



# Soins sous contrainte : la loi du 27 juin 1990

<b>Introduction, Patrick Hardy</b>	<b>470</b>
Internement et protection de la personne	470
Responsabilités et enjeux d'une décision	472
<b>Cellule de réflexion de l'Espace éthique</b>	<b>476</b>
Entre procédures et protocoles	476
Les modalités d'une hospitalisation sous contrainte	479
Protéger les personnes	483
Souci de la personne, enjeux collectifs	486
Des repères incertains	489

# Introduction

Patrick Hardy \*

## Internement et protection de la personne

Vivant au sein d'un monde qui a placé la notion d'autonomie et de liberté individuelle au premier rang de ses valeurs, l'homme moderne ne peut qu'éprouver un premier mouvement de réprobation à l'idée qu'un tiers puisse imposer des soins à un sujet contre sa volonté. Cette possibilité existe pourtant, en France comme dans le reste du monde, dans le cadre particulier de l'hospitalisation sous contrainte des malades mentaux.

Dans notre pays, le premier cadre légal régissant ce dispositif date de plus de 150 ans. Le 30 juin 1838<sup>1</sup>, après un débat prolongé, à la fois riche et passionné, le Parlement de la République promulguait en effet une loi régissant l'internement des malades mentaux, qui allait rester en vigueur durant plus d'un siècle et demi. Prolongeant les réformes entreprises sous l'influence de la philosophie des Lumières et à la suite de la Révolution française, mais aussi de l'œuvre de libération des aliénés entreprise quelques années auparavant par Philippe Pinel (1793), cette loi est apparue à l'époque comme la marque d'une grande avancée humaniste, en raison de sa volonté tout à fait novatrice de placer les internements sous un strict contrôle médical et d'établir des dispositions visant à protéger les droits des patients.

Au cours des siècles précédents, l'internement des malades mentaux avait été, en effet, largement lié à l'arbitraire politique et policier. Au cours du XVII<sup>e</sup> siècle et durant une grande partie du XVIII<sup>e</sup>, qui avaient vu s'étendre la pratique de l'enfermement asilaire, le malade mental était avant tout considéré comme un danger pour la société, et c'est avant tout dans un but de protection sociale que les "insensés" étaient placés, par lettre de cachet, dans les asiles aux côtés des délinquants, des mendiants et autres vagabonds.

Poursuivant un mouvement amorcé à la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle, la loi du 30 juin 1838 est venue conforter la médicalisation des institutions asilaires, d'une part en plaçant la décision de placement volontaire (qui était la plus fréquente des modalités d'internement) sous la seule responsabilité des médecins, d'autre part faisant du soin le premier objectif de cette mesure.

---

\* Professeur, service de psychiatrie, Hôpital Bicêtre, AP-HP.

1 - Loi sur les aliénés, 30 juin 1838.

Promulguée peu après le cent-cinquantième anniversaire de la loi de 1838, la loi du 27 juin 1990 a repris l'esprit général de sa devancière, les principales modifications tenant à la volonté de renforcer les mesures déjà prévues par la loi de 1838 pour garantir les droits et la protection des internés.

Certaines de ces mesures concernent les modalités d'admission.

Celles-ci diffèrent selon qu'il s'agit d'une Hospitalisation sur Demande d'un Tiers (HDT) ou d'une Hospitalisation d'Office (HO).

L'HDT, est destinée aux malades dont les troubles nécessitent "*des soins immédiats et une surveillance constante en milieu hospitalier*", tout en rendant impossible leur consentement. Elle résulte d'un processus de décision avant tout médical qui impose la rédaction de deux certificats médicaux circonstanciés constatant l'état mental de la personne et indiquant les particularités de sa maladie ainsi que la nécessité de la faire hospitaliser sans son consentement. Elle nécessite également une demande d'admission manuscrite et signée d'une tierce personne (membre de la famille ou personne susceptible d'agir dans l'intérêt du malade).

L'HO est réservée aux personnes dont les troubles mentaux "*compromettent l'ordre public et la sûreté des personnes*". Elle résulte d'une décision administrative et prend effet avec la promulgation d'un arrêté préfectoral. Celui-ci doit être motivé et rédigé au vu d'un certificat médical circonstancié. En cas de danger imminent, des procédures simplifiées permettent de mettre en œuvre une HDT sur présentation d'un seul certificat médical (associé à une demande d'admission), ou une HO par simple arrêté du maire (qui, à défaut de certificat médical, peut être prononcée lorsque le péril imminent est attesté par la seule notoriété publique).

