le suivre à domicile ou pas, s'il devait faire l'objet de mesures sociales plus importantes, si on devait le renvoyer aux services médicaux de soins physiques, etc... A ce moment là, il a été demandé aux médecins chef de mettre leur bureau dans le centre de santé mentale et non à l'hôpital (psychiatrique ou général). Un autre point important était la création d'unités de psychiatrie dans les hôpitaux généraux. Je pense que l'idée retenue par le gouvernement socialiste de l'époque était bonne; je ne sais pas ce qu'elle va devenir maintenant. Ces unités de psychiatrie, qui se sont beaucoup développées en Espagne, ne devaient pas avoir plus de 20 lits pour une population de 5000 habitants et une durée moyenne d'hospitalisation de 15 jours et strictement pour l'indication d'hospitalisation. Mais, nous assistons à un retour en force de la psychiatrie universitaire et biologique. Je crains

beaucoup que la loi soit détournée et que ces unités psychiatriques de l'hôpital général deviennent des nouvelles institutions centrales. A l'heure actuelle, nous, ceux qui travaillons dans le public, tenons à une organisation des soins psychiatriques dans laquelle l'unité de psychiatrie de l'hôpital général soit simplement un lieu parmi d'autres du réseau qui répond uniquement aux besoins de l'hospitalisation temporaire des personnes, tandis que les psychiatres universitaires tiennent à ce que ce soit l'axe d'un système de soins fortement spécialisé autour des services médicaux de l'hôpital général. La différence est essentielle.

Je tiens aussi à ajouter que, dans l'inégalité de développement de la réforme, il y a quand même des fleurons : certaines régions dont la volonté politique et administrative a été très importante. Je tiens à citer les Asturies où j'ai travaillé. C'est une région minière d'1 200.000 habitants se trouvant au nord de l'Espagne sur la côte Atlantique, région avec une longue tradition de lutte ouvrière et où les nouvelles autorités ont tenu à mettre un point d'orgueil pour la réforme. D'une situation qui partait partait uniquement d'un hôpital psychiatrique de 1500 lits, on est arrivé à avoir 15 centres de santé mentale dans la région, 4 hôpitaux de jour, 4 unités de psychiatrie dans les hôpitaux généraux, des équipes pouvant aller à domicile un peu partout, 4 unités pour le traitement des toxicomanes, des foyers d'accueil, etc...; et puis il y a un travail de liaison avec les municipalités et les associations de quartier très important. Je pense que des réformes équivalentes ont été menées à Madrid (où là ils se sont heurtés aux grands hôpitaux universitaires) à Navarre ou en Andalousie; la réforme en Andalousie a été très semblable à celle des Asturies. A l'heure actuelle, cette organisation des soins est préservée, l'hôpital psychiatrique ne fait plus d'admissions, les admissions vont dans les unités de psychiatrie de l'hôpital général. Je ne veux pas dire que les hôpitaux psychiatriques ont été fermés en Espagne, mais le nombre de lits a été fortement réduit et les structures non hospitalières se sont développées à un rythme rapide.

Qu'est-ce qui ne marche pas ? Que manque-t-il encore? A mon avis, on n'a pas réussi à mettre en route les dispositifs intermédiaires qu'on trouve en France. Ce genre de structure relève de l'action sociale et le ministère correspondant a presque tout délégué dans les municipalités. Il finance des systèmes sociaux des régions et des municipalités, mais il n'y a pas de programme national.

Est-ce un des inconvénients des Autonomies régionales? En tout cas, on a l'impression les transferts des compétences vers les municipalités n'a pas été bien géré par celles-ci dans le cadre de l'action sociale. Je ne parle pas d'aider à

réhabiliter les anciens malades partis des hôpitaux psychiatriques, car il n'y en avait pas beaucoup, je parle plutôt de la grande masse des nouveaux "jeunes chroniques" qui traînent dans les villes et qui n'ont jamais été hospitalisés. Voilà un des grands problèmes de nos jours où l'Espagne ne fait pas exception.

Ainsi, nous arrivons donc en 1991, l'année du début de la récession économique dans le pays. Après années de croissance ininterrompue, voilà une récession sans précédent qui met les gens dans le désarroi. On parle d'une réduction budgétaire très importante qui comporte une menace de remise en cause grave et un arrêt net de toute la dynamique antérieure. Si la réduction budgétaire va se faire sur les acquis sociaux notamment, cette lutte que nous avons menée ces dernières années pour mettre en place des structures intermédiaires, n'aboutira pas ou sera très difficile. Pourtant, je pense qu'il sera difficile de supprimer certains des avantages

économiques dont les malades mentaux peuvent bénéficier en application de la loi pour les "incapables physiques" en 1987 étendue aux "incapables psychiques"(LISMI); par exemple l'obtention d'un "salaire" de 50.000 pesetas (2.500 francs par mois) (qui remplace l'ancien pécule). Je crains donc pour les programmes de réhabilitation, je crains pour les structures intermédiaires diverses et pour l'ensemble de la réforme psychiatrique. Je crains enfin qu'une certaine imagination, une certaine créativité pour faire, pour imaginer d'autres structures et d'autres façons d'agir et de travailler ne soit éteinte. Nous avons été frappés de plein fouet par la crise économique générale et par la crise de l'Etat providence, un Etat providence qui est à la fois très avancé et fragile, précaire dans certains domaines et développé dans d'autres, à l'image même de ce pays paradoxal qui est le nôtre.

Ana Isabel Romero,
psychiatre, Assesseur à la psychiatrie,
ministère de la santé et de la
consommation, Madrid

Je voudrais d'abord faire une synthèse de ce que suppose la réforme psychiatrique espagnole. Je crois qu'elle a une caractéristique : c'est que les transformations qui se produisent par loi, se produisent à partir de l'Etat et pas à l'envers; c'est-à-dire que l'Etat ne sanctionne pas les idées progressistes et les pratiques qui naissent des mouvements professionnels ou de la société; c'est au contraire, l'Etat progressiste - pas en totalité, seulement dans le champ de la santé - qui dicte la réforme. Dans le domaine de la santé mentale, du moins entre 1982 et 1987 (car en 87 il y a eu une transformation, un virement à droite de la politique de santé) l'Etat était plus progressiste dans l'application de la loi que ne l'était l'évolution de la société.

A partir de l'Etat, on sanctionne à travers les lois une situation psychiatrique qu'on peut formuler plus ou moins ainsi : "Il n'y a pas pas d'admissions dans les hôpitaux psychiatriques; il y a des ressources pour prendre en charge les patients aigus et les chroniques dans la communauté; et débrouillez vous". Cela suppose la mise en pratique d'un des articles de la constitution comme une idéalisation, presque comme un mythe, c'est-à-dire "tout le monde est égal face à la loi, face à la maladie, etc". Alors la situation légale se présente de fait ainsi; cependant ni le reste de la société ni les collectifs de professionnels n'ont la tradition de travailler dans cette hypothèse.

Comme modèle de travail théorique et technique, on propose un modèle fondé sur le modèle anglo-saxon de psychiatrie communautaire, avec des particularités concrètes. Par exemple la santé mentale se divise en trois niveaux: *primaire* qui devrait être assuré par les médecins généralistes; *secondaire* qui devrait être assuré par les spécialistes de santé mentale (psychiatres, psychologues, etc.), et le *troisième niveau* de réhabilitation qui serait un niveau mixte, qui devrait être partagé par les services sociaux et surtout par les ressources ordinaires de la communauté (centres culturels, écoles, associations de quartier, etc). Il s'agit donc d'un modèle très bon marché quant aux ressources spécifiques de santé mentale, mais très cher s'il s'agit de pourvoir toute la communauté de compétences en santé mentale. Cette situation qui du point de vue théorique et juridique trouve plus ou moins de facilité, dépend du fait que les communautés autonomes aient des politiques, des dirigeants, des groupes de pression plus solidaires ou plus conservateurs. Il faut tenir compte également du pouvoir de l'académique, c'est-à-dire des chaires de psychiatrie qui sont en dehors de la réforme. C'est un secteur universitaire de droite ou d'extrême droite dans sa majorité, très lié aux multinationales de l'industrie pharmaceutique, des laboratoires, et très opposé à ce modèle de réforme communautaire et solidaire. Ils défendent

un modèle "scientifique" fondé sur la recherche psycho-pharmacologique qui génère des sommes d'argent importantes et qui nie ou méprise toute relation épistémologique par rapport à la maladie mentale. Le problème se pose alors car la reproduction du savoir, la formation de nouveaux spécialistes a lieu à l'université, donc ils sont en train de former des spécialistes pour un système opposé au système psychiatrique voulu par la loi. D'autre part, étant les représentants académiques ils ont un poids d'opinion pour l'ensemble de la société. Pour conclure, la situation actuelle au 23 mai 93 est d'attente jusqu'au 6 juin, jour des élections législatives. Si le PS ou une coalition de gauche gagne les élections, il apparaît, en tout cas au niveau du programme, qu'il maintiendra exactement les acquis et le modèle de réforme actuels; il aura une incidence sur les points qui ont constitué une entrave au développement de la réforme psychiatrique : une nouvelle loi

universitaire, un nouveau contrat entre l'assistance psychiatrique et l'université; une réduction du pouvoir des chaires universitaires et l'établissement des lieux du savoir à partir de la pratique. Si ce n'est pas le cas, la situation générale est qu'il y a un pourcentage d'organisation qui sera irréversible mais qui restera vide de contenu, dans le sens où nous disposerons d'un modèle d'assistance similaire à l'américain, un service public pour les pauvres, vidé de son contenu, sans aucune motivation pour les professionnels, et une assistance privée, à travers des compagnies d'assurances pour les riches, avec un haut niveau de spécialisation. Malgré cette situation et par rapport aux réformes dans d'autres pays, au moins sur le plan institutionnel, c'est un modèle progressiste, dont le seul problème a été le décalage entre la société civile, le collectif professionnel et l'organisation assistancielle.

Jean-Pierre MARTIN,
Psychiatre chef de service
du 1^{er} secteur de Paris :

Les centres d'accueil et de crise comme politique de secteur.

La politique de secteur a permis, en France, la sortie des équipes de soins de l'asile, avec, dès la circulaire du 15 Mars 1960, des éléments fondateurs aussi essentiels que la continuité des soins par une même équipe, au plus près du lieu de vie des patients. Il est introduit, dans le système de soins, un déplacement vers le territoire. Mais, contradictoirement, ce texte et ceux qui vont le suivre en 1972 font écran à l'idée de secteur telle que Lucien Bonafé, Le Guillan et Daumézon l'envisagent dans les années de la libération (1944-1945). Pour ces psychiatres, le secteur est alternatif à l'asile, et repose sur la nécessité d'une politique locale de soins, élaborée démocratiquement. Il présuppose, en conséquence, une remise en cause de l'asile et non un complément d'asile, une élaboration de la politique de santé mentale qui ne soit pas l'apanage des seuls techniciens.

L'histoire des 30 ans qui ont été nécessaires à la légalisation du secteur, est aussi l'histoire d'une ouverture de l'hôpital sans remise en cause profonde de l'institution hospitalière. Au

contraire, le secteur, en général, s'est créé comme prolongation de cette institution sur le territoire.

Les centres d'accueil et de crise représentent une tentative de rupture essentielle avec cette tendance. Ils viennent redonner son sens initial à la notion de secteur, et cela dès 1978 avec la création du Centre d'accueil de Champigny par le docteur AMADO.

Ils réintroduisent, en effet, la dimension d'une présence dans la ville 24 heures sur 24, d'une permanence de l'équipe de soins, au plus près de la vie de la population, en lien avec les besoins de celle-ci, avec les interlocuteurs qui les représentent.

D'accès facile pour tout à chacun, reconnus comme un élément constitutif des services publics urbains, relevant de la citoyenneté commune; ils permettent une autre approche du soin psychiatrique.

La conséquence n'est pas seulement un effet réel de dédramatisation, mais aussi une autre façon d'aborder la clinique.

Notre expérience, à partir du Centre d'Accueil et de Crise du 1er secteur de psychiatrie générale de Paris, créé en 1990, permet d'aborder plusieurs éléments fondamentaux :

- La facilitation de l'accès aux soins permet d'aborder le patient de façon précoce.
- Cet accès aux soins se fait en liaison avec l'environnement, familial en particulier. Les autres intervenants médico-sociaux demeurent présents dans le processus thérapeutique, et ne sont donc pas dessaisis de leur rôle.
- Le centre d'accueil recentre l'ensemble des actions thérapeutiques vers le terrain, que ce soit à l'hôpital, au centre de jour, pour l'équipe de psycho-gériatrie ou celle du dispensaire. Le pivot de l'action thérapeutique se déplace ainsi de l'hôpital vers le centre d'accueil et de crise, vers le territoire.
- Cette présence sur le terrain permet des pratiques communes avec les autres intervenants et des élaborations plus globales que les aspects techniques du soin, en particulier quant à la prévention et à la réinsertion.

Il se construit ainsi de véritables pratiques de réseaux, que nous définirons comme l'organisation d'une démarche collective auprès du patient et de son environnement, chacun assumant son rôle et ses compétences.

- sur le plan plus strictement clinique, nous repèrons :

- * L'importance de l'écoute et de l'évaluation de la situation avec le patient et ses proches, avec les autres intervenants, évitant de précipiter l'acte thérapeutique, et permettant de solliciter le consentement de la personne.

- * La construction d'une relation de confiance, avec le temps nécessaire à la compréhension de la situation, est déterminante. Elle pose cependant la question globale du transfert, tant en terme de transfert thérapeutique qu'en terme de relais vers d'autres thérapeutes, le centre d'accueil et de crise n'étant pas un lieu de prise en charge prolongée.

- * Le caractère contenant limité d'un tel lieu rend difficile une continuité des soins avec des patients psychotiques très déstructurés, ce qui ne veut pas dire impossible. En effet, le caractère contenant lié à l'espace de la relation, la capacité des soignants à comprendre et à s'appuyer sur l'environnement, permettent d'éviter l'hospitalisation de nombreux patients.

- * La gestion du temps demeure, cependant, la question la plus déterminante; temps limité avec un important investissement relationnel de l'équipe, temps négocié avec le patient, permettent de "prendre son temps", de connaître et comprendre la dimension pathologique de la situation. Ce temps d'instauration d'une relation

de confiance permet une véritable dédramatisation, tant auprès du patient que de ses proches, et ouvre la possibilité d'un travail thérapeutique.

Les infirmiers sont alors directement liés au travail d'évaluation et à la construction d'une relation thérapeutique évoquant une responsabilité soignante élargie. Ils assument le lien avec les médecins et les autres intervenants médico-sociaux, devenant des interlocuteurs à part entière.

La continuité du travail s'articule avec l'utilisation des lits ouvrant la dimension du "travail de crise", qui nécessite, en règle générale, un temps prolongé, parfois sur plusieurs jours. La scansion du temps est un outil essentiel de l'approche thérapeutique dans un centre d'accueil car elle permet de prendre en compte la temporalité du patient et ses remaniements, d'adapter à ses possibilités des temps aussi différents que ceux d'un entretien, d'un accompagnement extérieur, ou d'un travail sur le corps.

La présence de lits est cependant source de nombreuses pratiques contradictoires, la notion de lit étant attachée à celle d'hospitalisation et induisant, en conséquence, des comportements soignants plus structurés que la situation d'accueil l'exige, limitant un travail plus imaginaire quant aux solutions à trouver.

Enfin, les soignants sont confrontés à un travail de redéfinition de la dimension institutionnelle, qui s'inscrit à travers des pratiques précises : être deux pour écouter le patient ou sa famille, élaborer des réponses de prises en charges séquentielles, prendre des décisions avec des temps de régulation des conflits, être présents dans l'ensemble du cheminement des patients dans le service, être un point de repère pour les autres soignants de l'équipe de secteur.

La pratique médicale elle-même en est profondément modifiée, sortant des bureaux de consultation, au contact des situations concrètes, participant aux premières approches du patient. La notion de diagnostic s'en trouve relativisée car recentrée sur une réelle évaluation clinique contextuelle.

En guise de conclusion, nous insisterons sur l'approche nouvelle que cette pratique des centres d'accueil et de crise introduit, en particulier, en ces temps d'aggravation de la crise sociale, auprès des patients errants ou en situation de précarité. Il y a une ouverture vers l'ensemble des problèmes de société et vers les formes de souffrance sociale et psychique qui y sont associés.

Miguel Angel GARCIA CARBAJOSA :

Je voudrais dire tout d'abord à Jean-Pierre MARTIN qu'à mon avis la difficulté majeure de la psychiatrie de secteur en France tient justement à cette histoire de la cure et de la post-cure dans la prise en charge. Lorsqu'on parle de post-cure, cela veut dire que la cure c'est l'hôpital.

Si le moment de la cure c'est l'hôpital, l'hôpital est au centre de la prise en charge, et tout le système de soins va tourner inévitablement à l'hospitalocentrisme. Le reste du suivi sera forcément moins important; seulement de l'"après".

