

CAHIERS

POLLEN

N° 7/8

SEPTEMBRE 1996

3^e PARTIE

1. Grèce : * Evaluations à Léros

* Santé mentale et droits de l'homme
(7/12/1996)

2. France : Débat éthique à propos de
la stérilisation des personnes porteuses d'un handicap mental
(dossier)

3. Une rubrique en création / *a heading in creation*
«Droits sociaux : braderie? réforme? développement?»
«Social securit : closing sale? reform? growth?»

3¹ France : La psychiatrie entre économie et soins.

4. Panser le système ou repenser la loi?
Suites 1

5. Nos amis publient



46
Paysage avec deux figures

COMITÉ EUROPÉEN :
DROIT, ÉTHIQUE ET PSYCHIATRIE

753 RUE DE CHARENTON

F-75012 PARIS

TEL & FAX: (33-1) 43 44 77 54

Journées d'Etudes Européennes
"Lois sur l'hospitalisation psychiatrique :
panser le système ou repenser la loi ?"
29 et 30 septembre 1995, Paris

SUITES - 1 -

SOMMAIRE

- 1° "La demande de placement sous contrainte et la pratique de l'assistant de service social" - *John Ward* p. 129
- 2° "Et pourquoi demander à Danton s'il faut changer le nom de la guillotine ?" *Dominique Friard et Anne-Marie Leyreloup* p. 139
- 3° Communiqué de *Jean-Pierre Cambon* p. 143
- 4° "Le droit à l'information dans l'évolution du droit de l'internement et de l'hospitalisation psychiatrique en France" - *Philippe BERNARDET* p. 145
- 5° "What do we want from the law, what are the duties of psychiatry ?" *Jan Wallcraft* p. 171
- 6° "Concluding comments" - *Adrian D. Ward* p. 173
- 7° "Point de vue du Mouvement Flamand des Survivants : principales critiques de la loi Belge du 26 juin 1990" - *Jan Boeykens* p. 177

LA DEMANDE DE PLACEMENT SOUS CONTRAINTE ET LA PRATIQUE DE L'ASSISTANT DE SERVICE SOCIAL

John WARD (1*)

Formateur, Ecole Normale Sociale, Paris.

Membre du Groupe d'Etudes et de Recherches en Service Social Psychiatrique

INTRODUCTION

Au cours de cette intervention je me propose de
* définir le rôle de l'assistant social en psychiatrie,
* indiquer les conditions éthiques devant entourer sa participation à l'hospitalisation sur demande d'un tiers prévue par la loi française du 27 juin 1990.

Au préalable, je tiens à donner synthétiquement quelques éléments, parfois méconnus par nos collègues psychiatres et infirmiers, sur la profession d'assistant social en France et son rôle au sein de la psychiatrie.

LA SPECIFICITE DU SERVICE SOCIAL EN FRANCE

L'assistant social français, rattaché à un secteur psychiatrique dépend, la plupart du temps, de l'Etat : il fait partie de la fonction publique hospitalière. Malgré l'évolution du travail social vers la mixité, le métier d'assistant social reste féminin à 96 % en 1995.

Il s'agit du seul métier du social qui se définit, dès ses origines, par le fait d'adhérer à un code déontologique professionnel. Ce code, récemment remis à jour par notre association nationale (l'A.N.A.S.), fait encore référence partout dans la profession, même si cette association représentative n'a pas réussi à occuper la position hégémonique qu'elle brigait à la fin de la deuxième guerre mondiale.

Nous comptons environ 2 000 assistants sociaux attachés à la psychiatrie : cela représente la moitié des A.S. exerçant dans un établissement de santé publique : 5 % des quelques 35 000 assistants sociaux exerçant sur le territoire tous services confondus.

Très minoritaire parmi les agents de la psychiatrie (70 000 ou plus d'infirmiers psychiatriques...), le nombre de postes d'assistant social augmente plus rapidement, toutefois,

¹ Cette intervention a été préparée avec le concours de Jacques Houver et Monique Lips, tous deux cadres socio-éducatifs (hôpital Vinatier, Lyon et I.P.S.M. Lille).

que les autres professions de psychiatrie. C'est une profession dynamique par sa contribution aux activités les plus innovantes. Mentionnons notamment :

- * son rôle spécifique dans l'évaluation globale et dans la prévention précoce en psychiatrie infantile,
- * sa contribution notable au placement familial des adultes (les A.S. ont souvent été à l'initiative de cette pratique et se voient confier la charge du suivi des familles),
- * sa place privilégiée face à l'évolution récente de la population hospitalière publique - arrivée des personnes dont la situation de grande pauvreté nécessite une prise en charge sociale de plus en plus conséquente.

L'assistant social travaille sur la réalité

Il faudrait souligner que l'A.S. est constamment amené à traverser voire à redéfinir les frontières qui séparent le monde social du psychisme, l'action sociale de la prise en charge "sanitaire". Un projet thérapeutique fondé sur la demande du patient doit souvent être étayé par un travail sur la réalité des conditions d'existence du sujet concerné. Cette réalité sociale n'évolue pas au même rythme que l'expérience psychique qui fait l'objet du travail thérapeutique.

L'A.S. entreprend souvent des démarches avec un patient destinées à conserver ou à rétablir les conditions matérielles de son existence. Cela génère des interférences avec son projet thérapeutique voire même avec son état mental. Par exemple :

* *rétablir les droits sociaux du malade en lui restituant ses droits de citoyen.* Refaire des papiers d'identité est à la fois un acte hautement symbolique et une nécessité matérielle pour l'obtention de pratiquement tous les droits sociaux français.

* *obtenir une prestation financière telle l'allocation adulte handicapée :* Cette prestation est plutôt un handicap qu'un remède aux incapacités qu'elle est sensée compenser tant elle est stigmatisante et tant elle comporte des tracasseries administratives interminables. En tant que moyen, en revanche, l'A.A.H. peut représenter la seule solution viable permettant l'obtention d'un logement ardemment désiré et indispensable à la poursuite d'une thérapie.

* *orienter et accompagner le patient vers une structure d'hébergement :* Entre lieu de repos, hébergement temporaire, et logement à proprement dire, il y a des myriades de nuances. Aucun de ces mots "sociaux" ne correspond au "chez soi" désiré par le sujet concerné et imaginé, peut être, par son thérapeute qui invite le travailleur social à s'en occuper sans nécessairement se rendre compte de tout ce que cela suppose.

L'A.S. travaille **sur** la réalité sociale. On voit à travers ces exemples qu'il est obligé de travailler aussi **avec** plusieurs réalités psychiques.

Dans cet équilibre instable entre le travailleur social et le thérapeute plusieurs cas de figure sont envisageables. Le travail social peut être engagé :

* de manière "conservatoire" - en attendant mieux. Avec l'accord de la personne mais sans qu'elle voit toutes les raisons, on peut être amené à faire le nécessaire pour qu'un patient ne perde pas son logement, par exemple.

* Le travail social peut être poursuivi de manière très contrôlée permettant de rester en parfaite harmonie avec le projet thérapeutique.

* Le travail social peut rester en lien avec le projet thérapeutique mais nécessiter des ajustements et des régulations fréquents.

* Enfin, il faudrait reconnaître que l'assistant social peut se trouver en conflit avec le projet thérapeutique. En France l'assistant social jouit d'une certaine indépendance par rapport au médecin. Il peut se trouver en désaccord avec lui ou avec d'autres membres de l'équipe dans des cas (heureusement rares) de protection de l'enfance. Je pense notamment aux situations où il y a une tension profonde entre l'intérêt de l'enfant et celui de ses parents souffrant de pathologie mentale.

L'A.S. est doté d'une fonction technique, il occupe une place charnière

Le rôle de l'assistant social en psychiatrie recouvre donc de multiples réalités techniques. Il se construit à la charnière des relations de la psychiatrie avec l'extérieur :

* l'A.S. est compétent pour toutes les questions relatives aux problèmes matériels et aux droits sociaux,

* il est souvent le premier interlocuteur et parfois l'interlocuteur privilégié du proche parent du malade,

* il intervient auprès du groupe familial pour tenter de réguler les effets de la pathologie.

* le droit civil français lui confère un rôle spécifique dans la protection de l'enfance,

* il peut être à l'initiative de projets extra- hospitaliers, notamment sur le plan de la prévention,

* il intervient de façon indirecte dans les rapports entre institutions et partenaires : il est l'*interface* entre les services psychiatriques et les autres services médico-sociaux.

L'A.S. PEUT IL ETRE UN "TIERS DEMANDEUR" DU PLACEMENT SOUS CONTRAINTE ?

La loi de 1990 renoue avec la tradition juridique française plus qu'elle innove

En maintenant deux types de placement, en donnant prépondérance à l'autorité administrative, la loi de 1990 continue dans la droite ligne de celle de 1838 et singularise la France dans le contexte européen. Plutôt que de chercher un compromis entre l'**ordre social** et l'**intérêt du patient**, comme le font les législations britanniques et espagnoles, la loi de 1990 laisse co-exister ces deux notions de manière malaisée.

Ce sont, en effet, les individus (le psychiatre, l'assistant social, l'infirmier, le membre de la famille psychiatre, proche parent) qui se réclament le plus souvent de l'intérêt du patient. Mais les institutions que ces individus représentent contribuent à l'ordre social (La famille est également une institution vecteur du contrôle social, à plus forte raison l'assistant social ⁽¹⁾). En dernier lieu, le Préfet, représentant de l'Etat, est le garant de cet ordre.

¹. Voir par exemple les analyses de Foucault et de Castel.

De même ces différentes personnes, qui peuvent toutes à différents degrés être à l'initiative d'un placement sous contrainte, ne se voient pas désigner par la loi une place très précise dans le processus conduisant vers l'hôpital. Cette imprécision législative n'est nulle part plus flagrante qu'en ce concerne le demandeur d'hospitalisation sur demande d'un tiers.

Le tiers demandeur de H.D.T. n'est pas défini par la loi

La loi de 1838 faisait référence à la "volonté" d'un demandeur dans le "placement volontaire". Ce placement est devenu aujourd'hui "Hospitalisation sur demande d'un tiers".

Dans un autre travail (¹), j'ai tenté de répondre à la question de quelle volonté il s'agissait dans le placement volontaire ? : volonté hypothétique du patient, volonté du proche parent ; mais quel proche parent ; volonté collective... mais quelle collectivité ?

D'après mes recherches, 60 % des placements volontaires étaient demandés autrefois par un conjoint. Les proches parents demandeurs étaient un peu plus souvent des femmes et, si le patient était marié, très souvent son époux ou son épouse. Par ailleurs, le demandeur restait relativement passif face à une situation sociale et psychiatrique qui le dépassait complètement : on peut parler de volonté du proche parent demandeur, mais c'est une volonté résignée.

Autrefois, donc, le demandeur de P.V. était donc quelqu'un doué d'une volonté (faible), vivant dans une très grande proximité avec le malade.

Aujourd'hui il s'agit d'un "tiers" demandeur.

Comment comprendre la notion de tiers demandeur ?

Ce tiers est-il à comprendre comme une référence au triangle "oedipien" réinstaurant une autorité naturelle imaginaire, quel que soit l'acteur amené dans la réalité à accomplir la demande ? Ou devons-nous y voir, plus prosaïquement, une référence au "tiers payant" ? Dans ce cas il s'agira en quelque sorte d'un intrus dans le "colloque singulier" qui caractérise encore aujourd'hui le rapport médecin/malade.

Qui est le tiers demandeur aujourd'hui ?

Une étude récente sur le département de la Seine St Denis où est implanté l'hôpital de Ville-Evrard fait ressortir que 60 % des malades placés en 1986 sont des célibataires (²). Les conjoints ne représentent plus que 20 % des demandeurs de P.V. à côté d'autres parents plus diversifiés. Par ailleurs, le demandeur de placement volontaire est plus souvent une personne

¹. J. Ward, Familles et Institutions psychiatriques dans le département de la Seine durant l'entre-deux-guerres, Thèse soutenue en juin 1995, sous la direction de Georges Lanteri-Laura, Université Paris XII/Val-de-Marne.

². Les 150 ans de la loi du 30 Juin 1838, Actes des journées de l'association Pierre Sémard, 1988, intervention du Dr Y. Margue, p. 27.

extérieure à la famille (10% environ des placements volontaires) (1). Mes propres recherches sur le registre de la loi d'un hôpital de la région parisienne confirment ces proportions. D'autre part, on peut noter les adhérents à l'U.N.A.F.A.M., grande association nationale des parents de malades, sont majoritairement des pères et mères (2).

Le proche parent n'est plus un conjoint donc mais assez souvent un parent vieillissant et de plus en plus souvent un tiers institutionnel.

L'A.S. peut il être un tiers demandeur ?

En réponse à des demandes de professionnelles de terrain répercutées par notre groupe, le ministère a publié en 1992 une fiche technique où il indique que l'assistant social peut signer le placement sur demande d'un tiers. Il est autorisé à le faire en tant que professionnel ne faisant pas partie "au sens juridique du terme" du personnel soignant. Il faut cependant que l'assistant social, tiers garant, ait rencontré la personne concernée. Cette démarche reste personnelle ; l'assistant social agit indépendamment de tout lien de subordination par rapport au médecin responsable ou directeur d'établissement.

Cette fiche technique appelle de notre part plusieurs remarques :

* Le choix d'une profession comme la notre à dominante féminine, liée par son histoire à l'idée sociale de la famille, est une indication que la famille reste la référence première des autorités publiques (3). On sait, également, le rôle joué par l'U.N.A.F.A.M, association familiale, dans l'élaboration de la loi. Un technicien du social est reconnu par la réglementation comme pouvant effectuer cette démarche. Mais cela reste l'apanage des familles.

* Malgré cette référence familiale, cette note d'orientation mentionne explicitement un type de demandeur en indiquant que c'est en sa qualité d'assistant social qu'il peut être demandeur. Contrairement à l'ancien placement volontaire nous nous trouvons, donc, dans un cadre impersonnel et institutionnel. La note ajoute, curieusement, que l'A.S. le fait au cours d'une démarche personnelle et donc ne doit pas subir des pressions de sa hiérarchie.

¹. J. Sansot, L. Champenois-Marnier, Droit, Folie, Liberté. La protection de la personne des malades mentaux, Paris, P.U.F., 1983.

². M. Bungener, "Importance de l'entourage dans la vie à domicile des malades mentaux", Informations Sociales, C.N.A.F., Mai 1994.

³. Fiche technique 1 : DGS 3C, 5 Septembre 1990 "Admission en Hospitalisation sur Demande d'un Tiers

"II 1. b) "La demande peut être signée notamment par l'assistante sociale, qui fait partie de l'équipe pluridisciplinaire mais n'est pas personnel soignant au sens juridique du terme. Il faut cependant que l'assistante sociale, tiers garant, ait rencontré la personne concernée. Cette démarche reste personnelle, l'assistante sociale agit indépendamment de tout lien de subordination vis à vis du médecin responsable et du directeur de l'établissement.

Le directeur de l'établissement ou le personnel de direction de garde ne peuvent signer la demande du fait qu'ils prononcent l'admission".

Or, les deux termes "agir en tant qu'assistant social" et "agir à titre personnel" sont parfaitement incompatibles dans ce contexte. Un A.S. peut *engager sa responsabilité* personnelle dans l'exercice de sa fonction, mais il ne peut pas, sans commettre un abus de pouvoir, faire un acte administratif qui ne fait pas partie de ses fonctions, à plus forte raison quand il s'agit de contribuer à la privation de liberté de quelqu'un.

Ce "démarche qui reste personnelle" pose donc un problème pour la protection des libertés du patient.

Elle pose également un problème pour l'assistant social. Le législateur n'a pas envisagé qu'un assistant social puisse engager sa responsabilité à titre personnel dans une demande de R.M.I. pourquoi alors faire prévaloir cette position dans le cas d'une demande autrement plus lourde de conséquences ?

Que se passerait-il en cas de désaccord entre l'assistant social et un proche parent qui, se réveillant tardivement, conteste le bien fondé du placement ou la manière dont il s'est déroulé ? Qui "couvrirait" si le proche parent absent conteste ultérieurement la décision prise ? Le cas s'est déjà produit au moins une fois à Lille. Heureusement, une médiation non juridique a permis de trouver une issue au conflit sans recours à la justice.

Le flou entourant la demande pouvait subsister sans inconvénient dès lors que les demandes de professionnels restaient tout à fait marginales. Il est moins sûr que cette situation reste sans conséquences maintenant que l'assistant social est habilité à remplir cette fonction.

Les conditions éthiques et matérielles préalables à l'intervention de l'assistant social

Actuellement, plusieurs faits nous amènent à affirmer que l'esprit de la loi n'est pas toujours respecté. Lors de notre Journées Nationales du Service Social de l'année dernière, plusieurs collègues ont fait part de pressions qu'ils avaient subies visant à obtenir leur signature d'un tel placement ⁽¹⁾.

A Lille sur la période octobre 1992 à octobre 1994 deux cent vingt deux H.D.T. ont été effectués pour raison de "péril imminent" dont 14 signés par des A.S. 25 % l'étaient le vendredi soir. Deux de ces cas, (que nous considérons a priori déjà un peu suspects - pourquoi plus d'urgences précisément le vendredi ?), ont posé de réels problèmes éthiques à l'assistant social qui a découvert, notamment, que la personne était tout à fait consentante.

Il a été signalé à notre groupe, par ailleurs, des cas - peu nombreux certes - de médecins qui auraient utilisé des arguments du type : "si vous ne signez pas la H.D.T. on va le mettre en H.O.", ou encore, "il faudrait une H.D.T. car il pourrait devenir violent" (les bases de cette évaluation du danger réel couru étant tout à fait insaisissables), "il nous faudrait la H.D.T. pour le cas où il deviendrait violent".

¹. Table ronde organisée dans le cadre des Neuvième journées nationales du service social psychiatrique, Lois et Santé Mentale, 1993.

Mme Camous et Fantino (assistantes sociales à Marseille) apportent un exemple plus complexe où c'est l'impossibilité à assurer une évaluation et un suivi du patient qui pose problème. (1) :

"Mme X est hospitalisée par les urgences, dans un service de gastro entérologie, suite à une tentative de suicide. La patiente est connue d'un hôpital psychiatrique de Marseille depuis longtemps

Elle présente un état d'agitation nécessitant son orientation dans un service de psychiatre, en milieu fermé. son agitation se faisant vive, et le transfert sur le C.H.S. du secteur concerné ne pouvant se faire rapidement, l'interne de garde préconise un transit par l'un des services de psychiatrie du C.H.R. Deux médecins extérieurs au service sont sollicités, mais le problème de la demande manuscrite reste entier. Après examen rapide de la situation sociale de la patient, il apparait qu'elle n'a pas de famille proche ou de connaissance pouvant faire la demande; Une assistante sociale est alors appelée par le service. Il s'agit donc d'une patiente inconnue des services de psychiatre de notre secteur, non suivie sur un plan social. On nous demande donc de nous engager personnellement pour "interner" une patiente sur laquelle nous n'avons aucun élément de vie, et qui ne va pas être suivie par l'un de nos médecins;

L'A.S. concernée refuse de faire la demande et c'est un administratif de garde à la Direction de l'hôpital qui engage sa responsabilité.

Par ailleurs, lors de ces journées nationales plusieurs collègues ont exprimé la crainte de faire l'objet de représailles de la part du patient s'ils demandaient leur placement. L'assistant social aurait, donc, besoin d'une *protection légale* contre sa propre autorité de tutelle et à l'égard du malade. Les dispositions de la dite fiche technique n'offrent pas suffisamment de garanties aux yeux de certains participants à ce débat (2).

Un consensus relatif s'est dégagé sur cette question sur les points que je me propose d'énumérer. Pour que la demande d'H.D.T. soit envisageable aujourd'hui nous estimons qu'il faudrait remplir les conditions suivantes (outre celles déjà stipulées dans la fiche - avoir vu le patient notamment !) :

- * Ne subir aucune pression de sa hiérarchie, ne subir aucune conséquence d'un refus éventuel.
- * Bénéficier d'un encadrement technique.
- * Avoir la garantie que cette hiérarchie assumera sa responsabilité collective en cas de recours contre l'A.S.
- * Pouvoir faire appel aux méthodes propres au service social dans une procédure reconnue par l'ensemble des intervenants.

1. D. Camous, C. Fantino, "Rôle de l'assistante sociale dans la procédure d'hospitalisation à la demande d'un tiers", Actes Journées de service social psychiatrique, Ministère des Affaires sociales, Juin 1993. (les auteurs apportent un deuxième exemple où elles ont accepté de signer la demande)

2. Aucune voix ne s'est élevée dans ce milieu, ni à notre connaissance ailleurs dans le monde de la psychiatrie, pour réclamer une telle protection à la faveur des proches parents. C'est sans doute que la famille assume "naturellement" le rôle en question.

* Pouvoir disposer de toutes les informations utiles : avoir accès, notamment, au certificat médical et au médecin l'ayant rédigé.

* Etre en mesure de vérifier que la famille a été contactée et disposer des moyens pour le faire soi même.

* Connaître le patient ou être en mesure de le connaître et de s'en occuper par la suite.

* Ne subir aucune entrave dans le processus d'évaluation de la situation (par exemple disposer du temps nécessaire pour compléter un entretien même si le service devrait normalement avoir fermé ses portes).

D'un point de vue professionnel tout ceci suppose que l'éventualité d'une demande d'H.D.T. fasse partie d'une procédure connue et acceptée l'ensemble de l'équipe, et notamment que la répartition des rôles professionnels soit clarifiée. J'insisterai, par ailleurs, tout particulièrement sur le rôle de l'encadrement (la plupart des hôpitaux ont un cadre socio-éducatif amené lui même à évaluer des situations d'urgence quand cela n'est pas possible pour l'A.S. du secteur). D'autre part, il faudrait souligner que l'accueil du proche parent du malade est assuré souvent par l'assistant social. A plus forte raison faudrait il aménager le temps nécessaire à cet accueil lorsque survient l'urgence d'un placement sous contrainte.

Voilà quelques unes des conditions sine qua non de l'intervention de l'A.S. qui nous semblent découler des données présentées précédemment.

QUESTIONS DE FOND SOULEVEES PAR LA H.D.T.

Il est évident que j'avance ces réflexions dans le cadre pragmatique de l'application de la loi aujourd'hui : une réforme future mériterait une autre réflexion plus en profondeur sur les rapports entre l'institution psychiatrique et la famille. En effet, alors que tous les autres pays d'Europe justifient l'internement par la dangerosité du patient, le H.D.T. ne fait pas directement appel à cette notion mais au fait que son état impose des soins immédiats et une surveillance constante. Sans cette réflexion sur la place, les droits, les obligations de la famille dans la société d'aujourd'hui nous ne pourrions à mon avis avancer qu'à petit pas.

Le travail d'Irène Théry dans son livre le Démariage me paraît particulièrement pertinent. Théry consacre la première partie de son livre sur le divorce à son histoire à une distinction entre *le droit de principe* et *le droit de modèle*. Pour le droit de modèle, la famille est l'unité de base de la société "nul n'est bon citoyen, s'il n'est bon fils, bon père, bon frère, bon ami, bon époux". Justement cette hiérarchie (masculine) est exprimée dans les clauses de la loi de 1990 concernant la sortie du malade. Sommes-nous sortis de ce droit de modèle aujourd'hui pour entrer dans le "droit de principe" selon lequel c'est la citoyenneté qui prime et non la famille ? (Les droits à l'intérieur de la famille sont acquis seulement sur la base du contrat social notamment le contrat de mariage) Si c'était le cas nous aurions probablement un demandeur institutionnel et non un "tiers" parental. Il me semble que la co-existence de deux sortes de placement, la place importante de l'U.N.A.F.A.M., l'augmentation du nombre des P.V.s puis de H.D.T.s, sont autant d'indicateurs d'un souci spécifiquement français à préserver les droits et devoirs familiaux.

La H.D.T. appelle donc à une réflexion tant sociologique que juridique la responsabilité incombant à la famille.

Elle soulève une autre question sur laquelle je termine : l'urgence psychiatrique n'est pas l'urgence sociale. La crise psycho-sociale ne se réduit pas à l'urgence du besoin.

Le titre de ce congrès "panser la loi ou repenser la psychiatrie" laisse supposer que seule une révolution législative permettra de répondre aux exigences de l'éthique en psychiatrie. Sur la question que j'ai développée (la demande de placement sous contrainte) je pense qu'une réforme même partielle de la loi serait souhaitable actuellement. La véritable révolution serait à opérer, de mon point de vue, non pas dans une législation qui a largement montré ses limites, mais dans la pratique, et notamment la pratique sociale, de l'urgence psychiatrique. Cette pratique pourrait gagner à entreprendre un travail de clarification des rôles et les responsabilités des différents acteurs concernés.