Schématiquement, l'HDT s'adresse donc aux patients dont les troubles représentent un danger pour eux-mêmes, l'HO aux malades dangereux pour autrui. Seuls certains services de psychiatrie sont habilités à recevoir des patients sous ce régime d'hospitalisation : il s'agit, dans la plupart des cas, d'unités appartenant au service public de "secteur" dont la mission est d'assurer une pluralité et une continuité de soins pour les malades mentaux résidant dans un territoire défini. Il existe en France environ 284 services publics de secteur, chacun ayant la charge d'une population de quatre-vingt mille habitants en moyenne.

Certaines contraintes légales visent à réduire le risque d'admission non justifiée en HDT. Ainsi, deux certificats médicaux (au lieu d'un seul pour la loi de 1838) sont désormais nécessaires à la mise en œuvre de l'HDT. De plus, seul un médecin n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil peut rédiger le premier certificat. En outre, les médecins rédacteurs des certificats ne peuvent pas être parents ou alliés,

---

ni entre eux, ni du directeur de l'établissement d'accueil, ni de la personne ayant demandé l'hospitalisation, ni du malade lui-même.

Nous avons également mentionné qu'en dehors des situations de "péril imminent", l'arrêté d'HO doit impérativement être rédigé au vu d'un certificat médical (ce que n'imposait pas la loi de 1838).

D'autres mesures protègent le malade au cours de son séjour.

Elles imposent en particulier la rédaction régulière de certificats médicaux justifiant le maintien ou la levée de l'HDT, ou proposant le maintien ou la levée de l'HO.

D'autre part, dès leur admission, les patients doivent être informés de leurs droits : droit de communiquer avec les autorités, de prendre conseil auprès d'un médecin ou d'un avocat de son choix, d'émettre ou de recevoir des courriers, etc.

La loi prévoit en outre que les établissements habilités à recevoir des patients en HDT ou en HO (tous les services de psychiatrie ne le sont pas) doivent être régulièrement et fortuitement visités par un certain nombre d'instances administratives et judiciaires (préfet, juge, maire, procureur de la République) afin de vérifier leur conformité à la loi et, le cas échéant, de recueillir les doléances des patients. Une "commission départementale des hospitalisations psychiatriques", composée de quatre membres, participe à ces visites ; sa mission est d'examiner la situation des personnes hospitalisées au regard du respect des libertés individuelles et de la dignité des personnes.

Un certain nombre de voies de recours permettent enfin aux patients ou à leurs proches de contester l'HDT ou l'HO par simple requête devant le président du tribunal de grande instance qui peut, le cas échéant, ordonner la sortie immédiate. De plus, l'HDT cesse dès que sa levée est requise par la personne ayant demandé l'admission, ou par un parent proche. Le médecin de l'établissement peut néanmoins s'opposer à cette demande en informant le préfet qui statue.

## **Responsabilités et enjeux d'une décision**

Aujourd'hui, en France, l'immense majorité des hospitalisations psychiatriques s'effectuent sous le régime de *l'hospitalisation libre*, qui régit également les hospitalisations en médecine ou en chirurgie. Tout patient peut ainsi s'adresser au service psychiatrique hospitalier de son choix pour solliciter une hospitalisation et des soins. L'admission est simplement subordonnée à l'avis d'un médecin justifiant la nécessité d'une telle mesure. L'intéressé demeure libre de demander sa sortie, y compris contre avis médical.

Les hospitalisations sans consentement ne représentent aujourd'hui que 10 % environ de l'ensemble des hospitalisations psychiatriques (alors qu'elles prédominaient jusque vers la fin des années 1970), le nombre des HDT étant 3 à 5 fois supérieurs à celui des HO. Elles ne représentent toutefois pas l'unique modalité d'hospitalisation sous contrainte, trois autres mesures, plus rarement appliquées, étant prévues par les textes. Il s'agit du cas très particulier des cures de désintoxication et de l'isolement des alcooliques dangereux pour autrui (prévus par loi du 15 avril 1954, actuellement très peu utilisée), des injonctions thérapeutiques astreignant certains toxicomanes à subir une cure de désintoxication (loi du 31 décembre 1970) et des exceptionnelles mesures d'isolement en milieu hospitalier de patients présentant une maladie infectieuse grave et contagieuse.

De par leur caractère coercitif, les hospitalisations psychiatriques sans consentement restent, aux yeux de certains, suspectes, car privatives de liberté et susceptibles de donner lieu à des abus (les fameux "internements arbitraires").

La question de la privation de liberté ne peut toutefois pas être débattue en dehors de la finalité de cette décision. Rappelons qu'après avoir été longtemps une mesure politique destinée à protéger la société, l'hospitalisation sous contrainte doit être aujourd'hui avant tout considérée comme une mesure médicale destinée à protéger le sujet des conséquences de ses troubles et à permettre la mise en œuvre de soins adaptés (même si l'HO joue à cet égard un rôle plus ambigu que l'HDT).