Ensuite, ton abord de la question de la gestion du temps m'a beaucoup intéressé. Cela rejoint directement mes réflexions à ce sujet. J'estime en effet que l'évaluation est nécessaire, mais que *le temps de l'évaluation est pratiquement égal au temps de l'écoute*. Lorsqu'il y a un véritable temps d'écoute, le temps de l'évaluation n'en diffère pas

Agostino PIRELLA, psychiatre, président de Psichiatria Democratica, Torino :

Je vais vous exposer quelques notes actualisées sur l'application de la réforme psychiatrique en Italie.

Ainsi que vous le savez, l'innovation législative en ce qui concerne l'assistance psychiatrique en Italie date du mois de mai 1978, quand la Loi n°180 fut approuvée en vue de l'élimination des hôpitaux psychiatriques (OP) et de la création des services pour la santé mentale (SSM). Au mois de décembre de la même année, fut approuvée la loi générale qui instituait le Service sanitaire national, avec les Unités sanitaires locales (USL) comme organisme administratif, d'organisation et d'assistance à la santé avec pour buts la prévention, le soin et la réhabilitation. La loi n°180, avec quelques modifications, a été incluse dans cette loi générale de santé.

Les Régions en Italie disposent depuis les années 70 de leur propre autonomie législative dans le cadre des lois nationales. La responsabilité administrative et organisationnelle de l'assistance psychiatrique des USL fut mise en œuvre dans les années suivant la promulgation de la Loi. Mais, cette innovation si importante - confirmation des pratiques les plus avancées contre

énormément. Ce temps est alors un tiers entre l'autre, qu'on reçoit et nous-mêmes. Une bonne évaluation du temps et de l'espace en tant que tiers, nous permet d'éviter le rejet ou la précipitation provoqués par le rapport fusionnel, je dirai "binaire", que le patient psychotique nous propose toujours. C'est quelque chose, toutefois, à développer, à débattre, parce que c'est par là que la *contenance* (*contencion* en espagnol) devient *contention psychique*.

La capacité spatiale et temporelle d'être contenant des angoisses d'intrusion ou de morcellement, par exemple, recouvre assez exactement celle d'accueillir, d'écouter, de répondre à la demande. C'est un débat que nous avons mené dans les Asturies; les réflexions théoriques ont été publiées et discutées au XVIII^e congrès de l'A.E.N. qui s'est tenu en 1989 à Madrid.

l'asile, contre le traitement forcé et pour le respect des droits des malades - fut appliquée avec beaucoup de difficultés et de boycottage.

Les recherches réalisées au milieu des années 1980, ont démontré que seulement 14% des SSM étaient adaptés aux nouvelles normes et réglementations; la majeure partie du territoire national n'était pas équipé de SSM; les situations aiguës étaient accueillies dans les nouveaux services psychiatriques dans les hôpitaux généraux, services dont le style de travail se ressentait toujours de la vieille logique asilaire.

Durant toutes ces années, le gouvernement a recherché à revenir aux anciennes institutions et règles de fonctionnement, au préjudice de tous ceux qui veulent la réforme. Il fut d'ailleurs institué, au ministère de la santé, une commission composée en majorité par des personnalités défavorables à la nouvelle loi. Finalement, l'accord entre les psychiatres de toutes tendances (parmi lesquelles, ceux de Psichiatria Democratica, P.D.) permit la formulation d'un plan d'action mettant de côté la proposition de modifier la législation en vigueur.

En 1983, avait été élue au Sénat, Franca ONGARO BASAGLIA, membre fondateur de P.D., épouse et collaboratrice principale de Franco BASAGLIA. Avec la collaboration de P.D., elle a déposé un projet de loi portant sur l'application de la loi n°180, qui a rencontré un succès y compris auprès de membres des partis de la coalition gouvernementale. Dans ce projet de loi, il était prévu : un financement pour les SSM; une reconversion des dépenses et des personnels spécialisés des OP en faveur des SSM; une typologisation des services et des différentes structures.

La lutte pour le dépassement des structures asilaires et pour la réalisation des nouveaux services a été favorablement accueillie par des associations de familles approuvant la réforme, associations qui se sont regroupées en une coordination nationale dont le siège est à Rome.

Pour ce qui concerne l'application de la loi, nous pouvons la présenter selon les modèles ci-dessous : *Premier modèle*, le modèle "hospitalo-ambulatoire" : C'est une application "simulée" de la réforme, parce que le nouveau service hospitalier est suffisamment "fort", alors que les services territoriaux sont limités aux centres de consultations ouverts peu de temps dans la journée. L'assistance est insuffisante. Les malades dans les OP sont abandonnés à eux-mêmes.

Deuxième modèle, le modèle alternatif à l'OP : Il cherche à réaliser un programme de réhabilitation et de socialisation pour les malades qui sont encore à l'OP. Le SSM organise pour les malades plusieurs types de services, y compris l'hospitalité de nuit. Les longues hospitalisations ne sont pas prévues. Les services développent les relations avec les médecins, les écoles, les services sociaux et la population.

Troisième modèle, le modèle dit de rationalisation : Ce modèle est entre les deux précédents. En effet, la réalisation des alternatives ne veut pas réellement dépasser la logique asilaire, mais il veut la confirmer. L'OP est recyclé en raison de son style de travail répressif, sans travail sur la dépendance et la chronicité des usagers. La valeur du dépassement de l'OP est sous-estimée.

Aujourd'hui, le gouvernement - avec l'actuel ministre de la santé, le libéral De Lorenzo - veut démanteler le service sanitaire national. Il

soutient les initiatives du secteur privé commercial et des compagnies d'assurances. Le ministre de la santé a reçu un mandat du parlement en ce sens qui retentira gravement sur l'assistance psychiatrique. Le Premier ministre, le socialiste Amato, a affirmé avec véhémence dans la presse son opposition à la Réforme psychiatrique voulue par la loi n°180. Mais, désormais il est davantage préoccupé par la survie de son gouvernement et par la grave situation économique et politique de l'Italie. Il est vrai cependant que les termes de son projet de loi, présenté en avril 1992, ne sont pas pour autant écartés.

Les modifications contenues dans ce projet de loi se répartissent en trois groupes :

1/ Les OP pourront être utilisés comme résidences sanitaires pour les malades mentaux et notamment les anciens internés, ainsi que pour d'autres types de structures à caractère social. Nous trouverions ainsi dans les OP les malades qui doivent être exclus.

2/ La remise en cause du système de garanties pour le Traitement sanitaire obligatoire. Un seul médecin peut contrôler la "liberté de l'individu", y compris temporairement sans contrôle de l'autorité judiciaire.

3/ Il y est prévu des conventions avec le secteur privé spécialisé, qui serait ainsi mis en concurrence avec le secteur public estimé trop inactif par la bureaucratie administrative.

Il est important de dire que les mass médias et les intellectuels ne semblent plus sensibles aux thèmes de la marginalisation et de la répression psychiatriques et de leur dépassement, comme durant les années 70 et jusqu'au milieu des années 80; il y a bien sûr des exceptions, mais elles sont rares.

Il y a donc un désintéressement pour les droits civils et sociaux des malades, corrélatif d'une montée du racisme et de la xénophobie.

Enfin, les autorités de tutelle ont communiqué récemment la répartition des dépenses pour l'assistance psychiatrique de 1991. Ces dépenses sont égales à 2,4% des dépenses de santé, avec un net déséquilibre en faveur des OP qui coûtent encore 1541 milliards de liras contre 704 pour les SSM. Je dois ici rappeler que le projet de loi de Franca ONGARO BASAGLIA prévoit une quote-part pour la santé mentale égale à 5% des dépenses de santé.

Paolo Henry,
psychologue, Grugliasco (Italie) :

Il est très discutable de parler en général de la situation italienne, tant on est partagé entre régions et entre particularismes d'une situation à l'autre. L'expérience italienne cependant est pleine d'enseignements; c'est un laboratoire. Le problème en Italie aujourd'hui n'est pas seulement si on doit changer ou non la loi 180; la discussion porte carrément sur la poursuite ou non de la réforme sanitaire nationale qui avait intégré la loi 180.

Ce que je crois intéressant, c'est de constater que changer une loi cela ne change pas en soi ce qui arrive, pas en tout cas tout ce que la loi veut régler. Une telle constatation est plus facile à faire en Italie où peut-être on a moins de respect pour la loi nationale. Par exemple, on avait dépassé les hôpitaux psychiatriques dans certaines provinces en Italie quand il y avait une loi qui établissait l'existence de ces hôpitaux. Et il demeure, d'un autre côté, pas mal d'hôpitaux psychiatriques en Italie qui ne sont pas dépassés même après 15 ans d'une loi qui l'édicte. Car le problème, c'est un changement de style de travail, un changement du paradigme scientifique et des méthodologies opérationnelles. On ne peut pas continuer à utiliser les vieux outils avec une situation changée, et on ne peut pas changer les vieux outils seulement par une loi. Il y a toute une série de résistances, d'incompétences, de volontés, d'oppositions déclarées qui entrent en ligne de compte. Par exemple, le fait qu'opérationnellement et comme norme, on n'ait plus la possibilité d'interner pour toute la vie ou pour de longues périodes, nous a obligés à inventer, à réfléchir, à trouver d'autres solutions; et ce sont justement ces solutions partielles qui sont intéressantes à étudier. Il serait intéressant du point de vue strictement psychologique de rechercher la signification dans la tête des soignés ou des soignants (c'est-à-dire, le changement de l'élément subjectif) d'avoir le droit d'être soigné et le devoir de soigner mais toujours en respectant la volonté du "fou". Je pense que c'est l'aspect central.

Tout ce qui, dans la tradition clinique ou psychothérapeutique, s'appelle la conscience de la maladie, la représentation qu'on a de sa souffrance ou la représentation qu'on a du devoir de soigner, changent; même l'expression de la souffrance, de la maladie, change. A ce moment là l'existence ou non d'une norme inscrite dans la loi

représente quelque chose, devient central dans la tête des soignants et des soignés.

L'autre chose qui est de plus en plus claire en Italie, c'est que les ressources économiques qu'on attribue à la santé, à l'assistance et à la psychiatrie diminuent de jour en jour. C'est ce qu'on appelle la crise de l'Etat assistenciel. La crise de l'Etat providence n'est pas une crise passagère. Je pense qu'on ne peut pas se contenter de pleurer sur un modèle qui historiquement n'a plus les conditions politiques et économiques pour être poursuivi. Dans cette situation de crise de l'Etat providence, on va parfois entrevoir des solutions qui peuvent être intéressantes, qui nous obligent à inventer peut-être de nouveaux paradigmes, de nouveaux modèles de savoir pour gérer et pour travailler dans le champ de la "maladie mentale".

Je me demande si tout le problème de la réhabilitation psycho-sociale, qui est à la mode en Italie maintenant, ne correspond pas à une situation de ce type. La réhabilitation psychosociale peut être conçue avec une attitude "orthopédique". Mais en réalité pour "être habile à", on doit aussi "avoir le pouvoir de". Toute l'expérience basaglienne sur la réhabilitation n'a pas été d'inventer des techniques pour "rendre habile à", mais a procédé d'une façon d'"être avec" les patients pour lutter avec eux pour qu'ils obtiennent le "droit de". Cette lutte faite avec les patients concrètement a produit des changements de rapports sur le rôle des soignants, mais a produit aussi un changement dans la tête des soignés. Tout cela nous fait entrevoir des nouvelles possibilités. Je pense par exemple au mouvement d'auto-organisation entre malades qui récupère toute une vieille tradition de coopération et de secours mutuel qu'on avait dans la culture italienne, qui récupère aussi toute une tradition de lutte pour avoir des droits; cette voie devient de plus en plus la solution parce qu'il n'y a pas de solution officielle, parce que les services ne sont pas capables et ne peuvent plus, n'ont plus l'argent pour donner des réponses traditionnelles.

Alors tout cela est plein de risques! Mais, cela peut être dans le même temps la possibilité d'inventer de nouveaux paradigmes et de créer de nouvelles pratiques. Est-ce de la lutte politique? Est-ce de la psychothérapie d'environnement? Est-ce de la nouvelle santé mentale?

Nikita ZORINE avait , au cours de notre séminaire du Bois d'Amont, fait une communication sur "la situation en Russie et son évolution ", voisine de celle que nous publions en suivant sa préférence pour ce texte plutôt qu'une réécriture.

Nikita A. ZORIN, M.D. (Russia)

PSYCHIATRY AND THE RELATED SITUATION IN THE FORMER SOVIET UNION

Communication au 9ème congrès de l'Association mondiale de Psychiatrie
Rio de Janeiro, 1993

The following is a short comparative analysis of the situation in psychiatry and some related facts in the USSR prior to and after the perestroika.

PRIOR TO PERESTROIKA

AT PRESENT

Theory in Psychiatry "Official Trends"

(Or the situation at the State establishments such as institutes, departments etc.)

The unitary principle of the so called "official theory". Nearly monotheism. The outright suppression of other "unofficial views". The actual coexistence of two psychiatries: biological, with vulgar biologization and so called clinical psychiatry that became almost "esoteric knowledge" whose main feature is double-dyed positivism in the form of early Krepelinian nosologism and adoption from existential psychiatry (see Appendix 1)

General tendency: further decay of theory, theoretic vacuum being filled up with scraps of utterly different fields of knowledge. Attempts are made to combine the remaining views with behavioral, psychoanalytical and other views. One will observe the emergence of non-professionalism and coalescence with "unofficial", down to mystical theories that were previously negated. Vulgar psychologization. Typically, one will criticize himself for his past and allege that we are at last on "the right track".

Unofficial trends

(individual opinions, so called "Western" and "Eastern" teachings)

They were severely suppressed and exposed to derision.

There has been a rapid growth in these trends; they are welcomed by "semi-official" organs in an ingratiating way. One will observe a sharp change in favour of psychodynamics. Psychotechnical "theories" have become

PRIOR TO PERESTROIKA

AT PRESENT

predominant. Coalescence with mysticism and primitive superstitions (e.g. "evil eye", "pumping over of energy", etc.)

Major Institutes

Total control was in the hands of a small group of persons. Policies were determined in Moscow. Theoretically, the All-Union Centre of Mental Health, Academy of Sciences, USSR, (plus some ostentatious tolerance of slightly different views taken by the so called "Leningrad school" - Bekhterev Research Institute of Psychiatry in Leningrad; pseudo-pluralism). Practically, the Ministry of Public Health, USSR. There existed several "leading" institutes and departments (see Appendix 1A) that were policy-makers in psychiatry.

Attempts are made to maintain the past. Fighting for power within the former structures. There has been a reduction in institutes and personnel at the remaining establishments. Some of the most odious structures continue functioning: Serbsky All-Union Research Institut of General and Forensic Psychiatry, All-Union Centre of Mental Health, Academy of Sciences, Russia. Moscow Research Institute of Psychiatry as the most neutral ideologically, is faced with the threat of being liquidated.

Officials at Russia's Ministry of Public Health have dealt summarily with the former Ministry of Public Health, USSR, and occupied its premises. This results in displacements.

Professional Communities

There was only one professional association: the All-Union Society of Neuropathologist and Psychiatrists.

Total control was exercised from Moscow. Key posts were held by a small group of persons who simultaneously had high appointments at official psychiatric institutions

Meetings were held in a grotesque and pompous manner, along with praising each other and distributing awards among themselves.

Financial means were spent on senior officials' business trips, publication of their own works and payments to loyal psychiatric leaders in the countries of socialist camp.

Several informal structures have simultaneously appeared.

Attempts are undertaken by official structures to discredit them through forming controlled pseudo-associations (IPA-2) or whipping up conflicts among the existing informal organizations.

One will note a high percentage of insane persons and shady dealers in the informal movement and particularly in the groups of grotesque anti-psychiatric orientation.

Actively operating today is the Independent Psychiatric Association (headed by Y.S.Savenko), formed with the support of the International Association against Psychiatry Use in Politics, IAPUP (see Appendix 4).

The official society has been given a new name: the All-Russian Society of Psychiatrists and Narcologists. The same persons remain in power. Award efforts are being made with badly hidden irritation in the attempt to develop "cooperation" with informal structures.

Individual persons

Mafia-type structure.

A small group of persons in key positions, holding more than one post; ties of relationship.

One will note attempts being made with a view to maintain the former structure. Fighting for spheres of influence within the former structure. Efforts are made to "renew" some of senior officials but the same persons or their successors are in key positions (e.g. Professor Dmitrieva, Director, succeeding odious Academician G.V. Morozov at Serbsky All-Union Research Institute of General and Forensic Psychiatry).

"Second persons" enter the scene (similar things occur in the political field) under the cover of "democrats" (e.g. Popov, who founded the Independent Association of Leningrad Psychologists, lays claim to the post of Bekhterev Institute's Director).

The same persons are found in most of new journals (see Appendix 2).

New "informal" individuals have appeared (see the section "Professional Communities").

Scientific Publications

Strict control from Moscow : regulation of themes, amount, form and even style.

Korsakov Institute's journal "Neuropathology and Psychiatry" was the only scientific periodical with an odious editorial board.