Et pourquoi demander à Danton s'il faut changer le nom de la guillotine ?

Dominique FRIARD
Anne-Marie LEYRELOUP

(Groupe Recherche Infirmière, Hôpital Esquirol)

"Les traitements étaient peu efficaces, existaient encore à cette époque, les bains prolongés, une toile solide fixée par des agrafes sur les bords des baignoires. Les attaches de cuir fixées aux poignets et au lit par un cadenas spécial dont la clé était portée dans le troussseau de la ceinture. La camisole de force, la ceinture de force, les entraves de pieds ; les moyens de contention ne manquaient pas. Il va sans dire que les malades maintenus de cette façon étaient forcément incontinents".

Ces quelques lignes, extraites des mémoires d'Edgar Beauvils, infirmier à l'asile de Charenton dans les années 30 décrivent le pavillon des Agités. Chacun sait qu'il y avait alors peu de différences entre un séjour en prison et un séjour à l'asile. C'est même autour de ce constat qu'est née la psychothérapie institutionnelle. Si la seconde guerre mondiale, et l'internement de nombreux soignants dans des camps de prisonniers ont suscité un choc salutaire et une remise en cause en profondeur des pratiques. Qu'en est-il aujourd'hui ?

L'opposition, le déni radical de toute pathologie, les limites des structures de soins classiques situent souvent l'équipe de secteur psychiatrique comme le dernier rempart susceptible de contenir la destructivité d'un patient.

Comment répondre à certaines situations critiques et faire en sorte que nos réponses n'engendrent pas ségrégation et rejet ? Et comment à partir d'une situation de contrainte physique nécessaire créer un espace thérapeutique ? Se poser ces questions c'est également s'interroger sur les droits des patients.

L'effort thérapeutique ayant comme principal but la sédation de cette agitation, l'isolement fait partie des mesures thérapeutiques utilisées dans la prise en charge des malades mentaux. Mais il a été souvent perverti et transformé sous la pression de nécessités sociales ou administratives, en une véritable exclusion ou un simple enfermement.

Nous considérons que soin et mise à l'index s'excluent mutuellement, que ce n'est qu'en rompant l'isolement, qu'en établissant un dialogue avec le patient qu'on peut le soigner.

Que le lieu d'isolement soit baptisé cachot, geôle, cellule, chambre d'isolement ou chambre en soins intensifs peu nous importe, l'essentiel est la réalité qu'il recouvre. L'isolement implique des prisonniers, des gardiens ; le soin se définit par la rencontre entre un sujet désigné comme malade et un soignant.

L'isolement n'est pas une mesure thérapeutique anodine, il concerne non seulement le patient mais également toute la dynamique de l'unité fonctionnelle.

Les sujets des études sur l'isolement gardent en général un souvenir négatif de leur expérience à l'exception de ceux qui ont eu un encadrement de bonne qualité et/ou qui ont pu faire avec les soignants un retour sur leur vécu et sur les raisons motivant l'isolement.

Selon Vignat, l'isolement a un effet protecteur, "en offrant au patient un écran vis-à-vis des interactions maléfiques liées à la persécution délirante. L'effet contenant réduit la dispersion des contenus psychiques et le morcellement paranoïde." Dans ce cas de figure, les soignants assureraient un rôle de pare-excitation en s'interposant entre le sujet et un environnement perçu comme destructeur.

Droits du patient ou droits du citoyen ? Il nous semble qu'avant d'être un soin à un malade, le soin en psychiatrie est et doit être soin à un citoyen.

C'est en tant que citoyen malade que le patient arrive dans l'unité de soins, selon les lois d'un pays qui est le notre, selon un mode de placement qui prévoit la contrainte sous certaines conditions et pas dans d'autres, qui stipule que le patient a en tant que citoyen des devoirs mais aussi et surtout des droits.

C'est au nom de ces lois que l'infirmier occupe la place qu'il occupe, et qu'il peut être conduit à rendre compte de ce qu'il a fait.

Etre malade c'est prendre place, être soumis à un certain mode de gestion de la santé, de la folie, à un moment particulier.

Se souvenir de cela, c'est éviter qu'au nom de la maladie on privilégie des constructions théoriques qui évitent de penser le patient en tant que client (qui finance le soin d'une façon ou d'une autre), que citoyen (qui vote), que plombier, chômeur, électricien, ou enseignant, que père ou mère de famille, etc... Se souvenir de cela, c'est affirmer que l'homme et donc le patient est un être composite, sous l'emprise de plusieurs groupes d'affiliation dont aucun ne suffit à le définir de façon exclusive. Comment le citoyen malade mental ou le santoyen pour reprendre le néologisme forgé par Philippe Duprat vit-il sa mise en chambre d'isolement ?

Nous tenterons de répondre à cette question en laissant la parole au patient lui-même, nous avons pour ce faire élaboré un questionnaire en 14 points que nous avons soumis à 10 patients suivis par le XIV^{ème} secteur de Paris.

1 - Déroulement de l'enquête

Le recueil de données était exclusivement composé de questions ouvertes, ce qui nous a permis lorsque cela a été possible de mener un entretien semi-directif.

Seul 10 patients ont accepté de répondre à ces questions : neuf patients en cours d'hospitalisation, et un sorti depuis six mois.

Les questionnaires ont été recueillis par un infirmier étranger à la structure de soin, qui ne partageait en aucune façon le quotidien des

patients. L'infirmier s'est engagé à respecter strictement l'anonymat des patients, il serait le seul à connaître leurs réponses et ne les divulguerait en aucune façon à l'équipe soignante.

Il s'est par ailleurs engagé à faire remonter leurs réponses, après dépouillement, vers les soignants, la direction du Service de Soins Infirmiers et la direction du C.H. Esquirol, afin d'éviter que ces réponses ne soient lettres mortes.

Toutes les réponses ont été relues aux patients, qui ont pu modifier ce qu'ils souhaitaient modifier et approuver la retranscription de leurs paroles.

A une exception près, aucun patient sorti de l'hôpital n'a voulu se replonger dans cette expérience douloureuse. Tous ont répondu qu'ils préféreraient oublier ce qu'ils avaient vécu en C.I.

Pour ceux qui ont accepté de répondre, l'expérience semble avoir été très douloureuse, chacun a accompli un réel effort pour faire ressurgir des souvenirs parfois très proches. Un temps de récupération leur a à tous été nécessaire, l'infirmier référent de cette recherche a du cadrer, redonner du sens, resituer les trajets accomplis depuis ces séjours.

Ne considérant pas à cette étape les patients comme des schizophrènes, des paranoïaques ou des psychopathes, nous ne nous sommes pas du tout intéressés à leur pathologie. Nous nous sommes bornés à recueillir le plus fidèlement possible ce qu'ils exprimaient de leur vécu.

2 - Résultats

Les durées d'isolement sont assez inégales : de deux jours pour la durée minimum à trois mois pour la durée la plus importante, avec une moyenne de 15 jours-3 semaines. Cette durée est à apprécier avec prudence, les points de repères temporels n'étant pas forcément très fiables.

Nous n'avons pas observé de rapports évidents entre durée de l'isolement et souffrance du patient.

Parmi ces dix patients, aucun n'a dit que cette M.C.I. était injustifiée.

Certains ont expliqué leur séjour par des passages à l'acte : une bagarre, un refus de médicament, "J'ai mis mon verre de médicament à la figure d'une infirmière qui avait été mesquine avec moi". D'autres ont donné des raisons davantage reliées à leur pathologie : "J'entendais des voix", "Je délirais", "J'avais des mouvements d'humeur, des troubles émotionnels. J'avais tendance à fusionner dans tous les sens".

Le vécu des patients ne s'exprime pas d'une façon uniforme. Il est possible de repérer des différences selon l'unité de soins, la qualité de relation établie avec les soignants et les conditions matérielles d'isolement.

Si un patient a vécu facilement un séjour en chambre d'isolement qui n'était finalement pas si long (15 jours-3 semaines tout de même), si un autre "endormi par les piqûres ne s'est rendu compte de rien", le ressenti est la plupart du temps extrêmement sombre.

Les patients évoquent les limitations : "Je ne pouvais pas sortir", "je ne pouvais pas fumer".

"Les soignants t'imposent tout, te mettent en position de mendiant... mendier une cigarette, une discussion."

La plupart d'entre eux dénoncent les conditions matérielles d'isolement :

"La lumière est constamment allumée".

"Lorsqu'on veut aller aux toilettes, ils disent dans une demi-heure mais on n'a aucun moyen d'apprécier le temps qui passe".

"Les fenêtres sont trop vieilles".

"Les vitres sont en plexiglas, on voit des ombres passer devant la porte, mais on ne sait pas qui c'est".

"Les murs sont sales, chacun fait ses graffitis. On finit par ne plus percevoir que ces graffitis qui finissent par nous rendre fous. Le moindre dessin devient un diable cornu qui veut nous attirer dans le néant".

L'isolement est le plus souvent comparé avec la prison.

"Je me suis senti enfermé en prison".

"J'ai appris que même en prison, je ne deviendrais pas complètement fou". "C'était pire que la prison... En prison, ils ont des promenades obligatoires, des sorties, nous non ; en prison, il y a des sanitaires, des W.C. à la turque, ici on n'a droit qu'au seau hygiénique dans la chambre". "J'ai fait six ans de prison, à côté d'ici la prison c'est le paradis. En prison on sait combien de temps ça dure, ici non. En prison on a la télé dans la chambre, on a droit aux sorties obligatoires, à la radio encastrée dans le mur, ici rien. On peut même recevoir des visiteurs en prison, on peut apprendre un métier".

Il est certes possible d'atténuer ce constat en évoquant la fascination exercée par la prison sur certains patients psychopathes ; les patients se référant aux éléments réels et matériels de la prison, il nous semble difficile de ne lire leur parole qu'avec une grille de lecture se référant à la psychopathologie.

Concernant l'attitude des soignants au moment de la M.C.I., les réponses ne sont pas unanimes. Notons d'abord qu'un patient n'a pas souhaité répondre à cette question.

"J'espère qu'ils ont fait tout ce qui fallait pour me remettre sur les rails".

"On ne peut pas leur faire confiance, ils disent des paroles gentilles pour apaiser et ils appellent leurs copains pour te faire la piqûre, pour te maintenir".

"Non le soignant, c'est le gardien des clés, le geoaillier".

"Certains furent amenés à faire bien pire, tout en faisant leur travail".

"Ils savent qu'ils peuvent nous acheter avec des cigarettes. Si vous n'êtes pas sages, pas de cigarettes".

"Ils agissent comme des sauvages, comme des gens inhumains... Dépêchez-vous de finir, on n'a pas que ça à faire. On a du travail ! Est-ce que leur travail ça n'est pas aussi s'occuper de moi ?"

Dans une telle atmosphère, les patients n'arrivent pas à se représenter les soins, notamment au niveau relationnel, ils ne les perçoivent tout simplement pas.

Alfred évoque un soin de pied. Les autres, tous les autres n'estiment pas avoir eu de soins à

l'exception des piqûres et des médicaments distribués.

"Ils donnent des médicaments que toi tu refuses".

"A Villejuif, ils me donnaient des médicaments pour que je puisse mieux supporter l'isolement, pour que je puisse dormir, dormir, dormir".

Ce séjour leur-a-t'il apporté quelque chose ?

Si Alfred estime avoir retrouvé la réalité des choses, si Pierre pense que ce séjour a remis les choses en place, Bernard affirme qu'on aurait pu obtenir les mêmes choses sans le faire souffrir autant.

"On tire expérience des pires choses qui nous sont arrivées, ici c'est le cas".

"La psychiatrie oui, mais pas l'isolement. Ça m'a appris à réfléchir, à me contenir". Et dans cet aveu, le premier qui ne soit pas déni de la pathologie, il y a tout un espoir, un monde à reconstruire.

On pourrait se dire parvenu à ce point que l'expérience est douloureuse mais qu'au moins elle soigne, à la façon d'un électro-choc certes, mais elle soigne.

Le vécu des patients nous renvoie tout à fait le contraire.

Contrairement à ce qu'écrit Vignat, l'isolement n'a pas pour les patients interrogés un effet protecteur, au contraire. Le morcellement paranoïde devient non plus un délire mais la réalité.

"Les ombres qui passent devant la vitre en plexiglas deviennent des persécuteurs". "Je vivais ça comme une punition, comme un viol, comme une sorte de torture muette. Je ne comprenais pas".

"Les murs sont sales, chacun fait ses graffitis, ça prend d'autant plus de forces qu'on ne perçoit plus ces graffitis qui finissent par nous rendre fous".

"Ils mettent des limites à ta liberté, ils t'imposent tout, te mettent en position de mendiant. Les demandes que tu fais ne sont pas des demandes de charité, mais un dû. Tu demandes le minimum légitime que tu n'arrives pas à avoir".

Alors les patients ne comprennent pas.

"Ça m'a frustré, je suis resté bloqué, comme un p'tit loup bébé qui voit son père en colère. Je savais pas ce qui allait me tomber dessus".

"C'est vraiment angoissant, on n'a plus de point de repère, la lumière est tout le temps allumée. Lorsqu'on veut aller aux toilettes, ils disent dans une demi-heure mais on n'a aucun moyen d'apprécier le temps qui passe".

Cela provoque la colère, la révolte.

"On a l'impression de retourner à un état animal... Ça permet de tout faire sortir physiquement. On peut se laisser aller à sa violence".

"Quand on est en manque de cigarettes, on casserait tout, on a l'impression d'être dans un labyrinthe".

"Je me servais du lit en ferraille pour défoncer la porte. Du coup, ils ont enlevé le lit. Tu perds ta dignité d'être humain".

On pourrait penser que de telles exactions modifient la relation soignant/soigné, que ces geolliers resteront des geolliers. D'une façon paradoxale, il semble bien que non. Si Daniel n'a toujours pas digéré sa M.C.I., si Bernard ne peut plus saquer son médecin, les autres patients nuancent.

"T'oublies assez vite le comportement des infirmiers, surtout quand tu les connais mieux. Emile, par exemple, je pouvais pas le saquer, mais en le connaissant mieux, ça a changé. Quand tu sais comment il fonctionne dans sa tête, tu te dis c'est un type bien".

On voit même des différences s'opérer, des patients investir le soignant qui a atténué les règles strictes d'isolement.

"J'avais envie d'avoir des contacts, de la chaleur humaine... Il y a un infirmier que je trouve merveilleux, c'est Claude : quand il me voyait en colère, avec un mot il me calmait. Je jouais au gros dur, lui il était tendre".

"Certains infirmiers avaient l'air embêté, ils suivaient le règlement, c'était pas leur faute, ils essayaient de me reconforter, ils me laissaient un quart d'heure de sortie, me donnait deux cigarettes au lieu d'une".

Quels conseils donneraient-ils à un autre patient isolé ?

Le conseil paradoxal par excellence, celui qu'il est impossible de tenir : *"Restez calme"* à l'unanimité. *"Essayer de cacher sa haine, avoir le sourire quand ils vous enferment, avoir le sourire quand on lui ouvre, cela lui épargnera peut-être quatre jours d'enfernement".*

Tout cela ne signifie certainement pas qu'il ne faille pas recourir à la chambre d'isolement en cas de nécessité. Les patients eux-mêmes ne le demandent pas : *"Dans certains cas de violence je peux admettre que l'on consigne quelqu'un dans sa chambre, qu'on le calme par injection, mais qu'on le laisse enfermé 15 jours dans une chambre pour des sornettes est une pure folie".*

Que demandent-ils ?

Qu'on prenne en compte leurs besoins, même en chambre d'isolement, que l'on prenne soin d'eux, même en chambre d'isolement, qu'on se soucie d'eux, même en chambre d'isolement, qu'on les considère comme des individus responsables, même en chambre d'isolement.

Le petit nombre de patients interrogés ne nous permet pas d'aller plus loin pour l'instant, rappelons qu'en 1994 et 1995, il y a eu 15 patients isolés dans notre secteur.

La dernière question proposait de substituer au terme chambre d'isolement un autre terme plus descriptif, le mot prison apparu six fois, François nous a répliqué :

"Et pourquoi ne pas demander à Danton s'il faut changer le nom de la guillotine ?".

Communiqué de
Jean-Pierre CAMBON

Séminaire : "Lois sur l'hospitalisation psychiatrique : panser le système ou repenser la loi ?"
(Paris, 29 et 30 septembre 1995)

Dans le cadre d'une étude (de type universitaire) concernant l'exercice des droits des personnes hospitalisées pour troubles mentaux, nous avons mené notre enquête au sein d'un Service d'Accueil et d'Admission des Urgences (S.A.A.U.) d'un Etablissement Public de santé spécialisé en psychiatrie d'une grande agglomération du Sud-Ouest de la France. Cette unité de soins, née en 1988, est censée prendre en charge toutes les "entrées" dirigées vers l'hôpital, sans que n'existent sur aucun des secteurs concernés ni centre d'accueil permanent, ni centre de crise ouverts 24h/24h (un seul centre médico psychologique fonctionnait en 1988 pour six ouverts actuellement). Implicitement, sur le plan de la politique de santé mentale départementale, l'hôpital reste le pôle central du dispositif de soins ; dès lors, une psychiatrie médicalisante et "urgentiste", dont la dimension thérapeutique se situe dans le curatif et les soins de courte durée, s'est mise en place.

L'enquête montre que la question du "non consentement" est au premier plan, les personnes venant d'elles-mêmes consulter constituent une partie relativement restreinte de l'activité totale du S.A.A.V. Ce service est avant tout un lieu de contraintes où il s'agira, pour le patient, de consentir à celles-ci, et de faire face à "ses devoirs de malade hospitalisé", et ce, quelle que soit la situation juridique : hospitalisation libre, hospitalisation sur demande d'un tiers, hospitalisation d'office. Ce code de conduite est édicté à la fois par le règlement intérieur et un certain nombre de règles instituées. En résumé, mise à part l'hospitalisation d'office (installation en chambre d'isolement de façon systématique), les personnes en hospitalisation libre et celles hospitalisées sur la demande d'un tiers, bénéficient d'une situation comparable en matière d'exercice des droits. le fait d'être admis à l'hôpital par le biais du S.A.A.V. met de fait, le patient en H.L. dans une situation apparentée à celle de l'hospitalisation forcée. Les patients en H.L. comme en H.D.T. sont pris en charge de la même manière : mise en pyjama, inventaire, effets personnels rangés dans un placard fermé à clé, droit de refus de traitement (légalement reconnu au patient en H.L. par le décret du 14/01/1974) rarement exercé, droit à la critique non exercé (le questionnaire de sortie n'est pas distribué). L'augmentation

spectaculaire des H.D.T. comptabilisés au S.A.A.V. montre bien que la loi du 27.06.1990 a contribué à modifier la situation des "fausses" H.L., c'est-à-dire des personnes (répertoires en H.L.) hospitalisés en urgence contre leur gré sans qu'aucune mesure légale d'hospitalisation forcée aient été prises à leur encontre. La connaissance des droits étant un préalable à leur exercice, il paraît souhaitable que soit donné au patient une information complète sur ses droits et sa situation médico-administrative dans son ensemble. Tout traitement contraint devrait être soumis à un protocole très précis engageant le médecin prescripteur et les soignants exécutants. Sur un plan plus général, une politique de prévention aurait pu être choisie. Dans ce cas de figure, le centre médico-psychologique devient la structure pivot du secteur. Véritable lieu d'accueil au plus proche de la population, il est le repère actif d'un quartier ou d'une ville. Des intervenants aussi différents que les centres sociaux, les associations, le commissariat, l'école, l'hôpital général, etc... peuvent faire appel à lui en cas de besoin. De cette manière, il est possible de désamorcer des situations de crise en amont de l'urgence. Ainsi, un travail de consentement aux soins ou à l'hospitalisation, bien mené par une équipe mobile n'hésitant pas à se déplacer sur les "points chauds", peut éviter un certain nombre d'hospitalisation forcée en urgence.

Néanmoins, il serait utile que se réunissent des groupes de réflexion pluridisciplinaires sur le plan local et national dans lesquels serait débattue la question d'un éventuel système légal de prise en charge des situations d'urgence psychiatrique.

Si la logique ségrégative demeure avec la loi spécifique de 1990, la solution d'une loi non discriminatoire et "despécifiée" dépassant le seul aspect psychiatrique protégeant toutes les personnes qui, en raison de leur état physique ou mental, sont dans l'incapacité de donner valablement leur consentement à l'hospitalisation, paraît intéressante. Une nouvelle loi pourrait être applicable à tous les malades et dans tous les hôpitaux sans discrimination.

LE DROIT A L'INFORMATION DANS L'EVOLUTION DU DROIT

DE L'INTERNEMENT ET DE L'HOSPITALISATION

PSYCHIATRIQUE

EN FRANCE

PAR PHILIPPE BERNARDET
SOCIOLOGUE, CHARGE DE RECHERCHE AU C.N.R.S.

BRINVILLE, LE 28 AOUT 1995

LE DROIT A L'INFORMATION DANS L'EVOLUTION DU DROIT

DE L'INTERNEMENT ET DE L'HOSPITALISATION

PSYCHIATRIQUE

EN FRANCE

PAR PHILIPPE BERNARDET
SOCIOLOGUE, CHARGE DE RECHERCHE AU C.N.R.S.

I. CONTEXTE HISTORIQUE:

La loi du 30 juin 1838, tout comme l'article 64 du code pénal dont elle permit la mise en oeuvre et avec lequel elle fit longtemps système, s'inscrivaient dans une logique du tout ou rien et de l'exclusion, dans une logique selon laquelle on était sain d'esprit et responsable ou aliéné (dément) et irresponsable.

Aux termes l'article L. 336 ancien du CSP, l'aliénation mentale est une notion juridique, non médicale et d'ordre public, correspondant à un comportement particulier se traduisant notamment par le retour plus ou moins fréquent d'actes ou d'accès de démence. Cette définition ancienne, résultant de la loi du 30 juin 1838 et qui fut très vite ignorée des médecins comme des juristes, est plus restrictive que celle qui résulte de la jurisprudence liée à l'article 5 § 1(e) de la Convention européenne de sauvegarde des Droits de l'homme et des Libertés fondamentales. L'arrêt WINTERWERP c/ Pays-Bas, du 24 octobre 1979, constamment repris par la suite, se contente en effet de caractériser l'état d'aliénation comme celui d'une personne atteinte de troubles mentaux graves, justifiant l'internement par leur permanence. Pour autant, la définition résultant de la loi du 30 juin 1838 qui réserve l'internement psychiatrique aux cas les plus graves de la pathologie mentale, s'accompagnant d'actes ou d'accès fréquents et répétés de démence, continua de s'imposer juridiquement, si ce n'est dans les faits, jusqu'à la promulgation de la loi du 27 juin 1990. En effet, par application de l'article 60 de la Convention européenne, cette définition française particulière et restrictive, limitant l'internement aux cas les plus extrêmes s'imposait sur le territoire français et primait, en ce domaine, la norme européenne. Il n'y eut toutefois personne pour faire respecter, dans les faits, la rigueur d'une telle définition. Et, à la vérité, le champ d'intervention de l'internement psychiatrique ne cessa de s'étendre, notamment à fin préventive, tout au long du XX^e siècle.

Quoiqu'il en soit, sous l'empire de la loi du 30 juin 1838, les aliénés -ou du moins ceux que l'on interna comme tel, bien qu'un grand nombre d'entre eux ne répondit pas à la définition de l'article L. 336 ancien du CSP - étaient exclus, non seulement de la société par leur internement dans les asiles d'aliénés, mais encore des hôpitaux généraux et de la médecine, pour être pris en charge par des établissements qui leur étaient spécialement réservés, où s'exerçait une "médecine spéciale" pratiquée par des médecins aliénistes recevant une formation particulière. L'internement de l'aliéné excluait encore celui-ci de toute capacité civile, puisqu'il signifiait sa mise sous protection d'office, lui donnant le statut d'interdit.

Les médico-légaux, déclarés déments, étaient non seulement exclus de la société par leur enfermement, parfois dans des unités spéciales (hôpitaux de force pudiquement appelés "unités pour malades difficiles"), mais encore de leur procès, dès lors que l'instruction pénale débouchait sur une ordonnance de non-lieu pour cause de démence.

Ils se trouvaient, par là même, exclus de leur propre passé ; les faits dont ils étaient l'auteur ne pouvant plus revêtir de qualification pénale et ne pouvant plus, de ce fait, relever du droit commun.