De ce point de vue, il apparaît que ces mesures peuvent acquérir leur légitimité, y compris sous l'angle du respect des libertés.

On peut, en effet, considérer que les troubles mentaux justifiant une hospitalisation sous contrainte entraînent tous, à des degrés divers, une perte de capacité du sujet à déterminer par lui-même le choix de ses conduites. L'impossibilité de consentir à l'hospitalisation fait d'ailleurs partie des éléments que doit obligatoirement attester le certificat médical. Dans de telles situations, les conduites du sujet sont en effet largement soumises à un mode de pensée pathologique qui, en définitive, restreint la liberté de l'individu. C'est dans ce sens que l'on pourrait encore considérer ces troubles mentaux comme un facteur d'"aliénation mentale" ou les identifier à une pathologie de la liberté.

Cela ne signifie pas pour autant que le patient doive être considéré comme exclu du champ de la communication, le maintien d'une relation inter-individuelle s'avérant à la fois possible et nécessaire dans l'immense majorité des cas. Cela traduit plus simplement le fait que ces malades, réduits à un état de dépendance vis-à-vis du mode de pensée et/ou de comportement induit par leur trouble, peuvent espérer retrouver une plus grande autonomie affective, intellectuelle et comportementale grâce à des soins que seule une contrainte initiale aura rendu possibles.

---

L'hospitalisation sans consentement ne peut ainsi se réduire à une privation de liberté et ne prend tout son sens que si elle est également considérée à la fois comme une mesure thérapeutique de restauration de l'autonomie et comme une mesure de protection vis-à-vis des dommages corporels, relationnels, sociaux, financiers, parfois irréversibles que peut induire la maladie mentale.

De ce point de vue, le nécessaire respect de la liberté d'autrui, qui, à l'extrême, pourrait conduire au refus d'intervention, s'oppose à un autre impératif, qui est celui d'assister toute personne en danger. Ce dernier impératif doit, en l'espèce, d'autant plus prévaloir que l'une des finalités de l'acte d'assistance est justement d'aider le sujet à retrouver une marge de liberté dont le prive sa maladie.

La question des abus médicaux (autrement dit, des "internements arbitraires") mérite également d'être considérée.

Bien que leur extrême rareté ne paraisse pas mériter une modification de la loi, ni témoigner de la supériorité d'un système sur l'autre en matière de garantie des libertés, certains, critiquant le caractère exclusivement médical et/ou administratif des décisions d'hospitalisation sous contrainte, ont plaidé en faveur d'une judiciarisation des procédures.

Ils ont souligné le fait que, les garanties judiciaires accordées à l'individu étant toujours postérieures à la mesure d'hospitalisation sans consentement, le malade mental se trouve d'une certaine manière placé à un niveau de protection inférieur à celui des prévenus et des criminels. Considérant que seule l'autorité judiciaire est gardienne des libertés individuelles, ce groupe de pensée, principalement composé de juristes, a émis des propositions allant dans le sens d'une judiciarisation de la procédure d'hospitalisation sans consentement. Dès 1979, le sénateur Caillavet déposait un projet de loi préconisant une admission par voie judiciaire pour les malades mentaux non consentants, tandis que le sénateur Dreyfus-Schmidt défendait ce principe durant la phase d'élaboration de la loi du 27 juin 1990.

Une telle procédure, qui consiste à accorder au juge le pouvoir décisionnel en matière d'hospitalisation sans consentement, a été adoptée par de nombreux pays, en particulier par les États-Unis et sept des douze pays de l'Union européenne. Tout en respectant les recommandations du Conseil de l'Europe en matière de protection des libertés individuelles, la France a néanmoins opté en 1990 pour le maintien d'une procédure médicalisée. Le législateur s'est en effet montré sensible aux problèmes que risquait de soulever l'adoption d'une procédure judiciaire contradictoire : risque de retard à la décision dû à une multiplication des intervenants, alors que la plupart des situations nécessitent une action urgente ; risque d'une concentration des pouvoirs dans les mains des seuls juges, alors que le maintien de la procédure médico-administrative assortie de garanties judiciaires

permet de préserver l'équilibre des pouvoirs et des contre-pouvoirs entre les différents acteurs potentiels.

Nous insisterons nous-même sur un dernier argument : en déléguant à la profession médicale l'essentiel des responsabilités en matière d'hospitalisation sous contrainte, la loi souligne implicitement que le soin (et son corollaire, la restauration du sujet dans une plus grande autonomie) demeure la finalité première de cette mesure.

En mettant essentiellement l'accent sur la privation et le contrôle d'une liberté formelle, la judiciarisation des procédures ne risque t-elle pas de dénaturer la fonction première de la contrainte, en occultant ce qui doit être son objectif et en resituant, comme il y a trois siècles, le malade mental aux côtés du délinquant dans le champ privilégié de la justice ?