A small group of "official psychiatrists" kept hold of all scientific publications.

Scientific articles were all alike and differed only in cited figures.

Loss of Diktat rather than control. A slight degree of decentralization. Several new publications have simultaneously appeared (among them only one is actually independent). The editorial boards of most publications are composed of the old personnel (see Appendix 3).

However political liberties today are economically limited : the cost of paper and printing drives independent publications to the verge of survival.

International Contacts

They were strictly controlled by the CPSU and KGB and regulated from Moscow. Priority was given to senior staff members of central institutes in major cities, their retinue and relatives.

Long-term business visits were only for those persons who stood the test. CPSU membership and "moral purity" were indispensable conditions.

Participating in various international meetings were the same persons.

Considerable liberalization. There has been a sudden "break-through" to the West by a large number of psychiatrists who did not belong previously to the official circles. In these circumstances one will observe uncontrolled international activity of non-professionals and charlatans (so called practising psychologists, "magicians", sorcerers, extrasenses, etc.).

Infiltrating into the former Soviet market are the ideas of various esoteric teachings revailing in the East, and Western scientific teachings which are now losing their influence in

their respective countries (Psychoanalysis represented by the American and International Psychoanalytical Associations, Jacques Lacan's school - European School of Psychoanalysis etc.). Active enrolment of new adepts is underway.

Psychiatry and Mass Media

Any publications dealing with psychiatry were under secrete ban.

There were scanty laudatory publications. Scarce negative articles were angrily denounced, their authors being subjected to repressions.

The situation has drastically changed resulting in an antipsychiatric drive.

There appear unbridled amateurish "unmasking" publications; bans are being imposed on publishing professional refutations. Attempts are made to shift political responsibilities off to psychiatry, to identify it with the KGB. One will note inadmissible generalizations; ordinary citizens are being set against psychiatrists, as a result there is an increase in aggressive actions taken by patients against psychiatrists, in assassinations of doctors.

Paramedical practices (sorcerers, psychics or mediums, treatment by using the healer's photo) are vigorously advertised.

Psychiatric Practice and Its Social Effects

It was severely regulated by the Ministry of Public Health, USSR.

All forms of psychical pathology including mild cases, registred to a maximum extent at psychoneurologic dispensaries.

Treatment was provided only at State establishments, so was psychiatric examinations.

Boarmented schizophrenia diagnosis.

Social stigmatization.

Hospitals were filled up due to admission of mild, non-psychotic forms of psychopatology.

Rigid practice of compulsory and urgent hospitalization, down to the abuse of psychiatry. (e.g. extending indications for compulsory hospitalization during the celebration of political red-letter dates, etc...).

The process has been reverse. Liberalization down to the complete loss of control over the use of various techniques and medicines.

Mild forms of psychical pathology have been struck off the psychiatric register. One will note the ungrounded non-application of practice of getting registered as psychiatric cases even psychotic patients, as at they are no longer covered by physicians' care and find themselves without the benefit of medical and social aid. Psychotic patients and invalids go out into "the street" and fill criminogenic social "vacancies" such as beggars, tramps, shady dealers, brockers oligophrenics, racketeers, explosive psychopaths, epileptics etc.).

The quota of grave cases in hospitals has increased. Mild non-psychotic and "boundary" cases have gone over to the commercial sector (from force of inertia-fears of stigmatization and myths of better quality paid services).

A draft of a new law on psychiatric service is formulated (see appendix 5).

The non-governmental commercial sector has come into being along with out-patient

psychiatric services and extension of the private sector. One will note the commercialization of practice acquiring an immoral character according to the "let them pay" principle.

Use is made of two fundamental mythologies: concerning the technocratic power of Western technology (expensive sophisticated devices) and esoteric and mystical Knowledge of paramedical trends orientated to East. The following example is classical: iridodiagnosis using a powerful slit lamp to disguise theoretical poverty.

Even the academic medical practice proves to be interwoven with occultism (which reveals the utter unscrupulousness and momentary nature of convictions typical of the former communist leaders so called "Soviet science").

Invalids

Unattractive stigmatizing establishments for psychochronic invalids. The same is true of the educational establishments for handicapped children.

No differential approach is used in admission to such establishments which results in aggravating and invalidizing the mild forms of intellectual deficiency and mild psychical abnormalities.

Alternative non-governmental and private establishments have been set up : schools for unordinary and gifted children, lycées, cooperatives offering care to chronics, often with the participation of and under the auspices of the Church.

Education

Rigid control over the contents and form of education by the Ministry of Public Health and the Ministry of Higher and Secondary Education.

Instruction was provided only at State educational establishments.

Textbooks and methodological materials were prepared and approved by the personnel of the leading psychiatric institutes and departments of medical institutes.

Non-acceptance of "reactionary" Western views which were subjected to "Marxist" criticism and derision.

Rigidity and one-sided character of education. One of the basic textbooks designed for use at higher educational establishments, had not been re-published for 20 years.

Liberalization down to the loss of control non-governmental and even private educational structures have been established on a non-licensed basis. One will note the appearance of impostors who pretend to be teachers.

The evident commercialization of the teaching process with emphasis being laid on profit-yielding psychotechniques based on the prejudices and ignorance of ordinary people and "fashionable" of therapy that have not been discredited yet (e.g. psychoanalysis).

One will observe the arrival of numerous foreign lecturers among whom there is a lot of non-professionals and even all sorts of shady dealers.

Within the official structures one will observe either confusion and an "ideological and moral crisis" pushing students into non-professional hands, or coalescence with the system commercial education suffering from all the shortcomings mentioned above.



Partie II : **SANTÉ MENTALE ET DROITS DE L'HOMME**

Carl Alexander,
conseiller juridique,
Association flamande de santé mentale
(Belgique) :

LA QUESTION DU CONSENTEMENT

La question du consentement est, selon moi, le moyen de modeler, de modéliser le droit à l'autodétermination du patient. Dans un sens strict, cela signifie que le patient consent ou ne consent pas au traitement proposé sur place, à partir de l'information donnée par les professionnels. Mais cela a aussi un sens plus large, souvent rattaché au droit de refuser un traitement. Dans le sens large, on accentue au fond la supériorité d'une perspective de négociation dans la relation d'aide, contrairement à une approche paternaliste. Toutefois, si le professionnel ne réussit pas à convaincre le patient au moyen d'arguments raisonnables de l'intérêt d'un certain traitement, alors le soin ou le traitement doit être envisagé dans les limites définies par le patient.

L'importance donc du consentement éclairé (*Informed consent*) peut se comprendre en relation avec des évolutions plus vastes dans toute la société et en particulier dans le secteur de la santé. Alors que la notion de liberté et d'égalité gagnent en importance, à voir les discours sur les droits de l'homme et la jurisprudence de la Cour Européenne des droits de l'homme, la complexité de la société augmente. Les conséquences pour les citoyens souffrants d'une maladie, quand ils entrent dans le complexe médico-social, sont souvent qu'ils se trouvent dépendants en face des professionnels qui ont du mal à les informer dans un langage compréhensible. Il faut dire que le principe du consentement éclairé n'est qu'un moyen d'améliorer

la position des patients. Si je ne parle pas du droit au traitement, mais plutôt du droit de refuser un traitement, c'est que ces droits là ont un caractère totalement différent. Ils nécessitent une intervention du gouvernement afin de rendre disponible des moyens. Le consentement éclairé a plutôt un caractère de droit fondamental qui joue dans la relation thérapeutique et est indépendant de la politique de santé. Une autre limite qui se pose, c'est qu'il y a une différence entre la déclaration du principe du consentement éclairé et la pratique. L'importance d'une information adéquate n'est évidemment pas réalisée avec une phrase juridique. Il faut un changement de mentalités pour cela. D'autre part, je suis convaincu que la déontologie seule ne donne pas assez de garanties.

Il y a deux options qu'on peut prendre pour modeler le consentement éclairé. Elles correspondent avec les deux grands axes sur lesquels se déroulent les discussions.

La plus connue c'est la conception anglo-saxonne qui relie le consentement éclairé au droit contractuel; la relation thérapeute-patient est conçue comme une relation contractuelle donc il y a besoin du consentement du patient; le thérapeute qui procède sans le consentement du patient, viole l'intégrité de la personnalité humaine; il est sanctionné dans ce cadre. Quels sont maintenant les problèmes qui accompagnent cette conception? Il y a d'abord le problème de la capacité qui est très important pour

la psychiatrie. Les mineurs sont du point de vue juridique, considérés comme des incapables, bien que, en ce qui concerne des décisions sur leur santé, ils peuvent être capables. D'autre part, il y a des patients pour lesquels on peut parler d'une incapacité de fait, mais qui sont juridiquement capables. Un problème plus grave selon moi c'est que la formalisation juridique du consentement éclairé dans le cadre du droit contractuel peut avoir des effets négatifs importants. Il y en a deux : - il y a un danger que le devoir d'informer le patient soit limité à un moment afin d'obtenir le consentement nécessaire, alors que le droit du patient d'être informé doit valoir pendant tout son traitement; ce ne doit pas être un moment mais un processus.

- il y a aussi un danger que le thérapeute devienne préoccupé par les problèmes de responsabilité en cas d'erreur médicale.

Ces deux critiques peuvent être parfaitement illustrées par la manière dont le débat sur le consentement éclairé se déroule en Belgique. Le principe n'est pas légalisé, il s'agit d'une construction doctrinale, mais on voit que la doctrine s'est fixée sur des cas où le médecin n'avait pas informé le patient des risques possibles de l'intervention et ces risques s'étaient reproduits.

Le deuxième axe - le premier était le point de vue anglo-saxon- c'est le consentement éclairé tel qu'il a été formulé pendant le tribunal de Nuremberg. Là, le consentement éclairé est conçu comme protection contre les abus qui s'étaient produits pendant le régime nazi.

La différence entre les deux axes se situe au niveau du point de vue. Le premier accentue l'autonomie du patient, le deuxième accentue la protection du patient. Ceci a des conséquences importantes en ce qui concerne la psychiatrie. Je crois que la différence entre ces deux perspectives a été parfaitement formulée par Margaret Sommerville. Elle relie ces deux points de vue au droit des pays anglo-saxons par rapport au droit civil des pays continentaux. Je la cite : "*Le principe d'inviolabilité doit s'appliquer à la Common Law mais sous une autonomie qui conserve la raison, alors que dans la loi civile il s'applique dans la capacité de conserver sa vie et sa santé*".

Afin d'aborder le problème de l'incapacité, j'essaie de résumer quelques points, comme nous l'avons fait dans l'association pendant un symposium.

Premièrement, il est important de voir le droit du patient d'être informé comme un droit souverain à part du consentement éclairé.

Deuxièmement, il faut séparer le débat sur la responsabilité des professionnels du débat sur la condition du consentement. Ce que le débat sur la responsabilité montre c'est qu'il est toujours difficile pour un patient d'avoir des dommages et intérêts. Pour cela il faut chercher d'autres solutions.

Troisièmement, le consentement éclairé est surtout un moyen pour le patient de se protéger contre l'acharnement thérapeutique et de stimuler la coopération entre thérapeute et patient.

L'analyse du consentement éclairé montre cinq aspects (et là je ne parle plus de façon juridique) : l'aspect information; la capacité du patient; la compréhension de l'information qui a été donnée; le consentement; et puis finalement le consentement volontaire. Dans chacun de ces cinq aspects il y a des problèmes, des problèmes qu'on ne peut pas seulement résoudre avec des moyens juridiques.

De ces cinq aspects, le problème de la capacité pose, je crois, le plus grand problème. Vu exclusivement selon l'axe de l'autonomie, on pourrait aboutir à l'absurdité que tout voeu, tout refus de traitement de chaque patient devrait être respecté. Mais vu exclusivement selon l'axe de protection, il y a le danger que tout refus de traitement du patient soit interprété comme évidence d'incapacité. Il faut donc trouver le juste milieu entre ces deux extrêmes.

Pour les professionnels, surtout les psychiatres, qu'il y a un besoin de voir s'il y a moyen d'opérationnaliser le concept de l'incapacité de fait, à part l'incapacité juridique qui a à voir avec la gestion de biens. Et pour les juristes, il faut réfléchir sur des formules pour garantir le consentement éclairé sans qu'il soit poussé dans un cadre rigide. En plus, il faut se pencher sur des moyens afin d'arriver à des décisions substituées; au moment où tout le monde est d'accord que quelqu'un est incapable de donner un consentement valable alors qu'il refuse un traitement, qui doit alors prendre la décision? Nous croyons qu'il y a un besoin de canaux auxquels le patient et les professionnels pourraient s'adresser dans ces situations délicates. Le canal judiciaire peut alors - il ne s'agit pas du canal judiciaire strictement, cela peut être une autorité légale indépendante - fonctionner là, quand tous les moyens ont été essayés et que le conflit n'est pas résolu.

Philippe Bernardet,
sociologue, Chargé de recherche au CNRS,
ancien animateur du Groupe Information
Asiles (France) :

Je vais essayer de vous faire un bilan historique des différents groupes de psychiatisés qui ont marqué l'histoire de la mise en cause des institutions psychiatriques, en situant ces divers mouvements par rapport aux questions de fond qu'ils posent, dans leurs rapports soit aux médecins, soit au personnel infirmier, soit aux familles, soit aux juristes ou bien encore à la société dans son ensemble.

Il convient tout d'abord de remarquer que les groupes de patients ou ex-patients, qui, à ma connaissance, ont vécu sur une longue durée et qui ont eu un certain impact, n'existaient pas avant 1960. Celui qui, semble-t-il, est le plus ancien et perdure, est un groupe danois sur lequel je reviendrais rapidement.

Au sein de ces différents groupes, je voudrais distinguer ceux qui sont nés de la pratique institutionnelle, et, plus particulièrement, de la pratique hospitalière, de ceux issus de mouvements de mise en cause plus générale de la psychiatrie et donc d'une contestation non seulement du personnel soignant et des psychiatisés, mais encore de divers groupes sociaux, externes au champ de la psychiatrie.

Parmi les groupes issus de la pratique institutionnelle, figurent un certain nombre d'associations créées à la fois dans la continuité de cette pratique institutionnelle comme dans son débordement. La plus importante d'entre elles semble être le RSMH; groupe suédois, regroupant actuellement dix mille adhérents, et qui est donc, à ma connaissance, la plus grande association européenne de ce genre. Elle a été créée en 1966 à l'initiative de deux membres du personnel du plus grand hôpital psychiatrique de Stockholm. J'ignore s'il s'agissait de surveillants ou de médecins. Je crois plutôt que c'étaient des médecins qui avaient décidé d'organiser un groupe de discussion pour préparer la réinsertion des personnes qui étaient hospitalisées dans cet hôpital. Le débat s'est en fait élargi, assez rapidement, à la mise en cause de l'hôpital comme lieu d'enfermement et comme lieu d'imposition d'un certain type de traitement, notamment des neuroleptiques. C'est alors que deux patients ont émis l'idée de créer une organisation spécifique des psychiatisés de cet établissement. Ils ont reçu l'appui des soignants. Et c'est une des raisons pour lesquelles, finalement, ce groupe a pu vraiment se créer et se développer. Il a été fondé en juillet 67.

Au départ, il n'y avait que des médecins et des psychiatisés; mais ils ont également été rejoint assez rapidement, par des travailleurs sociaux, des intellectuels et des journalistes, inscrits dans la mouvance des années 68. Le mouvement a connu des périodes de contestation assez radicale, voire même assez dure, puisque, notamment après 68, un groupe d'étudiants, membres de cette association, est allé jusqu'à incendier le nouvel immeuble qui venait d'être affecté aux services suédois de psychiatrie légale.

Cette tendance au radicalisme est, en revanche, complètement inversée aujourd'hui. C'est-à-dire que d'un groupe mixte où les psychiatisés étaient devenus, pour ainsi dire, minoritaires, s'est constituée, au fil des ans, une association où 95% des membres sont d'anciens ou d'actuels patients psychiatriques, leur proportion s'accroissant progressivement.

Cette association regroupe actuellement 26 sections régionales et 98 clubs; car une telle association ne met pas seulement en cause la psychiatrie classique et l'enfermement, mais assure également la création de clubs et diverses animations pour les patients. Ceux-ci sont actuellement reconnus par les pouvoirs publics et sont donc associés aux différentes discussions relatives aux éventuelles réformes de la santé mentale.

En France, un certain nombre de groupes sont également partis de cette pratique institutionnelle; mais, ils peuvent davantage être assimilés à des clubs de patients qu'à des associations de lutte ou de défense des droits des usagers de la psychiatrie et sont demeurés très localisés. De surcroît, ils ont continué d'être dirigés, plus ou moins en sous-main, par le personnel médical, et notamment par les psychiatres fondateurs. Je citerai ici l'association TRAMES, devenue ensuite l'association TRAVERSESES, mais qui n'existe plus actuellement, et qui avait été créée par des psychiatres tels que Danielle Sivadon et Jean-Claude Polack.