Il fallut attendre l'entre-deux guerres pour que l'on commence à ne plus lier l'hospitalisation psychiatrique à l'enfermement et à envisager la possibilité d'hospitalisations libres ; d'autant plus que, durant la même période, l'internement psychiatrique s'étendit à une population répondant de moins en moins aux critères restrictifs de l'aliénation mentale, telle que définie à l'article L. 336 ancien du CSP. Dans ces conditions, recours à l'hospitalisation libre ne se développa vraiment qu'à partir de 1960.

Il fallut encore attendre 1968 pour que l'incapacité civile systématique des aliénés soit remise en cause ; puis les années 70 pour que la formation des psychiatres soit elle-même à nouveau repensée. Mais il faudra attendre la loi du 27 Juin 1990 et la réforme du Code pénal pour que l'on commence à se défaire de cette logique du tout ou rien dans le domaine de l'hospitalisation psychiatrique, y compris sous astreinte, et pour que l'on commence à interroger plus sérieusement les fondements de l'ancien article 64 du code pénal.

L'information des patients psychiatriques doit être replacée dans l'ensemble de cette évolution.

La loi du 30 Juin 1838, qui postulait que l'aliéné ne disposait pas de volonté propre au point que seule devait être prise en considération la volonté du tiers demandeur au placement en cas de "placement volontaire" et qui déniait toute capacité civile à l'aliéné, d'emblée interdit, avait logiquement prévu la seule information des familles, lesquelles ne devaient être avisées que par le maire, en cas de placement d'office de l'un des leurs (article L. 347 ancien du CSP).

Toutefois, la création des services libres et le développement des pratiques d'hospitalisation libre de personnes atteintes de troubles mentaux non constitutifs d'un état d'aliénation, c'est-à-dire seulement atteintes de troubles

passagers dont la gravité ne justifiait aucune contrainte, imposaient de prévoir une information particulière des personnes librement admises, d'autant qu'un contentieux relatif à certaines hospitalisations libres, dénoncées comme des internements dissimulés, s'était développé dès les années 70. La loi 81-82 du 2 février 1981 avait ainsi introduit un nouvel article L. 353-2 au Code de la Santé publique, rappelant le droit de toute personne librement admise en psychiatrie, "*d'être informée à son admission de ses droits et devoirs*".

Mais il ne s'agissait encore que d'informer la personne sur son statut juridique exact et sur les éventuelles voies de recours, plus que sur les raisons précises de son admission ; ce qui était logique puisque la personne était censée avoir elle-même sollicité l'admission, de sorte qu'elle pouvait légitimement être considérée comme connaissant les raisons de sa présence à l'hôpital.

Non moins logiquement, les personnes internées comme aliénées étaient-elles exclues du champ d'application de ce nouvel article L. 353-2 du Code de la Santé publique. L'exclusion sera toutefois plus large, puisqu'elle concernera également les personnes hospitalisées librement dans les établissements réservés aux aliénés, au risque de conduire à une violation des dispositions des articles 6, 8 et 10, combinés à l'article 14 de la Convention européenne de sauvegarde des Droits de L'homme, prohibant toute distinction que ce soit entre les personnes dans la jouissance des droits et libertés reconnus par ce texte.

Certes, l'exclusion particulière dont étaient frappés les hospitalisés libres, admis dans les CHS et dans les établissements privés habilités à recevoir des personnes en "placement d'office" ou en "placement volontaire", était-elle motivée par un souci de maintenir l'unité de tels établissements ; mais cette circonstance ne permettait guère de réduire le hiatus résultant de la privation de droits de personnes dont le statut conduisait, au contraire, à leur en garantir la jouissance.

Quelle pouvait être, par ailleurs, la légalité de l'exclusion d'un tel droit d'information des personnes admises sous contrainte en placement d'office ou volontaire, dès lors que la notion d'aliénation, même dans sa conception traditionnelle, telle qu'elle transparaît de l'article L. 336 ancien du CSP, ne renvoie pas à un état permanent de démence, mais à des actes ou à des accès plus ou moins fréquents, espacés d'intervalles de lucidité, si ce n'est à de simples troubles mentaux dont la gravité ne va pas jusqu'à exclure la conscience, hormis celle de la nécessité du traitement ?

Dans ces conditions, la redéfinition du droit à l'information, non seulement des personnes hospitalisées libres, mais encore de celles admises sous contrainte, s'imposait, d'autant que la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme avait établi depuis 1981 (arrêt X. contre Royaume-Uni, du 5 novembre 1981, série A n° 46, p.26, § 66) que les dispositions de l'article 5 § 2 de la Convention européenne s'appliquent aux cas des personnes internées comme aliénées, ce que

confirmera plus nettement encore l'arrêt Van der LEER contre Pays-Bas, du 21 février 1990 (p.7, § 27).

Rappelons que l'article 5 § 2 dispose:

" Toute personne arrêtée doit être informée dans le plus court délai et dans une langue qu'elle comprend, des raisons de son arrestation et de toute accusation portée contre elle. "

II. LES TEXTES AUJOURD'HUI APPLICABLES :

1°) LA LEGISLATION FRANÇAISE :

L'article L. 326-2 nouveau du CSP, 2ème alinéa, issu de la réforme du 27 juin 1990, dispose désormais que toute personne hospitalisée en psychiatrie, quel que soit le mode d'admission,

"doit être informée dès l'admission et, par la suite, à sa demande, de sa situation juridique et de ses droits ".

L'on remarquera qu'il s'agit là seulement d'une extension, à l'ensemble des personnes admises en psychiatrie, quel que soit leur régime et la spécialisation de l'établissement d'accueil, des dispositions initialement prévues par l'ancien article L. 353-2 du CSP, tel qu'il résultait de la loi du 2 février 1981. L'information obligatoire ne porte que sur le statut juridique et les droits de la personne, non sur les raisons de son éventuelle détention.

En faisant un texte commun à l'hospitalisation libre et à l'hospitalisation involontaire, le législateur a ainsi gommé la particularité de l'internement, renvoyant à des situations dans le cadre desquelles les intéressés peuvent ignorer les raisons de leur détention, alors que la connaissance de tels motifs conditionne, parfois, l'accès aux voies de recours.

L'article L. 326-2 nouveau du CSP ne définit pas, par ailleurs, la forme sous laquelle une telle information sur le statut juridique et les droits de la personne doit être donnée aux intéressés. D'autres dispositions de la législation française pourraient, en partie, combler de telles lacunes, mais nous verrons que la jurisprudence récente ne concourt guère à clarifier ces questions.

Soucieuse d'améliorer les relations entre l'administration et le public, le législateur français a posé, à l'article 8 de la loi du 17 juillet 1978:

"Sauf disposition prévoyant une décision implicite de rejet ou un accord tacite, toute décision individuelle prise au nom de l'Etat, d'une collectivité territoriale, d'un établissement public ou d'un organisme, fût-il de droit privé, chargé de la gestion

d'un service public, n'est opposable à la personne qui en fait l'objet que si cette décision lui a été préalablement notifiée."

L'on pourrait légitimement s'attendre à ce que ce texte soit applicable aux décisions de placement ou d'hospitalisation d'office, comme aux décisions d'admission en placement volontaire ou d'hospitalisation à la demande d'un tiers. Encore faut-il souligner que ce texte ne garantit la notification préalable à l'intéressé que de la décision proprement dite, non de sa motivation ; remarque qui n'est pas sans importance lorsqu'on sait qu'en matière d'internement, une jurisprudence séculaire, et malheureusement constante du Conseil, admet la motivation par simple référence à un certificat médical.

Lorsque la motivation de l'acte figure toute entière sur un tel certificat médical, la notification de la décision à l'intéressé ne suffit donc pas à lui en révéler les motifs.

Les articles 1 et 4 de la loi du 11 juillet 1979 pourraient bien concourir à palier une telle carence puisqu'ils disposent:

" Article 1er: les personnes physiques ou morales ont le droit d'être informées sans délai des motifs des décisions administratives individuelles défavorables qui les concernent."

- " Article 4: Lorsque l'urgence absolue a empêché qu'une décision soit motivée, le défaut de motivation n'entache pas d'illégalité cette décision. Toutefois si l'intéressé en fait la demande (L. n° 86-76 du 17 janvier 1986) "dans le délai de recours contentieux", l'autorité qui a pris la décision devra, dans un délai d'un mois, lui en communiquer les motifs.

Les dispositions de la présente loi ne dérogent pas aux textes législatifs interdisant la divulgation ou la publication de faits couverts par le secret ."

Il résulte de ces textes que si l'intéressé doit avoir notification de la décision, il peut n'être qu'informé des motifs de celle-ci, à condition toutefois que ces motifs ne portent pas atteinte au secret médical. Autant dire, donc, que lorsque la décision est motivée par référence à un certificat médical, la personne peut être tenue dans l'ignorance totale des raisons de sa détention.

Mais une question préalable se pose. Les lois de 1978 et de 1979 sont-elles applicables au cas des personnes admises en psychiatrie et, notamment, à celles objet d'une décision d'hospitalisation involontaire ?

A vrai dire, seule l'hospitalisation involontaire fait ici problème, car l'hospitalisation libre n'étant pas, lorsqu'elle est réellement libre, une décision faisant grief à la personne, n'entre pas dans le champs d'application de ces textes. Seuls le placement et l'hospitalisation d'office, d'une part, et, d'autre part, le placement volontaire ou l'hospitalisation à la demande d'un tiers, sont susceptibles de relever de telles dispositions.

L'examen de la jurisprudence récente va nous permettre de répondre plus précisément à une telle question.

2°) LA JURISPRUDENCE FRANÇAISE :

Depuis l'arrêt de section du Conseil d'Etat du 31 mars 1989 (affaire LAMBERT), il a été établi que les dispositions de la loi du 11 juillet 1979 s'appliquent aux personnes, objet d'une décision préfectorale de placement ou d'hospitalisation d'office, mais également que ces dispositions ne font pas obstacle à une motivation par simple référence à un certificat médical.

De même, par un arrêt du 3 mai 1990, le Conseil d'Etat (1ère et 4ème sous-sections réunies, Ville de Gaillac contre MIGLIORE) a-t-il établi que les mesures provisoires des maires des communes et, à Paris, des commissaires de police, prises sur le fondement de l'ancien article L. 344 (nouvel article L. 343) du Code de la santé publique, doivent répondre aux exigences de motivation de la loi du 11 juillet 1979.

C'est à l'occasion d'un pourvoi de M. M. G. à l'encontre d'un jugement du tribunal administratif de Dijon du 21 mars 1989 ayant rejeté ses onze requêtes dirigées contre divers CHS que, par arrêt du 10 février 1992, les 1ère et 4ème sous-sections de la Section du contentieux du Conseil d'Etat ont envisagé l'applicabilité de la loi du 17 juillet 1978 aux mesures d'hospitalisation d'office, provisoires ou définitives, tout en rappelant que le défaut de notification est sans incidence sur la nature des décisions des chefs d'établissement, prises dans ce cadre, lesquelles demeurent liés aux ordres reçus de l'autorité de police administrative.

Une jurisprudence particulière -et courageuse- doit, ici, être signalée : si par jugement du 14 avril 1994, le tribunal administratif de Lille n'a pas cru devoir annuler la décision d'admission en placement d'office de René LOYEN, prise par le Directeur du CHS d'Armentières au vu de l'arrêté préfectoral de placement, au motif que le chef d'établissement se trouvait lié à l'ordre préfectoral d'internement, il n'en a pas moins condamné ledit CHS, par un second jugement de plein contentieux du 9 juin 1994, à verser au requérant la somme de 25 000 Fr. au motif, notamment, qu'il l'avait admis sans ordre dûment rendu exécutoire, faute de notification préalable à l'intéressé de l'arrêté de placement. La jurisprudence de la Haute Assemblée conduisait pourtant à établir que la notification des décisions n'est pas une condition de validité des actes administratifs et qu'ainsi, **l'absence** de notification ne saurait **entraver la mise à exécution des actes**. Tout au plus, ce défaut de notification est-il sanctionné par "l'inopposabilité" de l'acte contre lequel il est permis de recourir à tout moment, même après l'expiration des délais habituels de recours contentieux, lesquels ne courent que du jour de la notification régulière, portant à la connaissance de l'intéressé, non seulement la décision qui le frappe, mais encore les voies et délais de recours.

En ce sens, le fait qu'en droit public un acte soit inopposable, ne signifie pas qu'il ne soit pas exécutoire. Il est à peine besoin de souligner combien cette notion

d'inopposabilité du droit public diffère de l'inopposabilité que connaît le droit privé, celui-ci empêchant radicalement une personne de se prévaloir d'un acte à l'égard de celle pour laquelle l'acte est inopposable. Le jugement du 9 juin 1994 du tribunal administratif de Lille tend donc à assimiler, du moins au plein contentieux, opposabilité et caractère exécutoire d'un acte administratif. Mais cette jurisprudence demeure isolée.

Pour être complet il conviendrait de signaler le cas particulier des mesures provisoires arrêtées par les maires des communes conformément aux articles L. 344 ancien et L. 343 nouveau du CSP. En effet, l'article L. 122-29 du Code des Communes dispose:

"Les arrêtés du maire ne sont exécutoires qu'après avoir été portés à la connaissance des intéressés (...) par voie de notification individuelle".

Mais aucun tribunal ne s'est encore prononcé sur l'applicabilité d'un tel texte aux arrêtés de placement provisoire. Seul, dans l'affaire LEDRUT, le Conseil d'Etat a-t-il écarté le moyen concernant les mesures provisoires prises par les commissaires de police de Paris ; mais il est vrai que le commissaire de police n'est pas le maire, de sorte que la question demeure entière pour les actes du maire en dehors de la ville de Paris. De surcroît, les mesures prises par la police municipale ne prennent pas obligatoirement la forme d'un arrêté.

Par delà les conséquences de l'absence de notification des décisions de placement d'office sur la légalité des décisions d'admission prises par les chefs d'établissement au vu des arrêtés municipaux ou préfectoraux de placement d'office, comme sur la responsabilité desdits établissements, la responsabilité de l'ordonnateur de la mesure, dans l'absence d'information de l'intéressé, ne saurait faire de doute ; car il appartient, au premier chef, au décideur, de faire procéder aux actes de notification lors de la mise à exécution de sa décision. La responsabilité de l'Etat, comme des municipalités, a donc pu être recherchée sur cette seule base (voir tout récemment le jugement du Tribunal administratif de Paris du 14 avril 1995, affaire NOLLET, mais encore Tribunal de grande instance de Paris, Mme B., 9 mars 1992, et Mme Petit, 5 mars 1993).

La responsabilité de l'Etat avait d'ailleurs été très clairement retenue par le Conseil d'Etat dès 1986 dans une affaire DOURSOUX (arrêt du 22 octobre 1986), du fait de l'absence de notification à la personne de l'arrêté de sortie, alors même qu'il s'agissait d'un internement antérieur à la loi du 17 juillet 1978 ; la Haute Assemblée :

"considérant que si la décision du préfet mettant fin à l'internement d'office de Mme DOURSOUX a fait l'objet des notifications prévues par l'article L. 347 du code de la santé publique, aucune notification n'a été faite à Mme DOURSOUX ; que le Préfet était tenu, même en l'absence de texte l'imposant expressément, de notifier cette décision à la personne qu'elle concerne directement ; qu'ainsi, en n'informant pas Mme DOURSOUX qu'il avait décidé de mettre fin à son internement d'office du 15 mars 1971, le Préfet de la Charente a commis une faute de nature à

engager la responsabilité de l'Etat " (voir, plus récemment, dans le même sens, l'arrêt de la Cour administrative d'appel de Lyon, Mlle MARLOUSET, 9 mars 1993).

Il ressort donc de ces textes, et de cette jurisprudence, l'obligation manifeste, pour l'administration municipale ou préfectorale, de notifier à la personne les décisions d'hospitalisation d'office qui la concernent. Mais cette obligation inclut-elle celle de porter à la connaissance des intéressés la motivation de telles décisions, voire de la leur notifier ?

La jurisprudence nationale demeure encore muette sur ce sujet qui n'a, jusqu'ici, été abordé que d'une manière indirecte .

La question de l'accès à la motivation des arrêtés de placement d'office a en effet été tout dernièrement examinée par deux arrêts du Conseil d'Etat (M. G. G. contre Préfet de la Creuse, 25 mai 1994; Ministère de l'intérieur contre M. F. D., 3 mars 1995), lesquels reprennent la curieuse solution, laborieusement échafaudée par le Tribunal administratif de Caen, dans une affaire L. contre Préfet du Calvados (jugements des 9 octobre 1990, 4 février 1992 et 20 octobre 1992, objets d'un pourvoi au Conseil d'Etat non encore examiné).

Cette solution consiste à constater que le certificat médical contenant la motivation de la décision est couverte par le secret médical ; de sorte que ni l'intéressé, ni le juge administratif ne sauraient y accéder directement. Ainsi appartiendrait-il au tribunal, d'une part, d'enjoindre l'administration à produire au médecin désigné par l'intéressé, le certificat contenant la motivation de la décision d'internement, d'autre part, de laisser le soin à la personne concernée d'autoriser, le cas échéant, le juge administratif à en prendre connaissance, afin que ce dernier statue sur la légalité de la motivation contenue par un tel certificat médical.

L'histoire ne dit pas, comme le remarque pertinemment un commentateur (B. MALIGNER, 1995), ce qu'il advient lorsque l'intéressé refuse cet accès au juge administratif. Dans l'affaire L. déjà citée, cette position du requérant avait conduit le Tribunal administratif de Caen à rejeter le recours au motif que l'intéressé ne mettait pas le tribunal en état de statuer sur la validité des moyens dont il l'avait saisi.

Mais surtout, l'histoire ne dit pas ce qu'il advient lorsque l'intéressé autorise le juge administratif à accéder audit certificat, cependant que le médecin choisi par la personne estime, de son côté, que l'état de santé de l'intéressée ne lui permet pas de prendre connaissance du contenu de la pièce médicale en question et, par suite, de la motivation de la décision administrative. L'on voit ainsi dans quelle impasse la magistrature administrative s'est aventurée à seule fin de préserver sa vieille doctrine séculaire de motivation des décisions d'internement par simple référence à un certificat médical, et dans quelles difficultés elle a placé les personnes recourant à son arbitrage.

Selon une telle jurisprudence, non seulement l'accès à la motivation de la décision administrative d'internement peut n'être qu'indirecte, mais encore peut-il être rendu impossible, tant à l'intéressé qu'au juge. Plus encore, le contrôle de la légalité de

cette motivation, par le juge de l'excès de pouvoir, ne passe-t-il plus, désormais, ni par le bon vouloir de l'administration, ni par celui de l'intéressé, mais par l'appréciation du médecin choisi par la personne, et dépend donc, dès lors, de l'état de santé de celle-ci comme du bon vouloir de son médecin.

Singulière justice qui refuse de se donner les moyens de juger et qui se lie à l'autorité médicale pour statuer en droit; qui, de surcroît, n'est plus en mesure d'assurer l'équité du procès au requérant, puisqu'elle ne lui garantit plus de pouvoir accéder directement à l'objet même du litige !

A l'opposé d'une telle attitude, ne conviendrait-il pas de poser, une fois pour toutes, que la motivation par simple référence des décisions privatives de liberté est prohibée, afin d'éviter une telle impasse et la violation quasi systématique de l'article 9 § 2 du Pacte de l'ONU, lequel exige, comme nous le verrons plus loin, la notification, aux personnes, de la motivation de telles décisions ou, à tout le moins, des accusations portées à leur encontre ?

Mais il y a plus surprenant encore. Dans un arrêt concernant Mlle C. W. c/ CHS Paul Guiraud de Villejuif, les 1ère et 4ème sous-sections de la Section du contentieux du Conseil d'Etat ont cru pouvoir établir, implicitement, mais non moins nécessairement, qu'en matière de "placement volontaire" et, par suite, d'"hospitalisation à la demande d'un tiers", les lois du 17 juillet 1978 et du 11 juillet 1979 ne sont pas applicables:

"considérant que la décision d'admission que le directeur de l'établissement auquel est présenté une demande de placement volontaire prend, après avoir vérifié la présence de toutes les pièces visées à l'article L.. 333 du code de la santé publique et qui devront être mentionnées sur le bulletin prévu au dernier alinéa de l'article L. 333, n'a pas à être formalisée par écrit et, par suite, à être motivée ; que, par suite, le moyen tiré de ce que la décision par laquelle le directeur du Centre hospitalier spécialisé de Villejuif a admis Mlle C. W. dans son établissement le 10 août 1985 n'avait pas été motivée, n'est pas fondée."

Certes, la Haute Assemblée, qui en était pourtant saisie, n'a-t-elle pas dit expressément que les lois de 1978 et de 1979 n'étaient pas applicables à l'espèce ; mais un tel arrêt ne semble guère pouvoir s'interpréter autrement.

Ainsi donc en matière de placement volontaire ou d'hospitalisation à la demande d'un tiers, l'information du patient ne saurait passer, en droit interne, par la notification de la décision d'admission, dès lors qu'elle ne fait l'objet d'aucune décision écrite et qu'il paraît difficile de notifier des paroles en l'air -surtout lorsqu'on sait qu'en droit administratif, la notification suppose la remise à la personne d'une copie de l'acte- ni par l'accès direct ou indirect aux motifs d'une telle décision, puisqu'aussi bien celle-ci n'a pas même à être motivée... Au regard d'une telle jurisprudence, l'information de la personne, sur les raisons de sa détention, pourrait bien être

quasiment nulle pour ne se limiter qu'à quelques indications sur sa situation juridique et sur ses droits de recours.

Heureusement, cet arrêt du Conseil d'Etat ne semble pas avoir convaincu le juge administratif. Ainsi par jugement du 25 avril 1995, le Tribunal administratif de Strasbourg (M. Y. L. c/ CHS d'Erstein) a annulé une décision de sortie à l'essai sous le régime du placement volontaire:

"considérant que la décision plaçant une personne internée sous le régime du placement volontaire en sortie d'essai constitue, du fait des contraintes qu'elle maintient à l'égard de l'intéressée, une mesure restrictive des libertés soumise à l'obligation de motivation en vertu de la loi du 11 juillet 1979, qu'il est constant que la mesure prise par le directeur du Centre hospitalier spécialisé d'Erstein le 20 juillet 1989 n'est pas motivée ; que dès lors M. L. est fondé à en demander l'annulation".

La règle nationale demeure donc confuse, du moins dans son application.

Les normes internationales permettent-elles de mieux définir les modalités d'information comme de préciser le niveau d'information des patients, admis contre leur gré, dans les établissements psychiatriques ?

3°) LES NORMES INTERNATIONALES APPLICABLES EN FRANCE:

En dehors de l'article 5 § 2 de la Convention européenne des droits de l'homme, l'article 9 § 2 du Pacte international de l'ONU, relatif aux droits civils et politiques, semble pouvoir s'appliquer à la matière depuis sa ratification par la France en février 1984. Il s'énonce ainsi qu'il suit :

*"Tout individu arrêté **sera informé** dès son arrestation, **des raisons de cette arrestation et recevra notification**, dans le plus court délai, de toute accusation portée contre lui".*

Les mêmes raisons, qui ont conduit la Cour européenne à appliquer les dispositions de l'article 5 § 2 au cas des aliénés, semblent devoir conduire à l'application de l'article 9 § 2 du Pacte international de l'ONU au cas de l'internement psychiatrique. Toutefois, aucune jurisprudence n'existe encore en cette matière, tant des juridictions françaises, que du Comité des droits de l'homme de l'ONU.

Nous raisonnerons cependant ici dans le cadre des garanties posées par l'article 5 § 2 de la Convention européenne comme par l'article 9 § 2 du Pacte de l'ONU, tout en rappelant que ces dispositions priment le droit interne et la jurisprudence qui s'y rattache par l'effet de l'article 55 de la Constitution française du 4 octobre 1958. Enfin, dans la mesure où la France a ratifié le Pacte de l'ONU, les dispositions de ce texte, susceptibles de mieux préserver les droits de l'homme que ne

le feraient celles de la Convention, s'imposeraient aux organes européens assurant le contrôle des actes de l'administration française. En effet, dans la mesure où ces dispositions rejaillissent sur la régularité de l'internement, telle que visée à l'article 5 § 1 (e) de la Convention renvoyant, au premier chef, au respect de la règle interne, l'article 60 de la Convention impose aux organes de la Convention de considérer celles-ci comme impératives.

Il convient toutefois de souligner, d'emblée, que ces deux normes internationales ne garantissent, ni l'une, ni l'autre, la notification de la décision privative de liberté à la personne, mais seulement une information sur les raisons de son arrestation (articles 5 § 2 CEDH et 9 § 2 ONU) comme sur les accusations portées contre elle (article 5 § 2 CEDH). En matière de notification à l'intéressé, seul l'article 9 § 2 du Pacte de l'ONU prévoit "*la notification (...) de toute accusation portée contre lui*".

