
LE POINT SUR LES PLACEMENTS D'OFFICE EN PSYCHIATRIE EN FRANCE
Nous ferons le point dans l'avenir sur les internements en psychiatrie des dissidents russes
pour raisons politiques au temps de l'URSS

PROJET DE REFORME DE LA LOI DU 27 JUIN 1990 relative aux droits et la protection
des personnes hospitalisées en raison de trouble mentaux et à leurs conditions
d'hospitalisation. Par Philippe BERNARDET Sociologue, chargé de recherche au CNRS

RESUME :

Afin de développer la prévention et le libre accès aux soins, dans un cadre contractuel, tout en libérant les initiatives, y compris privées et notamment dans le cadre associatif, il importe de créer une obligation de développer le secteur extra-hospitalier et de rompre avec l'hospitalocentrisme qui, depuis 1838, caractérise l'organisation du soin psychiatrique en France. Une telle ambition est de nature à replacer la France au premier rang de la politique européenne de lutte contre les maladies mentales, la délinquance et la criminalité, comme de développement des droits de l'homme dans le monde.

A l'exemple du législateur italien, et comme le recommande également le Groupe national d'évaluation de la loi du 27 juin 1990, à convient de traiter le plus finement possible la question de l'urgence et de partir de cette notion.

Doivent en ce sens être fermement distingués :

- traitement,
- sûreté,
- et sanction.

Philippe BERNARDET a été l'un des principaux animateurs du GIA (Groupe Information Asiles) de 1975 à 1992. Mandataire devant la Commission européenne des droits de l'Homme et le Conseil des Ministres du Conseil de l'Europe dans le cadre d'une quarantaine d'affaires mettant en cause l'internement psychiatrique en France et expert auprès de la Direction Générale de la Santé pour les questions relatives aux droits de l'homme en psychiatrie. Il a entre autres publié "Les Dossiers Noirs de l'Internement Psychiatrique" (Paris, Fayard, 1989) et est coauteur avec Mme Thomais DOURAKI, Docteur d'Etat en droit, Conseiller juridique pour les Affaires Européennes et le Droit européen au Ministère de l'Economie Nationale (Grèce), Consultant au Conseil de l'Europe, et Maître Corinne VAILLANT, avocat au Barreau de Paris, d'un ouvrage à paraître en juin 1997 aux éditions Erès (Toulouse) sur le thème: Psychiatrie et Droits de l'Homme en Europe

En aucun cas, le traitement doit pouvoir être assimilé à une sanction.

Il importe dès lors, à l'exemple du législateur espagnol de répartir les mesures entre Code civil (mesure de sûreté), le Code de la Santé publique (définissant les conditions de mise oeuvre du traitement, éventuellement sans consentement), et le Code pénal.

Pour renforcer et développer la démocratie - et conformément à la Recommandation 1235 (1994) du 12 avril 1994 de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe, le juge doit en ce domaine, être confirmé dans sa fonction de gardien naturel de la liberté individuelle et doit dès lors être en charge de la définition de la mesure de sûreté, mais, en matière de traitement soi contrainte et à l'exemple du juge espagnol, il ne doit disposer que de la possibilité d'autoriser ou de refuser sa mise en oeuvre, et non ordonner la mesure, afin de ne pas interférer dans la relation thérapeutique entre le médecin et le malade.

La nécessaire distinction entre l'éventuelle sanction et la mesure de sûreté impose qu'incombe au juge civil de statuer sur cette dernière, même lorsqu'un crime ou un délit a été commis qu'une question de sûreté, distincte de la mise en oeuvre de la peine, se trouve posée.

Compte tenu de l'importance du débat contradictoire dans la sauvegarde de la liberté individuelle, le juge des tutelles ne doit pas être appelé à se prononcer sur la mesure de sûreté, mais seulement les Premières Chambres des tribunaux de grande instance, statuant en formation collégiale de trois juges. La nécessaire distinction entre incapacité et hospitalisation sous contrainte impose également de refuser au juge des tutelles la possibilité de se prononcer sur la mesure de sûreté proprement dite.