Il y a des clubs actuellement qui se refondent - Jean-Pierre Martin en a parlé ce matin dans le cadre de sa pratique - notamment avec un débouché, semble-t-il ensuite, sur la ville; mais ils demeurent également de faible dimension et très localisés.

En Italie, la contestation, comme nous l'a rappelé Paolo Henry, est également venue du personnel

médical et notamment de médecins qui ont pris en charge un certain nombre de luttes de psychiatrisés; mais cette contestation a su déboucher sur des associations à la fois locales et dynamiques, en ce sens que ce ne sont pas seulement des clubs qui permettent d'avoir des rapports entre psychiatrisés, mais qui assurent éventuellement la prise en charge d'une partie des tâches de la vie quotidienne, que ce soit à l'hôpital ou à l'extérieur de celui-ci. Ces groupes ont pu rejoindre le mouvement des coopératives italiennes, mouvement que nous ne connaissons pas en France. Mais il s'agit encore de groupes locaux de taille réduite.

Notons d'ores et déjà - mais j'y reviendrai tout à l'heure - que les initiatives prises en ce domaine par les psychiatrisés, sont en fait excessivement rares. On peut donc déjà remarquer qu'une ouverture des associations sur le personnel (soignant ou non) permet à celles-ci d'atteindre des tailles parfois assez considérables comme celle suédoise, tout en maintenant un contrôle par les psychiatrisés eux-mêmes.

D'autres associations, ouvertes également au personnel médical, existent; mais elles demeurent de taille réduite dès lors qu'elles sont placées sous le contrôle de celui-ci ou du personnel des services sociaux ou bien encore des familles - et je pense qu'ici on est ici dans un cadre aussi bien français qu'italien.

Il y a aussi d'autres associations qui se sont constituées dans les différents pays, non plus seulement à partir de l'institution (notamment hospitalière), et dans sa continuité, mais qui se sont constituées à partir d'une pratique institutionnelle effective qui se voulait novatrice, mais qui se sont constituées encore et surtout en réaction à la répression qu'une telle pratique suscita de la part de l'institution.

L'une des plus récentes initiatives faite en ce sens au niveau européen, est une association grecque, le MRMP (Mouvement pour les droits des malades mentaux), qui est née à l'hôpital de jour des services de psychiatrie sociale d'Athènes et de la protestation contre l'ingérence du conseil d'administration du centre dans les relations entre les patients et les thérapeutes de ce centre de jour. Mais remarquons d'emblée que de cette association grecque s'est développée dans la mesure où elle bénéficia tout de suite d'un soutien extérieur; aussi, s'est-elle rapidement élargie. Il s'agit aujourd'hui, semble-t-il, d'une association composée essentiellement de non-psychiatrisés. Elle conserve toutefois, comme visée, la protection des droits et des libertés des personnes hospitalisées en psychiatrie tout en tentant de promouvoir l'idée que "*La liberté est thérapeutique*".

Une autre association est également née en réaction à la répression d'une tentative d'instaurer, au sein des établissements hospitaliers, une pratique médicale nouvelle et en rupture avec l'institution. Le SPK allemand (Sozialistische Patienten Kollektiv) est ainsi né au sein de la clinique d'Heidelberg et d'un rapport thérapeutique particulier entre le Docteur Huber et ses patients. Ce dernier a donc été mis à pied. Ce sont les patients traités par lui qui ont manifesté leur mécontentement à une telle mesure et qui ont tenté de s'y opposer; ce qui provoqua l'exclusion d'une cinquantaine de résidents de la clinique. Ces résidents ont pu malgré tout obtenir le soutien de l'université d'Heidelberg qui leur a concédé cinq logements. A partir de ces logements, ils ont constitué leur association sur des bases tout à fait particulières. Je ne pense pas qu'il y ait eu d'autres cas de ce genre en Europe.

Il s'agissait ainsi, tout d'abord, de ne pas nier la maladie, mais d'essayer de faire de la maladie une arme susceptible de remettre en cause l'ensemble de la société civile. Ils se sont structurés en groupe "d'agitation" à la fois "individuelle et collective" et ont en effet rencontré un certain écho local, puisque cette association finit par regrouper 500 patients venant donc régulièrement dans les appartements occupés par l'association où se pratiquait ce genre d'"agitation".

La répression qui s'est abattue sur ce groupe en 1972 a été très violente, aboutissant à l'emprisonnement de 11 d'entre eux et également du docteur Huber et, par la suite, à l'internement d'un certain nombre de ces patients à la clinique de Wislorf. A partir de là l'association a modifié son type d'activité, puisqu'elle s'est centrée sur un combat juridique cette fois-ci sur la question notamment des traitements, et notamment des traitements de force qui avaient lieu à la clinique de Wiesloch. L'association a alors modifié son activité, se centrant davantage sur un combat juridique visant à mettre en cause les effets iatrogènes comme les traitements de force ayant cours à la clinique de Wiesloch. C'est donc à partir de 1973 que le SPK s'est transformé en "*Patientenfront*" avec une pratique systématique de recours tendant à faire valoir la notion de refus de soin. En fait, cette action juridique a, semble-t-il, échoué, puisque les procédures n'ont pas abouti. Par ailleurs, Jurgen Schifferer, l'avocat qui défendait la cause des psychiatrisés et qui s'était entièrement identifié à leur lutte, a été mis en cause par son ordre et a lui-même été poursuivi en justice pour diffamation et injures à magistrat; le système de défense qu'il adoptait était en effet assez virulent.

Un autre juriste, Maître Klein, a rejoint l'association, tout d'abord pour défendre son confrère mis en cause, puis, par la suite, il s'est également occupé de la défense des internés. Cette contestation a tout de même abouti à l'envoi d'une

pétition au Parlement Européen; pétition qui a été prise en considération et qui a provoqué une enquête à la clinique incriminée, débouchant sur un rapport consécutif du Comité des règlements et des pétitions du Parlement Européen. Ce rapport, qui a été rédigé en grande partie par Francesco-Paolo D'Angelo Sante, concluait au caractère inadmissible de ce traitement massif neuroleptique, sans aborder la question du consentement ou du droit au refus. Ce rapport formulait plusieurs projets de recommandation pour le traitement par neuroleptiques majeurs, éventuellement sans le consentement des patients. Sans assurer un droit au refus des traitements, ce rapport insistait toutefois sur la nécessité de s'interroger sur la validité des traitements de force. Il semble également qu'à l'issue de ce rapport, de tels traitements furent, de fait, prohibés à la clinique en question où la contrainte de soin n'existerait donc plus.

Le décès de Jürgen Schifferer, l'avocat qui soutint la cause de ces patients, provoqua un nouvel infléchissement de l'action de l'association qui recentra davantage encore son action sur le plan juridique en recourant à un nouveau concept que j'avoue ne pas être sûr de comprendre parfaitement : la "Pathopraktik mit Juristen", c'est-à-dire une sorte de pratique de la maladie et de la pathologie avec les juristes. De la même façon que le "Patientenfront" avait voulu conceptualiser par des slogans du genre "Krankheit im Recht", c'est-à-dire "la maladie dans le droit", tendant à faire accréditer tout à la fois l'idée que la maladie a des droits et doit en avoir, et celle selon laquelle il conviendrait d'insuffler une sorte de virus dans le droit en faisant reconnaître celui de la maladie - le droit étant ici conçu comme le produit et l'une des principales instances de reproduction d'une société à subverti; une certaine pratique de la maladie pourrait ainsi faire éclater l'ensemble de cette structure. Cette association a ainsi toujours conservé des velléités de transformation plus globale de la société.

Dans le cadre de ces associations qui se sont constituées en réaction à une répression de pratiques qui se voulaient novatrices, il faut signaler l'existence d'une petite association suisse qui n'est pas vraiment issue de cette pratique institutionnelle et de la répression qui a pu en suivre, mais qui, malgré tout, n'est pas sans lien avec celles-ci. Il s'agit de l'association "Après", qui est devenue par la suite l'association des "Sans Voix", et qui résulte de deux affaires qui ont eu lieu à la clinique Bel Air de Genève.

Ainsi, en 1977, une jeune fille, Anna V., avait été internée dans cette clinique à la suite d'une manifestation contre la centrale de Gösgen, près de Saleure; clinique où elle avait subi une cure d'électrochocs. Elle était sortie sous la pression de

son entourage. Un débat s'était alors instauré sur la pratique des électrochocs et le professeur Tissot avait demandé à l'ensemble des médecins de la clinique de préciser leur position quant à ce genre de thérapie et de pratique.

La dissidence de deux médecins, Enckell et De Haan, aboutit à leur mise à pied. Une telle mesure attira l'attention de l'opinion publique du canton sur cette question et en déborda également largement le cadre, puisque la presse française se saisit également de cette affaire, notamment le journal "Le Monde".

En 1980, le décès d'un patient, Alain Urban, âgé de 27 ans alors qu'il subissait une cure de sommeil de 15 jours, prescrite et dirigée par le professeur Tissot, renforça cette agitation publique. Une plainte fut déposée qui déboucha sur un non-lieu en 1989; mais, dans l'intervalle, se créèrent malgré tout les associations dont je vous ai parlé tout à l'heure.

L'association des "Sans Voix" demeure une petite organisation qui présente la particularité d'être dirigée par une personne qui a été internée, ayant fait divers séjours en psychiatrie et reconnaissant d'ailleurs avoir parfois certains troubles, mais qui revendique surtout la possibilité d'avoir une parole et un droit de regard sur son traitement comme de ne pas avoir à subir des traitements tels que les médecins en décident habituellement, à base de neuroleptiques majeurs.

Parallèlement à cette première grande filière - disons, de naissance d'associations de patients - il est des mouvements qui sont nés en dehors de l'institution et d'une mise en cause plus globale de la psychiatrie classique.

L'association suisse dont je viens de vous parler pourrait déjà s'intégrer à cette autre filière, puisque ce n'est pas vraiment dans le cadre d'un rapport thérapeutique particulier entre un médecin et ses patients, voire de la répression qui aurait pu survenir par la suite, qu'une telle association prit naissance. Elle demeure toutefois dans cette mouvance de l'institution hospitalière. D'autres se sont constituées plus nettement en dehors de celle-ci. C'est le cas, par exemple, en France de la plupart des associations de psychiatisés. Le Groupe Information Asiles est certes issu de l'initiative de psychiatres, mais il s'est formé à l'origine de l'extérieur de l'hôpital psychiatrique et il a tout de suite été rejoint par des étudiants et des mouvements de contestation issus de Mai 68 pour ne se transformer que tardivement en une association de psychiatisés.. Une rupture eut lieu vers 1978. Elle apparut nettement depuis 1980.

Le Groupe Information Asiles est désormais une association où plus de 95% des membres se trouvent être des anciens psychiatisés. Cette association

regroupe actuellement 200 adhérents cotisants et, en gros, un millier de sympathisants. Le Groupe Information Asiles s'est également recentré, un peu comme le SPK, sur une défense d'ordre juridique. Il s'agissait à l'origine d'une association qui tendait à créer des mouvements au sein de l'hôpital psychiatrique et qui intervenait sur différents fronts : sur celui de l'information quant aux effets secondaires des neuroleptiques; sur celui des droits des patients, ou du moins sur la création de droits des patients au sein des établissements hospitaliers (la mise en cause, par exemple, du pécule dans le cadre de l'ergothérapie). Par la suite, il s'est doté d'une commission juridique qui eut pour tâche essentielle de développer à la fois des recours pour obtenir des sorties judiciaires et des recours a posteriori pour mettre en cause des internements soit illégaux, soit considérés comme abusifs.

Le C.E.E.P.P. (Collectif d'Etudes et d'Enquêtes sur les Pratiques Psychiatriques) présente, en revanche, la particularité d'avoir été un groupe constitué à l'initiative d'un ancien interné et de ses proches, insistant sur le fait qu'il n'appartenait pas aux associations de psychiatrisés de se prononcer sur l'existence ou non de la maladie mentale, de dire qui était malade ou qui ne l'était pas, mais tendant à promouvoir l'idée que toute personne ayant accès au soins psychiatriques, volontairement ou involontairement, demeure citoyen à part entière.

Cette association a donc lutté notamment contre les abus commis dans le cadre de l'hospitalisation dite "libre", et pour qu'il n'y ait pas, en France, de législation spécifique sur les personnes hospitalisées sous cette modalité dans les hôpitaux psychiatriques. Les membres du C.E.E.P.P. portaient du principe que le droit commun de l'hospitalisation devait s'appliquer en la matière et étaient donc opposés à une réforme de l'"hospitalisation libre" en psychiatrie, telle celle promulguée par la loi "Sécurité et liberté" du 2 février 1981 abrogée par la réforme du 27 juin 1990.

D'autres associations, aujourd'hui dissoutes, comme Mise à Pied, présentent également la particularité d'avoir été créées par d'ancien internés. Dans le cas de "Mise à Pied", l'initiateur fut toutefois un infirmier en gériatrie après avoir été traité en psychiatrie. Cette association a surtout tendu, comme toutes les associations d'ailleurs dont je vous ai cité quelques exemples, à réaffirmer la dignité du malade.

En Angleterre, existent des associations puissantes dont j'ignore la genèse. L'association MIND est devenue une association institutionnelle, actuellement dirigée, semble-t-il par des

soignants et des travailleurs sociaux, même si la place des patients y demeure importante. MIND assure, selon les groupes, divers services et assistance aux patients, et a également une dimension de défense juridique. Ce fut d'ailleurs la première association à obtenir la condamnation d'un Etat pour ses pratiques en matière d'hospitalisation psychiatrique sous contrainte. Elle réussit ainsi à poser le problème au niveau de la Cour européenne des Droits de l'Homme.

D'autres associations anglaises existent :

- Le MPA (Mental Patients Association) qui était affiliée à l'AntiPsychiatry League devenue l'association PROMPT signifiant : Protection et Promotion des droits des malades mentaux.

- Le MPU qui est en fait un syndicat des malades mentaux.

- Des associations plus petites comme le CAPO (Campaign Against Psychiatry Oppression), créée en 1985 et qui subsistait en 1991, mais j'ignore si elle existe encore. Elle a été créée par des psychiatrisés qui ont tenté d'opérer un lien notamment avec un mouvement de contestation sur les prisons.

J'ignore également quelle est l'histoire de la constitution d'associations hollandaises. Il faut toutefois signaler ici une importante association, particulièrement dynamique en Hollande, le CLIENTENBOND, qui a été créée vers 1971 et qui regroupe actuellement 1100 adhérents. Elle dispose de deux permanents payés par les pouvoirs publics. En 1991, elle a été à l'initiative d'un rassemblement européen d'associations de psychiatrisés. Elle travaille également avec une autre organisation hollandaise, le LPR, qui est une association de représentants des patients au sein des hôpitaux psychiatriques. Ces deux associations sont contrôlées par les patients puisque près de 90% des adhérents sont des psychiatrisés ou anciens psychiatrisés.

Le Cliëntenbond travaille également avec le PVP, fondation qui essaie d'aider, sur le plan juridique, les patients des hôpitaux psychiatriques. Cette dernière association, le PVP, n'est pas contrôlée par les patients mais davantage par les juristes.

Au Danemark, se développe l'association SIND qui a été fondée en 1960 et qui est donc la plus ancienne. Je ne sais si les psychiatrisés se trouvent largement majoritaires dans cette association. Il s'agit, en tout cas, d'une association puissante qui dispose de 18 comités locaux, 15 comités régionaux et qui a 50 clubs et centres culturels gérant des lieux de rencontre et des cafés. Elle essaie également de mettre en place des centres de formation pour les patients dont certains ont d'ores et déjà vu le jour.

D'après la documentation que j'ai eu en mains, à la suite du rassemblement européen qui a eu lieu en Hollande en 1991, il faut encore signaler une association Islandaise, le *Geöhljalp*, qui est une organisation de patients fondée en 1979. La création de cette association semble être issue de la mise en cause de la place faites aux Sans logis, dont la situation est particulièrement cruelle sous des climats aussi rigoureux et dont l'importance s'est considérablement accrue ces dernières années, comme chez nous. La question des Sans logis a ainsi rejoint celle posée par un mouvement concernant les alcooliques. Certains alcooliques islandais ont ainsi rompu avec la prise en charge psychiatrique et ont constitué des groupes et un mouvement puissant disposant actuellement de ses propres institutions de traitement, gérées par les alcooliques eux-mêmes. C'est donc dans cette mouvance que s'est créé le *Geöhljalp* dans le domaine plus spécifique de la psychiatrie. Il est étonnant d'ailleurs de voir un dynamisme tel en Islande sur la question des alcooliques, alors que l'Islande est le pays européen présentant le moins d'alcooliques rapportés à l'ensemble de la population, et disposant des plus importantes infrastructures de traitement des alcooliques. C'est pourtant cette structure particulière qui fut mise en cause par les alcooliques, initiant un mouvement autonome, particulièrement puissant, rencontrant un important écho médiatique, et rompant, semble-t-il radicalement, avec la prise en charge psychiatrique.