Selon ces normes internationales, qui constituent les garanties minimales de sauvegarde des droits de l'homme, la notification des accusations apparaît plus importante que la notification de la décision privative de liberté, dès lors qu'une information sur les raisons de l'arrestation est, par ailleurs, délivrée "*dans le plus court délai*".

L'on voit, à cet égard, que la législation française, comme la jurisprudence précédemment analysée, ne sont guère satisfaisantes, puisqu'elles ne garantissent qu'une information sur le statut juridique et les droits de l'intéressé et la notification des décisions d'hospitalisation d'office, mais non d'admission à la demande d'un tiers. Si elles prévoient, en outre, que la personne doit être informée des motifs de sa détention, ce n'est que dans l'exacte mesure où, d'une part, la décision fait partie de celles devant être motivées -ce qui, selon le Conseil d'Etat, n'est pas le cas des décisions de placement volontaire ou d'hospitalisation à la demande d'un tiers- d'autre part, que dans la mesure où la décision est motivée directement et non pas par référence à un certificat médical ; ce qui est pourtant généralement le cas des décisions de police prises par les maires, les commissaires de police ou par les Préfets.

Mais que faut-il entendre, selon la norme internationale, par : "*information sur les raisons de l'arrestation*" ? A notre connaissance, aucune décision du Comité des droits de l'homme de l'ONU ne permet de mieux circonscrire le problème. En revanche, la jurisprudence de la Cour européenne, comme certaines décisions de la Commission européenne des droits de l'homme, sont susceptibles d'apporter un nouvel éclairage.

L'arrêt Van der LEER, déjà cité, de la Cour européenne des Droits de l'homme, souligne ainsi :

"le lien étroit entre les paragraphes 2 et 4 de l'article 5"

et conclut :

"Quiconque a le droit d'introduire un recours en vue d'une décision rapide sur la légalité de sa détention, ne peut s'en prévaloir efficacement si on ne lui révèle dans le plus court délai, et à un degré suffisant, les raisons pour lesquelles on l'a privé de sa liberté (voir, mutatis mutandis, l'arrêt X. contre Royaume-Uni, du 5 novembre 1981, série A n° 46, p. 28, § 66)" (arrêt Van der LEER, p. 7, § 28).

Par conséquent la seule information sur le statut juridique et les droits de l'intéressé ne suffit pas. On doit, en outre, lui révéler, à un degré suffisant pour lui permettre de s'en prévaloir éventuellement et efficacement devant le tribunal compétent, les raisons pour lesquelles on l'a privé de sa liberté .

On remarquera ainsi que l'information ne porte pas tant sur les motifs figurant sur la décision que sur les raisons effectives d'une telle détention ; raisons qui doivent être révélées à un degré suffisant. Or, l'on sait que certaines décisions de placement sont insuffisamment motivées. Elles sont d'ailleurs annulées comme telles par la juridiction administrative. Révéler, à la personne, cette seule motivation officielle figurant à l'acte privatif de liberté ne saurait, en l'espèce, suffire à répondre aux exigences de tels textes.

Même si une attention particulière est portée aux raisons de l'arrestation plus qu'aux modalités propres de ce genre de décision, l'information sur la situation de la personne, sur son statut juridique exact et sur ses droits, n'en est pas pour autant oubliée par la norme internationale.

Dans le cas de l'affaire Van der LEER, la Cour européenne constate :

" La requérante séjournait à l'hôpital aux fins de traitement, sur une base dite volontaire ⁽¹⁾. Elle apprit le 28 novembre 1983 seulement, à l'occasion de sa mise en isolement, qu'elle n'était plus libre de le quitter quand elle le voulait, en raison d'une ordonnance rendue dix jours auparavant (...)

*Il appert donc que l'intéressée ne fut pas avisée **ni de la manière**, ni dans les délais voulus par l'article 5 § 2 des mesures privatives de liberté la frappant. Or il importait d'autant plus de les lui signaler qu'elle se trouvait déjà à l'hôpital psychiatrique avant la décision du juge, laquelle ne changea pas sa situation de fait ."*

Cet arrêt ne définit cependant pas la forme sous laquelle cette information doit être donnée aux personnes.

Si, au regard du pacte de l'ONU, " *les accusations* " doivent faire l'objet d'une " *notification* ", " *les informations sur les raisons de l'arrestation et de la détention* " peuvent, au regard de la Convention européenne, être délivrées oralement.

¹ Il ne s'agit pas ici de l'équivalent de l'ancien "placement volontaire" français, mais d'une "hospitalisation libre"; le droit néerlandais diffère, sous ce rapport, du droit français.

*" La Commission rappelle que cette disposition (celle de l'article 5 § 2) n'exige pas que les raisons de la détention soient fournies par écrit ni sous quelque autre forme spéciale (cf., n° 1211/61 , Ann. 5 p. 224; n° 2621/65 Ann. 9, p. 474; n° 8098/77, déc. 13.12.78, D.R. 16, p.11). Il suffit que la personne détenue se voit indiquer, **dans un langage simple accessible pour elle**, les raisons **juridiques et factuelles** de sa privation de liberté (Cour européenne, D.H., arrêt FOX, CAMPBELL et HARTLEY du 30 août 1990, série A, n° 182, p. 19, par. 40) " (déc. du 11 mai 1994, req. n° 177/24/91 Marie-Louise et René LOYEN c/ France, p. 7; déc. du 11 mai 1994, req. n° 18526/91 J-C. C. c/ France, p. 8).*

Dans une décision du 29 juin 1994 (req. n° 17734/91, G. et M. L. c/ France, p. 8), la Commission européenne précise encore que cette information sur les raisons de la détention doit être délivrée à la personne :

"afin qu'elle puisse en discuter la légalité devant un tribunal et ces renseignements peuvent ne pas être donnés intégralement sur le champs" .

Dans le cas d'espèce :

"La Commission relève que le premier requérant a indiqué dans ses conclusions devant le Tribunal de grande instance avoir eu notification de l'arrêté de transfert et avoir eu connaissance de l'arrêté de placement d'office. La Commission observe par ailleurs qu'il introduit une demande de sortie selon l'article L. 351 du Code de la santé publique dès le lendemain du jour où a été pris le second arrêté, ce qui montre qu'il avait été informé du fondement de sa détention dans le plus court délai. Dans ces conditions, la Commission estime que le premier requérant a reçu une information suffisante aux fins de l' article 5 § 2 de la Convention" (p.9).

Cette décision peut paraître surprenante, car elle revient à dire que la connaissance de son statut juridique exact suffit et, qu'en ce sens, la notification de la décision de placement, motivée par simple référence à un certificat médical non accessible, répond aux exigences de la Convention, bien qu'un tel acte de notification ne révèle manifestement pas, à un degré suffisant, les raisons de la détention, et ne livre pas les éléments nécessaires à en contester le bien-fondé devant le tribunal compétent. Savoir que l'on est interné par une décision du préfet, prise au vu d'un certificat médical précisant que l'on est aliéné et dangereux, ne saurait permettre de discuter utilement, devant le juge, une telle motivation, autrement qu'en contestant l'existence de tout danger comme de tout état d' aliénation. Si on ne révèle pas à la personne les circonstances précises, retenues pour conclure à l'état d'aliénation et au danger, on la prive du même coup du moyen de discuter opportunément des faits de l'espèce comme de mettre efficacement en cause les conclusions, tant administratives que médicales, fondant la décision.

Sous ce rapport, la loi du 27 juin 1990 assure quelques nouvelles garanties puisqu'elle exige que les arrêtés de placement énoncent, "**avec précision** ",

les circonstances de fait. La notification d'un arrêté suffisamment motivé et circonstancié, pourrait alors répondre, de ce seul fait, aux exigences de l'article 5 § 2 ; encore convient-il de préciser que la connaissance de la motivation écrite, de surcroît en langage administratif, peut ne pas correspondre, dans certains cas, à l'exigence d'une information simple et accessible à la personne, retenue par la jurisprudence qui s'attache à cet article..

Dans une affaire G., A., G. et C. J. contre France (req. n° 18657/91) la Commission a pu déclarer recevable le moyen tiré de la violation de l'article 5 § 2, le premier requérant se plaignant :

" de n'avoir été que partiellement informé des raisons de son placement et de son maintien en internement et de n'avoir eu connaissance de l'arrêté de placement initial que quatre années plus tard. Le gouvernement reconnaît que ni l'arrêté de placement d'office du 2 février 1987, ni l'arrêté de maintien du placement du 26 novembre 1990 n'ont été notifiés au requérant ni à sa curatrice. Le requérant souligne les difficultés qui ont résulté de cette violation et notamment son impossibilité de saisir les autorités judiciaires pour faire valoir ses droits "(p. 11).

Ainsi l'absence de notification des décisions d'internement n'est-elle pas, au regard des organes de la Convention, déterminante dans le constat d'une éventuelle violation de l'article 5 § 2. Une telle circonstance fait toutefois partie des éléments éventuellement retenus par la Commission pour déclarer recevable un tel grief. Il n'est donc pas possible de dire que l'absence de notification des décisions privatives de liberté est sans incidence sur l'éventuelle violation de l'article 5 § 2. Tout dépend des circonstances particulières de l'espèce, du contenu de la décision à notifier et de la nature de l'information délivrée à l'intéressé en dehors de toute notification.

De surcroît, par une seconde décision du 30 novembre 1994 dans l'affaire précitée M. J.-C. C. c/ France (req. n° 18526/91), la Commission a déclaré recevable le grief tiré de la violation de l'article 5 § 4 de la Convention résultant de ce *"qu'aucune saisie du juge administratif n'est possible lorsque, comme en l'espèce, la décision d'internement n'est pas notifiée"*, le Code français des tribunaux administratifs et des cours administratives d'appel imposant de joindre la copie de la décision à tout recours en annulation ; ce qui n'est possible que si cette décision a été préalablement notifiée à la personne.

III. RETOUR A LA PRATIQUE NATIONALE:

Les textes et la jurisprudence, ci-dessus analysés, ont conduit, en France, à une pratique assez diversifiée.

Depuis la réforme du 27 juin 1990, certains établissements mettent à la disposition des patients un imprimé précisant leur statut juridique et leur droit. La note d'information ministérielle du 8 février 1995 précise ainsi :

" En ce qui concerne l'hospitalisation à la demande d'un tiers, pour laquelle il n'y a pas de document émanant d'une autorité administrative notifiant l'admission, la commission de Charente-Maritime a fait mettre en place, par les établissements, un bulletin d'admission informant le malade de sa situation "(p.3).

En vérité, cette pratique est désormais plus largement répandue. Toutefois, la remise d'un tel formulaire ne garantit pas qu'une telle information est délivrée dans un langage simple et accessible à chaque patient, susceptible, le cas échéant, de lui permettre de recourir opportunément et de lui faire comprendre qu'il dispose précisément d'une voie de recours, éventuellement par l'intermédiaire d'un homme de loi ou de l'un de ses proches.

Le formulaire établi par exemple par le CHS d'Erstein ne fait pas moins de trois pages et comprend huit chapitres. Ce document se termine par une attestation mentionnant :

"Je soussigné atteste avoir été informé(e) de ma situation juridique, de mes droits et obligations lors de mon admission le en hospitalisation à la demande d'un tiers."

L'attestation prévoit la signature de l'intéressé et comporte en outre la précision suivante:

"Document remis en présence de M. "

La mention devant être complétée par ceux ou celles procédant à la remise du document, lesquels peuvent, parfois, noter comme en l'espèce:

" M. X. ... affirme ne pas pouvoir lire."

Précision ôtant dès lors toute validité à l'information ainsi délivrée.

De toute évidence, la remise de tels formulaires ne saurait garantir que la personne a reçu une information accessible et utile, tenant compte de son état de santé, de sa situation particulière et de sa personnalité. Une telle information paraît toutefois suffisante aux yeux de certains juges nationaux.

Par ordonnance du 21 avril 1995 le Président du Tribunal de Grande Instance de Strasbourg constate ainsi:

"Il est par ailleurs établi que les modalités de ce placement ainsi que l'exercice des droits possibles et facultés de communication avec les autorités de

contrôle et le régime de l'hospitalisation à la demande d'un tiers ont été notifiées à M. L. sous la forme d'un imprimé qu'il a émargé le 1er Février 1995 au Centre Hospitalier d'Erstein y portant même la mention: "mes droits sont bafoués."

L'on remarquera que, ce faisant, aucune information effective ne fut délivrée à la personne sur les causes de sa détention, comme sur les éventuelles accusations portées à son encontre, au point qu'il ignorera même longtemps, l'identité du tiers demandeur à son hospitalisation involontaire.

Dans un rapport du 30 avril 1994, établi au nom de la Commission départementale des hospitalisations psychiatriques de Paris, le Docteur BORNSTEIN constate pour sa part:

"L'information qui doit être donnée en vertu de l'article L. 326-3 à la personne hospitalisée lors de son admission ne paraît pas précise et systématique. Il pourrait être préconisé de remettre à chaque malade un document sur les dispositions de la loi, y compris de ses droits à un moment donné de l'évolution de sa pathologie " (p. 3).

Mais on a vu que de tels formulaires standards ne sauraient garantir, pour chaque cas, l'accès réel à l'information, laquelle doit, au contraire, être personnalisée et doit, de ce fait, passer par un entretien et une information orale, éventuellement étayée d'un support écrit ; entretien durant lequel la présence d'un médecin paraît nécessaire pour déterminer la forme la plus appropriée à l'état de santé de la personne, de l'information ainsi délivrée.

Dans sa note déjà citée du 8 Février 1995, la Direction de la Santé souligne que de nombreuses commissions insistent sur l'insuffisante information donnée aux patients et à leur famille, sur leurs droits, les visites des commissions dans les établissements:

"Il est également souhaité qu'une information soit donnée aux patients sur les traitements, les risques liés aux neuroleptiques pour limiter les accidents" ⁽¹⁾ (...). Plusieurs commissions posent le problème de l'information des malades sur les voies de recours à l'encontre des mesures d'hospitalisation sans consentement, c'est-à-dire quelle est la forme que doit prendre la notification des décisions " (p. 3).

Inutile d'insister: L'information des patients demeure, aujourd'hui encore, problématique, voire quasi nulle, et en tous cas, plus formelle qu'effective.

De son côté, répondant le 19 juillet 1994 au Préfet de l'Ariège, le Ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville, se référait, d'une part, au décret n° 83-1025 du 28 novembre 1983, concernant les relations entre l'administration et les

¹ La question de l'information des patients sur leurs traitements est particulière et appelle des réponses quelque peu différentes de celles proposées plus loin. Il nous semble qu'elle devrait cependant être examinée dans le même esprit de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales.

usagers, lequel prévoit que les délais de recours d'une décision individuelle ne sont opposables que s'ils ont été mentionnés, ainsi que les voies de recours, dans la notification de la décision, et d'autre part, au fait que certains tribunaux administratifs ont plus récemment jugé que l'absence de notification d'un arrêté n'a pas seulement pour conséquence de rendre inopposables les délais de recours contentieux, mais également pour effet de rendre illégal l'arrêté (Tribunal administratif de Dijon, 5 janvier 1993, M. G. ; Tribunal administratif de Marseille, 23 février 1993, MERCIER); jurisprudence confirmée le 5 janvier 1994 par le Tribunal administratif de Paris, statuant en formation plénière dans une affaire NOLLET, mais en contradiction avec la jurisprudence constante, et déjà signalée, du Conseil d'Etat. Tirant ainsi les leçons du dernier arrêt LEDRUT, du 25 mai 1994 de la Haute Assemblée, le Tribunal administratif de Paris est récemment revenu à une position plus classique, et malheureusement moins respectueuse des libertés individuelles (voir les jugements BITTON du 9 décembre 1994 et BALLESTRA du 16 décembre 1994).

Le Ministre considère néanmoins que :

"cette notification doit être effectuée afin de préserver les libertés individuelles et de permettre aux personnes hospitalisées d'office de faire appel de décisions les concernant."

L'on ne peut que se féliciter d'une telle prise de position.

S'agissant des modalités de notification, le Ministre ajoute :

"Le Tribunal Administratif de Dijon a défini cette dernière comme la production d'un accusé postal de réception ou d'une pièce équivalente. A cet égard, j'estime tout à fait valable que les arrêtés soient remis aux malades concernés par l'intermédiaire des surveillants de pavillons, ces derniers se chargeant d'obtenir la signature des patients. Dans le cas où un malade n'accepterait pas de signer, les deux surveillants établiraient une attestation revêtue de leur signature constatant que l'arrêté a bien été remis. J'ajoute que dans l'arrêté lui-même un article pourrait préciser qu'un recours contre cette décision peut être formé devant le Tribunal Administratif de ... dans le délai de deux mois à compter de la notification du présent arrêté. A défaut de telles indications sur l'arrêté, les voies et délais de recours devront être précisés sur la lettre de transmission notifiant l'arrêté préfectoral au patient. "

Cette dernière solution nous paraît préférable à la première qui confond décision de placement et acte de notification et qui risque, par là même, de créer des confusions dans l'esprit des personnes, notamment entre la date figurant sur l'arrêté, qui est celle de la prise de décision, et la date de notification, qui, par définition, ne peut figurer explicitement sur ledit acte.

De surcroît, pour en revenir au décret du 28 novembre 1983 auquel se réfère le Ministre:

" Les délais de recours ne sont opposables qu'à la condition d'avoir été mentionnés, ainsi que les voies de recours, dans la notification de la décision".

Or, si le législateur a ainsi pris grand soin de préciser que les voies et les délais de recours doivent figurer sur la notification et non sur la décision, c'est probablement afin d'éviter toute confusion dans le décompte des délais et afin de bien distinguer la décision, d'une part, de l'acte de notification et des voies et délais de recours, d'autre part.

Faut-il par ailleurs rappeler que le recours contre une décision d'hospitalisation d'office ne consiste pas seulement, en France, par le recours au juge de l'excès de pouvoir, c'est-à-dire au tribunal administratif, lequel ne peut examiner que la légalité formelle de la décision. L'intéressé peut encore saisir, à tout moment, le Procureur de la République, mais aussi le Président du tribunal de grande instance, d'une demande de sortie immédiate, tout comme il peut également, depuis le 27 juin 1990, saisir la Commission départementale des hospitalisations psychiatriques du bien-fondé de son internement. Et il n'y a pas de raison pour que l'acte de notification ne mentionne pas de telles voies de recours, non limitées dans le temps, non plus que leur objet particulier.

Le Ministre rappelle en outre que :

"le maire est habilité à prendre toutes les mesures provisoires nécessaires : ceci n'implique pas nécessairement un arrêté en tant que tel, un ordre de réquisition pouvant suffire. Cette absence de formalisme, explicable par la nécessité d'agir vite, ne rend pas nécessaire une notification au sens étroit du droit administratif. De plus, les mesures provisoires prises par le maire ont une efficacité très courte (quarante-huit heures). Cependant, si le malade le demande, la loi du 17 juillet 1978 portant diverses mesures d'amélioration des relations entre l'administration et le public, lui reconnaît le droit d'obtenir la communication de cette mesure provisoire".

En vérité, l'autorité de police municipale n'est dispensée de prendre des mesures provisoires, sommairement motivées, qu'en cas d'"urgence absolue". Et, sous ce rapport, le Conseil d'Etat distingue l'"urgence absolue" du "danger imminent" visé aux articles L. 344 ancien et L. 343 nouveau du CSP (voir en ce sens les arrêts du Conseil d'Etat, déjà cités, Ville de Gaillac c/ MIGLIORE, 3 mai 1990, et LEDRUT c/ Préfet de Police de Paris, 25 mai 1994).

La seule référence à l'existence d'un "danger imminent", éventuellement attesté par divers témoins ou par un certificat médical, ne saurait suffire à établir l'existence d'une "urgence absolue" dispensant l'administration de motiver, **sur le champs**, sa décision. Encore faut-il préciser qu'en cas d'urgence absolue, l'administration doit ultérieurement être en mesure de révéler, à la demande de l'intéressé, les motifs de sa décision (article 4 de la loi du 11 juillet 1979).

Ce n'est donc pas seulement la décision même, à laquelle l'intéressé peut avoir accès par application de l'article 6 bis de la loi du 17 juillet 1978, comme le soutient le Ministre, mais encore à sa motivation effective. Enfin faut-il rappeler que

lorsque la décision du Maire prend la forme d'un arrêté, se pose la question de sa notification préalable à l'intéressé, non seulement pour rendre la décision "opposable" à la personne (article 8 de la loi du 17 juillet 1978), mais, plus encore, pour la rendre "exécutoire" (article L. 122-29 du Code des Communes).

L'on notera par ailleurs que, lorsque la personne a pu avoir notification de la décision d'hospitalisation d'office dans le cours de l'internement, ce qui demeurerait jusqu'alors tout à fait exceptionnel, peut se poser la question de savoir si cette notification a pu faire courir le délai de deux mois du recours contentieux, alors que la personne est censée être, du moins aux yeux de l'administration, et jusqu'à la réforme du 27 juin 1990, en état d'aliénation mentale.

On aurait pu croire cette question définitivement tranchée par le jugement du Tribunal administratif de Clermont-Ferrand dans une affaire BOYER-MANET contre Préfet de la Haute-Loire du 15 décembre 1987; d'autant que ce jugement fut ultérieurement confirmé par le Conseil d'Etat par arrêt du 19 juillet 1991. Dans ce jugement, le tribunal administratif établit:

"qu'une telle notification faite à une personne en état présumé d'aliénation, ne pourrait lui être opposable que du jour où cette personne aurait recouvré toute sa conscience ; qu'en l'espèce, il est impossible de fixer une date à partir de laquelle le délai de recours contentieux aurait pu courir."

Toutefois, par une série d'arrêts du 25 mai 1994, dans une affaire M. G. G. contre Préfet de la Creuse, le Conseil d'Etat a cru pouvoir rejeter les quatre pourvois du requérant :

"Considérant qu'il ressort des pièces du dossier et notamment de l'avis de réception postal signé par M. G. G. lui-même que le jugement du Tribunal Administratif de Limoges en date du 15 avril 1993 attaqué lui a été notifié le 26 avril 1993 ; que la circonstance que l'intéressé ait été, à la date de la notification, interné au Centre Hospitalier spécialisé La Valette à Saint-Vaury (Creuse), ne faisait pas obstacle, dès lors qu'il ne ressort pas des pièces du dossier qu'il ait été interdit et quel qu'ait été son état de santé à la date à laquelle il a signé l'avis de réception, à ce que cette notification fit courir à son encontre le délai de recours contentieux ou que le délai était expiré lorsque M. G. G. a, par une requête enregistrée au Conseil d'Etat le 20 septembre 1992, interjeté appel du jugement du tribunal administratif de Limoges en date du 15 avril 1993 ; que sa requête est, par suite, irrecevable."

Le même jour, le Conseil d'Etat prit ainsi quatre arrêts similaires (n° 152081, 152082, 152085, 152094).

Ces décisions sont d'autant plus surprenantes que les recours au Conseil d'Etat, comme aux tribunaux administratifs doivent parvenir en lettre recommandée avec AR en trois ou quatre exemplaires, auxquels doivent être annexés trois exemplaires des décisions contestées ainsi que des pièces produites, cependant que

les personnes internées n'ont souvent aucune possibilité d'accéder à une photocopieuse et ont quelques difficultés à poster des courriers recommandés comme à réunir les sommes nécessaires... sans compter, bien sûr, les difficultés résultant de l'état de santé propre aux requérants. Dans le cas d'espèce, l'intéressé avait dû faire plus de seize exemplaires des pourvois ! Mais le plus extraordinaire, en l'affaire est l'appréciation que put récemment en faire la Commission européenne à l'occasion d'une décision partielle sur la recevabilité de la requête G. et N. G. contre France du 26 juin 1995:

"S'agissant de son état mental, la Commission renvoie à la jurisprudence (...) selon laquelle la circonstance qu'une personne souffre de troubles mentaux n'est pas de nature à la dispenser de respecter les exigences de l'article 26 (cf. n° 6840/74 déc. 12.5.77, D.R. 10 p. 5). En l'espèce, le premier requérant avait préalablement formé de nombreux recours devant le Conseil d'Etat et il n'allègue aucune circonstance particulière qui l'aurait empêché de le saisir de nouveau. Par ailleurs, les affirmations relatives à son état physique ne sont pas étayées. Enfin, la Commission estime que son placement sous tutelle, qui visait à préserver ses biens, ne constitue pas davantage une circonstance de nature à l'exonérer de l'obligation d'épuiser les voies de recours internes".