A l'exemple du droit britannique, mais également de la législation italienne et du canton de Genève, les droits de refus du traitement par les patients doivent être fermement rappelés, afin de garantir au mieux l'adhésion du patient au traitement, sans laquelle aucune cure psychiatrique véritable n'est techniquement possible. Il ne doit être dérogé à ce principe que dans des cas exceptionnels, lesquels doivent être strictement définis et peuvent être placés sous le contrôle du juge des tutelles pour autant que la mesure attentatoire à la liberté individuelle a été préalablement traitée par les tribunaux de grande instance.

Les moyens en personnels comme ceux budgétaires, jusqu'alors affectés aux préfetures pour la gestion des hospitalisations sous contrainte doivent être transférés à la justice.

Par ce transfert, comme en diminuant fortement les mesures d'hospitalisation sous contrainte, dont on peut espérer la division par cinq, la judiciarisation apparaît, quoi qu'on en ait dit comme seule susceptible d'assurer une meilleure qualité du soin, une meilleure gestion des malades mentaux délinquants, tout en préservant au mieux la liberté individuelle de chacun, et en assurant la compatibilité de la législation nationale avec les exigences du Conseil de l'Europe, au moindre coût économique et social pour la société.

PREAMBULE

Le principe directeur du projet part du constat que, dans une démocratie, il n'est pas possible d'assurer, d'une part un soin psychiatrique de qualité sans respecter les droits de l'homme d'autre part, qu'il n'est pas davantage possible d'assurer la sûreté comme de lutter efficacement contre la récidive en matière de répression de la délinquance, en continuant d'amalgamer, comme c'est encore trop souvent le cas aujourd'hui, traitement, sûreté et sanction pénale.

Il s'agit donc pour l'essentiel, de redonner au psychiatre la liberté d'action et de prescription, qu'il n'aurait jamais dû perdre, en le libérant de toute mission de sûreté, de police ou de sanction des délits et des crimes, et de respecter toujours les droits et la dignité des personnes, objet d'une prise en charge médicale, tout en tenant compte de leur état passager éventuel d'impuissance et d'infériorité, résultant, le cas échéant, d'une pathologie mentale. Ce projet part ainsi du principe qu'il ne saurait y avoir, en psychiatrie, de véritable cure sans un strict respect de la personne humaine et de la singularité de chacun. La psychiatrie, plus qu'aucune autre spécialité médicale, suppose, en effet, la prise en compte toute particulière d'une telle singularité suppose l'adhésion du patient au traitement, raison pour laquelle la contrainte doit être limitée au strict nécessaire. Loin d'être une modalité d'accès aux soins, la contrainte risque, en effet, en psychiatrie d'être l'un des principaux à surmonter.

Pour parvenir à ce but, ce projet part de l'idée selon laquelle la grande novation de la loi de 30 juin 1838, et son caractère résolument moderne, ne consistèrent pas à rechercher un équilibre des pouvoirs entre l'administration, et les autorités médicales et judiciaires, comme on l'a trop souvent affirmé, mais à créer une obligation, pour les départements, de se doter d'établissements réservés au aliénés ou de traiter spécialement à cet effet avec des établissements publics ou privés. Toutefois, la conception asilaire du XIX^e siècle, qui visait avant tout à assurer la sûreté tout en portant assistance aux déments, relevant de l'ancien article 64 du Code pénal,