Il y a par ailleurs un certain nombre d'associations qui se sont constituées à la fois sur des bases professionnelles comme à l'extérieur de l'institution hospitalière, telle que l'association norvégienne pour la santé mentale qui regroupe 3000 adhérents, dispose de 19 groupes régionaux et de 70 groupes locaux, et qui est rattachée à une association nationale d'handicapés regroupant 41 organisations. L'association norvégienne pour la santé mentale tend à promouvoir notamment des postes de médiateurs pour régler un certain nombre de questions qui se posent quant au respect des droits des psychiatisés; mais il semble que cette association soit largement dominée par les soignants et les travailleurs sociaux.

Il en irait également de même pour l'association centrale de santé mentale de Finlande qui regroupe 60 associations locales et qui rassemble 3600 membres.

En conclusion, je dirai que ce sont quand même les soignants qui ont été l'élément déclenchant de la constitution des groupes de patients. On remarque également que ce ne sont pas n'importe quels soignants, mais les médecins; car, à ma connaissance, il n'y a pas eu de groupe de

psychiatisés qui se soit constitué à partir d'une initiative d'infirmier psychiatrique. Il faut toutefois souligner que, par exemple en France, le Groupe Information Asiles a non seulement, jusque dans les années 80, eu un certain nombre d'infirmiers psychiatriques en son sein, mais que, de surcroît, une association particulière d'infirmiers, l'AERLIP, qui a existé et s'est retrouvée dans la mouvance de la contestation en psychiatrie, aux côtés d'associations comme le G.I.A. français et le SPK allemand, notamment lors de la réunion du "Réseau alternative à la psychiatrie" en 1976. Cette organisation d'infirmiers revendiquait une mise en cause plus radicale du pouvoir médical et de la psychiatrie en général.

L'initiative des psychiatisés en matière de création de groupes de patients est, en revanche, très faible, et, lorsqu'elle a lieu, elle semble déboucher sur des associations assez éphémères, telles "Mise à pied", le "CEEPP".

Il existe encore en France une nouvelle et petite association, "Psychotiques Stabilisés Autonomes", formée à l'initiative d'une personne revendiquant son passé de psychotique, Loïc LE GOFF. Il s'agit d'une petite organisation qui, pour le moment, veut regrouper exclusivement des psychiatisés, et qui justement ne se développe guère.

En Suisse, les "Sans Voix" ne cherchent pas à étendre leur action parce qu'ils craignent que l'association ne soit absorbée par la logique soignante.

Il semble qu'en Angleterre, le "CAPO", dont je vous ai parlé, n'existe plus actuellement. Il s'agissait encore d'un groupe né de l'initiative de psychiatisés.

Se pose ainsi la question de la composition de telles associations. Il semble que celles exclusivement formées de psychiatisés n'aient qu'une extension locale et risquent de ne pas perdurer; que les associations mixtes à prépondérance non psychiatisés peuvent avoir une influence au niveau national, notamment en Finlande, en Norvège; mais que les associations les plus dynamiques et les plus novatrices sont celles qui ne sont pas exclusivement composées de psychiatisés, qui sont issues tout de même d'un mouvement de soignants, mais qui, actuellement, sont massivement des associations de psychiatisés dont le poids atteint près de 90% des effectifs, sans pour autant fermer leurs portes aux soignants comme aux non psychiatisés.

Remarquons enfin que l'ensemble de ces associations ont intégré la lutte juridique dans leur action, voire l'ont organisée ou en ont fait leur axe principal d'activité. Il me semble ainsi plus important de réfléchir sur le lien particulier unissant juristes et psychiatisés que sur le rapport

entre les juristes et les soignants dans l'approche de la maladie mentale. C'est ainsi le rapport de la maladie au droit comme la question du droit de

la maladie qui se trouvent à nouveau posés, mais cette fois, dans leur dimension organisationnelle pour les associations d'usagers de la psychiatrie.

Paul ARTEEL :

En réponse à la demande de Phippe BERNARDET, pour expliquer la situation en Flandres de la représentation de ceux que BERNARDET nomme les "psychiatisés" et que nous appelons les "usagers", je présenterai l'Association flamande de santé mentale (Vlaamse Vereniging Geestelijke Gezondheidszorg, VVGG). Ce n'est pas une association composée de membres à titre individuel. C'est une association reconnue par les autorités pour faire, entre autres, de la recherche et donner des avis aux autorités. Nous recevons des subventions à condition que sept catégories d'institutions soient représentées dans notre conseil d'administration : les institutions catholiques; les institutions publiques; les centres ambulatoires catholiques; les centres ambulatoires publics; les groupements de parents; les groupements d'usagers; les "scientistes" et les experts. Donc, il est plus ou moins institutionnalisé que tout avis qu'en tant qu'association nous donnons au ministre est un avis discuté avec le représentant des usagers. Si nous sommes reçus par le ministre, notre délégation comprend un représentant de chacune des sept composantes, donc également un représentant des usagers et un représentant des familles d'usagers. C'est également le cas dans les nouvelles institutions qui sont créées dans la reconversion en cours du système psychiatrique.

Par exemple, pour les Maisons de soins psychiatriques (MSP), il y a dans les critères d'attributions des subventions pour ces maisons que dans le conseil d'administration de l'institution, il doit y avoir un représentant des habitants de cette MSP.

Où recrute-on ces représentants? Il y a une trentaine de groupes d'entraide ou de self-help constitués autour de telle ou telle maladie psychiatrique. Ils se sont regroupés dans une sorte de groupement d'usagers qui désigne leurs représentants dans les divers lieux où ils ont un droit de parole. Ce n'est certes pas encore vraiment opérationnel, parce que deux à trois personnes monopolisent cette position de représentation. C'est donc plus structurel que vraiment efficient.

D'autre part, en Flandres, il y a traditionnellement une grande influence des parents d'usagers par l'association SIMILES, qui est aussi l'association fondatrice de l'association européenne des associations nationales des parents et familles de malades mentaux. SIMILES est une association très puissante qui a des représentants dans toutes les instances et institutions de santé mentale.

Paolo Henry :

L'intervention de Claude Louzoun m'a fait venir à l'esprit le problème du contradictoire. Dans la justice, dans le procès, opèrent tout de même deux principes qui s'opposent toujours l'un à l'autre : le principe inquisitoire et le principe accusatoire. Le principe accusatoire vient du droit romain, et le principe inquisitoire on dit que ceux sont plutôt les

barbares qui l'ont introduit.

Toute la nouvelle réforme du procès en Italie va dans le sens accusatoire, plus à l'anglo-saxonne; auparavant le système était plus proche du principe inquisitoire, c'est-à-dire de la recherche de la vérité.

Mais, par exemple, le tribunal des mineurs, au contraire, doit fonctionner plus sur un principe inquisitoire, c'est-à-dire que l'important c'est de "chercher la vérité". L'important est de trouver ce qui est mieux pour l'enfant; il ne s'agit pas d'un débat entre deux droits.

Dans le droit pénal appliqué au fou, le principe est d'aller chercher quelqu'un, le spécialiste- la psychiatrie en l'occurrence- qui peut savoir si au moment où l'imputé a commis son acte, il avait la capacité de comprendre et de décider. Du point de vue scientifique la réponse est impossible. Du point de vue inquisitoire, quelqu'un doit décider si c'est vrai ou non.

Il y a donc une contradiction dans l'affirmation du principe du débat contradictoire dans le processus judiciaire, parce que dans toute l'Europe le principe inquisitoire reste dominant pour les mineurs, pour les personnes qui n'ont pas la capacité civile, pour les gens qui ne sont pas "normaux". Ce n'est pas un contraste d'intérêts que le juge va gérer, c'est "leur bien". Et c'est cela qui

donne énormément de pouvoir non contrôlable. Parce que la plupart des magistrats savent très bien que c'est une question impossible à poser, mais ils ont besoin de la poser parce que c'est un paradigme sur lequel se base tout le droit après la Révolution Française.

Il y a eu dernièrement, par exemple, une discussion dans les mass médias parce qu'un jeune, dans une petite ville près de Venise, a tué avec l'aide de deux copains, ses parents pour leur voler de l'argent. L'expertise a été confiée à un psychiatre connu qui a dit en substance : "Il n'est pas malade organique ni même psychologique, il est tout à fait sain. C'est le village qui est malade". En clair, cela voulait signifier que ce jeune n'est pas coupable parce que c'est le village qui est malade. Le juge a décidé une nouvelle expertise. La psychiatrie a été "inventée" justement pour dire si quelqu'un est malade ou pas; s'il est malade, il n'est pas coupable. Quand on applique le modèle de la maladie à un village, la psychiatrie ne sert plus à la justice.

Philippe Bernardet :

Dans la situation française de l'internement, il y avait la possibilité de recourir, depuis 1838, contre une mesure administrative de placement; mais, justement, avant la réforme de 1981, le débat judiciaire ne pouvait pas être contradictoire. C'est la réforme, partielle, de 1981 qui a imposé le débat contradictoire.

Lors d'une procédure de sortie judiciaire, le tribunal doit désormais - normalement et obligatoirement - forcer la préfecture, si c'est le préfet qui a décidé le placement, à venir à l'audience. Il devrait, en tout cas, au moins le convoquer. Or, déjà, le simple fait de convoquer le préfet ou son représentant n'a pas toujours lieu. L'intéressé ou son avocat doit faire remarquer au juge que c'est un débat contradictoire qui, ici, prévaut, et que la préfecture doit être avisée de l'audience et invitée à venir comme à conclure. En outre, la personne qui demande sa sortie aimerait connaître la position de l'administration cependant que celle-ci ne conclut habituellement pas. On est ainsi placé dans des situations où l'on ne peut manquer de se dire : "Puisque l'administration n'abat pas ses cartes, est-ce qu'on demande au magistrat d'ordonner à l'administration de faire connaître sa position sur les nécessités du maintien, au risque de voir

reporter l'audience et prolonger l'internement, ou bien faut-il tenter de se défendre avec les moyens du bord sans connaître la position exacte de l'administration ni la teneur du dossier?" Donc, même lorsqu'une loi est votée, il n'est souvent pas évident de la faire appliquer, surtout lorsqu'elle tente de combattre des habitudes anciennes.

Il y a par ailleurs toute la question des incapables majeurs qui demeure en dehors du débat contradictoire. C'est le juge unique qui décide, et cela peut aller très loin. Ainsi, dans certains dossiers, les magistrats, dans le cadre français de la mise sous tutelle ou sous curatelle, ont la liberté de décider si l'avocat peut ou non avoir une copie des pièces du dossier. Cela peut aller jusqu'au refus de certains magistrats de donner des photocopies du dossier, voire de laisser l'avocat retranscrire par écrit ce qu'il peut lire dans le dossier. Il y a toute une bataille sur ces questions parce qu'effectivement il y a une volonté de ne pas avoir de débat contradictoire en matière psychiatrique, comme ce fut d'ailleurs le cas durant deux siècles.

Concernant l'attitude du juge vis-à-vis de l'expertise lors d'un recours en matière psychiatrique, la pratique du G.I.A. a montré que

bien qu'on ne coupe pas à l'expertise dans le cadre de la procédure de sortie judiciaire, la sortie est toutefois obtenue dans plus de 90% des cas contre l'avis des experts désignés par le juge. De tels élargissements ont pu être obtenus justement parce que, dans un premier élan, le juge a tendance à dire: "De toute façon, apportez-moi un certificat médical ou une expertise qui conclut que la personne peut sortir, et j'ordonne sa libération." Et ce n'est qu'en faisant valoir les droits des internés

que le juge, confronté au point de vue des psychiatrisés et à celui de l'expert - car, finalement le débat contradictoire au lieu d'avoir lieu avec l'administration, a lieu avec l'expert - choisit entre deux maux le moindre et finalement ordonne la sortie, parce qu'il se dit : "Bon. C'est peut-être jouable de laisser sortir cette personne compte-tenu de ce qui est exposé par la défense, plutôt que de laisser perdurer les irrégularités relevées par elle."

Partie III :

SOIN DE L'ENFANT, SOIN A L'ENFANT

Jean-Pierre LEGENDRE,
psychiatre chef de service, Haute Savoie,
président de l'Union Syndicale de la
psychiatrie (France) :

Je me contenterais de présenter un certain nombre de questions pour ouvrir le débat.

Je ferai remarquer que cette question de l'enfant est, me semble-t-il, moins souvent posée dans les termes de droit et d'éthique que lorsqu'on a fait des analyses sur le problème d'internement et de liberté individuelle concernant les adultes. On a l'impression que, dans le domaine de l'enfance, ces questions étaient plutôt évacuées au profit des principes de soin, de psychopathologie et de traitement, les problèmes de droit de l'enfant intervenant plus souvent à la Une des journaux, à travers des faits divers, des abus. On connaît ainsi l'histoire toute récente du Mans, mais sans doute moins sa pratique habituelle de placement familial. C'est vrai également pour le CEDEP, puisque cela fait plusieurs fois que l'idée revient de constituer un groupe de travail sur cette dimension appliquée à l'enfance et que des rencontres ont toujours été difficiles en fait à organiser; peut-être qu'avec cette session arriverons nous à déboucher sur une organisation de travail plus stable.

Il est vrai également que, quand on parle de l'asile, on pense toujours bien sûr à l'asile psychiatrique adulte. Il est beaucoup moins souvent question de l'énorme secteur des enfants "hospitalisés". Je mets le mot entre guillemets parce que généralement, en tout cas en France, les principaux lieux de prise en charge institutionnelle pour les enfants handicapés ou malades mentaux - deux termes qui souvent s'opposent - sont plutôt des établissements spécialisés dits "médico-éducatifs", qui généralement ne relèvent pas du service public mais d'associations Loi 1901 à but non lucratif; c'est un un secteur un peu à part de la psychiatrie

infantile, mais secteur où massivement ces enfants sont regroupés.

La violence dans ces institutions vient là aussi souvent comme faits d'exception, d'abus, alors que la condition habituelle de placement dans ces établissements fait beaucoup moins problème. On parle des abus mais on ne parle pas de la situation tout à fait réinterrogeable de leur situation habituelle dans ces structures qui sont tout de même, au sens large du mot, des espèces d'asiles, puisque ce sont des enfants qui souvent y passent l'essentiel de leur enfance, dans un monde qui est régi par les principes d'une institution totalitaire. S'agissant là encore du droit de l'enfant, on voit qu'il est beaucoup plus souvent question du droit à quelque chose qui devrait être préservée pour l'enfant que du droit de l'enfant, c'est-à-dire du droit qu'aurait l'enfant à faire ceci ou cela ou à le dire.

Là encore, l'état de minorité, de l'enfant infiltre de façon tout à fait spécifique la question du droit quand il s'agit du monde de l'enfance. Il y a certes des textes de référence qui aujourd'hui peuvent tout à fait servir de fil conducteur à la question des droits de l'enfant : la déclaration de l'ONU de 1959 qui se trouve concrétisée ensuite par une Convention Internationale en 1989. Je donne ces deux dates ne serait-ce que pour signaler qu'il a fallu quand même 30 ans pour que cette déclaration d'intention de 59 trouve une écriture qui effectivement donne un contenu plus concret à une simple déclaration d'intention. Quand on lit cette Convention, il s'agit essentiellement de la notion de protection, définissant des obligations pour les Etats et abordant la réglemmentation du partage des zones d'influence respectives entre l'autorité de la société civile, de l'Etat, et puis le droit des

familles, des parents. La notion du droit de l'enfant occupe beaucoup moins de place dans cette préoccupation.

Cependant, on peut quand même considérer comme une avancée intéressante et positive ce qu'on trouve par exemple dans l'article 12 où il est fait valoir que l'enfant a le droit d'être entendu, soit, éventuellement, directement, soit par la médiation d'un interlocuteur qui serait là pour donner une dimension à sa parole, introduisant la notion d'avocat de l'enfant. Concernant les enfants handicapés ou ayant des handicaps dits mentaux, article 23, on retrouve cette notion de protection avec une référence à une notion posée comme une évidence - et qu'il faut oser réinterroger - celle de l'intérêt supérieur de l'enfant.

Nul ne dit qui définit quel est l'intérêt supérieur de l'enfant, elle est posée comme une évidence objective qui doit s'imposer par son bon sens. Cela me fait penser aux procédures accusatoires ou inquisitoires dont parlait Paolo Henry à une précédente session.. On est tout à fait dans la démarche où il ne s'agit pas d'un débat entre deux points de vue qui pourraient s'opposer - celui de l'enfant et celui du Social - mais de rechercher la vérité bonne pour l'enfant, une vérité qui doit s'imposer à tous.

Il faut noter aussi que dans ce texte - je parle toujours de la convention de 1989 comme de la déclaration de 1959 - l'enfant est défini dans une globalité quasiment uniforme de 0 à 18 ans. L'âge de l'enfance, à part des législations particulières, c'est de 0 à 18 ans. Rien ne spécifie réellement les différences, alors qu'il se passe quand même beaucoup de choses entre 0 et 18 ans, en particulier pour ce qui concerne la zone de l'adolescence.