Ainsi, même internés, les aliénés ou supposés tels, doivent demeurer de grands clercs et de très bons administrateurs, si tant est qu'ils l'aient jamais été... De surcroît, celui qui put opportunément recourir du fait du secours extérieur qu'il reçut d'une partie de sa famille, comme de membres d'associations spécialisées, comme en l'espèce, le Groupe Information Asiles, ne tardera pas à être sanctionné lorsque ce soutien viendra à lui manquer. Comment mieux nier les particularités de la pathologie mentale que ne le font le Conseil d'Etat et la Commission européenne des droits de l'homme, réunis?

Cette jurisprudence fait ainsi fort peu cas de la situation particulière des malades mentaux et notamment de leur situation d'infériorité et d'impuissance sur laquelle insiste, en revanche, la Cour européenne (Arrêt HERCZEGFALVY c/ Autriche, 24 sept. 1992, p. 22, § 82). Mais il est vrai qu'il n'appartient pas au Conseil d'Etat de faire la loi, cependant que les textes législatifs et réglementaires français actuels demeurent muets sur le sujet. Quant à la marge d'appréciation de la Commission européenne, elle demeure très réduite compte tenu de l'exigence de sauvegarde... de la souveraineté des Etats.

Il serait donc temps, en France, de combler ce vide juridique, et de couper ainsi court à de telles aberrations, en précisant expressément que si les actes de notification, prévus par les textes, doivent avoir lieu auprès des personnes internées en hôpitaux psychiatriques comme aliénées, afin de permettre à celles-ci de recourir utilement, surtout lorsqu'elles sont l'objet d'erreurs ou d'abus, voire d'arbitraire, ces actes de notification ne sauraient en l'occurrence, et par eux-mêmes, faire courir quelque délai de recours que ce soit ; la présomption de folie devant, sous ce rapport, entraîner une même présomption d'incapacité du patient à agir pour préserver au mieux ses intérêts, même si la personne n'a pas à être placée sous un régime spécial

de protection et même si ses actes ne peuvent être, d'emblée, déclarés nuls et nonavenus.

CONCLUSION : PERSPECTIVES D'AVENIR

La pratique nationale révèle, en définitive, des procédures particulières, et encore marginales de notification des actes, parfois surprenantes et particulièrement dommageables aux intéressés, dès lors qu'il n'est tenu aucun compte de la spécificité de leur situation. Elle révèle encore la généralisation de la diffusion d'une information écrite standardisée par voie de formulaire non personnalisé, ne tenant pas davantage compte des spécificités de la population en cause, ni des particularités individuelles et du caractère singulier de la pathologie mentale et de l'histoire individuelle.

De telles modalités d'information apparaissent, en conséquence, comme particulièrement inadaptées. Comme souvent en France, la lettre de la loi tend à être plus scrupuleusement respectée que son esprit, au risque de conduire à sa dénaturation.

De toute évidence, l'administration recherche ce qu'elle doit faire pour n'être pas juridiquement en faute. Non ce qu'il convient de faire pour répondre au voeu fondamental du législateur : sauvegarder au mieux les droits de l'homme dans une situation d'exception. Il n'est pas certain qu'elle réponde ainsi aux exigences de la mission de service public.

Tout récemment, le Groupe Information Asiles a interpellé le législateur à ce sujet. Le groupe communiste est intervenu à plusieurs reprises devant l'Assemblée Nationale, et notamment, le 24 décembre 1994, à l'occasion d'une question écrite, laquelle n'a pas encore obtenu de réponse du Ministre concerné, bien qu'elle pose les interrogations essentielles. Elle mérite d'être intégralement reproduite :

"Monsieur Georges HAGE interroge une nouvelle fois Monsieur le Ministre de la santé sur le délicat problème de la notification des décisions d'internement aux intéressés.

La jurisprudence constante de la Commission européenne des droits de l'homme, indique qu'un tel acte de notification ne pourrait, en l'espèce, garantir suffisamment les droits de l'homme et les libertés fondamentales .

En effet, certains malades mentaux, objet d'un internement parfois injustifié ou irrégulier, ne sont pas en mesure de comprendre un tel acte de notification qui doit, malgré tout, n'avoir lieu qu'au cas où l'intéressé, interné abusivement, serait, de surcroît, en état de le comprendre.

Dans un arrêt HERCZEGFALVY contre AUTRICHE du 24 septembre 1992, la Cour européenne des Droits de l'homme a rappelé que "la situation d'infériorité et d'impuissance qui caractérise les patients internés dans les hôpitaux psychiatriques appelle une vigilance accrue dans le contrôle du respect de la Convention."

C'est la raison pour laquelle, la Commission européenne considère comme essentiel qu'une information, éventuellement orale, dans "un langage simple et

accessible" (LOYEN c/ FRANCE du 11 mai 1994, mais encore les décisions J.-C. C. c/ FRANCE du 11 mai 1994, M. et G. L., 29 juin 1994, J. et autres c/ FRANCE du 12 octobre 1994) soit délivrée à la personne intéressée, plus encore qu'un acte formel de notification, lequel s'impose toutefois à la FRANCE par l'effet du Pacte de l'ONU et de l'article 8 de la loi du 17 Juillet 1978 prohibant toute exécution d'une décision administrative non préalablement notifiée à la personne concernée.

L'information complémentaire que devraient recevoir les personnes ne pourrait-elle résulter de la mise en application de l'article L. 326-3 du code de la santé publique auquel le Ministre se réfère dans sa réponse?

Il conviendrait, en effet, qu'un entretien ait lieu, sur la base de documents entre le médecin hospitalier et le patient, en présence d'un représentant de l'administration de l'Hôpital, comme de tout mandataire que l'intéressé désignera ; entretien ayant pour objet d'expliquer à ce dernier la portée de l'acte de notification comme la décision notifiée et expliquant ses droits, tout en lui précisant les voies et délais de recours dans un langage simple accessible pour lui. Le médecin devra tout particulièrement s'assurer de ce que cette information est accessible à son patient, compte tenu de sa pathologie et de ses éventuels troubles. Le représentant de l'administration établira un rapport sur lequel figureront l'avis du médecin et les éventuelles remarques du mandataire, un exemplaire de ce rapport sera remis à l'intéressé ainsi qu'à l'éventuel mandataire.

Il lui demande les réflexions que lui inspire cette démarche".

De telles propositions nous paraissent très importantes et susceptibles de répondre à l'esprit de la Convention européenne et de la jurisprudence de ses organes concernant la matière, comme aux vœux du législateur français, et de nature à préserver, au mieux, les intérêts des patients psychiatriques, tout en tenant compte des particularités de leur affection.

Encore faudrait-il préciser qu'une telle procédure pourrait ne pas avoir lieu dans tous les cas ; certaines personnes n'étant pas en état de participer effectivement à un tel entretien.

Aussi suffirait-il au médecin de préciser, par écrit, les raisons pour lesquelles une telle information n'a pu être donnée et de déterminer, le cas échéant, la forme et le contenu de l'information susceptible d'être pertinemment donnée à la personne, compte tenu de son état de santé; les modalités d'information pouvant varier en fonction de l'évolution de la pathologie de l'intéressé.

L'important demeure, d'une part, que l'information délivrée soit réellement accessible, d'autre part, qu'un contrôle réel à posteriori puisse avoir lieu, du niveau effectif d'information auquel la personne a pu avoir accès et de sa pertinence eu égard à sa situation sociale et juridique particulière comme à sa pathologie.

Si l'on veut que les actes de notification soient effectifs, opportuns et utiles aux intéressés et qu'il ne s'agisse pas seulement de mesures destinées à préserver les droits de l'administration et de l'Etat, il y a lieu de les accompagner d'entretiens explicatifs, répondant à la même logique et au même souci de garantir et de préserver au mieux les droits des patients. Lorsqu'une telle procédure ne peut être

mise en oeuvre, le médecin devrait être astreint à rédiger un rapport, précisant les raisons qui l'en ont empêché, lequel rapport devrait être joint au dossier ; l'administration ordonnatrice pouvant par ailleurs en être tenue informée, le cas échéant, afin qu'elle prenne toute décision utile, soit pour parfaire l'information de l'intéressé ou de ses proches, soit pour s'assurer que l'état de la personne ne permet pas de lui délivrer une information plus complète.

Alors les droits des personnes hospitalisées en psychiatrie deviendront-ils réels et effectifs au lieu de demeurer théoriques et illusoire comme ils le sont encore aujourd'hui.

Une remarque cependant s'impose. Les difficultés d'accès à l'information pertinente des personnes hospitalisées en psychiatrie résultent en grande partie du caractère administratif de la décision de placement. Ainsi a-t-on pu remarquer que l'accès à l'information dépend, en l'occurrence, en grande partie, de la réponse apportée aux questions de savoir si la motivation par simple référence à un avis ou un rapport de la décision administrative pouvait être admise ; comme de savoir si l'absence de notification a ou non une incidence sur le caractère opposable, et plus encore, exécutoire de cette décision ; si, enfin, des décisions administratives orales, non motivées et, par suite, non notifiables peuvent, en la matière, être tolérées. Force est de reconnaître que toutes ces questions qui infectent la vie quotidienne des patients et des services et qui commencent à encombrer la juridiction administrative, n'auraient pas lieu d'être si la décision de placement était prise par l'autorité judiciaire, comme l'a déjà proposé la Commission des lois du Sénat, lors de la discussion de la loi du 27 juin 1990, et comme le propose, depuis plus de vingt ans, le Groupe Information Asiles. Car faut-il rappeler que les décisions de justice, prises sur le fondement de l'article L. 351 du Code de la santé publique, qu'elles ordonnent la sortie immédiate ou rejettent la demande de sortie, ou bien encore constatent qu'il n'y a plus lieu de statuer, sont depuis le 2 février 1981, obligatoirement motivées sans que cette motivation ait jamais posé de réels problèmes ; qu'elles le sont directement, dans le corps même de l'ordonnance présidentielle et qu'elles sont, de surcroît, habituellement notifiées aux personnes, sans que cela ait davantage posé de gros problèmes dans les services. Il serait cependant opportun que de telles notifications des décisions judiciaires fassent elles-mêmes l'objet d'un entretien et d'une explication orale, comparables à ce que nous avons envisagé précédemment.

Il apparaît ainsi que les difficultés auxquelles se heurtent, en la matière, les intéressés pour accéder à l'information utile, résultent directement du caractère administratif des décisions privatives de liberté.

C'est donc, là encore, une réforme radicale, ôtant tout pouvoir de décision à l'administration pour le confier au juge, gardien naturel de la liberté individuelle aux termes de l'article 66 de la Constitution du 4 octobre 1958, qui paraît seule susceptible de résoudre les difficultés sans nombre auxquelles a choppe la mise en oeuvre de l'actuelle législation du 27 juin 1990. Ce faisant, la France ne ferait que rejoindre l'ensemble des démocraties occidentales ayant, ces dernières années, judiciairisées les modalités d'internement, et répondrait ainsi favorablement à la recommandation émise

en ce domaine, le 12 avril 1994 par l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe, laquelle précise que seul un juge peut décider d'un internement psychiatrique.

BIBLIOGRAPHIE SOMMAIRE

BERNARD, E.-A. et BERNARDET, Ph. : "La motivation par référence des décisions d'hospitalisation d'office, ou le juge administratif aliéné par son fou", 32 p. multigr., (à paraître).

BERNARDET Ph. : Les dossiers noirs de l'Internement psychiatrique, Paris, Fayard, 1989.

BERNARDET, Ph. : "La présomption de folie en droit pénal, le "dément" et son juge: la folie d'un rapport", in Le Citoyen Fou, Nathalie ROBATEL, dir., Paris, PUF, 1991 : 161-196.

BERNARDET, Ph. : "Rapport psychiatrie-justice : la naissance d'un arbitraire", in Santé Mentale: Réalités européennes, Claude LOUZOUN, dir., Toulouse, Erès, 1993 : 137-159.

BERNARDET, Ph., DARMSTADTER, A. et VAILLANT, C. : "Portée de la jurisprudence européenne sur l'internement psychiatrique en France", Revue de sciences criminelles n°2, avr. - juin 1988 : 255-271.

DEPAIX, M. : "Le placement d'office des aliénés et les diverses questions qu'il pose au juge administratif", Revue Hospitalière de France n° 414, oct. 1988 : 850-852, et AJDA, 1.3.89.

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE, Ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville : Note d'information DGS/SP3 n° 10 du 8 Février 1995 relative à l'évaluation de la loi n° 90-527 du 27 juin 1990, relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation.

DOURAKI, Th. : La Convention européenne des droits de L'HOMME et le droit à la liberté de certains malades et marginaux, Paris, LGDJ, 1986.

HAGE, G. : Question écrite du 24 décembre 1994, n° 940706GUI01 au Ministère de la santé, J.O.

HONORAT, E. et BAPTISTE, J. : "Chronique générale de la jurisprudence", AJDA, 20 mai 1989 : 308-312.

MALIGNER, B. : "Droit administratif. Sommaires de jurisprudence. L'affaire... Droit de la Santé", Le Quotidien Juridique, n° 41, 23 mai 1995 : 4-9.

PIERNIKARCH, A. : "Evolution du champ d'application de l'article 64 du Code Pénal, de 1810 à nos jours au regard de la notion d'enfermement", in La Santé comme observable. Regards sur la santé mentale et la folie, Colloque INSERM, vol. 192, Paris, 1989.

RAPPART, Ph. : "Le crime n'est pas annulé...", Psy. Fr., n°1, mars 1994 : 61-67.

**WHAT DO WE WANT FROM THE LAW,
WHAT ARE THE DUTIES OF PSYCHIATRY?**
The view of the European Network of Users in Psychiatry

Jan WALLCRAFT

Séminaire "Lois sur l'hospitalisation psychiatrique : panser le système ou repenser la loi ?"
(Paris, 29 et 30 septembre 1995)

In the 19th century, a time of industrial expansion, it was considered cost-effective to dispose of unwanted people in hospitals and write them off. Now, however, the institutions are being run down and users and survivors of psychiatric services are finding a collective voice for the first time in history. This is a new factor in the debate about psychiatry and the law that has never existed before. We are beginning to identify the causes of our distress, and though some of us do accept the label of mental illness, many of us argue that our problems have been caused or made worse by social oppression, by having been abused, isolated, neglected and suppressed by families, societies, institutions, laws and social systems. Many of us have found the response of psychiatry to be narrow, inappropriate and oppressive, failing to see us in the whole context of our complex lives. Many have felt that our realities were being denied by the treatment we were given.

I will argue that psychiatry, backed by mental health law, has consistently overridden and ignored internationally accepted human rights, despite the mental health law reforms in the 20th century. I explain that the European Network of Users in Psychiatry cannot accept **the Draft WHO Guidelines for the promotion of human rights for persons with a mental disorder**, because we do not accept the original document of **principles of the protection of persons with mental illness upon which it is based**. We argue that the WHO document fails to safeguard the human rights of people with mental health problems by endorsing forced treatment. We argue for a change in the mental health laws and practices of psychiatry so that all forced treatment is banned, and so that ECT cannot be given to young people. Instead we call for good quality services which address the needs which service users have expressed, and which allow us dignity, respect and freedom of choice.



CEDEP CONFERENCE - PARIS
29TH AND 30TH SEPTEMBER 1995

CONCLUDING COMMENTS
by Adrian D. WARD

During the conference I heard many contributions and arguments which were interesting, challenging and conflicting. What should be the response of a practical lawyer? I believe that it will be helpful to clarify what the law can do and what it cannot do, to suggest the principles which should underline any legislation, and to suggest specific proposals which appear to emerge from our discussions.

What the law can and cannot do

It is unrealistic to expect the law to provide a solution to all of the issues and problems raised, or to provide a resolution of all conflicting issues. However much time and effort one spends seeking to draft the perfect law, it will not provide such solutions.

What we can expect well-drafted law to do is this. We can expect it to provide a suitable framework which will create the optimum conditions to find the best solutions, and the best balance between competing principles, in individual cases.

We are looking for two things: the optimum framework; and the optimum operation of procedures, on a case-by-case basis, within that framework.

At the outset of the conference Dr Louzoun quoted Cocteau's description of the French as "Italians in a bad mood", and attributed the bad mood in psychiatric care to the French law of 27th June 1990. Having listened to a debate ranging from philosophical consideration of the role of psychiatry and changes in that role, to whether one should insert "five words after a comma", the lawyer would propose the diagnosis that the bad mood is partly attributable to a lack of clear understanding of what the law can do and what the law cannot do, and how to obtain from the law the best that it can do.

Principles

Institutionalisation in care meant that following diagnosis, everyone was put in the same large building and treated in the same way. But

institutionalisation results from the environment which we create for people, not simply the buildings in which we house them. Institutionalisation means putting people in a fixed category of provision on basis of diagnosis. We are moving away from this to giving them individualised provision, based on individual assessment.

And it is the same in the legal environment. We are moving away from fixed provision based on diagnosis, towards individualised provision based on individual assessment on needs and circumstances.

In the law, as in other professions, we apply the principle of minimum necessary intervention. In our context, "intervention" means any special provision applied to a person because of a mental illness. If needs can be met by providing services, or by discussion and agreement, then no formal legal intervention is necessary. Special legal provisions and exceptions - both "disadvantageous" restriction of rights and "advantageous" exemptions from responsibility - are discriminatory, and such discrimination should be limited to the minimum necessary. In each individual case, we should apply no more special provision than is necessary and justified, but we should apply those special provisions which are necessary and justified.

Where special provisions are required, they should be applied by due process of law. Only then will proper safeguards and monitoring be applied. Special provisions should never be imposed *de facto*, without due process of law: that is the danger of the "legal voids" described by some contributors.

As we move from older "institutionalised" law to modern "individualised" law, we require a different type of law. Under older procedures we had a set of criteria; a procedure to decide whether the criteria apply; and a fixed outcome. But when we follow the basic principles described above, we require criteria to determine whether the procedure should be accessed; a range of possible outcomes; principles to be followed in each individual case when making the selection from that range of outcomes; followed by an individualised package of provision. Moreover, if full recognition is given to the principle of the patient's autonomy, a negotiation to try to agree the package of provision should

precede any question of falling back to an imposed solution.

Proposals

(1) Psychiatrists are not policemen or jailers or judges. In legal processes, as far as possible their role should be to provide the expert, professional evidence on the basis of which judicial decisions are made; not to make judicial decisions themselves. Any emergency exceptions, under which the psychiatrist himself or herself makes an urgent decision which restricts a person's rights or freedoms, should be limited as far as is practicable.

(2) Whatever legal framework is adopted, the effective safeguarding of individual rights, and appropriate balancing of competing principles and interests, always depends upon judicial processes working effectively, and supervisory and protective processes working effectively. This requires at least the following four elements:

a - The judicial role must be exercised by judges with adequate expertise and understanding. The distinction stressed in proposal (1) will not be achieved if judges effectively abdicate their responsibility, and rely unquestioningly on the professional evidence brought before them. This does not necessarily mean creating and employing a new class of specialised judges. It does mean giving special training to selected judges, and designating them to deal with mental health cases, so that they build up expertise. I have proposed this in Scotland. The proposal has been accepted in recommendations by the Scottish Law Commission, but not yet implemented.

b - I believe that in order to meet supervisory and protective requirements adequately, it is essential to have an authoritative, multi-disciplinary national commission with a wide-ranging role. In Scotland this function is fulfilled by our Mental Welfare Commission. World Health Organisation terms such a body an "independent authority". In the Appendix to this paper I reproduce in edited form a description of a suggested model of "independent authority", drafted for the purpose of World health Organisation recommendations.

c - It should be mandatory for mental health services to establish

independent advocacy services, accessible to patients, and which are notified of admissions and have access to patients; and patients should have access to lawyers with appropriate expertise - in practice, not just in theory.

d - Procedures should recognise the developing roles of professions other than psychiatry, including social workers, psychiatric nurses (and community psychiatric nurses), all relevant professions allied to medicine, and so on.

(3) Procedures and decisions about treatment without consent must be separated from procedures and decisions about detention. In both Scotland and England (for example) fixed statutory provisions about involuntary treatment apply automatically once detention procedures (other than emergency detention procedures) have been followed. That, clearly, is an example of the old "institutionalised" law (criteria; procedure; fixed outcome), and is no longer acceptable. We heard powerful arguments that treatment without consent should be banned altogether. Without reaching a concluded opinion on those arguments, I believe that the practical situation is that most countries are in any event not yet politically ready to go that far. If an appropriate legal framework were created under which, in any individual case, it would be possible to establish (according to relevant criteria and principles) that an order for compulsory treatment should not be made, then those who argue that a compulsory treatment order is never necessary would have the opportunity to make their point in the most effective way, by an accumulation of individual cases.

(4) I have already suggested that the law should state principles to be applied in making individual suggestions. I had the impression that there was consensus that compulsory measures should not be authorised unless.

- ♦ all reasonable efforts have been made, and all reasonable possibilities and alternatives explored, to negotiate agreed arrangements, and have failed;

- ♦ the arrangements made, and provision to be given, under the order will be conducive to preserving or re-establishing family and social support mechanisms;

- ♦ the patient has had and will continue to have full access to independent advice and to advocacy services.

(5) The comments above about the importance of patient autonomy, and of seeking to negotiate agreed arrangements, lead to the need to explore further the concept of the contract, under which providers must deliver the service which they have agreed, and the patient is bound by what he has agreed. We heard about the decision of the Administrative Tribunal of the Canton of Geneva of 7th March 1995 upholding a "psychiatric Will" containing an advance refusal of consent to specified forms of treatment. The converse is the enforceable advance grant of consent. I know from some conversations with some psychiatrists in various countries that they sometimes operate such a system *de facto*, but in a "legal void". For reasons already given, this legal void should be addressed and, if appropriate regularised. In relation to detention, the principle of advance consent now exists in the Netherlands (Dutch Mental Health Act introduced January 1994), under which a patient can agree to detention for up to six months (not renewable).

(6) Finally, there was discussion about the meaning of "consent". There has already been much debate about the elements of free and informed consent, but it is probably necessary to develop the principles further and ensure that they are enshrined in the law. The Dutch Act of 1994 requires "evident readiness", rather than simply a decision not to object or refuse. In the case of consent to treatment, it is probably necessary to recognise how wide is the potential definition of treatment, and to explore it. It is probably unrealistic to place artificial limitations on the definition of "treatment", such as are implied by distinctions between "care" and "treatment".

APPENDIX

(1) The following model is recommended for an independent authority. The purposes of the authority should be seen as including :

- exercising protective functions in relation to all people with mental disabilities, whether in institutions or elsewhere
- promoting good practice, the development of appropriate models of care, and multi-agency communication, co-ordination and co-operation
- protecting patients, and also assisting and protecting doctors and other healthcare professionals, by exercising an

authoritative role for purposes of reporting, validation, guidance and authorisation

- identifying and investigating issues of general concern or importance, and thereafter promulgating information, advice, guidance, etc.

- providing information and advice to government, health authorities, local authorities, etc.

(2) The authority must be, and must be seen to be

- independent
- effective
- of high professional competence
- fair

In these matters it must achieve standards which earn the confidence and respect of patients, and their families and carers, professionals, managers, authorities, voluntary organisations, and the general public.

(3) To achieve the above, it is suggested that the best model is the entirely separate authority, appointed by central government but acting independently. Such an authority can then independently investigate and supervise institutions and services run by local authorities and government departments, and the conduct of anyone employed by a local authority or government department.

(4) The authority should be truly multi-disciplinary. It should contain people from many different professional backgrounds, without being orientated towards any particular profession. It could contain psychiatrists, psychologists, nurses, social workers, lawyers and others. It could also contain people from different working backgrounds, such as those working in hospitals, in rehabilitation, in community facilities and community services, for voluntary bodies, in the fields of social work, housing and employment, and for local authorities or government departments. A group from varied professions and backgrounds, working together as a team, can be very effective.

(5) The authority could be permitted to determine its own organisational structure, and to alter that structure from time to time. There could be discussion about whether the authority should be empowered to co-opt additional members to assist, for example by serving on local committees of the authority.