# Soins sous contrainte : la loi du 27 juin 1990

4 février 1999

## Invités experts

Sonie Bernard (infirmière, service de psychiatrie adulte, hôpital de Ville-Évrard), Delphine Croissant (infirmière, service de psychiatrie adulte, hôpital de Ville-Évrard), Patricia Goffaux (Fédération nationale des associations des patients et des ex-patients psychiatriques), Christophe Renay (avocat, Paris), Dr Djéa Saravane (chef de service des spécialités, hôpital de Ville-Évrard).

## Membres de la Cellule de réflexion de l'Espace éthique

Christine Calinaud, Pr Quentin Debray, Françoise Duménil-Guillaudeau, Pr Herbert Geschwind, Pr Patrick Hardy, Emmanuel Hirsch, Dr Jean-Christophe Mino, Joël Rapon, Maguy Romiguière, Dr Michèle Salamagne, Dr Antoinette Salem, Pr Didier Sicard, Jean Wils, Pr Robert Zittoun.

## Entre procédures et protocoles

Djéa Saravane

N'étant pas psychiatre mais exerçant dans un hôpital psychiatrique en tant que médecin interniste, je suis confronté à cette loi du 27 juin 1990. La contrainte concerne l'article L. 333 de la loi sur l'Hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) et l'article L. 342 sur l'Hospitalisation d'office (HO). J'envisagerai les problèmes induits par ce type d'hospitalisations.

En tant que médecin, la première difficulté tient au certificat établi par le médecin. Ce document est adressé au directeur qui transmet au préfet l'identité de la personne et le certificat de 24 heures, qui est ensuite soumis à la Commission départementale des hospitalisations psychiatriques, au procureur de la République du tribunal de grande instance du domicile du patient et à celui dont relève le lieu d'hospitalisation. Enfin, les procureurs ont accès aux registres tenus dans chaque établissement où sont consignés tous les renseignements ainsi que les certificats médicaux.

La multiplicité des intervenants de formation et de fonction différentes me pose un réel problème : ces certificats seront donc lus par de multiples personnes.

Lorsque nous parlons d'HDT, le tiers peut être un parent ou un ami. Or, comment peut réagir la personne en sortant de l'hôpital vis-à-vis du parent ou de l'ami qui a signé une telle demande ? Après avoir réalisé un petit sondage très rapide auprès



de mes collègues psychiatres, il semble que, dans ce cas de figure, les réactions soient assez violentes à l'égard de celui qui a demandé l'HDT. Ce ressentiment se dissipe souvent après un laps de temps assez conséquent.

### **Sonie Bernard**

Au moment de la crise, le signataire de l'HDT peut devenir un élément persécuteur. À long terme, cette demande est acceptée et reconnue. Cependant, il nous est arrivé de recevoir des personnes qui ont réagi autrement. Par exemple, une patiente sachant que son mari était le signataire de l'HDT, s'est repliée dans son statut de malade. Elle mettait de plus en plus en avant ses éléments délirants, par rapport à son mari, parce qu'elle voulait qu'il en souffre.

Cette situation peut donc s'avérer à double tranchant, selon la pathologie du patient.

### **Didier Sicard**

L'identité du signataire de l'HDT est-elle toujours communiquée à l'interné ?

### **Sonie Bernard**

À notre niveau, non. Mais le médecin, en tout cas dans notre service, donne toujours cette information.

### **Christophe Renay**

L'identité du tiers fait partie des informations administratives devant être communiquées au patient, puisqu'il est le seul intéressé. Cependant, des avis de la Commission d'accès aux documents administratifs (CADA) ont précisé que, pour des raisons de sécurité, on pouvait taire le nom du tiers afin de le protéger. Mais ce tiers n'est pas forcément un proche, ce peut être une assistante sociale. Dès lors, nous pouvons considérer que cette personne n'a aucun intérêt vis-à-vis du patient ; pourtant elle va devoir gérer cette situation.

### **Djéa Saravane**

Concernant l'HO, le problème est tout à fait différent car il s'agit, dans ce cas de figure, d'un sujet dont on estime qu'il compromet l'ordre public ou la sûreté des personnes. Le préfet prend alors la décision et suit le certificat de 24 heures. Nous constatons que ce type d'hospitalisation est suivi très fréquemment d'une levée de l'HO très rapide, car le fait établi ne nécessite pas toujours ce type d'hospitalisation.