Nous pouvons également prendre comme liminaire à ce débat, ce qui se produit pour l'enfant fou, malade mental, handicapé, celui que rencontre les psychiatres. Il se trouve toujours soumis à une espèce de double dysqualification, en tout cas pour ce qui est de son discours : d'une part, parce qu'il est enfant et donc un sujet qui n'est pas encore considéré comme mûr et entendable, et d'autre part, parce c'est un enfant fou ou anormal en tout cas mentalement. Evidemment, nul ne saurait contester que l'enfant n'est pas encore effectivement dans une situation de maturité suffisante pour être considéré isolément de son contexte, mais on a l'impression que son évolution n'est pas réellement prise en compte et que les étapes de sa maturité ne sont pas signalées. Nous sommes dans une situation de tout ou rien, comme si miraculeusement à 18 ans il y avait d'un seul coup un droit plein et entier qui peut advenir alors qu'il était pratiquement nul la veille. En fait, il y a un fil conducteur de contradictions au cours du

développement de l'enfance qu'il faudrait essayer de repérer.

J'ai posé là quelques termes qui permettraient, quitte à les forcer pour les mettre en opposition, d'ouvrir notre débat :

- droit aux soins et politique hygiéniste,
- droit à une protection et contrôle social,
- droits de l'enfant et autorité parentale ou tutélaire,
- droit à l'éducation et obligation scolaire (Obligation de qui? Est-ce que c'est l'obligation de l'Etat de fournir un appareil d'éducation accessible à tous ou est-ce que c'est le droit à l'enfant d'y être admis partout; voire est-ce que l'obligation est quelque chose qui impérieusement doit l'obliger à apprendre même quand ça n'est pas du tout à ce moment là une préoccupation qui lui est accessible?).

- On pourrait parler également du droit à une histoire propre. On se trouve, alors, tout à fait confrontés à ces mécanismes d'exclusion, d'orientation qui constituent vraiment une prédestination. Les enfants quand ils entrent dans des filières de soins, de prise en charge et souvent de placement institutionnel, se trouvent généralement pris dans une logique de destin qui les assujettit de façon souvent implacable. L'intention n'est évidemment ni annoncée ni délibérée, mais en fait quand on voit les résultats statistiques des évolutions des enfants ayant été longtemps pris en charge dans des structures spécialisées, on s'aperçoit qu'il y a une logique de destin qui est rarement réversible et réinterpellée; là, on passe facilement d'un pronostic à une prédestination.

Nous pouvons également nous interroger sur la liberté de choix, non seulement le choix des familles mais plus encore le choix de l'enfant, quand il s'agit de mesures de placement. J'informe nos collègues étrangers que le secteur de l'enfance handicapée en France est régi par la loi de 1975 dite d'orientation en faveur des handicapés. Cette loi a instauré des commissions départementales d'éducation spécialisée (CDES), qui en fin de compte sont des commissions départementales qui, sur la base d'avis multiples - du scolaire, du social, du médical, du psychologique - vont dresser un placement idéalisé pour l'enfant, supposé être le meilleur pour son avenir, et qui va le mettre dans cette espèce de filière. Effectivement, les libertés sont beaucoup plus souvent potentielles que réelles; en tout cas quand il y a un débat, le problème est surtout d'arriver à obtenir la conviction des parents, il est rare en fin de comptes que l'enfant puisse être réellement impliqué dans de telles décisions qui pourtant vont conditionner de façon importante son histoire.

On pourra dire de même de l'idée de contrat de soin ou d'alliance thérapeutique, qu'il s'agit souvent essentiellement d'un accord entre la famille et l'équipe soignante beaucoup plus qu'avec l'enfant lui-même.

A propos de la CDES (mais aussi de beaucoup d'autres commissions), à mon avis on a intérêt à se réinterroger, sur les pratiques de synthèse, de concertation, qui réunissent régulièrement au sujet d'un même enfant tous les partenaires pouvant être concernés par l'histoire de l'enfant, que ce soit du point de vue médical, psychologique, psychiatrique, judiciaire, social, scolaire. Souvent, on a l'impression qu'il y a une espèce de consensus, de "synthèse" à trouver. Comme si on pouvait, sans trop bien délimiter la diversité des champs qui viennent d'être rappelés, définir une stratégie tout à fait unifiée sur l'enfant, dont on peut craindre qu'elle ait un aspect sinon totalitaire, en tout cas très totalisant. Nous voyons ici les risques d'une médecine globale est peut-être à réinterroger. Le plus souvent ces réunions aboutissent à élaborer une proposition pour les parents puisque c'est avec eux que le soin éventuellement sera à décider ou pas. Ceci n'est pas illégitime en soi, mais laisse encore une fois souvent en impasse la possibilité d'expression de l'enfant. Là aussi, ceci peut paraître un peu caricatural. Il ne faut pas exagérer, beaucoup de gens se préoccupent d'écouter l'enfant, de le faire parler, mais quand on regarde l'idée de le faire parler est déjà en soi quelque chose qui peut être considérée comme terriblement intrusif. C'est

toujours dans cette même logique d'une certaine objectivation de l'enfant, enfant qui doit être l'objet de notre sollicitude plus que le sujet de son destin. Par exemple, en tant que psychiatre travaillant dans une CDES et conduit à contrôler les fiches qui viennent des établissements, il y a une case "voeux de l'enfant"; 9 fois sur 10 cette case n'est pas remplie; les institutions les plus vigilantes la font remplir par l'assistante sociale et généralement ce n'est pas "il veut rester", c'est "la famille est d'accord pour qu'il reste". C'est vrai que quand il s'agit d'un enfant de 5/6 ans, cette question a toute son importance, mais il faut bien voir qu'il en est de même quand il s'agit d'enfants qui sont devenus des "grands", des adolescents et qui eux sont souvent à ce moment là traités à la même enseigne.

Ceci amène à d'autres questions sur lesquelles je voudrais qu'on se penche : cette espèce d'enfance interminable des enfants qui sont rentrés dans les circuits de l'enfance handicapée ou des soins. Ne serait-ce qu'à voir que la CDES a une capacité de donner des avis jusqu'à 20 ans, ce qui ne correspond pas à l'âge de la majorité légale (18 ans). Et plus encore, même pour les plus de 20 ans les établissements spécialisés souvent sont marqués d'un puérilisme entretenu qui est souvent remarquable. Il faut bien voir tous ces phénomènes très marqués, plus sans doute en psychiatrie infantile qu'en psychiatrie adulte, d'appropriation du destin de l'autre au nom de l'idée que nous nous faisons de son intérêt.

FRANÇOISE PETITOT,
psychanalyste, Paris :

Parler de la protection de l'enfant plutôt que des droits, cela veut dire parler d'une certaine pratique, pratique qui échappe presque totalement à la psychiatrie et en bonne partie à la médecine. Il s'agit en fait d'un dispositif assez complexe, à la fois social, partiellement médical et partiellement judiciaire. La protection de l'enfant en France est obligatoire; il est obligatoire que les enfants soient protégés; il est obligatoire que les adultes protègent l'enfant. Elle débute dès avant sa naissance, puisqu'elle commence par des évaluations, d'éventuels dépistages au cours des grossesses par les services sociaux - souvent par les services sociaux des hôpitaux - par les sages-

femmes ou les médecins dans les consultations, parfois par les médecins de la Protection Maternelle et Infantile (PMI), et qui concernent l'attitude des mères à l'égard de cette grossesse, de cet enfant à naître, des conditions familiales, sociales, économiques dans lesquelles l'enfant va naître. C'est-à-dire que quand l'enfant naît, certains d'entre eux ont déjà quasiment un dossier. On ne peut plus faire, comme on le faisait autrefois, des mesures de protection "au ventre", c'est-à-dire que avant même la naissance, mais cela se fait quelquefois dès la naissance. Tous les enfants qui naissent en France sont signalés par la maternité au secteur de PMI qui comprend des

médecins ayant un mandat de protection maternelle et infantile, des puéricultrices, des assistantes sociales, des éducatrices, quelques psychologues qui traînent dans les salles d'attente pour parler avec les mères pendant qu'elles attendent pour voir le médecin, et qui parfois font des entretiens. A partir du moment où un enfant est né et que sa naissance a été signalée au secteur, c'est ce secteur de la PMI qui l'a en charge. Ces secteurs sont organisés de façon relativement différente selon le système qui a été mis en place par le département, étant entendu que c'est le Conseil général (le président du Conseil général) qui est responsable de la protection des enfants et qu'il a le choix de mettre en place des systèmes plus ou moins performants, plus ou moins policiers dans certains cas, etc... Si certains secteurs se contentent d'envoyer une "mise à disposition" aux parents, dans certains secteurs les travailleurs sociaux vont d'autorité à domicile, puisqu'on doit protéger les enfants essentiellement des parents irresponsables des parents qui justement ne se manifestent pas. Il y a toute une rhétorique dans certaines PMI qui entraîne des visites à domicile systématiques, visites à la fois de surveillance (on va voir ce qui se passe pour cet enfant, s'il a ce qu'il lui faut, si la mère sait faire les biberons, si elle s'en préoccupe, etc...) et en même temps d'aide et de soutien. Donc, on fait du conseil-soutien, parfois à la limite du soutien thérapeutique d'ailleurs, en même temps qu'on surveille. Et tout le secteur de protection de l'enfant est dans ce registre à la fois de la surveillance, à la fois de l'assistance éducative, du conseil, de la pédagogie, de la thérapeutique versant soutien pédagogique... Plus personne n'y retrouve ses petits au bout du compte. La surveillance médicale des enfants est obligatoire, ou par le médecin en clientèle privée ou par la PMI, et il y a un carnet de santé. Il est évident qu'un enfant qu'on ne voit jamais à la PMI est signalé à l'assistante sociale de la circonscription, et c'est déjà une alerte au secteur. Comme à l'école dont on va parler ensuite, le fait d'y être présent ou absent est déjà un signe du fait qu'il pourrait y avoir un problème, au moins de négligence par rapport à l'enfant. Donc le champ de la protection de l'enfant est un champ extrêmement vaste, qui va du mal-être de l'enfant, de la négligence parentale, à l'enfant gravement battu, au syndrome de Silverman, aux fractures, etc... Les négligences sont souvent une appréciation subjective des personnes qui font les visites, c'est-à-dire des puéricultrices et des assistantes sociales. Cela peut concerner pour des faits relativement anodins, si on a des raisons de penser qu'ils sont le signe de difficultés qu'a déjà la famille, c'est-à-dire si la famille est déjà connue pour des difficultés financières, si les parents sont au chômage, si les parents sont au RMI, s'il y a eu d'autres enfants placés. Quand une

famille est connue du secteur, la question de la négligence aux enfants démarre extrêmement tôt, c'est-à-dire que ce qu'une bonne partie d'entre nous avons fait avec nos enfants peut se trouver à la limite d'être repéré comme problématique.

Cette évaluation peut enclencher toute une série de procédures de signalements. Or les connaissances sur le développement de l'enfant ont beaucoup évolué depuis un certain temps, l'éducation des enfants a beaucoup changé, et les repères sur ce qu'est une bonne éducation pour un enfant actuellement ne sont certainement pas les repères d'il y a une cinquantaine d'années. Les familles qui sont dans le collimateur des services sociaux sont des familles qui sont en rupture avec le consensus, c'est-à-dire qui pensent par exemple que "qui aime bien, châtie bien", qu'il n'est pas nécessaire de parler aux enfants, qu'il faut leur faire à manger de tout, ... On peut penser a priori que ce sont des familles qui élèvent leurs enfants comme les grands-parents ou les arrière-grands-parents des éducateurs ou des travailleurs sociaux les ont élevés, et que c'est dans cet écart là que se fait le signalement, quand il s'agit de négligence ou de risque de danger. En effet les travailleurs sociaux se réfèrent à des normes éducatives qui sont des normes historiques et culturelles.

Que cet enfant soit "signalé" veut dire qu'il y a un rapport qui est fait à la DDASS avec une enquête des services sociaux et de la PMI. Ce qui est notable c'est que souvent cette enquête porte essentiellement sur les parents. Dans beaucoup de rapports on ne trouve quasiment aucune information sur l'enfant : que l'enfant aille bien ou mal n'est pas forcément un signe; ce n'est même pas toujours indiqué dans le rapport; ce qui est indiqué par contre et largement développé ce sont des appréciations sur les capacités éducatives des parents. En effet, dans certains départements les assistantes sociales ne rencontrent même pas les enfants lors de l'enquête, elles ne voient que les parents ou d'autres adultes "concernés". Ce rapport donne lieu en général à des réunions dites de concertation, où toutes les personnes qui connaissent la famille, qui l'ont connue, qui sont appelées à la connaître, qui sont responsables de ceux qui sont appelés à la connaître, qui sont responsables de ceux qui l'ont connue et qui sont responsables de ceux qui la connaissent (20 ou 30 personnes), discutent du rapport et de ce qu'il y a lieu de faire. A l'issue de cette réunion de concertation, soit la situation reste en l'état, c'est à-dire qu'on décide que le secteur social local et la PMI continuent, soit on décide qu'il y a lieu de faire ce qu'on appelle une AEMO (une mesure d'Assistance Educative en Milieu Ouvert) administrative, soit il y a lieu de signaler la situation au juge des enfants. L'AEMO veut dire qu'il y a en principe des travailleurs

sociaux, éducateurs ou assistantes sociales, qui, à la fois, surveillent, donnent des conseils éducatifs, soutiennent, font des entretiens, épongent l'angoisse des parents, etc... Ce qui distingue une AEMO administrative d'une AEMO judiciaire - et qui peut nous intéresser ici, car cela fait partie des discussions sur le consentement éclairé - c'est qu'en principe les parents doivent donner leur accord. Si certains parents souhaitent cette aide, la plupart du temps cela se passe plutôt de la façon suivante : "ou vous acceptez une AEMO administrative ou nous faisons un signalement au juge"; alors ils donnent leur accord à l'AEMO administrative! Ils ont donné leur accord, donc ils sont considérés comme participants, voire éventuellement comme demandeurs, puisqu'ils ont signé. Vous voyez déjà dans quelle difficulté on s'engage.

Si les parents refusent, ou bien si l'on pense que la situation est sévèrement détériorée ou si l'on pense - parce qu'on a une formation psychanalytique, éventuellement lacanienne - que la loi c'est important et que la loi c'est structurant et que de "mettre de la loi" va réorganiser la structure familiale, on fait un signalement chez le juge des enfants. Le juge des enfants a différentes façon de procéder. Je ne vais pas rentrer dans le détail. En général lui-même (ce qui pourrait avoir un côté rassurant d'ailleurs parce que ça donnerait une dimension contradictoire) ordonne une enquête, sauf si les dossiers sont extrêmement alarmants, auquel cas il peut prononcer une ordonnance - prendre une mesure de placement par exemple - sans avoir reçu les parents ni vu l'enfant. Il peut aussi décider de recevoir les parents et l'enfant une fois que l'enquête sera terminée. Il y a des services spécialisés dans ces enquêtes qui s'appelaient autrefois des "observations en milieu ouvert" et qui maintenant s'appellent des IOE (Information et Orientation Educative). Le tribunal peut avoir un service d'enquêtes; la DDASS peut avoir un service d'enquêtes; il y a des services d'enquêtes associatifs, la Sauvegarde de l'Enfance, par exemple, a des services d'enquêtes. Ce sont des enquêtes qui ne sont pas uniquement sociales, c'est-à-dire qu'il y a à la fois les éducateurs ou l'assistante sociale qui vont à domicile, qui rencontrent toutes les personnes concernées; il y a très souvent un psychologue, un psychiatre. Elles donnent lieu à un rapport supposé détaillé avec des propositions qui sont faites au juge. Propositions qui sont théoriquement communiquées à la famille soit par les enquêteurs soit par le juge. Il n'en est évidemment pas toujours ainsi. Ces rapports sont quelques fois très surprenants : ils contiennent des détails extrêmement intimes sur l'histoire familiale, sur la vie de la famille, des considérations et des évaluations souvent discutables voire idéologiques, sur la base d'un matériel parfois pauvre. Il est étonnant, de constater qu'alors que les parents sont parfois des

personnes extrêmement perturbées, il n'y pas trace dans le rapport d'une pathologie quelconque; tout est mis au compte de leur irresponsabilité, de leur immaturité, de leur infantilisme; cela peut cependant amener parfois le juge à demander des expertises. En principe, le juge doit recevoir les parents et l'enfant. En principe, car la pratique démontre qu'il arrive relativement fréquemment qu'il puisse prononcer une ordonnance sans n'avoir vu personne, au seul vu des conclusions de l'enquête. Ainsi, quand une mesure d'Assistance Educative en Milieu Ouvert prononcée par le juge parvient aux parents et au service qui doit s'en occuper, il nous arrive de rencontrer des familles qui n'ont jamais eu d'audience avec le juge, qui savent qu'il y a un rapport, qui savent qu'il y a le juge mais qui n'ont pas connu la teneur des conclusions du rapport et qui n'ont jamais été amenées à donner leur opinion au juge ni à discuter avec lui. Dans ces circonstances là, il n'y a pas d'avocats pour enfants; l'enfant est plutôt l'objet de la sollicitude des travailleurs sociaux et éventuellement l'objet de la mauvaise éducation parentale. Il est vrai qu'une bonne partie des mesures d'assistance éducative en milieu ouvert concernent essentiellement un travail avec les parents, pour les éduquer à être parents en somme, plutôt qu'un travail avec l'enfant qui parfois est loin d'aller mal et qui se débrouille plutôt bien.