(article 64 ancien du CP.: " Il n'y a ni crime ni délit, lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action, ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister ". Rappelons que l'ancien article L. 336 du Code de la Santé publique définissait l'état d'aliénation comme le retour plus ou moins fréquent d'actes ou d'accès de démence. Au sens de la loi du 30 juin 1838 seuls relevaient de l'internement psychiatrique les déments pouvant ainsi entrer dans le champ de l'article 64 du Code pénal. Cette logique asilaire fut, par la suite, étendue à d'autres populations de malades mentaux et fut ainsi totalement pervertie) est aujourd'hui complètement dépassée. Il importe donc de rompre radicalement avec cette vieille conception asilaire qui ne correspond plus, ni la sensibilité des sociétés modernes, ni au progrès des sciences et des techniques. Il convient par conséquent d'abandonner, en ce domaine, toute logique hospitalocentrique, en promouvant le soi psychiatrique à partir de la communauté, donc du secteur extra-hospitalier, lequel doit assurer la direction de l'ensemble des actions sanitaires propres à la matière.

A l'obligation du XIX^e siècle, de création d'établissements départementaux réservés au aliénés, doit ainsi répondre, dans une même ambition de modernisation et de rationalisation des actions de santé publique, l'obligation du XXI^e siècle ouvrant sur le troisième millénaire, faite aux collectivités territoriales, de se doter de centres alternatifs à l'hospitalisation, et notamment de centres d'accueil et de crise, susceptibles de permettre une prise en charge, sur une base volontaire, au plus près des situations de crises. Il doit par conséquent s'agir de petites unités intervenant dans des délais très courts et proches du lieu de résidence des personnes prises en charge, comme d'unités totalement indépendantes de la structure hospitalière, voire même des structures médicales proprement dit Intervenant pour l'essentiel dans le cadre d'un accès volontaire aux soins et à la prise en charge, ces unités doivent constituer le principal support de la prévention. L'accent ainsi porté à la prévention doit être l'instrument de la nécessaire économie des moyens plus lourds et très coûteux de l'hospitalisation. Le secteur psychiatrique extra-hospitalier, intervenant sur une base essentiellement volontaire doit encore permettre de libérer les initiatives tant publiques que privées, et notamment ce issues du milieu associatif et mutualiste. E revient aux autorités préfectorales d'inciter l'initiative privée en ce domaine et de remplir ainsi au mieux les

objectifs d'une telle réforme, tout en limitant développement d'un Etat et d'une administration bien trop lourds et pesants, difficilement compatibles avec les exigences d'une prévention fine et précoce des troubles mentaux comme de la délinquance qui parfois, en résulte. Il s'agit donc de redéfinir les rapports de la justice et de la psychiatrie en centrant l'effort sur la prévention et en libérant largement l'initiative privée en ce domaine. A cette fin, d'aménagements fiscaux devraient accompagner une telle réforme afin de créer l'élan indispensable à mise en oeuvre.

Le projet répond donc à une volonté de modernisation et de rationalisation de la prise charge psychiatrique, comparable à l'ambition qui avait supporté l'élaboration de la loi du 30 juin 1838 laquelle constitua durant près d'un siècle et demi, un modèle pour l'Europe entière.

La mise en oeuvre d'un tel projet est ainsi de nature à redonner à la France l'un des to premiers rangs en matière de politique sanitaire et sociale, en limitant toutefois l'engagement de l'Etat En dehors de cette obligation de moyens nouveaux, créateurs d'emploi, mais également source d'économie en évitant des prises en charge hospitalières beaucoup plus lourdes parce que très tardives et plus rigides, donc moins efficaces, et en suscitant l'initiative privée permettant de limiter l'intervention de l'Etat au strict nécessaire, le projet entend promouvoir un effort de clarification d différents niveaux d'intervention dans la prise en charge, par la société, des troubles mentaux dont certaines personnes se trouvent affectées. .

A cette fin, le projet entend distinguer fermement ce qui relève, d'une part, du traitement par suite, de la compétence du médecin, d'autre part, ce qui relève de la sûreté et, par suite, de la compétence du juge, dès lors qu'une atteinte à la liberté individuelle est en jeu; enfin ce qui relève de sanction pénale, du ressort de juge pénal.