---

Le circuit de l'HO est le même que celui de l'HDT Le maire du domicile du patient est aussi informé et cela a posé des problèmes dans certaines communes. Un maire apprenant l'hospitalisation en HO d'un de ses administrés logé dans une Habitation à loyer modéré (HLM), considérant que l'HO était générée par un trouble de l'ordre public et donc social, peut très bien supprimer le logement ! Il nous est donc déjà arrivé d'être confrontés à des patients qui sortant de l'HO n'avaient plus de logement. Je pense donc que dans ce cas précis, il s'agit soit d'un abus de pouvoir du maire, soit d'une interprétation déviante de la loi de 1990

### **Sonie Bernard**

Nous avons reçu une femme de quatre-vingts ans en HO, sous prétexte qu'elle hébergeait chez elle une dizaine de chiens jugés trop bruyants ! Cette femme a perdu toute possibilité de relogement et se retrouve sans rien, ses chiens ayant été notamment supprimés par la Société protectrice des animaux (SPA). Nous avons seulement pu la placer en maison de retraite, après constatation d'un syndrome de glissement très prononcé.

### **Djéa Saravane**

Il est important de souligner que le maire lui a tout retiré. Par conséquent, en tant que médecin cet aspect de l'HO me pose un véritable problème.

### **Patricia Goffaux**

Ce sujet me paraît particulièrement important au regard de l'éthique, car nous sommes dans un cas particulier où l'éthique est à la fois valeur et objet. Concernant les soins psychiques, l'objet même du soin c'est l'éthique car ils concernent l'homme lui-même. Or, s'il y a faute éthique, il s'agit en même temps d'une mise en cause de l'objet professionnel et donc l'échec est total.

Dans le cadre de mes fonctions associatives, j'ai participé à un groupe de travail sur la loi de 1990. Cette dernière prévoyait une révision de la loi au terme de cinq années. La loi de 1990 ne prévoit pas une place bien définie, reconnue au médecin psychiatre traitant, lorsqu'il y en a un. Cette situation paraît extrêmement préjudiciable, parce que nous sommes confrontés au champ de la contrainte : on oblige une personne à être placée dans un endroit précis et à y subir des soins. Dès lors, il convient de tout faire pour rétablir une relation qui puisse être mise en valeur et entretenue.

L'un des grands débats était consacré à la refonte de l'HO et de l'HDT. L'éventualité de ces modifications était argumentée par le fait que, entre un patient arrivant en

HO et un en HDT, il n'existait pas de différence de pathologie et de danger, mais une distinction de situation préalable à l'hospitalisation.

Pourtant, le système de l'HDT ne nécessite pas l'avis du préfet pour la sortie et il laisse subsister une sorte d'équilibre de pouvoir, puisque le tiers ayant demandé l'hospitalisation peut à tout moment la lever, souvent sur le conseil d'un médecin. En revanche, le système de l'HO nécessite la décision du préfet qui se base sur l'avis d'un médecin mais qui sollicite également deux expertises concordantes. En tant que garant de l'ordre public, le préfet intervient donc sur des décisions d'ordre médical.

L'idée de ce groupe de travail, visait à supprimer cette distinction, afin de ne disposer que d'un seul régime d'hospitalisation intermédiaire, situé entre les deux systèmes et donc plus contraignant que l'HDT et plus souple que l'HO. On serait dès lors hospitalisé par décision du préfet et on sortirait sur préconisation du médecin. Le ministère de l'Intérieur s'est parfaitement opposé à nos propositions.

Le fait de vouloir renforcer le cadre de l'HDT est également motivé par l'instabilité éventuelle du tiers.

Il faut, à mon avis, maintenir un équilibre de pouvoir, afin que le dispositif puisse être levé immédiatement, et ce, sans recours judiciaire.

La continuité des soins en dehors de l'hôpital, dits de "période d'essai", constitue une réalité nécessitant d'être plus étendue et perçue comme une alternative à l'hospitalisation d'emblée.

L'obligation de soins fait très peur à nombre de patients. Elle prend une signification prédéterminée, car considérée en termes de soins médicamenteux contraignants.

L'accompagnement des crises s'avère très important. Même si les soins sous contrainte s'imposent, les patients doivent être en mesure - soit *a priori*, soit *a posteriori* - d'exprimer leur consentement. L'internement représente un acte très fort de séparation qui marque la conscience de la personne malade, avec des conséquences profondes tant pour ce qui la concerne que pour ses proches.

## Les modalités d'une hospitalisation sous contrainte

Christophe Renay

Ce sont les interventions effectuées dans des établissements hospitaliers afin de leur permettre d'éclaircir certains points, plus que ma pratique d'avocat, qui m'ont amené à réfléchir à ce sujet.

---

Pour toute personne hospitalisée ou pour sa famille, la loi de 1990 prévoit la possibilité de s'adresser au praticien ou à l'équipe soignante de santé mentale, publique ou privée, de son choix, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du secteur psychiatrique correspondant à son lieu de résidence.