Le juge peut aussi décider d'une mesure de placement, c'est-à-dire décider que l'enfant ne peut pas rester dans sa famille et qu'il doit aller dans un établissement (en général un établissement d'accueil en urgence). En principe pour décider d'une mesure de ce genre, le juge doit recevoir les parents, avoir consulté les équipes qui ont fait les rapports et sont tenues d'obtenir autant que possible l'accord des familles.

Cette ambiguïté là, que nous rencontrons depuis le début, va se retrouver dans l'établissement qui demande que l'adolescent ait un projet par exemple. Donc, on se retrouve dans la situation où les adolescents sont placés par le juge, souvent contre leur avis ou avec un accord contraint - comme ils disent : "j'ai pas le choix" - avec une réticence des parents, mais les établissements qui les accueillent ne les acceptent que s'ils sont d'accord avec le projet éducatif de l'établissement, son règlement, etc... Tous ces dispositifs fonctionnent au nom de l'intérêt supérieur de l'enfant, mais la difficulté est précisément d'établir des repères par rapport à cet "intérêt de l'enfant". La multiplicité de réunions de concertation, de synthèse, a en fait comme objectif d'essayer de forger ces repères, en tout cas sur un certain territoire, et pour ces équipes là, étant entendu que le juge, lui, n'a pas forcément les mêmes repères. Ces juges n'ont d'ailleurs, pour la plupart d'entre eux, aucune formation particulière en ce qui concerne le développement

de l'enfant, l'éducation de l'enfant,... Ils sont donc amenés à prendre des décisions concernant la vie des enfants et des familles, avec des repères qui sont en général ceux de leur propre éducation. Dans le meilleur des cas, certains d'entre eux participent à des groupes de travail avec des psys pour essayer de réfléchir à ce qu'ils font.

Mais, au niveau des questions des droits des enfants et des parents, certains juges perdent aussi leurs repères. On laissera de côté tous les renouvellements de mesure sans audience, les mesures qui se poursuivent sans que le juge ne les aient renouvelées en temps utile (dans certains départements de la région parisienne les tribunaux pour enfants ont un retard d'environ 4 mois!). On laissera aussi de côté, tous les renvois dans leur famille, parfois chez le parent qui n'en a pas la garde, des enfants placés par le juge, renvois avalisés après coup par le juge en créant des situations inextricables. Mais par exemple, il n'est pas rare d'avoir des mesures où le père ayant reconnu l'enfant après qu'il ait été reconnu par la mère, donc n'ayant pas l'autorité parentale, ne soit pas convoqué par le juge, et ne soit parfois même pas au courant du fait qu'il y a une mesure; le juge a décidé de ne convoquer que la personne qui a l'autorité parentale, même si l'enfant a été reconnu par ses deux parents. Il va ensuite appartenir au service d'AEMO de valoriser, de préserver et de soutenir la place du père qui, bien évidemment, est centrale dans la structuration du psychisme de l'enfant. Mais intervenir dans la structuration du psychisme de l'enfant à la demande de qui? A la demande de la société soucieuse du "bien" de ses enfants; demande souvent matérialisée par l'injonction thérapeutique du juge, c'est-à-dire le centre médicopsychologique (CMP) judiciairement prescrit?. Travail en CMP pour lequel l'enfant lui-même peut avoir une demande sans que jamais les parents ne puissent la partager. Le CMP vous renvoie alors l'enfant : "Les parents n'ont pas de demande; on ne peut pas s'en occuper". Alors que faire?

De la même façon que les juges sont tenus d'obtenir autant que possible l'accord des familles pour les mesures qu'ils décident, les travailleurs sociaux sont la plupart du temps dans la situation d'essayer d'obtenir la confiance des familles qui leurs sont confiées par décision juridique, alors qu'effectivement ces familles ont toutes les raisons, de leur point de vue, de ne pas avoir confiance dans les personnes qui sont là. On sait travailler avec des gens qui ont une demande, mais comment travailler avec les gens qui n'ont pas de demande? Il y a une espèce d'obligation pour travailler d'essayer de créer la demande, ce qui entraîne alors sans arrêt des espèces de forçage

induits par les équipes auprès des familles dont elles s'occupent, et qui quelquefois finissent malgré tout par y trouver leur compte. Certaines familles finissent par avoir des relations intéressantes avec les équipes d'AEMO, étant entendu qu'à tout instant le juge peut prendre une décision complètement contraire à l'optique dans laquelle le service d'AEMO a travaillé. Il peut décider de placer un enfant alors que cela fait deux ans que l'équipe fait des efforts pour qu'il soit maintenu dans sa famille; là-dessus, les équipes d'AEMO ne peuvent rien garantir, ni les parents bien évidemment.

Je voudrais enfin poser la question du secret. Que la protection de l'enfant soit obligatoire pour les enfants et pour les adultes, veut dire que tout adulte, quel qu'il soit, tout citoyen, est tenu de signaler un enfant qui lui semble en danger. Cela s'applique pour tout un chacun, tout autant que pour tous les divers corps de métier qui sont concernés par cette protection de l'enfant. Cela veut dire, comme l'ont démontré des affaires récentes, que les services (services de PMI, services d'AEMO) sont tenus de signaler au juge un événement qui leur semble indiquer un danger pour un enfant, sinon ils peuvent être traduits en justice et éventuellement condamnés. Il semble que la situation des médecins soit un peu particulière parce qu'il a le droit de lever le secret médical, mais il n'en a pas forcément l'obligation. En fait, au plan du secret professionnel, l'espace de négociation est très réduit parce que cela dépend beaucoup de l'appréciation des juges. En tout cas en ce qui concerne les AEMO, les juges considèrent en général qu'ils ont l'obligation de signaler, comme en témoigne l'affaire du Mans. Ce qui veut dire que les travailleurs sociaux "ouvrent le parapluie", comme ils disent. Ils signalent de plus en plus précocement (les juges en parlent d'ailleurs) pour eux-mêmes se mettre à l'abri des effets d'un non signalement. Ainsi, les marges de travail éducatif ou thérapeutique dans certains secteurs se réduisent considérablement. L'autre versant de cette affaire là, m'a été formulé clairement par une éducatrice d'un service d'AEMO parlant de la façon dont elle-même lorsqu'elle savait des choses dans une famille n'en parlait plus, même dans son équipe, pour ne pas être obligée de signaler : "on est comme les enfants, on apprend à ne plus rien dire". Ceci est particulièrement évident dans les situations d'abus sexuel : l'opinion générale est qu'il est important pour les enfants victimes d'abus sexuels de pouvoir en parler, mais aucun adulte qui entend un enfant lui parler d'abus sexuel n'est dispensé de l'obligation de signaler, ce qui pose bien des questions sur ce qu'est le travail de parole dans cette situation là. En somme, n'importe quelle énonciation de l'enfant devrait devenir forcément dénonciation de la part de l'adulte; alors la

possibilité de travail thérapeutique autour de ce genre de problème est extrêmement difficile. Comme de plus pour que les auteurs d'abus sexuels soient condamnés par la loi - ce qui est souvent considéré comme thérapeutique pour les victimes - il faut qu'il y ait un procès, il faut donc des preuves; cela entraîne le personnel qui travaille avec les enfants à devoir fournir ces preuves.

Cette rapide description permet de percevoir les contradictions qui animent ce champ et les questions d'éthique qui s'y présentent. Ethiques liées aux différentes disciplines qui y sont à l'œuvre et finalement la question du sujet : comment y maintenir pour chacun, et les enfants en particulier, le processus de subjectivation parmi tant d'intervenants qui non seulement savent où est votre bien, mais en tirent des conséquences dans les actes qui concernent le plus intime de chacun?

Paolo Henry :

Une des différences, je pense fondamentale, entre l'Italie et la France c'est qu'on a eu un grand changement - je pourrai même dire une révolution culturelle - dans l'assistance. Je pense que dans la grande presse, dans la tête de la plupart des italiens, dans la tête même des médecins des enfants, s'est imposée l'idée que l'enfant a le droit de rester dans une famille, la sienne ou une autre. Il y a eu une attaque énorme contre les centres spécialisés, contre ce qu'on a appelé "la déportation des enfants". On est même arrivé à certaines exagérations : certains tribunaux de mineurs ont pensé que si une famille, par exemple, place, pour des raisons qui lui sont propres, un enfant dans un internat, cela est un abandon. Il y a eu une énorme discussion sur ce type de décision judiciaire, avec des questions comme : où est l'abandon s'il vont le voir chaque mois? est-ce un véritable abandon? Cette "révolution culturelle" a changé pas mal de choses. Par exemple au Piémont - je parle toujours du Piémont parce que la situation italienne est très régionalisée - même les petits foyers, les communautés, qui, il y a vingt ans, se présentaient comme des alternatives aux grandes institutions, sont désormais vécues comme des situations provisoires. Il y a eu également énormément d'utilisation du placement familial, qui était presque inconnu auparavant. Il est pratiquement impensable de nos jours, même dans les milieux médicaux conservateurs, de dire en substance : "Ce garçon est tellement malade, qu'il a besoin d'une institution spécialisée qui le garde le jour et la nuit".

Autre point essentiel : c'est l'*intégration scolaire*. Nous sommes partis du principe que c'est un droit politique des enfants - même les psychotiques graves, même les débiles profonds - d'avoir huit ans d'école avec les autres enfants. La plupart des

écoles n'y étaient pas préparées; il y a eu des situations, des intégrations extrêmement difficiles, mais on l'a réalisé; c'est un changement réellement profond dans la culture générale. J'ajoute - à partir de discussions avec des personnes qui ont beaucoup travaillé avec les débiles profonds - que quand un débile profond a eu huit ans d'école avec les autres ce n'est plus le débile profond qui sortait d'une école spéciale ou d'une institution spéciale.

Le troisième point que je voulais souligner, c'est qu'avant en Italie, il y avait toute une série d'associations spécialisées par catégories de problèmes ou de populations; maintenant on a unifié les interventions, et cela a simplifié beaucoup les problèmes des rapports entre le tribunal des mineurs et les services socio-sanitaires. Mais dans certaines situations, on a le risque dont parlait Françoise Petitot, par rapport au fait que c'est le même groupe de travailleurs locaux qui font le signalement, l'enquête et le suivi. S'il arrive qu'une famille soit perçue par ce service comme une mauvaise famille, c'est la fin, parce qu'il n'y a pas d'autre organisation de contrôle. La seule chose que normalement on a, c'est un peu de dialectique entre les services de santé mentale adulte et les services sociaux locaux.

Autre point à souligner. Dans le cadre des changements des procédures judiciaires en Italie, il y a même eu des transformations pour ce qui concerne les tribunaux pour mineurs. C'est-à-dire qu'on a, dans le tribunal des mineurs, des juges qui ne sont pas des magistrats, mais des experts (des psychologues, des neuropsychiatres, des enseignants, etc...). Ils peuvent - cela est tout à fait exceptionnel, et c'est nouveau même pour l'Italie - faire les juges et décider d'une manière provisoire.

Par exemple, en qualité de juge des mineurs (1 fois par mois, en cour d'appel), j'avais proposé que quand quelqu'un allait voir un psychologue qu'il connaissait au tribunal - en qualité de juge à ce moment là - que le patient (qui à ce moment là n'est plus un patient) soit averti que tout ce qu'il dit peut être utilisé contre lui. Il y a eu un débat fort

Bogdana Tudorache :

A propos de la situation en Roumanie.

Tout d'abord, je dois préciser que ce sont seulement les pédiatres qui peuvent devenir pédopsychiatres. La formation est centrée par le côté organiciste plutôt que le côté social; ainsi, pendant trois ans de formation on fait un an et demi de neurologie; d'ailleurs les spécialistes s'appellent chez nous "neuro-psychiatre infantile". La plupart des soins aux enfants malades se donnent dans des hôpitaux, des unités asilaires qui gardent encore le style ancien. Il n'y a aucune liaison avec des éducateurs ou avec les écoles; nous n'avons aucun travailleur social spécialisé en pédopsychiatrie. Il existe en plus des hôpitaux, des centres de consultation mais qui ne sont que des centres de tri pour les enfants, pas des centres qui peuvent organiser des actions pour les enfants malades.

On a quand même commencé des actions qui ont pu démarrer peut-être à cause des médias, qui ont beaucoup parlé de la situation des enfants en Roumanie. On a fondé des maisons ouvertes, dans lesquelles les enfants peuvent venir pendant la journée - une sorte d'hôpital de jour - avec en leur sein des actions de groupe, de psychothérapie de groupe avec les enfants. Un travail a débuté dans des maisons de correction pour les enfants délinquants. A partir de ce travail, les associations qui s'occupent d'enfants se sont réunies en essayant, autour de l'UNICEF, de proposer une loi pour les droits et pour la protection de l'enfant. Je vous précise également que nous n'avons pas des juges pour enfants.

La Ligue Roumaine pour la Santé mentale - en y associant des professionnels et avec l'aide du ministère de la jeunesse et des sports - a initié depuis 1991 une démarche de recherche et

parce que certains étaient d'accord, d'autres pas. Certains psychologues disaient : "Nous sommes à l'écoute des besoins des mineurs"; je répondais : "Vous êtes en position de juge. Votre décision peut faire retirer l'enfant ou non. Vous n'êtes pas là pour écouter mais pour évaluer".

d'assistance adressée aux mineurs qui se droguent. Les objectifs de base ont supposé deux actions :

a) Entreprendre une étude des données socio-psycho-médicales de la population en question à Bucarest.

b) Projeter et expérimenter des méthodes d'intervention et de soin dans le but d'intervenir de façon efficace, en ayant comme objectif l'ouverture d'un centre qui doit offrir une assistance sociale, médico-psychologique, éducative et de formation pour les jeunes en question.

Comme buts supplémentaires, le projet avait pour intention de :

- promouvoir l'éducation antidrogues dans les écoles et par les médias;
- former des professionnels et des volontaires comme intervenants sur les problèmes de la drogue;
- mettre à la disposition de tous les organismes gouvernementaux et non gouvernementaux qui sont intéressés, les données et les résultats obtenus pour établir les stratégies adéquates dans ce domaine.

En août 1992, notre projet "AUROLAC - Recherche, thérapie et prévention des drogues chez les mineurs" a été agréé par le groupe d'experts de la C.E.E. et a été intégré dans le programme gouvernemental "Les enfants de la rue", financé par PHARE. Ainsi, la Ligue roumaine pour la santé mentale, en tant que coordination, a poursuivi - avec trois autres ONG (Terre des Hommes, Suisse; Equilibre, France; Red-Barnet, Danemark) - pendant 6 mois son activité parmi les enfants de la rue qui se droguent. Mais, fin avril, le financement de la part de PHARE s'est arrêté. Bien entendu, nous allons continuer ce programme - nous le désirons et nous y sommes obligés - quoique cela sera de plus en plus difficile en raison d'un manque important et aigu de subventions.

Il y a également un programme, scientifique et social, de tri et de réorientation des enfants qui se trouvent dans des institutions pour enfants à problèmes. La première expérience a eu lieu avec Médecins du Monde dans le nord du pays, à Deva.

Ce programme "Protocole d'orientation pour les enfants institutionnalisés" s'est déroulé, à l'initiative de la Ligue roumaine pour la santé mentale (à la demande du gouvernement roumain), sous l'égide scientifique de l'Observatoire régional Languedoc-Roussillon, INSERM Unité 256. Ce programme a été financé par la C.E.E.. Il a été réalisé en collaboration avec un Comité technique de professionnels roumains et étrangers sous le contrôle d'un comité de pilotage (des

responsables politiques roumains). L'étude épidémiologique préalable a été concrétisée par le projet d'une fiche individuelle d'évaluation, projet reconnu par les autorités roumaines et présenté par la Ligue roumaine pour la santé mentale au Comité national pour la protection de l'enfant; mais le projet n'a pas été finalisé. Il me semble que la volonté de faire quelque chose manque aux fonctionnaires roumains.