(6) The independent authority should have duties and powers conferred by law. Possible duties and powers include these

- a general duty to protect people who are not fully able to safeguard themselves because of mental disability
- a general duty to promote standards, encourage rehabilitation, and encourage multi-agency co-operation, with powers to issue advice and codes of practice
- duties to visit people subject to involuntary measures, or under guardianship, at specified frequency
- duties to monitor any medical treatment of such people, given without their evident consent
- powers to authorise specified categories of treatment (see 7 below)
- powers to discharge people from involuntary measures or guardianship if the relevant criteria no longer apply
- unrestricted access to all patients and to all parts of institutions, hospitals or other facilities, even without giving any notice beforehand
- similar access to all medical records and other patient records
- power to institute procedure for personal or management orders, or to have this done
- power to carry out formal enquiries, with the same powers as courts to compel witnesses to attend and give evidence
- power to order necessary remedial action, or alternatively power to report matters to appropriate authorities, so that those authorities may take necessary remedial action
- power to take any other initiatives which it considers will be conducive to achieving any of the purposes set out in 1
- other powers and duties appropriate to laws, arrangements and circumstances in each country

(7) Specified categories of treatment should be prohibited except with the prior approval of the independent authority. It is suggested that this should apply to all patients, both voluntary patients and involuntary patients, and whether they consent or not. In all cases, the independent authority should be required to verify the appropriateness of the proposed treatment. Where the patient consents, the independent authority should be required to verify that the consent is valid, evident and fully informed. Examples of such categories of treatment are:

- any high risk procedure
- long-term administration of drugs
- sterilisation
- hormone or similar treatment to reduce sexual drive
- any treatment limiting liberty or mobility
- destruction of brain tissue or brain function

In the case of long-term administration of drugs, an alternative would be to require that this be reported to the independent authority, rather than that it should require prior permission. Possible additions should be considered, having regard to any particular national circumstances. (For example, electro-convulsive therapy might be included in the list where there are concerns about inappropriate use of that procedure.)

(8) Whenever an order for involuntary measures (emergency or long-term) or a guardianship order is made or renewed, the independent authority should be told. There should be a duty to notify the order to the independent authority. If legislation permits treatment or other measures in emergency without first following prescribed formalities, there should be a duty to notify the independent authority.

(9) There should also be legal duties to provide all necessary information and assistance to the independent authority. In the case of institutions which house people with mental disabilities, everyone concerned with running these should have such duties. Guardians, managers and relevant local authorities and government departments should have similar duties.

(10) Anyone subject to compulsory measures, or under guardianship, should have the right to ask to be seen by a member of the independent authority.

Jan BOEYKENS

**Point de vue du "Mouvement
Flamand des Survivants":
Principales critiques de la
loi Belge du 26 juin 1990**

I - Quand les "patients" arrivent à la clinique, ils ignorent tout de leur situation. J'ai moi-même rencontré des gens qui n'avaient même pas pu parler avec le médecin-psychiatre responsable de leur observation.

II - A / Pendant les premiers jours de l'observation, les gens sont déjà obligés de prendre des médicaments et de déambuler en pyjama. Avant même d'être diagnostiqué malade ou reconnu sain d'esprit, ils apparaissent ainsi (pendant la période d'observation) comme malades et sont traités avec des médicaments quelquefois très lourdes. Sous traitement, ces personnes apparaissent inévitablement malades lorsque le juge de paix les rencontre. Certaines d'entre elles ne peuvent plus lire les textes de lois par exemple ou s'exprimer clairement (la situation est déjà si compliquée !).

B / Sur ce plan, le droit de défense n'est pas garanti et respecté comme prévu. La loi concernant l'hospitalisation sous contrainte a comme titre en Belgique : "loi relative à la protection de la personne des malades mentaux" ce qui insinue la notion de maladie avant même que la personne ne soit vue par le juge de paix, seul habilité à décider de son maintien à l'hôpital.

C / Pendant les premiers jours de l'"observation", ainsi que les jours suivants, ces personnes sont le plus souvent mises sous traitement ou reçoivent des sanctions comme la cellule d'isolement (fixation) et sont complètement isolées de leur entourage.

D / Le défaut de contrôle de ces mesures d'isolation, ainsi que les dérogations à leur réglementation sont désormais connus en Belgique (ce fait est aussi constaté depuis plusieurs semaines par des chercheurs à l'université de Gand).

E / Pendant la période dite d'"observation", les hospitalisés ne savent pas où introduire un recours ni où trouver une quelconque information.

F / Le ministre responsable de Belgique, Mme W. DEMEESTER, a répondu à une question parlementaire en disant que ce genre de correspondance pouvait être adressée à

l'administration et à l'Association Flamande pour la santé mentale.

G / En réalité, les lettres envoyées par les patients ne reçoivent aucune réponse (j'ai rencontré différentes personnes ayant ce problème). De même, Monsieur Paul ARTEEL (qui sera aussi au congrès en France) m'a écrit que je n'avais pas à rédiger les recours mais que les personnes devaient le faire elles-mêmes. Or, quand les "patients" écrivent eux-même à l'Association Flamande de Paul ARTEEL et à l'inspection du ministre W. DEMEESTER, ils n'obtiennent aucune réponse. Quelle hypocrisie !

III - A / Parfois, il est intéressant de voir la manière dont certaines personnes sont hospitalisées sous contrainte. Par exemple, la gendarmerie l'emmène très violemment à un hôpital psychiatrique sans qu'elle puisse dire ou demander quelque chose.

B / La loi prévoit le choix de l'avocat mais la plupart des personnes hospitalisées dans de telles conditions sont démunies car provenant d'une classe sociale marginale.

C / Le pli judiciaire mentionne les nom et adresse de l'avocat désigné d'office mais je connais des gens qui rencontrent un avocat ne voulant pas assurer leur défense et qui approuve leur hospitalisation sous contrainte. Les avocats-stagiaires ne sont pas toujours bien informés ou motivés ou intéressés.

D / Je connais des personnes qui n'ont jamais vu ou parlé à leur avocat. J'en ai rencontrées qui étaient seules à l'audience (sans l'assistance de l'avocat) et le juge de paix décidait le maintien de l'hospitalisation.

E / La loi prévoit que le "malade" a le droit de choisir un médecin-psychiatre mais il ne peut bien souvent payer les frais. La loi dit aussi que le juge de paix donne connaissance du jugement par une copie non-signée à la personne de confiance du malade.

F / En réalité, comme personne de confiance de "malades" différents, il m'est arrivé de ne pas recevoir de copie non-signée du jugement.

G / Je connais des gens entrés comme patients "libres" à l'hôpital devenus (sans commentaire) hospitalisés sous contrainte. De même pour des gens qui ne voulaient pas être hospitalisés sous contrainte et qui ont été internés. Je me suis rendu compte que le rapport médical circonstancié qui doit être ajouté à la requête écrite n'est plus qu'une étiquette médicale.

H / A mon avis, le juge de paix ne recueille pas toujours les renseignements utiles d'ordre médical ou social utiles pour bien juger. Certains juges se disent incompétents et font appel au médecin-psychiatre pour décider (comme auparavant).

I / La "nouvelle" loi prévoit qu'en cas d'urgence, le Procureur du Roi du lieu où le "malade" (on est déjà malade avant le jugement) se trouve, peut décider que celui-ci sera mis en observation dans le service psychiatrique qu'il désigne.

J / En réalité, c'est presque toujours le Procureur du Roi qui décide, et non pas seulement en cas d'urgence. Certains juges de paix proposent que le Procureur du Roi décide dans tous les cas.

K / Comme j'ai écrit plus haut, il y a des cas où on voit immédiatement des gendarmes qui vous interrogent pendant trois ou quatre heures comme si on était criminel et - pendant ce temps - ils contactent le Procureur du Roi. Les gendarmes vous mènent alors à l'hôpital où on devient "traité".

L / On est déjà coupable (en ce cas malade) avant d'être jugé. La plupart des gens ignore que, conformément à la décision prononcée et sous l'autorité et la responsabilité d'un médecin du service, des sorties de durée limitée - seul ou accompagné - ou un séjour à temps partiel de jour ou de nuit dans l'"établissement" est possible.

M / Beaucoup de personnes restent pendant quarante jours (et nuits) à l'hôpital et son effrayés de ce qui va leur arriver. Quand on n'est pas encore fou, on le devient en vivant une telle situation et davantage encore avec les médicaments.

N / La loi sur "la protection de la personne des malades mentaux" dit que (art. 30) "sans préjudice des dispositions de l'article 12, le malade - même mineur - son représentant légal ou son avocat, ainsi que toutes les parties à la cause peuvent appeler des jugements rendus par le juge de paix en application de la présente loi. Le délai d'appel est de quinze jours à dater de la notification du jugement".

O / Le problème est que la plupart des gens "patients" ne sont pas informés, ne connaissent pas la loi et réagissent quand le délai d'appel de quinze jours est passé. (Comme je l'ai dit, les gens en observation sont confus, isolés, drogués et ne sont pas toujours supportés par leur avocat d'office).

IV - A / L'article 32 de la loi dispose qu'aucune requête ou réclamation faite par le malade et adressée à l'autorité judiciaire ou administrative et aucune correspondance adressée au malade ou par le malade ne peut être retenue, ouverte ou supprimée.

En réalité, je me suis aperçue que la correspondance était ouverte ou retenue.

B / L'article 32 mentionne d'autres "droits des patients" régulièrement spoliés.

La loi prévoit que le contrôle du respect de la loi dans les services psychiatriques est exercé par le Procureur du Roi et le juge de paix du lieu du service.

C / En réalité, l'application de la loi n'est jamais contrôlée. Lorsque j'écris au Procureur du Roi ou au juge de paix (dans ma position de personne de confiance), je n'obtiens aucun résultat et quelquefois aucune réponse.

(En Belgique, nous avons de beaux textes de lois qui restent inappliqués. Je me demande quelles seront les modifications du texte français après les interventions de Mme REMOORTEL et de M. ARTEEL au congrès à Paris).

D / L'article 37 de la loi envisage l'application des articles 147, 155, 156, et 434 à 438 du Code Pénal pour les infractions à la présente législation. En réalité, ces infractions ne sont jamais sanctionnées, même quand le patient est assez fortuné pour prendre les conseils d'un bon avocat.

E / Quant à la loi qui règle l'administration des biens des gens hospitalisés sous contrainte, elle génère les mêmes difficultés : il n'y a pas de contrôle, les infractions à ses dispositions ne sont pas sanctionnées, les gens hospitalisés sous contrainte sont délaissés et impuissants pendant que le secteur des institutions psychiatriques, les associations "pour" la santé mentale, les autorités européennes sont très contents et parlent d'une révolution... sur papier !

Au plan européen, on organise beaucoup de congrès et de conférences mais tous ces efforts ne sont pas au profit des gens qui sont hospitalisés sous contrainte.

Séminaire

***"Entre pression sociale et injonction légale,
peut-on soigner les délinquants sexuels ?"***

25-27 mai 1996, Montignac

Note d'ambiance dans l'après-coup

"Pratiques de la folie" à Montignac

Dans le fil de la réflexion engagée cette année sur la contrainte et l'acte, "Pratiques de la folie" s'était associé au CEDEP pour ce V° séminaire sur "entre pression sociale et injonction légale, peut-on soigner les délinquants sexuels ?"

Je ne veux pas ici donner un compte rendu du séminaire, ce qui sera fait par ailleurs, mais plutôt donner une impression, un témoignage subjectif. Ce qui m'est apparu durant ces quelques journées partagées sous le signe de la convivialité, c'est à la fois une communauté de pensée, une inscription assez proche dans le champ social des participants venus par le biais du CEDEP d'une part et les membres de P.L.F. d'autre part (d'autant que certains participent aussi bien dans les deux associations), mais aussi une individualité très repérable des uns et des autres. L'autre remarque préalable à faire sur l'intérêt de ces journées de séminaire : l'importance du travail fait en amont de ces rencontres, permettant une très bonne tenue, non seulement des exposés mais aussi des débats.

Pour ma part, j'ai été très sensible à la proximité de la clinique dans de nombreux exposés apportés par le CEDEP. Sans doute cela reflétait-il aussi, à propos du thème de ces journées, l'existence d'une question qui vient insister avec une certaine urgence : cette pression sociale qui vient demander des comptes aux praticiens engagés dans la relation avec ces patients délinquants sexuels. On a pu entendre en effet que pression sociale en l'occurrence n'est pas une appréciation contingente de l'air du temps, mais un bras de fer qui prend parfois la forme de procès engagés contre les praticiens.

Du coup les réponses cliniques, dans un contexte général qui pourrait s'assimiler à un retour de positivisme (B. Gravier), sont immédiatement prises dans des enjeux extrêmement importants. Défendre des options thérapeutiques qui s'efforcent de retrouver le sens d'actes inhumains impose de chercher des références théoriques

nouvelles (Claude Ballier), et ne peut se faire que dans le partage d'un travail d'équipe (D. Castagnolu et V. Legoff).

Autre versant très précieux qui est au coeur des orientations du CEDEP, la participation de représentants de pays étrangers et la prise en compte des pratiques et des travaux non seulement européens (Allemagne, Suisse, Belgique, Italie...) mais aussi Nord-américain (Canada). Pour ma part, et pour donner un témoignage tout à fait fragmentaire : découverte que les traitements biologiques des déviations sexuelles sont en quasi voie d'abandon dans les pays anglo-saxons, alors même que les médias français peuvent en parler, et encore très récemment, comme une voie d'avenir.

Dans cet échange entre praticiens européens, je retiendrai particulièrement la discussion avec H. Duncker (et l'exposé de P. Rappart), à propos de la législation en Allemagne, sur la disjonction/conjonction de l'obligation de soins et de l'internement, organisés de façon radicalement différente dans les voies "médicales" et les voies "judiciaires".

Les contributions spécifiques de "Pratiques de la folie" à Montignac, qui s'étaient nourries du travail fait autour de la préparation du colloque "la contrainte et l'acte", ont proposé un abord qui prenait un certain recul par rapport à cette approche. Avec "Contrainte de transfert, contrainte de l'acte", Franck Chaumon reprenait la question à partir d'un point de vue plus psychanalytique, avec une référence aux écrits d'H. Arendt qui suscita beaucoup d'intérêt. Denis Duclos, quant à lui, autour du thème "Crimes et enfants" posait des interrogations radicales selon lesquelles le discours sur l'horreur et l'horrible ne serait finalement qu'un état particulier de l'économie des sociétés, cachant peut-être des horreurs à venir encore innommées. La référence aux Aztèques apportait là ce qu'il fallait de sang pour mettre un peu polémique dans nos débats.

Jean-Pierre Legendre, intervenant du CEDEP, mais ex-président de "Pratiques de la folie", apporta sur un témoignage clinique sur l'engagement des praticiens dans le soins à apporter aux enfants victimes d'abus sexuels, et la complexité de la question de la sanction, et donc de la confrontation psychiatrie-justice, dans ces cas qui sont le quotidien de la pratique.

Et le dernier mot du séminaire, alors que déjà les plus pressés -ou les plus chargés d'enfants - bouclaient leur valise, fut pour C. Louzoun qui glissa dans la synthèse des travaux un remarquable exposé sur John Rawls, qui sera relu à tête reposée avec profit.

Enfin, puisqu'il s'agit là de donner des échos fragmentaires et au hasard de la mémoire, j'énumèrerais comme ultime souvenir le ciel nuageux aménageant de superbes éclaircies, le spectacle de quelques courageux se baignant dans la fraîcheur de la nuit, les excellentes pauses café, et le temps libre pour de longues discussions.

Patrick MEROT

PUBLICATIONS

SOMMAIRE

- A** Sous l'égide du C.E.D.E.D. et sous la direction de Claude Louzoun, la Collection **Etudes, Recherches, Actions en Santé Mentale en Europe** aux Editions érès (Toulouse, France) :
- 2°/ "Le crime contre l'humanité" sous la direction de **Marcel Colin, Bruno Gravier** et **Jean-Marc Elchardus** *page 183*
- 3°/ "La consommation des médicaments psychotropes en prison" sous la direction de **Madeleine Monceau et Marcel Jaeger** *page 195*
- B** Nos amis publient aussi ailleurs : *page 205*
- 1°/ "Clinique de la reconstruction" **A. Chauvenet, V. Despret, J.-M. Lemaire**
- 2°/ "L'invenzione collettiva" **Cristiano Castelfranchi, Paolo Henry, Agostino Pirella**
- 3°/ "Per la normalita" **Franco Rotelli**
- 4°/ "Legislacion, derechos y salud mental" **Eugenia Diez Fernandez**
- 5°/ "Michel Foucault" **Frédéric Gros**
- 6°/ "Le secteur Psychiatrique" **Marie-Claude George, Yvette Tourne**
- 7°/ "Mentally disabled adults - Legal Arrangements for Managing their Welfare and Finances"
- 8°/ "Prévention du sida en milieu spécialisé - Les murs des institutions spécialisées constituent-ils une barrière efficace contre le virus du sida ?" sous la direction de **Tim Greacen, Serge Hefez et Aude Marzloff**
- 9°/ "Dévours de l'objet" **Collection Pratiques de la Folie**
- 10°/ "Protéger l'enfant en danger - Une pratique des conflits" sous la direction de **Serge Lesourd et Françoise Petitot**

LE CRIME CONTRE L'HUMANITÉ.

SOUS LA DIRECTION DE
MARCEL COLIN*.

Textes réunis
par Bruno Gravier** et Jean-Marc Elchardus***.

Actes du 26^e congrès de
l'Association Française de Criminologie.

*publiés par l'Association Lyonnaise de Criminologie et d'Anthropologie
Sociales
avec le soutien du Comité Européen Droit Ethique et Psychiatrie
(C.E.D.E.P.).*

* *Marcel Collin : Psychiatre, Professeur de médecine légale psychiatrique, Président de l'Association Française de Criminologie.*

** *Bruno Gravier : Psychiatre responsable du Service de Médecine et de Psychiatrie en milieu pénitentiaire, Canton de Vaud, Suisse, Secrétaire du C.E.D.E.P.*

*** *Jean-Marc Elchardus : Professeur de médecine légale psychiatrique, Lyon.*

A Lyon s'est tenu, les 12 et 13 Octobre 1990, le 26 ème congrès de l'Association Française de Criminologie. A l'époque, le procès BARBIE qui fut le **premier procès pour Crime contre l'Humanité à être jugé par un tribunal français**, a été le motif de la tenue de ce congrès.

Alors, **pourquoi**, 6 ans après, publier ce livre qui nous fournit les réflexions d'éminents spécialistes sur ce sujet?

Parce qu'entre temps, le massacre rwandais, l'épuration ethnique dans l'ex-Yougoslavie, le terrorisme ont fait et font encore l'actualité.

Il s'agit là de **Notre Histoire Immédiate** et non pas seulement de se remémorer l' Holocauste(bien que, nous le verrons ci-après, il est à l'origine du concept de crime contre l'humanité).

Force est de constater que 50 ans après, le Crime contre L'Humanité existe toujours.

Aussi, et malheureusement, les travaux des juristes, magistrats, criminologues, psychanalystes, psychiatres..., qui ont été menés en 1990, nous incitent encore aujourd'hui à la réflexion.

L'objet de ce livre est de **dépasser l'affect** que suscite le crime contre l'humanité, afin de commencer à établir, à partir de données de Droit et de Clinique, des bases juridiques et médicales pour clarifier la(es) jurisprudence(s) nationale(s) et internationale(s) sur ce sujet.

POURQUOI LE ET NON PAS LES CRIME(S) ?

Parce que, quelles qu'en soient leurs caractéristiques, le délit ne touche pas une personne privée mais une personne en tant qu'individu appartenant à une nation, un groupe ethnique...

Cela étant convenu, une trilogie exponentielle de l'horreur a été constituée par le crime de guerre, le génocide et l'attentat contre l'espèce.

→ Le crime de guerre :

Celui-ci est sans doute le mieux défini par le droit international :

- agressions contre les populations civiles,
- armes prohibées,
- prisonniers maltraités,
- destructions systématiques.

→ Le génocide :

Il est difficile d'en donner une définition précise car ce crime se heurte à différentes complications :

- le fait qu'il a toujours existé dans l'histoire pourrait laisser penser au fatalisme et à la passivité;
- si on recourt aux paramètres idéologiques, culturels, religieux ou territoriaux, la caractérisation de celui-ci serait indécise. En fait, il faudrait admettre et démontrer qu'il existe un support génétique commun au groupe victime;
- le criminel est rarement un individu (excepté une forme actuelle de terrorisme qui fait appel à des "bombes humaines"), mais un groupe au pouvoir ou un état.

→ Le crime contre l'espèce :

C'est le point extrême dans le système concentrationnaire.

LA STRUCTURE DU LIVRE.

Les interventions des spécialistes, réunis lors de ce 26ème Congrès de Criminologie, ont été groupées en 4 chapitres :

- L'incrimination.
- Le procès.
- Aspects cliniques : victimes et bourreaux.
- Craintes à venir.

La lecture de ce livre nous fournit leurs points de vue et leurs tentatives

- de donner la(es) définition(s), tant du point de vue juridique que médical,
- d'établir un(des) cadre(s) juridique(s) permettant d'être sûr de pouvoir identifier, et juger, un crime comme étant un crime contre l'humanité,
- d'amorcer des réponses cliniques...

BASES D'ÉLABORATION D'UNE DÉFINITION DU CRIME CONTRE L'HUMANITÉ.

Le concept de crime contre l'humanité est né et a été révélé par le nazisme.

Pour donner une définition précise du concept de crime contre l'humanité, il faut en définir le contenu et ses limites. La complexité d'une telle description réside dans **le double risque d'extension et d'exclusivité.**

- L'extension :

Le crime contre l'humanité s'applique-t-il aussi bien à une répression sanglante, au terrorisme, aux tortures qu'aux massacres d'avant et d'après l'Holocauste ?

On peut donc en déduire à **tout acte violent contre un groupe d'hommes qui suscite une indignation.**

- L'exclusivité :

Est-ce que **crime contre l'humanité = la Shoah** ? Car, la Shoah est la figure paradigmatique du crime contre l'humanité, avec son projet concerté, sa réalisation technique de masse incluant la descendance.

La confrontation du Droit (*cf Chapitre I - L'incrimination- " L'interdit et le respect : comment définir le crime contre l'humanité " du Prof. Delmas-Marty*) et de la Médecine Légale (*cf Chapitre III - Aspects cliniques : victimes et bourreaux- " Les crimes contre l'humanité : études cliniques du silence à la parole." des Drs Moutin et Schweitzer*) permet d'en déduire que **la définition du crime contre l'humanité passe autant par les victimes de l'atteinte à la dignité humaine que par ceux qui en ont été les auteurs.**

On peut en conclure que la démarche permettant de qualifier un acte sanglant, contre un individu ou un groupe de personnes, de crime contre l'humanité impose **une double approche :**

- Identifier le criminel

et

- reconnaître la victime.

POURQUOI EST-IL ABSOLUMENT NÉCESSAIRE D'AVOIR UNE DÉFINITION DU CRIME CONTRE L'HUMANITÉ ?

La constatation suivante s'impose : un déséquilibre existe entre l'unanimité dans l'indignation et la condamnation du crime contre l'humanité par les parlementaires (ceux-là mêmes qui font les lois) **ET** leur incapacité à pouvoir en donner une définition.

Ce paradoxe est lié à la nature même du crime contre l'humanité :

- Faut-il lui donner un cadre juridique strict, au risque de lui ôter sa spécificité?
- L'abstraction, due au terme "contre l'humanité", justifierait-elle l'oubli des victimes?
- Peut-on confondre crime d'inhumanité et crime contre l'humanité?

La lecture de ce livre nous fournit des éléments de réponse.

I- La victimologie fait partie intégrante de la criminologie. Elle aide même à définir le crime. Le cadre juridique qui en résulte reconnaît et donne la parole à la victime. La réparation due à la victime, toute symbolique (ne pouvant être compensatoire) qu'elle soit, doit venir de la Société.

II- Le fondement d'une définition du crime contre l'humanité repose sur 4 raisons majeures :

- faire échec à l'oubli soit **nommer l'Innommable**,
- ne jamais excuser cet acte soit le qualifier d'**Interdit absolu**,
- le reconnaître pour le dénoncer et **ne jamais l'accepter**,
- **poursuivre, juger et punir** les auteurs de cet acte.

Le nazisme, en tant qu'expression historique et paroxysmique du crime contre l'humanité, est, naturellement, présent tout au long du livre.

Des juristes et des cliniciens l'ont, spécialement, étudié chacun avec l'apport de leur formation*.

Les autres l'ont utilisé comme "référence". En effet, suite à la découverte des crimes contre la dignité humaine perpétrés par le nazisme, il est apparu comme nécessaire et urgent de combler le vide juridique international et national sur ce sujet. Sujet qui venait juste de naître.

Les "hommes de loi" (juristes, magistrats, avocats, criminologues) commentent les différentes juridictions internationales** et nationales** nées à la suite du nazisme ainsi que celles qui ont résulté d'autres atteintes à la dignité humaine, qu'elles s'appellent stalinisme, apartheid, terrorisme...

Leurs explications mettent en lumière les points positifs, défaillants, et/ou, ceux qui n'ont jamais été réellement appliqués.

Mais, ils ne s'arrêtent pas à la critique et proposent des améliorations aux textes existants ainsi que de nouveaux documents***.