La mesure de sûreté doit ainsi être confiée au juge civil qui ordonne la mesure lorsqu'elle s'accompagne pas d'une hospitalisation sans le consentement de la personne. Lorsque la mesure sûreté s'accompagne d'une telle hospitalisation, le juge civil ne peut intervenir que comme gardien naturel de la liberté individuelle, sans s'immiscer dans le rapport thérapeutique unissant le patient à son médecin. Aussi le juge civil ne peut-il, en ce cas, ordonner l'hospitalisation mais seulement l'autoriser. C'est d'ailleurs cette solution qu'a retenue, en 1983, le législateur espagnol, lors de réforme de la législation de la péninsule ibérique sur l'internement psychiatrique.

La mesure d'hospitalisation sans le consentement de la personne ne doit par ailleurs en aucun cas, pouvoir être assimilée à une sanction pénale, raison pour laquelle le juge pénal doit pas pouvoir se prononcer, d'une quelconque façon, lorsqu'il définit la peine et en fixe le régime, comme à l'issue de celle-ci, sur la nécessité éventuelle d'une hospitalisation psychiatrique sans le consentement de la personne, ou sur l'opportunité d'un traitement psychiatrique. Il ne doit pouvoir dans la définition de la peine et la fixation de son régime, que tenir compte des particularités du traitement et s'efforcer de rendre compatible la peine avec les exigences de celui-ci. En ce sens l'expertise pénale ne doit plus porter sur l'évaluation de la dangerosité de la personne, laquelle ne peut l'évidence résulter que de l'ensemble des éléments du procès, mais sur la compatibilité de la peine envisagée avec les particularités du traitement prescrit ou entrepris. L'expert psychiatre ne doit plus avoir à se prononcer sur la dangerosité réelle ou potentielle de la personne, mais sur compatibilité des mesures de sûreté envisagées avec le traitement utile et approprié. En ce sens, circulaire Chaumier de 1905 doit être abrogée ou, à tout le moins, totalement remaniée.

Cette circulaire définit les questions posées à l'expert dans le cadre du procès pénal pour

définir la responsabilité pénale de la personne, sa punissabilité, son caractère curable ou réadaptable.

Le traitement psychiatrique doit demeurer dans un cadre strictement contractuel entre le médecin et le patient. En ce sens, la volonté du malade doit être respectée dans tous les cas, quand bien même elle pourrait paraître aberrante, sauf exception étroitement circonscrite et pour des périodes de temps précisément définies, comme c'est d'ores et déjà le cas au Royaume Uni. Le caractère exceptionnel de telles circonstances suppose de limiter la contrainte de soin au seul cas d'hospitalisation sous contrainte, sans pour autant que cette dernière puisse être interprétée comme synonyme d'autorisation à traiter une personne contre son gré. Le traitement sans le consentement de la personne en milieu hospitalier doit ainsi faire l'objet d'un étroit contrôle du respect des droits du patient lorsqu'il se trouve l'objet d'une hospitalisation sous contrainte. Ce contrôle semble pouvoir être donné au juge des tutelles, dès lors que la mesure privative de liberté proprement dite aura fait l'objet d'un examen par le tribunal de grande instance, comme c'était d'ailleurs le cas, avant la réforme de l'article L. 351 du Code de la Santé publique, issu de la Loi Sécurité et Liberté du 2 février 1981, loi de l'instruction d'une demande de sortie judiciaire. Compte tenu de la gravité de la décision à prendre en matière d'hospitalisation sous contrainte, et des conséquences pour la personne, notamment quant à la mise en oeuvre d'un traitement, la demande d'autorisation doit être examinée par le tribunal, et non plus seulement par son Président. La compétence de la formation collégiale doit ainsi être réaffirmée comme ce fut le cas en matière de sortie judiciaire entre 1838 et 1981. En revanche l'apport décisif de la réforme du 2 février 1981 ayant introduit le débat contradictoire dans la procédure de sortie judiciaire doit être étendue à toute la procédure de placement sous contrainte, afin de préserver au mieux la liberté de tous. Cette exigence du débat contradictoire ne permet pas de confier au juge des tutelles, peut habituer à organiser un tel débat, le soin de statuer sur l'opportunité d'une telle mesure privative de liberté d'autant que la loi du 3 janvier 1968 avait eu pour objet de distinguer la mesure d'internement de celle de protection des biens de l'interné, en confiant au juge des tutelles le soin d'apprécier cette dernière, indépendamment de toute mesure privative de liberté.