Abram Coen :

Au sujet de la loi d'orientation en faveur des handicapés de 1975, qui est un événement historique, en ce sens que de mon point de vue, c'est une loi portant statut, comme il y a eu la loi pour les juifs pendant Vichy. Le tour de force c'est qu'on parle des handicapés, on prévoit des commissions qui les orientent sans jamais définir ce qu'est le handicap. Sauf que c'est maintenant un modèle de fonctionnement dans le champ social. En plus, c'est l'autorité locale du conseil général qui est le grand pourvoyeur aussi bien sur le plan des finances que sur le plan de l'organisation. Le modèle des commissions qui sont inscrites dans cette loi est prise en compte sous la forme de ce que j'appelle l'"enfant public", et pour lequel des professionnels vont procéder à son orientation dans le meilleur des mondes. Pour cela, il y a des réunions en deux étapes, lorsqu'un enfant pose problèmes : des réunions dites "RPP", réunions pluri-professionnelles (et pour poser le problème, bien entendu il n'y a plus de secret des familles ni de l'enfant), et la réunion de décision ou d'autorité. Cette assemblée se donne une tâche d'orientation décisionnelle qui, d'une certaine façon s'impose aux familles. Il y a beaucoup de questions qui se posent là; en particulier, lorsqu'on parle de l'intérêt de l'enfant, cela implique tout de suite un clivage : il y a ceux qui ne savent pas et ceux qui savent; bien entendu ceux qui ne savent pas ceux sont les parents, mais ceux qui savent ce sont les spécialistes.

Alors au nom de quoi ils savent? La merveille, c'est le modèle de la lutte contre les violences à enfants, violences corporelles et sexuelles à enfants, à partir d'un film canadien qui a fait école en France, "Mon corps est mon corps", dont l'idéologie est en gros : "Méfiez vous de vos parents et nous les professionnels nous avons les réponses à vos questions, nous savons tout, et nous

allons pouvoir vous aider". J'aimerais simplement qu'on s'interroge - et je ne sais pas si c'est la même situation ailleurs qu'en France - sur cet aspect idéologique qui est prégnant dès qu'il est question d'enfants, avec une compétition de qui va savoir le mieux, avec comme fond, quand même, un aspect sacrificiel de l'enfant. Cela me paraît être un point fondamental de l'histoire- en tout cas en France- de tout ce qui tourne autour de la protection de l'enfance. Il faut remercier Françoise Petitot d'avoir décrit une situation, avec ses aspérités, qui nest pas sans poser de problèmes, au premier rang desquels : quelle est la responsabilité des divers services intervenant autour de l'enfant dans la fabrication de l'incompétence parentale à faire leur travail, parce qu'il y a des gens qui sont supposés savoir?

L'autre aspect sur lequel on est très discrets, c'est l'absence de théorisation concernant le travail avec les enfants. Il n'y a pas de théorie éducative, il n'y a pas de théorie sociale : les travailleurs sociaux fonctionnent sans théorisation. C'est -à-dire que tous ces différents corps professionnels, qui sont supposés dire comment il faut éduquer l'enfant, n'ont pas d'assises de référence, sauf à vouloir se réclamer de la psychanalyse ou je dirais du psychanalisme, parce qu'ils utilisent les concepts véhiculés par les psychanalystes mais déformés au niveau de leur sens qu'ils envoient tout azimuts, sans eux-mêmes savoir de quoi il retourne; ça enjolive le vocabulaire qui n'en est pas moins vide. Ces différents éléments me paraissent poser une question (que je pose d'ailleurs dans le secteur où je travaille aux différents intervenants du champ social) : "quelle est donc votre éthique de travail? Car, à défaut de théorisation, avec quoi fonctionnez vous?" Ce qui m'amène à essayer de promouvoir une réflexion d'éthique pratique. C'est à dire : "Face aux butées du travail au quotidien,

avez-vous une capacité de penser la situation sans être envahis émotionnellement par la situation et par ce qui est nouveau depuis la loi de 1989 en France, la délictualisation du non signalement de situations de dangerosité pour l'enfant ?" Je crois que nous sommes à un tournant qui me paraît très grave; on ne peut pas rester les bras croisés.

Beaucoup de nos interrogations posent le problème: Qu'est-ce qui garantit la décision prise au sujet de l'enfant? C'est cette question de la garantie de la décision qui pose un problème éthique.

Autre aspect des constats : Au fond, les anciens enfants que nous sommes constatent que les décisions avec les enfants suscitent des divisions, des conflits de compétence et des filières. Il y a la filière justice, la filière sociale, la filière éducative, la filière santé mentale, etc... En somme, chaque filière ayant son idéologie, ses systèmes d'intervention, fait qu'elle va donner une réponse mono-idéique à l'enfant qui est sous sa responsabilité. Or, le problème est un problème de santé mentale, comme le soulignait Paolo Henry, et la santé mentale traverse tous ces champs.

Constat suivant : Nous avons dépassé la correction parentale qui maintenant est interdite par la loi. Nous sommes passés à une parentalité d'Etat, et aujourd'hui, avec les conflits de compétence entre l'Etat et le Conseil Général en France, on est dans

un conflit de type politique qui est sous-tendu par un aspect financier. En sachant que le juge n'a pas le pouvoir d'appliquer ses décisions, parce qu'il n'en a pas les moyens financiers; il est donc obligé de passer par la compétence du Conseil Général.

Nous n'avons pas dit un mot du retentissement des conflits décisionnels sur les professionnels qui travaillent avec l'enfant, le burn-out, littéralement la consummation, la consommation des personnels, parce que je les vois, moi, dans les congés de longue maladie où on fait de la casse d'adultes également. Parce qu'en plus, le masochisme aidant, ils n'ont pas les soins dont ils relèveraient et ils passent en l'invalidité.

Se pose donc la nécessité de sortir des conflits de compétence entre les différents services, d'où le truc que je vous propose, c'est de parler d'éthique parce que là ce n'est plus du professionnel dans ce sens que cela n'appartient ni en propre à la justice, ni en propre à l'éducation, ni en propre à la santé mentale, ni en propre au service social mais c'est une façon d'excentrer les problématiques. Je répète ma proposition d'essayer d'avoir une possibilité de penser ces différentes situations dans ce que j'appelle provisoirement un "observatoire d'éthique pratique". Je lance alors cette offre et cet appel.

Emmanuelle Stephan, psychiatre, Lorquin (France) :

J'ai eu l'impression qu'une des questions qui était abordée à travers l'intervention de Françoise PETITOT était celle du "droit au refus d'assistance". En psychiatrie, certaines législations européennes précisent ce qu'elles entendent par "droit du refus de soin". Dans le domaine de la protection de l'enfance, les parents sont souvent bien informés sur les procédures d'intervention, sur tout ce qu'on va mettre en place, mais ils n'ont pas d'autre possibilité de remettre en cause les aides mises en place que celle de s'opposer durement ou de tenter de fuir. De leur côté, les professionnels essayent, dans un souci déontologique, de séparer ce qui serait évaluation, orientation et prise en charge. Je crois que ce cadre

pose un certain nombre de problèmes. J'ai vraiment l'impression que si on redonnait, non pas la parole, mais un minimum de "droit au refus d'assistance ou de protection", les personnes concernées pourraient être plus à même de s'approprier ces mesures d'aide. Mais, l'idée même est absurde, car, à partir du moment où l'on propose une protection ou une assistance, les termes mêmes de protection ou d'assistance rendent absurde leur refus. Ce qui fait qu'on est dans un système qui s'auto-entretient. Je me demande quel a été le point de vue développé en Belgique. J'ai le sentiment que certaines équipes qui s'occupent de maltraitance, comme celle de Lampo, ont basé leur intervention sur ce que peut être ce droit au refus d'assistance; en tout cas, elles lui donnent un cadre.

Quand peut-on refuser ou accepter une assistance?
Quand est-ce inacceptable? A partir de quel

moment l'intervention judiciaire est prioritaire?

Jean-Pierre Martin :

Je voulais présenter les initiatives "Point Jeunes". La question à laquelle elles répondent est la suivante : comment penser l'accueil des jeunes dans une démarche de "porter plainte". Formellement ils ont accès aux juges des enfants directement, mais dans la pratique ça ne se passe jamais comme ça, et cela pour une raison très simple : les juges des enfants sont absolument débordés; ils ne peuvent gérer la masse du travail, donc ils refusent, contrairement à la loi (Je parle ici de la région Lille-Roubaix-Tourcoing), de recevoir les enfants en première intention; ils déclenchent toujours des enquêtes avant de recevoir l'enfant.

L'idée du "Point Jeunes" est née du constat que toute une partie des jeunes échappait complètement aux institutions et aux différents circuits de prise en charge, de protection en particulier, parce qu'ils les évitaient purement et simplement, vivant ces circuits de protection comme des circuits en complicité avec les parents. Il était donc nécessaire de penser une structure qui ne soit pas liée à ces circuits : le "Point Jeunes".

Le "Point Jeunes" est un lieu d'accueil 24h sur 24 de libre accès. En principe, les jeunes qui viennent ne sont pas amenés par un travailleur social ou un policier ou un parent; ils y viennent d'eux mêmes et ils y viennent dans l'anonymat, ce qui signifie que le nom de famille n'est pas demandé. C'est un lieu où il n'y a pas de prise en charge administrative, ni éducative, ni thérapeutique; c'est un lieu où est fait un travail sur la situation présente, ou l'on essaye de repérer ce qui pourrait remobiliser le jeune vers un projet immédiat, ne serait-ce que reprendre contact avec ses parents quand il est en fugue, soit la majorité des situations qui se présentent.

Paul Arteel :

Il est difficile de répondre à Emmanuelle STEPHAN parce qu'en Belgique, il n'y a vraiment

A partir de cette situation du "Point Jeunes", nous avons été confrontés à des problèmes de maltraitance mais aussi à des problèmes de droit, de droits quotidiens. Par exemple, les jeunes évoquent le fait de leur correspondance ouverte par les parents, en disant: "Est-ce qu'ils ont le droit de faire ça?"

A travers toute une série de petites situations quotidiennes comme celle-là, a été décidé la création d'un service "droit", un service avec des personnes qui sont de formation éducative et juridique et qui font le lien avec un réseau d'avocats et les mobilisent en fonction des problèmes des jeunes. Je ne rentre pas dans le détail de toutes les situations, mais tout peut se voir : de l'éviction scolaire, avec intervention auprès du rectorat pour annuler cette mesure, à des histoires de pension alimentaire, de gardes d'enfants, de maltraitance et en particulier de maltraitance institutionnelle.

Pour l'instant, il est difficile de tirer un bilan, une théorisation de cette pratique, car c'est un service qui fonctionne depuis deux ans, et on commence seulement à comprendre ce qui se passe autour de ce service, déjà simplement en termes de qui vient là?

Le "Point Jeunes", enfin, a été constitué à partir de travailleurs sociaux motivés. L'équipe au départ était composée de 9 personnes, comprenant 2 assistants sociaux, 1 psychologue, la présidente du planning familial, 1 animatrice socio-culturelle de quartier, 1 mère de famille qui avait fait des études de philosophie, et puis des éducateurs. C'est un service salarié constitué par un patchwork de professions et de grilles de salaires. Aujourd'hui se pose la question d'une professionnalité de ce travail.

pas de consensus. La manière de penser de Lampo n'est vraiment pas représentative. La grande

discussion en réalité est la suivante : faut-il créer une nouvelle institution pour prendre en charge les signalements ou les plaintes des enfants maltraités? Est-ce que l'intervention sociale doit se faire dans les structures existantes (sociales ou judiciaires) ou est-ce qu'on a besoin d'une nouvelle structure, voire même d'une nouvelle profession, "spécialiste en détection d'enfance maltraitée"?

Dans l'intervention de Jean-Pierre MARTIN, je reconnais le système bruxellois de la "Porte Jeunes". Nous disposons d'un système similaire en Flandres; avec même une ligne directe téléphonique qui s'appelle la "ligne des droits des enfants" : des enfants peuvent téléphoner pour questionner sur leurs droits, en particulier par rapport aux parents ouvrent leurs lettres, peuvent téléphoner pour le choix de l'école où aller. On a aussi les centres qu'on appelle "*Centres de conseil pour les jeunes*", qui sont plus ou moins animés par des bénévoles.

Je vais donner un aperçu du cadre général de la Protection de la Jeunesse en Flandres. S'il y a des jeunes qui ont un problème de délinquance, là il y a une voie directe vers le Tribunal de la jeunesse, avec une construction très surréaliste qui énonce que "*en n'étant pas capable juridiquement, le jeune de moins de dix huit ans n'est pas capable non plus de faire un crime*". Mais le juge peut, lui, donner, non pas une peine mais une sanction quand il a commis des actes qui auraient été des crimes s'il avait été majeur. Le juge prend alors une mesure éducative, qui peut être simplement une réprimande, qui peut être le placement dans un institut de protection de la jeunesse. On n'a pas, comme en Hollande, des prisons de jeunes.

La deuxième voie concerne les problèmes sociaux avec un jeune qui n'a pas commis d'acte criminel. Il est dirigé vers ce qu'on appelait les "centres de protection de la jeunesse" et qui s'appellent maintenant "*Centres d'assistance à la jeunesse*", qui essaient, sur une base volontaire avec les parents et avec l'enfant, de prendre les mêmes mesures que le juge aurait pu prendre, donc une parole de réprimande, une assistance éducative ou un placement. La différence entre les deux, c'est que le juge de la jeunesse c'est une instance fédérale, tandis que le comité d'assistance à la jeunesse c'est communautaire, cela n'existe qu'en Flandres.

La troisième voie, c'est quand il y a des problèmes de santé mentale. On a aboli tout ce qui a été inscrit dans la loi de la protection de la jeunesse sur les problèmes de santé mentale, et il a été décidé que la loi générale sur le placement contraint est aussi applicable aux jeunes. Donc, il n'y a plus de différence d'âge sur la question de la collocation; dans ce cas, d'ailleurs, le mineur peut faire recours même s'il n'est juridiquement pas capable puisqu'il est mineur. Chez nous, les jeunes n'ont, en aucun cas, accès direct aux juges de la jeunesse; ils doivent toujours faire le détour par le Procureur du Roi. L'exemple que l'on donne toujours, c'est que quand les parents doivent encore donner leur accord pour le mariage de leur enfant âgé de dix sept ans, le jeune ne peut pas s'adresser directement au Tribunal de la jeunesse pour qu'il statue sur l'abus des parents; il doit s'adresser au Procureur qui va introduire chez le juge de la jeunesse une requête pour lui donner l'autorisation de se marier, mais dans ce procès il n'est même pas partie, il ne rencontre pas le juge.

Le 3^e séminaire du CEDEP (11-15 mai 1994) se prépare. Il pourra utilement bénéficier de l'expérience du second, marqué par une liberté et une attention dans les échanges, une qualité dans ses travaux et une convivialité dans son déroulement que nous préserverons. L'intitulé du séminaire 1993 demeurera le fil rouge des prochains séminaires, du fait du projet - et de la perspective - du Livre blanc de la psychiatrie et pour l'amélioration de la santé mentale en Europe.

Ce que nous publions ne représente que le tiers de ce qui a été enregistré et décrypté. Nous avons fait un premier choix : ne pas publier la session sur le *Traitement des toxicomanies*, session remarquablement animée, alimentée d'expériences, de pratiques, de réflexions et en premier lieu de celles de Jan De Haas (éducateur de rue à Lausanne), Bruno Gravier, et Marianne Huguenin (médecin, député du Canton de Vaud). Il s'agissait du premier débat au sein du CEDEP sur ce sujet. Mêmes raisons et même sort pour les discussions sur le rapport entre les "sans domicile fixe" et la psychiatrie, l'exclusion sociale et la santé mentale. Des intervenants ne nous ont pas envoyé leurs corrections; et donc, après plusieurs mois d'attente, Et puis, pour donner l'exemple, Claude Louzoun et Bruno Gravier - sans doute en raison de leurs nombreuses interventions au cours du séminaire - ont décidé purement et simplement de n'en publier aucune, renvoyant nos amis à leurs publications antérieures et à celles à venir dans le n°2 des *Cahiers POLLEN*, qui suivra très rapidement celui-ci.

Il demeure un cahier substantiel qui devrait inviter à de nombreuses contributions.

Le n°2 des *Cahiers POLLEN* s'intitulera "Pratiques critiques / Théorisations", avec des contributions de Paul Brétécher, Jean-Marc Elchardus, Paul Fustier, Bruno Gravier, Albert Jakubowicz, Claude Louzoun, Jean-Pierre Martin, Hans Pfefferer-Wolf, Agostino Pirella. Le n°3 portera sur l'évaluation qualitative en santé mentale et notamment sur l'initiative EQUANET.

Le séminaire CEDEP de mai 1994 aura ainsi à disposition le matériel engrangé en 1993!

En conclusion, pourquoi *POLLEN*? En raison de son signifiant, bien sûr. Parce que mot identique dans plusieurs langues européennes. Et puis : *Psychiatrie / Psychiatry; POLITiques / POLITICS; Loi-Droit / Law; Ethique - Europe / Ethics - Europe; Nouvelles / News.*

COMITE EUROPEEN : DROIT, ETHIQUE ET PSYCHIATRIE

Claude LOUZOUN
Président

153, rue de Charenton
F - 75012 Paris (France)

Tél & Fax : (33-1) 43 44 77 54

Bruno GRAVIER
Secrétaire
Unité de consultations
en Psychiatrie Légale
Av. de Sévelin, 18
CH - 1004 Lausanne

Tél : (41-21) 626 13 26
Fax : (41-21) 626 13 35

Réalisation : Claude LOUZOUN
Secrétariat : Daniéla ABADI
Impression : Delta copies (Paris)