Ce principe, de manière générale, est l'adaptation de la loi de réforme hospitalière qui donne au malade le droit au libre choix de son établissement de santé, sous réserve de considérations de capacités techniques ou de modes de tarifications.

J'ai été informé, à plusieurs reprises, des problèmes rencontrés au niveau du choix de la structure. Le principe de la sectorisation correspond à la possibilité offerte à chaque patient d'obtenir, en cas de problème, une place dans une structure adaptée. Or, dans la pratique, tel n'est pas le cas. Par exemple, les sans domicile fixe n'ont pas d'adresse. Par conséquent, on les répartit dans les différentes structures. Dès lors, de quel choix disposent-ils pour leur hospitalisation ?

Il est également important de souligner les aspects liés aux questions relatives à la liberté de la personne au cours d'une hospitalisation. Lorsque l'on nous demande de parler de droit, de liberté et d'éthique, je me rends compte que ce n'est pas la peine d'aller très loin dans la contrainte pour trouver des situations où les droits du patient ne sont pas reconnus. Déjà, au stade de l'hospitalisation libre se pose la question du patient qui se retrouve avec d'autres malades qui relèvent de modes de placement contraignants. Quelle est son autonomie de décision ? Comment peut-il l'exercer ? Faut-il assimiler les modes de placement ? Est-ce que c'est un bien ? Cela pose-t-il des difficultés ? Comment les gérer ? Où est l'avantage de procéder à cette mixité de modes de placement au sein d'une même structure ?

Une autre question nous renvoie à l'adéquation du mode d'hospitalisation, au regard de l'état de santé du patient. Par exemple, j'ai constaté dans un établissement que tous les grands régressés étaient en hospitalisation libre, dans une structure fermée pour les protéger, avec un suivi médical très "aéré".

Concernant les règlements des structures qui accueillent les patients, chaque pavillon semble avoir ses propres règles de fonctionnement. Il s'agit là, tout de même, d'un pouvoir considérable exercé par les professionnels qui déterminent ce qui est ou non autorisé. Ce qui est plus préjudiciable, c'est l'absence d'une réflexion argumentée relative à la hiérarchie des normes. Une telle situation peut empêcher le patient de bénéficier de droits qui lui sont pourtant reconnus par la loi. Un contrôle est donc nécessaire au niveau de toute réglementation, car il faut s'assurer que l'établissement n'est pas en infraction.

Autour de la sécurité des patients, la loi de 1990 ne fait pas de référence à la qualité de personnes vulnérables. Le Code pénal la reconnaît à plusieurs catégories d'individus : les enfants mineurs, les personnes handicapées, les femmes enceintes ou qui allaitent, les personnes privées de liberté. Cette qualité devrait être soulignée dans la loi, car avec la multiplicité des textes, les professionnels ne savent pas exactement quelle est la réglementation à laquelle ils sont tenus. Ils cherchent un décret de compétence, un Code de déontologie, en fait, une référence de proximité professionnelle en oubliant peut-être qu'il existe une réglementation plus large, telle que celle du Code pénal. Cela me paraît essentiel, parce que l'institution qui accueille un patient, donc un individu vulnérable, lui doit le respect de son intégrité. C'est notamment le cas s'agissant des situations de violence entre patients.

Enfin, quelle attitude adopter quand un(e) patient(e) atteint(e) du SIDA, entretient des liens avec un(e) autre, que l'équipe le sait mais ne sait pas comment intervenir pour éviter un risque de contamination ?

Ces préoccupations ou cas de figures devraient peut-être pris en compte dans le cadre de la loi de 1990.

### **Patrick Hardy**

La loi de 1990 est l'héritière d'une loi beaucoup plus ancienne, celle de 1838. Cette dernière a donc perduré durant cent-cinquante-deux ans et de nombreux professionnels ont pensé que cette longévité était liée à sa pertinence.

La loi de 1990 a été considérée comme une actualisation de la loi de 1838, plus que comme une refonte. Certains la trouvent plus compliquée que sa devancière, puisqu'actuellement deux certificats médicaux sont nécessaires à l'HDT. Au départ, cette demande répondait à un souci de mieux protéger les droits et la liberté du patient, dans la mesure où un deuxième avis médical devant confirmer le premier, le risque d'abus était supposé réduit. Aujourd'hui, ce deuxième certificat est un peu considéré par les professionnels comme superflu car, dans la pratique, aucun certificateur ne prend le risque d'infirmer un premier avis.