A l'exemple de nombreuses législations de divers pays européens, et notamment de l'Italie, l'hospitalisation sans le consentement de la personne doit par ailleurs être limitée aux cas graves, lorsqu'aucune autre solution de prise en charge n'est possible.

La réforme doit par ailleurs partir de la notion d'urgence, comme l'a fait, en 1978, le législateur italien. Le développement des structures alternatives à l'hospitalisation, centrées sur l'accueil volontaire des personnes en difficultés psychiques ou relationnelles, permettra d'assurer à la fois la souplesse de l'intervention comme de diminuer fortement l'hospitalisation sous contrainte, qui n'a cessé de croître depuis que la loi française du 31 décembre 1985 a replacé le secteur psychiatrique sous la direction des établissements hospitaliers. Or c'est précisément cette rupture avec l'hospitalocentrisme que le projet entend mettre en oeuvre, seul moyen d'opérer à la fois un gain qualitatif dans la prise en charge psychiatrique, comme une économie de moyens lourds, coûteux, tout en créant des emplois qualifiés dans lesquels le corps infirmier psychiatrique pourra exprimer toutes ses compétences au lieu d'être réduit, comme trop souvent encore aujourd'hui, à des tâches de simple surveillance et de gardiennage, avilissantes pour tous, patient comme personnel soignant.

La limitation de l'hospitalisation sans consentement, aux cas les plus graves, comme la judiciarisation des modalités de placement, dissuasive vis-à-vis de toute velléité d'abus et

d'arbitraire devraient permettre de limiter à 10. 000 par an les décisions soumises à l'approbation des juges, dans les quelques années suivant la mise en oeuvre d'une telle réforme.

" Soulignons qu'au Royaume-Uni les admissions sous contrainte ne dépassent guère 12.000 par an. Réduire les admissions sous contrainte en France à un volume comparable n'a donc rien d'illusoire pour peu que l'on s'en donne les moyens par la définition, notamment, d'objectifs clairs sachant tout aussi bien l'accent au soin, la sûreté que la mise en oeuvre des sanctions pénales.

De telles mesures devraient ainsi rapidement aboutir à diviser par cinq le nombre des admissions sous contrainte. Rappelons en effet qu'il y a actuellement, en France, environ 7.000 hospitalisations d'office et près de 50.000 hospitalisations sous contrainte. Dans la mesure où les structures alternatives demeurent subordonnées à l'hôpital et où, sous l'empire de la loi du 27 juin 1990, le champ de la contrainte demeure encore très étendu, le dispositif mis en oeuvre sur une telle base n'a pas permis d'infléchir la reprise des admissions sous contrainte, observée depuis 1986; reprise qui résulte, l'évidence, du poids de la structure hospitalière dans l'organisation du secteur psychiatrique, depuis la réforme du 31 décembre 1985. Il est indispensable d'en tirer la leçon pour réaliser les économies utiles et appropriées en supprimant ainsi le plus possible l'abus et l'arbitraire, sources de mesures contre-productives et, de surcroît, fort onéreuses.

Par ailleurs, le contrôle immédiat et systématique par le juge, de toute mesure attentatoire à la liberté individuelle ne pourra que concourir à limiter la contrainte au strict nécessaire et débarrasser la clinique de la plus grande partie des mesures inutiles qui, de surcroît, font obstacle à toute velléité curative.