Les cliniciens (psychiatres, psychanalystes, psychologues, médecins, criminologues) cherchent une (des) explication(s) médicale(s) du crime contre l'humanité.

Pour ce faire, ils se sont intéressés aux bourreaux et aux victimes. Ils démontent les processus psychiques des deux en se servant de la génétique, des différentes formes de maladies mentales.

Leurs travaux ont, ainsi, amené le Comité d'Éthique à réfléchir et à proposer des textes concernant le crime contre l'humanité****.

** par exemple :- Chapitre II - "Le procès"- "La notion du crime contre l'humanité à travers les décisions rendues par les juridictions françaises dans les affaires Touvier et Barbie" d'Ugo Iannucci;*

- Chapitre III - "Aspects cliniques : victimes et bourreaux"- "Essai sur la perte d'activité symbolique dans la pensée nazie" de Janine Chasseguet-Smirgel, "Du témoignage à la réflexion, sur la spécificité du crime nazi et les conditions de réparation individuelle et collective" de Stanislaw Tombiekiewicz.

*** cf en annexe: Le code de Nuremberg, La convention internationale sur l'élimination et la répression du crime d'apartheid, Conventions des Nations Unies....*

**** cf en annexe : "Avant projet de loi, sciences de la vie et droits de l'homme", et, "Les dispositions du nouveau code pénal concernant les crimes contre l'humanité".*

***** cf Chapitre IV - " Craintes à venir" - "Le comité consultatif national d'éthique face aux crimes contre l'humanité" de Claire Ambroselli.*

Ce livre n'apporte pas seulement une réflexion historique sur toute atteinte à la dignité humaine. En effet, outre le nazisme, le stalinisme, l'apartheid, qui sont historiquement délimités, le livre aborde des sujets, toujours d'actualité, les dangers de la génétique pour le respect des différences de l'Homme, l'euthanasie...

Créé en 1993 à l'initiative de la France (par Roland Dumas, alors ministre des Affaires Etrangères) et soutenu par le Conseil de sécurité de l'ONU, le **Tribunal pénal International de La Haye** est Le tribunal de la justice des nations. Son rôle est de juger les atteintes à la dignité humaine perpétrées "au nom de la nation" sous toutes ses formes. Son existence a été motivée par la découverte, par les Nations Unies, des atrocités commises lors de la guerre dans l'ex-Yougoslavie.

Or, aujourd'hui, Juillet 1996, le Tribunal pénal international de la Haye a commencé, depuis le 27 Juin, l'audition publique des témoins à charge contre les 2 chefs de guerre serbes de Bosnie, Radovan Karadzic et Ratko Mladic. Malgré les seize chefs d'accusation, dont ceux de génocide et de crimes contre l'humanité, qui ont été retenus contre eux par le TPI, Karadzic et Mladic sont absents du banc des accusés à la Haye.

En utilisant l'article 61 de son règlement, le TPI sensibilise l'opinion et renvoie les Etats à leurs responsabilités. **Ceux-ci se dérobent à leur devoir : livrer les 2 principaux accusés au TPI.**

Le TPI est acculé à avoir recours à la voie médiatique pour aboutir à une décision de justice, à savoir : **l'obtention d'un mandat d'arrêt international contre Radovan karadzic et Ratko Mladic.**

Aussi, nous pouvons déplorer que ce livre, regroupant les textes de spécialistes ayant réfléchi sur "le crime contre l'humanité", soit d'une actualité brûlante.

L'ambition de cet ouvrage est de démontrer aux instances politiques, juridiques, médicales... nationales et internationales, que la question du crime contre l'humanité se pose, encore aujourd'hui, dans toute son acuité.

LISTE DES CO-AUTEURS :

La définition du crime contre l'humanité est claire dans son énoncé mais beaucoup plus complexe et sujette à discussions dans sa pratique juridique et/ou médicale. Ce livre regroupant les textes de spécialistes (juristes, médecins, criminologues...) de cette question en est l'illustration. Il est important de les citer. En effet, leurs qualités et leurs excellentes connaissances du sujet, nous expliquent les obstacles, déjà rencontrés et à venir, pour donner des limites précises au concept du Crime contre l'Humanité. Ainsi donc, cela permet de comprendre la difficulté de faire des lois et de les appliquer efficacement.

Avocats :

Ugo Iannucci : Avocat, Lyon.

Alain Joffe : Avocat, Montréal, Canada.

Juristes :

Mireille Delmas-Marty : Professeur à l'université Paris I (Panthéon-Sorbonne), Membre de l'Institut Universitaire de France.

Anne D'Hauteville : Professeur de Droit, Montpellier.

Michel Massé : Professeur à la faculté de Droit et des Sciences Sociales de Poitiers.

Magistrats :

Paul Bouchet : Conseiller d'Etat, Président de la Commission Nationale Consultative des droits de l'Homme.

A. Oriol : Premier Président de la Cour d'Appel de Lyon.

Pierre Reygrobellet : Procureur Général auprès de la Cour d'Appel de Lyon.

Pierre Truche : Procureur Général, Cour d'Appel de Paris, actuellement Procureur Général à la Cour de Cassation de Paris.

Criminologues :

Denis Szabo : Professeur de criminologie, Centre International de Criminologie Comparée, Université de Montréal, Canada.

Médecins, Psychiatres, Psychanalystes et Psychologues :

Claire Ambroselli : Médecin, ancienne membre du Comité National d'Ethique des Sciences de la Vie, actuellement Directrice à l'I.N.S.E.R.M., auteur dans la collection "Que sais-je" de "*L'éthique médicale*", 1988 (n°2422), et, de "*Le Comité d'éthique*", 1990 (n°2544).

Jacques Ascher : Psychiatre, Psychanalyste, Membre de la Société Psychanalytique de Paris, Médecin attaché au CHU de Lille, Membre de l'Association internationale d'Histoire de la Psychanalyse.

André Beetschen : Psychiatre, Lyon.

Elisabeth Clavairolly : Psychologue, Service Médico-Psychologique Régional, Lyon.

Janine Chasseguet-Smirgel : Psychanalyste, Membre de la Société Psychanalytique de Paris, Membre Honoraire de la Société Psychanalytique de Philadelphie, U.S.A., Professeur à l'université Charles de Gaulle-Lille III.

Marcel Colin : Psychiatre, Professeur de médecine légale psychiatrique, Président de l'Association Française de Criminologie.

Roger Dufour-Gompers : Psychiatre, Professeur de criminologie clinique, département de Criminologie, Bar-Ilan University, Ramat Gan, Israël.

Jean-Marc Elchardus : Psychiatre, Professeur de médecine légale psychiatrique, Lyon.

Bruno Gravier : Psychiatre, Reponsable du Service de Médecine et de Psychiatrie en milieu pénitentiaire, Canton de Vaud, Suisse, Secrétaire du C.E.D.E.P..

Michel Gillet : Psychiatre des hôpitaux, Lyon.

André Green : Psychanalyste, ancien président de la Société Psychanalytique de Paris.

Pierre Moutin : Psychiatre attaché au service Médico-Psychologique régional de l'établissement pénitentiaire de Fresnes (Val de Marne).

Tobie Nathan : Professeur de psychologie clinique et de pathologie à l'université Paris VIII, Directeur Scientifique de "La Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie".

René Roussillon : Psychanalyste, Professeur de psychologie clinique, Lyon.

M. Schweitzer : Psychanalyste, Praticien hospitalier, Paris.

Stanislaw Tomkiewicz : Psychiatre, Directeur de Recherche à l'I.N.S.E.R.M.

Claude Vauterin : Professeur agrégé du Val de Grâce, Chef de service de psychiatrie de l'hôpital d'Instruction des Armées Desgenettes, décédé en 1995.

Jacques Vedrinne : Professeur en médecine légale, Lyon.

.....

Dossier rédigé et réalisé par le Bureau de presse Jeannette Louzoun :

46, rue Trousseau - 75011 Paris

Tél. (1) 48 05 86 72 / Fax. (1) 48 05 86 44

LA CONSOMMATION DES MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES EN PRISON.

Sous la direction de
Madeleine MONCEAU* et Marcel JAEGER**.

Préface
d'Edouard ZARIFIAN***

Ont collaboré à ce livre
les Docteurs Pascale CHEVRY et Bruno GRAVIER.

** Madeleine Monceau : Sociologue à l'hôpital psychiatrique de Saint-Egrève (Isère), Présidente de l' Association de Recherches Sociologiques et Anthropologiques Appliquées à la Psychiatrie (ARSAAP).*

*** Marcel Jaeger : Sociologue, Infirmier psychiatrique,
Directeur adjoint de l'Ecole d'Educateurs Spécialisés à BUC.*

**** Edouard Zarifian : Professeur de psychiatrie au CHU de Caen, Chargée
de mission auprès du Ministre de la Santé,,
Responsable d'une étude nationale sur "l'utilisation nationale des
psychotropes",
Auteur de "Les Jardiniers de la Folle", 1992, Seuil.*

Au cours de ces 20 dernières années, les conditions objectives d'emprisonnement ont changé. Les parloirs ouverts, l'introduction de la télévision et des journaux, et, l'accès aux biens de consommation courante grâce à l'existence de "la cantine" en sont la traduction. Mais, l'enferment reste une expérience existentielle difficile.

La sanction ne se réduit pas à la privation de liberté, elle se paie aussi en terme de santé mentale.

En effet, les statistiques suivantes sont éloquentes :

- le suicide est de **6 à 7 fois supérieur en prison qu'à l'extérieur,**
- les détenus sont **à leur arrivée en prison:**
 - à environ **30% alcooliques**

ET

- à environ **15% toxicomanes.**

Les médicaments psychotropes dont l'objet est de réduire la douleur psychique des individus, ont dans l'univers carcéral un **double rôle** :

- un **rôle thérapeutique** (diminuer la souffrance psychique des prisonniers)

ET

- un **rôle institutionnel** (contribuer au calme de l'institution pénitentiaire et à la sécurité des personnels de surveillance).

C'est cette double fonction qui est à l'origine de ce livre

Celui-ci résulte d'une recherche conduite de 1991 à 1994 par 2 sociologues , Madeleine Monceau et Marcel Jaeger, dans le cadre de l'Association de Recherches Sociologiques et Anthropologiques Appliquées à la Psychiatrie (ARSAAP). Cette étude a été réalisée à la demande du Ministère de la Justice qui, par ailleurs, l'a financée. Les docteurs Pascale Chevry (épidémiologue) et Bruno Gravier (psychiatre responsable du Service de Médecine et de psychiatrie en milieu pénitentiaire, Canton de Vaud, Suisse) ont collaboré à ce travail.

QUELLES SONT LES QUESTIONS SUR LESQUELLES L'ÉTUDE SE FONDE?

Le rôle institutionnel des psychotropes (tranquillisants et hypnotiques) en prison intéresse particulièrement les sociologues. Les questions suivantes se sont posées à eux lors de leur réflexion pour aborder ce sujet :

- Comment peut-on vivre en prison?
- Quelle est la place du support médicamenteux dans le déroulement de l'incarcération?
- Quelle est la finalité des soins dans ce type d'institution?
- Qu'en est-il de la liberté de l'acte de prescription compte tenu du positionnement du service médical en prison?
- Comment se gère la distribution des médicaments, longtemps assurée par les seuls personnels de surveillance?
- Est-il exact de dire qu'il existe une surconsommation des médicaments psychotropes dans les prisons françaises?

Ces questions ont servi de base dans les différentes démarches (enquête, questionnaire et entretiens) des sociologues avec la collaboration de médecins.

LE CADRE DE L'ÉTUDE.

Elle s'est inscrite dans **trois établissements** :

- le centre pénitentiaire de Fleury-Mérogis (+ de 5000 détenus),
- la maison centrale de Clairvaux,
- les maisons d'arrêt de Lyon.

En parallèle, un questionnaire a été adressé **aux pharmacies** des établissements pénitentiaires : **105 sur 182 ont accepté d'y répondre.**

Afin de comprendre les motivations des **détenu(e)s** à supporter leur vie carcérale, une **centaine d'entretiens** a été réalisée. Ces discussions se sont tenues avec des détenu(e)s qu'ils soient, ou non, consommateurs de médicaments psychotropes.

LA DEMANDE DE SANTÉ ET DE SANTÉ MENTALE EN MILIEU PÉNITENTIAIRE.

Cette demande est très forte.

Par exemple, il a été constaté, à la maison d'arrêt des femmes de Fleury-Mérogis, que **100 sur les 500 détenues se présentent chaque jour à l'Infirmierie.**

Que cela soit, pour des examens de laboratoire, des visites d'entrée ou des consultations médicales pour les maux les plus variés, **l'origine de ses manifestations physiques et/ou psychiques témoignent toutes de la morbidité et du stress provoqués par l'incarcération.**

"Il est banal d'observer parmi les maux les plus apparents, des affections cutanées qui ne trouvent pas toutes leur origine dans une hygiène défectueuse, des alopecies parfois sévères, des aménorrhées prolongées, des anorexies "portées au débit de la mauvaise nourriture", des boulimies suite à un traitement neuroleptique ou à une "faim affective" que semble mal combler le chocolat de la cantine." (Cf "La Maison d'Arrêt des Femmes de Fleury-Mérogis, Soins et Psychiatrie n°116-117, Juin-Juillet 1990, P.59, de F. Blondieau et B. Milliot, respectivement ancien Directeur et Médecin de la Maison d'Arrêt des Femmes de Fleury-Mérogis.).

De manière plus générale, le **taux de prévalence du VIH (10 fois supérieur à celui de la population générale)** et la **sur-représentation d'un facteur 3 de la tuberculose pulmonaire** donnent la mesure de la précarité sanitaire des populations incarcérées, **encore mal inventoriées du point de vue des dérives de leur santé.**

LA FIOLE.

Qu'est-ce que la fiole?

C'est le mot employé, par les prisonniers, pour nommer les médicaments.

La fiole est à la fois objet de soulagement et d'inquiétude.

Soulagement : la fiole est le récipient donné, aux prisonniers, contenant le mélange dilué des médicaments qui leur sont prescrits.

Inquiétude : les détenus se méfient des propriétés pharmacologiques du mélange que contient la fiole.

En prison comme à l'extérieur, les tranquillisants et les hypnotiques sont ressentis comme "des aides à vivre" dont on ne peut se passer à moment donné. La prise de psychotropes **met à jour la défaillance de la volonté.**

Or, dans le milieu carcéral, la prise de ces médicaments est "publique" car la notion de "privé" est totalement antinomique dans ce lieu. Cela induit une **catégorisation ségrégative des détenus** consommant des psychotropes : "**les fiolés**" comme on les surnomme. Certains prisonniers en donnent une description d'une rare violence :

"les fiolés: des zombies, des morts vivants, des drogués errant dans le néant".

CONSOMMATION / SURCONSOMMATION DES PSYCHOTROPES EN PRISON.

Médicamentés ou non, les détenus interrogés, pour la plupart, expriment leur sentiment d'une forte consommation des médicaments psychotropes, en particulier dans les maisons d'arrêt et les établissements pour femmes :

"Sur la division, tout le monde prend des médicaments. Je ne connais pas de fille qui n'en prennent pas" témoigne une femme de 22 ans en prison depuis 6 mois.

Une récidiviste de 26 ans raconte : *"Il y a beaucoup de filles qui prennent des médicaments. Il y en a même qui se coupent pour avoir des fioles."*

De façon général, les détenus ont un **rapport paradoxal** envers les médicaments psychotropes :

- ils reprochent, au corps médical, la facilité de prescription de ces médicaments. Ils soupçonnent les médecins de complicité avec l'institution carcérale car, comme nous l'avons dit précédemment, les psychotropes "aident à la paix" dans les prisons.

- ils ont peur de leurs effets sur leur personnalité et la dépendance qui peut en résulter.

- ils ne peuvent s'en passer.

L'enquête a démontré qu'à un Jour J, la consommation de psychotropes touchait :

- **15%** des hommes incarcérés à la maison centrale de Clairvaux,
- **18%** des détenus dans les prisons St Paul et St Joseph de Lyon,
- **1 détenue sur 2** à la prison de femmes de Montluc.

L'étude a établi que la **détermination hommes/femmes ou le statut (prévenu/condamné)** jouent un rôle décisif sur la **conduite médicamenteuse des personnes emprisonnées** (en supposant que les pratiques de prescription ne soient pas trop éloignées).

Les écarts observés, en volume (de 1 à 3) et en nombre (de 15 à 50%), caractérisent deux populations différentes :

- **au pôle inférieur (15%),** il s'agit d'hommes déjà condamnés depuis de longs mois voire des années.
- **au pôle supérieur (50%),** se trouvent les femmes, la majorité d'entre elles sont des prévenues et/ou des récidivistes.

Dans tous les cas, l'enquête conduite auprès des pharmaciens des établissements pénitentiaires **révèle une consommation très largement supérieure à celle de la population générale.** En effet, dans la **population française,** réputée comme grande consommatrice de psychotropes, la proportion de consommateurs réguliers **ne dépasse pas 7%** (Rapport Legrain, 1990) **ou 11%** d'après une enquête associant plusieurs organismes (INSEE, CREDES, SESI, Avril 1994).

La recherche a aussi **mis en avant le rôle des personnels de surveillance** dans la **distribution des fioles,** pratique qui inquiètent les détenus et mécontente les "gardiens" dans un **contexte de pénurie d'infirmiers.**

Depuis, le décret du 27 Octobre 1994 et la circulaire du 8 décembre 1994, intègrent la médecine pénitentiaire dans le dispositif général de la prison.

Cette étude montre clairement la **surconsommation** des psychotropes en prison. Elle témoigne des craintes, thérapeutiques et sociales, des détenus vis à vis de la prise de ces médicaments. Elle souligne les carences du système de santé pénitentiaire.

La question finale que pose les auteurs de ce livre est : *est-ce que les nouveaux textes, sortis en 1994, vont changer la réalité quotidienne des détenus, le circuit du médicament et modifier la demande de psychotropes dans cet univers si particulier ?*

ANNEXES

PUBLICATIONS ANTÉRIEURES DE L'ARSAAP*:

- *"Les conditions de reconversion des personnels psychiatriques à l'hôpital de Saint-Egrève"* de Jean-Pierre Castelain, Marcel Jaeger et Madeleine Monceau, contrat avec la MIRE, 1987.
- *"La gestion des situations d'exclusion de l'emploi : Etude comparative sur plusieurs départements des décisions prises par les COTOREP"* de Marcel Jaeger et Madeleine Monceau, contrat avec la MIRE, 1990.
- *"Les effets du RMI sur l'attribution de l'AAH par les COTOREP"* de Marcel Jaeger et Madeleine Monceau, contrat avec le Commissariat Général au Plan pour la Commission Nationale d'Evaluation du RMI, 1992.

* Association de Recherches Sociologiques et Anthropologiques Appliquées à la Psychiatrie

- ARSAAP-

5, rue du Pont Saint Jaime - 38000 Grenoble

Tél. 76 51 74 40 / Fax. 76 54 42 45

.....

**Dossier de presse rédigé et réalisé
par le Bureau de Presse Jeannette Louzoun
46, rue Trousseau - 75011 Paris
Tél.(1) 48 05 86 72/Fax. (1) 48 05 86 44**

CLINIQUE DE LA RECONSTRUCTION

Les conflits qui ont ravagé l'ex-Yougoslavie ont particulièrement affecté les populations civiles. Guerre, épuration ethnique, séparations, pertes, fuite et exil ont provoqué des traumatismes graves. Ces événements ont constitué, pour ceux qui les vivaient, une atteinte à la confiance et aux liens. En outre, le fait d'être réfugié, en transit, hors du monde, répète l'exclusion déjà vécue et les traumatismes.

Le programme thérapeutique relaté ici s'inspire des pratiques de thérapie familiale et contextuelle. Il s'est construit en réponse aux difficultés créées par ces situations extrêmes : comment rencontrer les familles sans répéter, dans les processus de diagnostic et de dépistage, les gestes de l'exclusion et de la stigmatisation auxquels elles ont déjà été si souvent confrontées ? Comment offrir l'aide sans déposséder ? La réflexion qui en est issue a été partagée entre le coordinateur du programme, une sociologue, et une philosophe. Elle se fonde sur une évaluation du programme, effectuée avec les intervenants et les familles elles-mêmes, et relate ce qui constitue une véritable expérience de revitalisation des ressources et des liens. A l'heure de la reconstruction, ce travail tente de définir les conditions de possibilité d'une clinique adaptée à des situations extrêmes.

A. CHAUVENET, V. DESPRET,
J.-M. LEMAIRE

CLINIQUE DE LA RECONSTRUCTION

*Une expérience avec des réfugiés
en ex-Yougoslavie*



A. CHAUVENET est directrice de recherche au C.N.R.S. en sociologie, au Centre d'Étude des Mouvements Sociaux, à l'E.H.E.S.S., à Paris. Elle a publié notamment : La protection de l'enfance, une pratique ambiguë (L'Harmattan, 1992) et, avec F. Orlic et G. Benguigui, Le monde des surveillants de prison (PUF, 1994).

V. DESPRET est philosophe et psychologue et travaille au Département de Philosophie de l'Université de Liège. Elle a publié notamment : Naissance d'une théorie éthologique. La danse du cratérope écaillé (Les empêchours de penser en rond, 1996) et avec P.P. Gossiaux, C. Pugeault et V. Yserbit, L'homme en société (PUF, 1995).

J.M. LEMAIRE est psychiatre, Directeur du Service de santé mentale de Flémalle et de l'Institut Liégeois de Thérapie Familiale. Il est l'initiateur et le superviseur du « Projet pilote pour un travail de réseau thérapeutique centré sur les familles » à la demande de M.S.F. Belgique.

Edition "L'Harmattan"
5-7 rue de l'École Polytechnique
75005 Paris - France

La psichiatria istituzionale, nata con i manicomi agli inizi dell'Ottocento, è ormai da tempo entrata in una profonda crisi dalle molte facce.

Mentre falliscono i tentativi di ritardarne il superamento, una nuova prospettiva si sta delineando in tema di difesa della salute mentale: quella indicata dalle sempre più numerose esperienze «riabilitative», che accolgono in sé anche aspetti di «cura» e di «prevenzione» e sono legate ai recenti sviluppi di una psicologia svincolata dai modelli della clinica e della medicina.

I tre autori di questo volume portano, da diverse angolature, un contributo originale alla definizione dell'attività di riabilitazione anche sul piano epistemologico e della ricerca scientifica, ripercorrendone la storia e mettendone in evidenza la carica di rinnovamento nei confronti dei luoghi e delle procedure istituzionali.

CRISTIANO CASTELFRANCHI - PAOLO HENRY
AGOSTINO PIRELLA

L'INVENZIONE COLLETTIVA

PER UNA PSICOLOGIA DELLA RIABILITAZIONE
NELLA CRISI DELLA PSICHIATRIA ISTITUZIONALE




EDIZIONI GRUPPO ABELE

"L'INVENZIONE COLLETTIVA"

Christiano CASTELFRANCHI
Paolo HENRY
Agostino PIRELLA

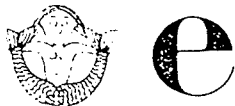
Edizioni Gruppo Abele
via Gioletti, 21 -
10123 Torino - ITALIE
Tel. (011) 8142715

Prix : L.26.000

"PER LA NORMALITÀ"

Franco ROTELLI

EDIZIONI



via San Ciriaco 16 - 34129 Trieste
tel. 0422/566821 - fax 0422/566819
reg. Tribunale TS n. 707/23.6.1987

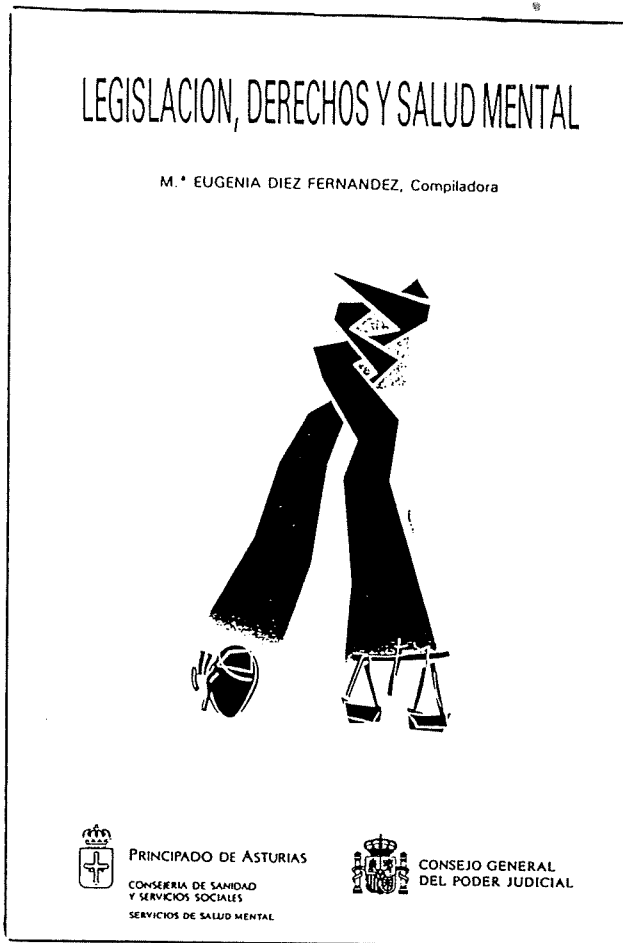


Stampato e distribuito in Italia
1992 - 1994

«... l'intima vergogna di appartenere a qualcosa che ha obbligato Timmel a comunicare quasi di soppiatto: di essere io parte di un universo che a lui ha offerto solo la possibilità di sfuggirgli attraverso questi disegni» così argomenta sul suo taccuino, lo psichiatra Franco Rotelli, scrivendo dei disegni manicomiali del pittore triestino Vito von Thümmel (Timmel).