Au cours des débats parlementaires ayant présidé à l'élaboration de la loi de 1990, s'est posé le problème de la juridiciarisation de la procédure, certain voyant dans sa médicalisation actuelle un désavantage au niveau de la protection de l'individu. Il convient toutefois de souligner que, dans l'esprit du législateur de 1838, la loi avait pour vocation première - et cela en rupture avec un long passé qui avait appliqué aux délinquants, marginaux et malades mentaux les mêmes souvent arbitraires mesures d'exclusion et d'internement - de mettre en place une mesure de soin et de protection de l'individu. Cette mise en avant de la notion de soin légitime, d'une certaine façon, l'expertise et la responsabilité médicale dans la décision d'hospitalisation.

---

Mettant l'accent sur le problème de la liberté individuelle, la juridiciarisation de la démarche viendrait identifier l'hospitalisation sans consentement à une privation de la liberté plus qu'à une démarche de soin, ce qui irait d'une certaine manière à l'encontre du projet initial des législateurs.

Le conflit qui oppose le principe de bienfaisance, le principe d'autonomie et le principe de protection sociale est, dans ces situations psychiatriques, particulièrement accusé et probablement sans solution parfaite. Les rapports que font les médias des "faits divers" concernant les hospitalisations sous contrainte, illustre bien combien ces difficultés peuvent être source de paradoxes, tous les internements apparaissant abusifs dès lors qu'une plainte est émise, tandis que toutes les sorties sont considérées comme prématurées au premier incident provoqué par un patient.

Pour en revenir à l'intervention précédente et à la question de la multiplicité des intervenants dans la diffusion de l'information, ce qui m'interroge c'est l'abus de pouvoir de ce maire dont vous avez parlé. L'exemple présenté, conduit, me semble-t-il, à souligner le caractère inacceptable du comportement de ce maire plus qu'à s'interroger sur la responsabilité de la loi.

### **Sonie Bernard**

Le maire ne décide que lorsqu'il dispose des comptes rendus mensuels du médecin. Or, si le médecin assure le maintien du patient en HO, le maire va suivre l'avis du médecin et donc, maintenir le patient en HO. Dans ce cas précis, il s'agit de l'abus de pouvoir du médecin.

### **Patrick Hardy**

Vos exemples montrent également, qu'indépendamment de la pertinence de la loi, il y a sûrement dans les établissements cités, comme dans tout établissement, un important effort à faire pour améliorer la qualité des soins et pour que ceux-ci répondent à un certain nombre de normes minimales (ce à quoi vise la procédure de l'accréditation). Concernant les chambres d'isolement, l'ANAES a publié en juin 1998 un rapport sur les conditions de leur utilisation. C'est à travers des réflexions de cette nature que les soins prodigués seront de plus en plus convenables.

## **Protéger les personnes**

Quentin Debray

Il s'agit d'une loi qui vise à protéger les sujets contre les dangers et la mort. Il y a environ 12000 suicides par an en France. En 1997, dans une clinique privée, un patient a demandé à sortir sur sa demande. Il s'est suicidé, la famille a attaqué le psychiatre en justice et a demandé un million de dommages et intérêts, ce qui lui a été accordé.

Nous sommes dans une discipline où les malades meurent. Le placement s'adresse à des patients n'ayant plus leur raison, ni la possibilité de décider de façon très flagrante et ils refusent les soins. Nous sommes confrontés à des patients, mélancoliques, confus, déments, etc. Nous ne pouvons pas ne rien faire !

La question est de savoir si, outre cette perspective de protection, le placement peut avoir un effet thérapeutique. Dans les exemples donnés, nous avons la sensation que cette protection aggrave cet état. Or, au moins dans certains cas, cela peut avoir des vertus thérapeutiques sur le patient mais aussi sur sa famille. Car, dans des milieux où l'on ne s'est pas penché sur la question de la maladie mentale, l'hôpital donne la possibilité de remettre les choses à leur place. Alors que le patient aurait pu se retrouver dans un système punitif, dirigé vers la police et la justice, le fait d'être hospitalisé offre la possibilité de comprendre son état de santé et de proposer un suivi médical.

En France, il s'agit d'une mesure d'assistance médicale, administrative, ne laissant aucune trace sur le casier judiciaire et ne rentrant pas dans les complications et les lourdeurs de la justice.

Une fois le patient intégré au système médical, il faut lui expliquer longuement et avec beaucoup de diplomatie, le processus qui l'a amené dans cet environnement. C'est en ce sens que le placement peut avoir des vertus thérapeutiques et pédagogiques. Assez souvent, par la suite, les patients peuvent être pris en charge sans qu'il y ait nécessité de placement d'office.

Cependant, un vrai problème persiste : celui du secret. L'administration, non plus médicale, cette fois, devrait être tenue au secret. Les noms des internés ne devraient pas être affichés sur un tableau dans la mairie.

L'internement arbitraire reste également à souligner et nécessite une grande vigilance.