Les moyens en personnels comme ceux proprement budgétaires, jusqu'alors affectés aux préfetures, et notamment aux DDASS, pour suivre et gérer les quelques 50.000 hospitalisations sous contrainte, ainsi que le budget réservé aux Commissions départementales des hospitalisations psychiatriques, instituées par la loi du 27 juin 1990 et qui ont montré leur inefficacité pour résorber : l'abus et l'arbitraire et supprimer les aberrations les plus flagrantes, pourront alors, grâce à la judiciarisation, être transférés à la justice pour gérer un stock annuel cinq fois moins important. La tâche ainsi confiée à la justice ne paraît donc pas insurmontable, malgré l'idée fautive généralement répandue à ce sujet.

La judiciarisation ainsi conçue ne devrait, en réalité, pas coûter plus cher que les affinements successifs du système actuel, difficilement réformable et aménageable à moindre coût, qui ont jusqu'alors démontré leur inefficacité souvent totale. Elle devrait au contraire permettre de réaliser d'économies substantielles en accroissant l'efficacité et la qualité de la prise en charge, non seulement à niveau de la prise en charge psychiatrique, mais encore dans la gestion de la délinquance, plus ou moins liée à la pathologie mentale, en diminuant fortement l'hospitalisation tant dans son volume que dans sa durée.

Il s'agit donc d'un projet de réforme globale opérant une rupture avec les bricolages qui ont caractérisé les réformes intervenues jusqu'alors, lesquelles se sont avérées être d'efficacité très limitée si ce n'est quasi nulle.

Cette rupture doit se traduire également, au niveau du texte législatif, par une répartition des mesures entre les différents codes. Il s'agit en ce sens de prendre exemple sur le législateur espagnol de 1983 qui a osé réinscrire dans le droit civil, les mesures propres à l'internement

psychiatrique, lorsque ce droit traite de l'incapacité des personnes. Toutefois, dans la mesure où il s'agit de définir ici une mesure de sûreté en la distinguant du traitement proprement dit, et dans la mesure où le législateur français de 1968 a, à juste titre, montré l'importance qu'il y a à distinguer l'internement psychiatrique du droit des incapables majeurs, il est apparu nécessaire d'intégrer ces mesures de sûreté au Code civil, non au titre de l'incapacité, mais au titre d'une " interdiction ", telle que l'avait initiée la Révolution française, strictement définie et distincte, précisément, des mesures de tutelle, de curatelle ou de sauvegarde de justice.

Seules les questions strictement liées à l'hospitalisation et au soin dans les conditions particulières de l'espèce, doivent figurer au Code de la santé publique.

Enfin, toutes les questions liées à la mise en œuvre de la sanction pénale doivent relever strictement du Code pénal et du Code de procédure pénale.

Cette clarification des questions traitées et des compétences devrait permettre, aux différents services, d'agir plus opportunément et, au psychiatre, de travailler plus sereinement, en lui permettant notamment de bénéficier de mesures mieux perçues par le patient dans leurs objectifs et leurs moyens. Le magma actuel des mesures entreprises ne permet guère en effet aux personnes de comprendre exactement les raisons de celles-ci. Cette détestable confusion des genres, rendant souvent incompréhensible le sens de telles mesures, conduit ainsi très souvent les intéressés à développer un jeu du chat et de la souris ou chacun finit par perdre l'ensemble de ses repères au détriment de tous, de la société comme de l'intéressé, objet du dispositif

Le projet entend ainsi répartir l'ensemble des dispositions propres à la matière entre le Code civil, le Code de procédure civile, le Code pénal, le Code de procédure pénale, et le Code de la Santé publique. C'est au prix de cet éclaircissement que la cure psychiatrique et la prise en charge des délinquants et criminels, atteints de troubles mentaux, pourront réellement progresser en limitant le coût social et économique pour la société tout entière. C'est en opérant cette nécessaire réforme que la France défendra au mieux sa réputation de pays des droits de l'homme.