Nella forma della scrittura d'occasione, questo libro -taccuino, diario di lavoro in pubblico dal '67 al '93- traccia la trama di una lunga e presente esperienza centrale della psichiatria italiana. Prassi e teoria che mette in crisi le proprie ragioni storiche e la propria istituzione, qui e in tutto il mondo. Dalla apertura dei manicomi all'invaso territoriale; dalla irruzione sulla scena di individui -prima denigrati ed esclusi- ora narranti, alla impresa sociale: universo laborioso e ricco delle diversità.

L'Autore, nato a Casalmaggiore (CR) nel 1942, dopo i primi tempi di lavoro a Parma -clinica psichiatrica dell'Università- e a Castiglione delle Stiviere -ospedale psichiatrico giudiziario-, collabora dal 1970 al 1980 con Franco Basaglia, prima in Emilia e poi subito a Trieste, dove rimane, direttore dei servizi psichiatrici da 15 anni. Franco Rotelli è responsabile del Centro studi per la salute mentale della regione Friuli-Venezia Giulia (centro collaboratore OMS); è consulente della Organizzazione panamericana della sanità in Brasile, Argentina, Repubblica Dominicana. È conduttore e responsabile di vari progetti di cooperazione, per il ministero degli esteri italiano e la CEE (Cordoba, Asturie, isola di Leros, Lubiana, Sarajevo, etc.). Ha svolto cicli di conferenze in tutto il mondo. Molti degli scritti qui presenti sono prodotti in varie lingue. In particolare citiamo il volume *Desinstitucionalização* (Hucitec, São Paulo, 1990).



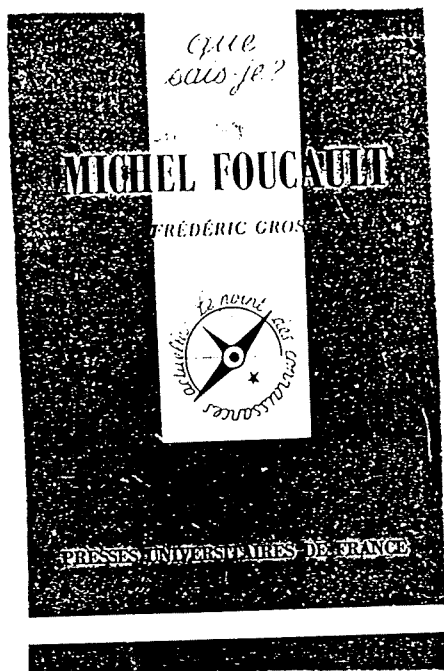
Esta monografía reúne las ponencias presentadas en las Segundas Jornadas Asturianas de Salud Mental y Ley que se han celebrado en Oviedo los días 5 y 6 de noviembre de 1992. Este encuentro ha sido organizado por los Servicios de Salud Mental de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales del Principado de Asturias y el Consejo General del Poder Judicial.

El objetivo fundamental de estas jornadas ha sido promover un debate interdisciplinar entre los profesionales de la Justicia y los profesionales de la Salud Mental. Es conocido que la relación histórica entre ambos colectivos ha estado marcada por actitudes de recelo y desconfianza mutua. Sin duda debido, entre otros factores, a que se entremezclan diversos paradigmas científicos, distintas concepciones y objetivos de seguridad jurídica, legalidad y criterios asistenciales aplicados con frecuencia de forma contradictoria.

La realidad demuestra, sin embargo, que es notoria la necesidad de articular sistemas de coordinación y cooperación entre ambos colectivos, con el objetivo de consensuar criterios de actuación en relación a los pacientes con trastornos mentales y también para aquellos que incurrir en conductas delictivas. Intervenciones que deben conciliar la protección a la libertad y el derecho a la salud.

Hace nueve años se organizaron las primeras jornadas. Fue un encuentro importante: se intercambiaron las nuevas líneas de trabajo y las nuevas posibilidades de reflexión y abordaje que se habían abierto recientemente. Se iniciaba una nueva etapa mediatizada por cambios en ambos sistemas; comenzaba en Asturias un proceso de transformación de la asistencia psiquiátrica, al tiempo que se producían importantes reformas legislativas en relación a los enfermos mentales. Se había introducido una reforma del Código Civil en materia de tutela (Ley 13/83, de 24 de octubre), que supuso la derogación del Decreto sobre internamiento de 1931, e implicaba el reconocimiento del enfermo mental como un sujeto de derechos. La Ley Orgánica 8/83, de 25 de junio de reforma urgente y parcial del Código Penal introducía la posibilidad de adoptar, por parte de los Tribunales, del recurso al tratamiento ambulatorio para los pacientes mentales con conductas delictivas.

Las actuales jornadas sirvieron, sin duda, para avanzar en la reflexión y en el análisis multidisciplinar de la compleja realidad que confluye entre el sistema judicial y el sistema sanitario, como puede desprenderse de las aportaciones que se presentan en esta monografía.



"MICHEL FOUCAULT"

Frédéric GROS

Presses Universitaires de France
N° 3118

108 bd Saint-Germain 75006 Paris - F

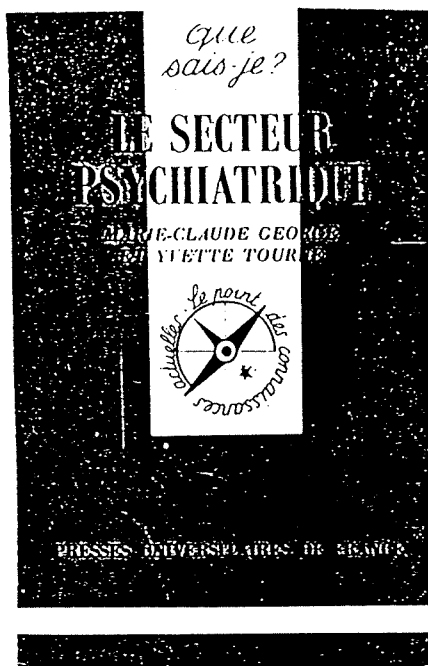
Foucault n'a cessé au fond de raconter des histoires : histoire de la folie exclue, histoire de l'accueil de la mort, histoire des systèmes de pensée, histoire de la prison et des guerres, histoire de l'aveu et des sujets, histoire des plaisirs, de la chair et des désirs, etc. Lui-même affirmait sans ironie : « Je n'ai jamais écrit que des fictions. » Nous n'avons jamais tenté ici que de rapporter le plus fidèlement possible ces petites cellules narratives, et de voir comment des concepts pouvaient s'y articuler. Mais la philosophie, ayant délaissé les grands systèmes spéculatifs, serait-elle ainsi réduite à délivrer des récits un peu mythiques, composés en puisant de manière hâtive dans un matériau historique parfois mal maîtrisé, et en articulant, autour, des concepts sollicités pour les besoins de la cause ? Mais dans ce travail de constitution de fictions, Foucault entendait bien remplir sa tâche d'intellectuel « spécifique »¹. On peut rappeler en quelques slogans ce que Foucault entendait par la tâche *moderne* de philosophe : dénoncer les relations de pouvoir occultées, provoquer des résistances, permettre aux voix trop souvent étouffées de s'exprimer, produire des savoirs vrais qui puissent s'opposer aux gouvernementalités dominantes, permettre l'invention de nouvelles subjectivités, défier nos libertés et nos possibilités d'action, faire

surgir l'historicité de nos systèmes de savoir, de pouvoir et de subjectivation, montrer que rien ne nous est fatalité, en définitive *changer nos vies*. Mais cette tâche, Foucault a tenté de l'accomplir *en racontant des histoires*¹, des histoires qui parleraient de ce que nous étions, et de ce que nous pourrions ne plus être. Sans doute Foucault se situe-t-il par là dans l'écho de la provocation nietzschéenne.

Nietzsche nous avait appris l'absence *d'origine*, et, partant, l'absence de tout fondement qui pourrait assigner à nos consciences philosophantes la tâche héroïque de retrouver des vérités perdues, de tracer la courbe du retour à une patrie première, celle de nos identités enfouies et des significations pures, de restituer l'Être des commencements inaltérés. Ce qui se précipite alors, dans cette absence proclamée d'origine, c'est l'invention de l'avenir. Sartre l'avait sans doute tenté de reconstruire une ontologie à la mesure de cette absence. Foucault procède autrement, et par là, avant même Nietzsche, c'est la pratique de Rousseau qu'il retrouve. Dans l'absence d'origine, c'est la multiplicité des fictions qui prend son volume. La philosophie ne peut plus, sans origine ni fondement, prétendre à l'unité de la délivrance de significations ultimes. Mais elle peut construire des récits qui nous permettront, non pas de nous retrouver, mais de nous inventer à nouveau. Les systèmes métaphysiques ont fait place aux fictions politiques.

1. Sur l'intellectuel spécifique en opposition à l'intellectuel universel, voir *Dits et écrits*, t. III, p. 109-114.

1. C'est donc d'un seul mouvement critique que Foucault lie les trois sens d'*histoire* : comme récit, comme domaine de savoir, et comme registre d'actions.



"LE SECTEUR PSYCHIATRIQUE"

Marie-Claude GEORGE
Yvette TOURNE

Presses Universitaires de France
N° 2911

108 bd Saint-Germain
75006 Paris - FRANCE

En plus de trois décennies, est apparue une nouvelle image de la santé mentale en France. Sartre affirmait qu'une société décide de ses malades comme elle décide de ses morts. Les anciens du secteur, le paraphrasant, soulignaient l'adéquation entre l'état d'une société et sa conduite envers la folie par sa législation et la pratique psychiatrique ainsi générée. L'ambition de la politique de secteur, en établissant un système unifié d'accueil et de soins au plus près de la communauté, était double. Sur le plan de l'organisation des soins, la mise en place des secteurs géodémographiques a permis, par le tissage large et vivant de son réseau de structures et de stratégies diverses, la rencontre entre l'équipe et la population desservie. La sectorisation psychiatrique a aussi servi de premier modèle à l'instauration d'autres dispositifs de soins : les secteurs de protection maternelle et infantile, médico-scolaire, en toxicomanie, et de psychiatrie en milieu pénitentiaire. Les structures de soins à temps partiel ont servi de référence en médecine somatique (hôpital de jour, soins à domicile...).

Sur le plan thérapeutique, en tournant le dos aux pratiques asilaires, la psychiatrie de secteur garantit la continuité des soins tout au long de l'évolution des troubles d'un patient, par des réponses thérapeutiques différenciées dans le temps et dans l'espace, en l'aidant à maintenir le lien à sa communauté sociale. C'est sur la richesse de ces principes que ses promoteurs se sont engagés dans des pratiques radicalement nouvelles, qui conjuguent le champ du thérapeutique à celui du

social, pour réhabiliter l'humain chez les êtres qui souffrent psychiquement.

Le regard des professionnels sur la santé mentale s'en trouve profondément modifié. Celle-ci, contrairement à l'idée aliéniste, n'est plus l'apanage du savoir médical. « Le médecin n'est pas du côté de la santé [mentale] qui détient tout savoir sur la maladie, et le malade n'est pas du côté de la maladie qui ignore toute chose sur elle-même et jusqu'à son existence » (Foucault). Le patient, accédant de sa place à un savoir thérapeutique et à son histoire personnelle, forge par la médiation de la parole et de l'accompagnement, sa dimension de sujet. Il peut se construire en tant que personne autonome dans le cheminement des soins au long cours avec l'équipe. Il peut ainsi, à partir de l'élaboration de sa réalité psychique, s'ouvrir à une vie sociale et collective : travail, loisirs, culture, dont l'équipe se borne à suggérer les réseaux. La prise en charge collective de la santé mentale ne doit plus être le monopole des professionnels de psychiatrie. Sont tout autant concernés les anthropologues, les ethnologues, les sociologues, les philosophes, les poètes, les usagers...

En France, comme dans les autres pays européens, l'histoire du mouvement des patients débute vers 1960. Les associations françaises ne sont cependant pas soutenues par les pouvoirs publics à l'opposé d'autres puissantes associations en Europe, comme aux Pays-Bas, qui ont été à l'initiative d'un rassemblement européen en 1991 d'associations de psychiatisés. A l'heure de l'union européenne, la France qui possède un modèle cohérent, le secteur, n'est pas le pays le plus avancé dans la démocratisation des pratiques en santé mentale. L'exemple des pays voisins comme l'Italie devrait conforter tous les acteurs de la santé mentale dans l'effort de créativité à partir des principes de la psychiatrie de secteur pour en être ainsi les garants, dans le respect des libertés individuelles.



Scottish Law Commission

DISCUSSION PAPER NO. 94

MENTALLY DISABLED ADULTS

Legal Arrangements for Managing their Welfare and Finances

SEPTEMBER 1991

This Discussion Paper is published for comment
and criticism and does not represent the final
views of the Scottish Law Commission

The Commission would be grateful if comments on this Discussion Paper were submitted by 31 March 1992. All correspondence should be addressed to

Dr David Nichols
Scottish Law Commission
140 Causewayside
EDINBURGH EH9 1PR

(Telephone: 031-668 2131)

In writing a later Report on this subject with recommendations for reform, the Commission may find it helpful to refer to and attribute comments submitted in response to this Discussion Paper. Any request from respondents to treat all, or part, of their replies in confidence will, of course, be respected, but if no request for confidentiality is made, the Commission will assume that comments on the Discussion Paper may be used in this way.

Further copies of this Discussion Paper can be obtained, free of charge, from the above address.

Face au sida, l'injonction de prévention en France, "le préservatif à tout prix", est si générale qu'elle ne s'adresse finalement à personne. La volonté louable de ne pas stigmatiser des "groupes à risques" a malheureusement constitué un obstacle majeur à la mise en place d'une prévention ciblée, bien adaptée aux diverses situations à risques.

Ainsi, victimes d'une logique d'exclusion qui conduit inévitablement à des inégalités d'accès à la prévention, les malades mentaux, les personnes handicapées mentales, refoulés aux marges de la cité, auraient pu être les derniers à bénéficier d'une attention spécifique. Toutes les conditions étaient en effet réunies pour que les institutions spécialisées deviennent des lieux à haut risque de transmission de l'épidémie : rupture sociale, univers clos, défenses amoindries, déresponsabilité totale, désinvestissement corporel...

Pour parer à cette logique d'exclusion, des professionnels de santé se sont mobilisés au sein des institutions spécialisées afin de favoriser la prise en charge psychologique et psychiatrique des personnes handicapées ou malades mentales touchées par le VIH et d'impulser une dynamique de prévention de l'épidémie. Des comités sida d'établissement se sont mis en place, créant les conditions d'une formation du personnel et d'une information des patients.

ESPAS est une unité interhospitalière de psychiatrie publique qui s'est constituée en 1994 pour potentialiser les initiatives de quatre hôpitaux parisiens dans ce domaine. C'est dans cet esprit qu'ESPAS a réuni ici praticiens, décideurs, responsables d'associations (dont l'UNAPEI, AIDES, CEDEP). Tous s'accordent sur la nécessité d'une ouverture des institutions spécialisées sur un travail en réseau et d'une véritable reconnaissance des patients comme acteurs de leur propre prévention.



Sous la direction de :

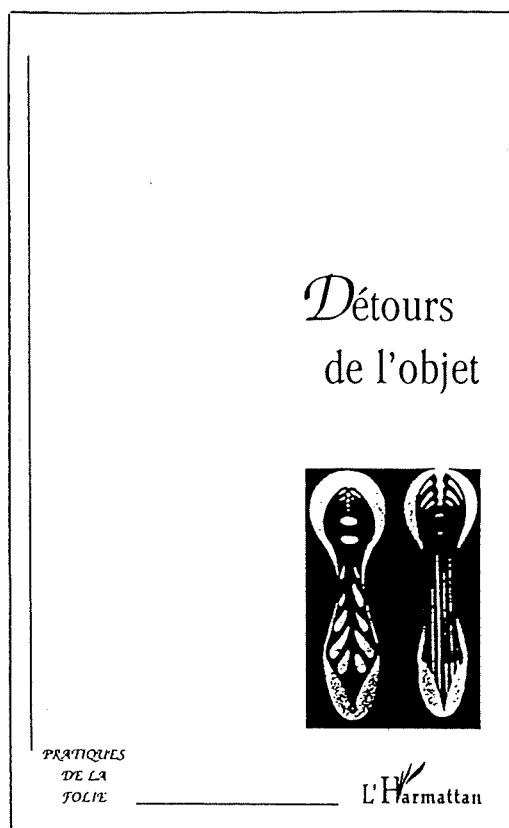
Tim GREACEN
Serge HEFEZ
Aude MARZLOFF

Editions érès
11 rue des Alouettes
31520 Ramonville saint Agne
France

Prix : 130 FF

ISBN 2 86586 463 0
Prix 130 F





"DETOURS DE L'OBJET"

Collection PRATIQUES DE LA FOLIE

Editions L'Harmattan
5-7 rue de l'Ecole Polytechnique
75005 Paris - FRANCE

Détours de l'objet

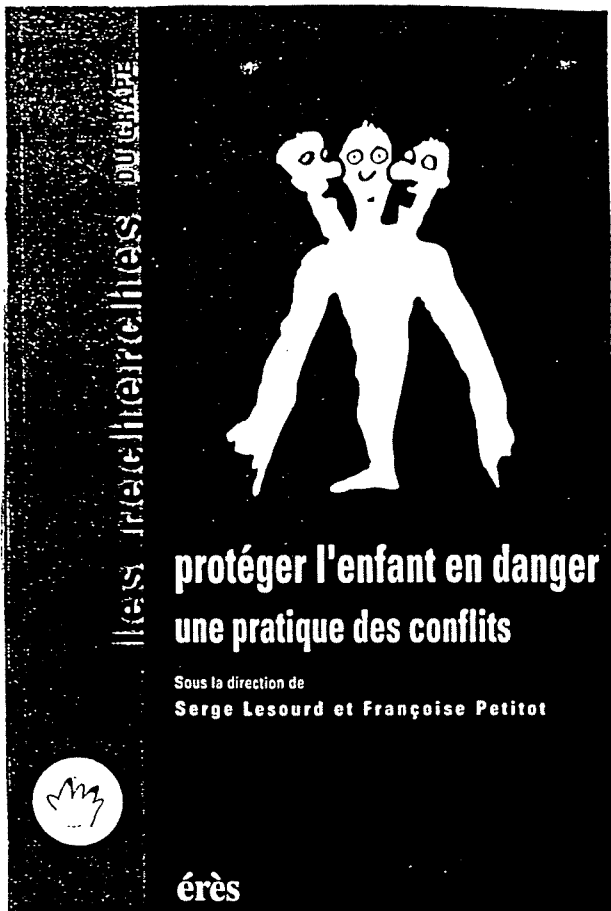
On nomme parfois « folie » un impossible rapport à l'objet : objet en trop, création disparate, débris d'un passé sans oubli, « objets » en deçà des glissements infinis de l'échange.

Toute société a ses objets. Depuis la nuit des temps, ils circulent, pris dans les liens qu'ils tissent, de l'un à l'autre, de l'autre à l'un. Partage de l'objet, objet du partage ; accords, discords. La tradition, le droit fixent ses usages, codifient ses fluctuantes limites, ses incessants conflits ; le politique, l'esthétique proposent leurs scènes pour la dispute. Le marché dicte sa valeur.

Aujourd'hui, l'objet semble réduit à l'ombre de la marchandise. L'échange se fait immatériel, l'art virtuel et prétexte à spéculation et nos corps, saisis dans la découpe des technologies.

Pourtant, ce qui fait qu'un désir prend corps, n'est-ce pas ce qui, d'un objet, s'avère insaisissable, inéchangeable ? Objet en creux, insacrifiable, dont la folie fait le bien le plus précieux.

Les textes qui composent ce recueil sont autant d'abord problématiques de l'objet que d'approches d'objets problématiques. Philosophes, ethnologues, psychanalystes, plasticiens, juristes, historiens, praticiens, témoignent de la diversité de leurs pratiques qui se révèlent ici aussi bien des détours de l'objet.



"Protéger l'enfant en danger
une pratique des conflits"

Sous la direction de
Serge LESOURD
et Françoise PETITOT

Editions érès
11 rue des Alouettes
31520 Ramonville Saint-Agne - France

Prix : 148 FF

protéger l'enfant en danger une pratique des conflits

Tant historiquement que dans sa pratique quotidienne, la protection de l'enfance est jalonnée de conflits : conflits au sein de la famille qui motivent l'intervention sociale, conflits entre la famille et les représentants de la société au sujet du « bien » pour l'enfant, conflits entre les divers acteurs sociaux sur le mode de travail à privilégier (assistance à la famille, retrait de l'enfant, soins psychothérapeutiques, etc.). Ces conflits trop souvent vécus par les professionnels comme des échecs de la prise en charge, des impossibilités à faire sortir l'enfant de sa dynamique familiale sont à l'origine du malaise croissant des professionnels (travailleurs sociaux, psychologues, magistrats).

Ce livre, issu des réflexions du groupe de recherche permanent sur la protection de l'enfant du GRAPE, propose un bilan, à un moment donné de l'histoire des idées, des droits de l'enfant et de la famille. Les conflits, qui en constituent l'axe dominant, sont analysés en profondeur comme une composante fondamentale de tout lien social et familial.

Dans cette perspective, il était donc indispensable qu'une large place soit réservée à l'éthique, non pour constituer une éthique monolithique théorique, mais pour souligner que chaque intervenant doit élaborer une éthique de sa pratique, qu'elle soit éducative, sociale ou thérapeutique, qui tienne compte de tous les acteurs impliqués... pour que l'enfant en souffrance puisse se construire une identité, et que sa famille ne soit ni rejetée ni oubliée ou niée.

P O L L E N

P sychiatrie - Santé Mentale
P O L itiques
L oi - Droit - droits
E thique - E urope
Nouvelles

P sychiatry - Mental Health
P O L itics
L aw - Rights
E thics - E urope
N ews



CAHIERS POLLEN

Les Cahiers Pollen ont pour objectif d'être un "lieu" d'expression et de débats multidisciplinaires et transnationaux en Europe.

Ces Cahiers sont ouverts aux informations, documents, articles, communications, laissant aux auteurs-acteurs leur liberté d'expression et de critiques. La responsabilité des propos tenus n'incombent cependant au CEDEP que dans la mesure où ce sont ses représentants attitrés qui prennent la parole.

Les Cahiers sont le lieu de "coups de projecteur" sur des nouvelles pratiques, sur des actions et des luttes.

Ces Cahiers, en tant que libre outil de communication sur toutes formes (pratiques, réflexions, expériences...) permettant de faire évoluer radicalement et positivement le champ de la Santé Mentale en Europe, sont un des éléments essentiels au but poursuivi : le Livre Blanc sur la Santé Mentale en Europe.

Votre contribution et votre souscription permettront d'atteindre ce but !

250 FF pour 4 numéros



The Cahiers Pollen's goal is to be a field of opinions, multisubjects and transnationals debates in Europe.

These Cahiers are opened to informations, documents, papers, communications, allowing to the authors-actors an entire freedom of speech and criticism. The CEDEP is not responsible of writing's except for those done by his official representatives.

The Cahiers are the field of high lights on new practices, actions and struggles.

These Cahiers, as free tools of communication on to all kinds of ways (practices, thoughts, experiments...), radically and positively develop the place of the european mental health. So, they are one of the main factors to reach a pursing goal : the Green paper on Mental Health in Europe.

That's why, your contribution and subscription are most welcome !

250 FF for 4 issues