Enfin, le non-lieu n'a pas encore été évoqué. Un malade psychiatrique tue quelqu'un : il est mené immédiatement en prison et au bout de quelques mois, suite aux examens

---

des experts, il est reconnu irresponsable, dément au sens de l'article 122.1 du nouveau Code pénal entré en vigueur le 1er mars 1994. Par conséquent, il sort de prison mais il ne rentre pas chez lui; il est placé en HO dans un hôpital psychiatrique. La justice s'en lave les mains; il peut recommencer demain, il n'y a pas de sanctions. Alors nous passons brutalement du domaine de la justice à celui du médical. Souvent cela n'est pas clair et s'avère parfois très difficile à gérer.

Au sujet de la rupture de l'hospitalisation, vous avez parlé d'un patient en HDT dont une personne a signé l'entrée et l'autre, non médecin, a signé la sortie. Il y a quelques années, ce cas de figure a engendré l'accident dont j'ai parlé au début de mon intervention. Même si il y a un débat, cette loi n'autorise pas l'absence de responsabilité.

Concernant les locaux, les hospitalisations éprouvantes, cela relève de problèmes financiers. Je connais un établissement où les portes sont toujours ouvertes; nécessairement l'effectif de personnel est conséquent pour contrôler les entrées et les sorties. Mais cela a un coût, alors il faut faire des choix.

Si on supprime demain cette loi, comme cela s'est fait en Italie, les malades seront tout de même enfermés, parce qu'il y en a parmi eux qu'on ne peut absolument pas laisser sortir.

Si la loi n'existe plus, il y aura des dispositions qui reviendront à peu près au même niveau que la loi d'internement et de contrôle des malades, à la seule différence que nous ne pourrons plus en parler.

### **Patrick Hardy**

La question du consentement aux soins par les malades mentaux, ne se limite pas aux soins psychiatriques. Elle peut en outre se poser lorsque survient chez ces sujets une pathologie organique, parfois grave.

Dans mon service, nous avons ainsi été confrontés au problème d'un homme d'origine nord-africaine, schizophrène délirant, qui présentait une insuffisance rénale imposant la dialyse et, sans doute à court terme, une greffe. Il refusait absolument tout soin. Or, il était nécessaire d'intervenir. Autant la loi de 1990 permet dans ces cas extrêmes d'intervenir pour administrer des soins psychiatriques, autant nous nous trouvons très démunis sur le plan réglementaire lorsque ces mêmes patients refusent tout soin pour des pathologies organiques aiguës susceptibles de compromettre leur existence.

La solution, qui serait la nomination d'un tuteur à la personne, est en effet complexe et lourde à mettre en œuvre.



## **Robert Zittoun**

Sans doute, comme beaucoup de médecins en charge de maladies somatiques graves, j'ai eu à traiter des patients ayant des troubles psychiatriques graves et relevant d'hospitalisation en milieu fermé. À cette occasion, j'ai pu constater que ces malades étaient sous-traités et extrêmement difficiles à soigner. Car dans un service médical pour maladies somatiques "standard", la prise en charge psychiatrique se fait plus difficilement ; il y a toujours une difficulté de coordination des soins psychiatriques et de ceux de la maladie somatique. S'il s'agit de pratiquer des traitements lourds dans un milieu psychiatrique fermé, on est confronté à une difficulté majeure.

J'ai été surpris d'entendre évoquer les morts fréquentes en milieu psychiatrique, car en dehors des suicides évoqués, je ne sais pas de quoi et comment meurent les malades en psychiatrie. Et je ne suis pas sûr qu'il y ait même une épidémiologie de la maladie somatique mortelle en psychiatrie.

Pour les quelques grands malades psychiatriques que nous avons eu à soigner dans mon service, quelles qu'aient été nos craintes initiales, tout s'est bien passé sans soins sous contrainte. La difficulté majeure se rencontre lorsqu'ils vont mourir.

Par rapport à celle de 1838, la loi de 1990 me semble avoir été habillée d'un manteau humaniste au goût du jour, mais les réalités sociales et médicales restent les mêmes que celles qui ont prévalu pendant très longtemps.

## **Djéa Saravane**

Je prends en charge le somatique avec toute une équipe. Une étude épidémiologique a été réalisée ; elle va bientôt être publiée. Elle concerne l'ensemble des infections organiques rencontrées chez les patients psychiatriques. Effectivement, nous nous sommes toujours posé la question de savoir de quoi mouraient nos patients, en dehors des suicides. Ils décédaient souvent d'infections organiques non détectées. À cette époque, il n'y avait pas de médecins somaticiens dans les hôpitaux psychiatriques.

Maintenant, tous les patients sont systématiquement vus sur le plan de l'état général, et un dossier est établi à la suite du bilan. Là où nous rencontrons des problèmes, c'est lors de transferts de patients psychiatriques dans un hôpital de proximité, parce que nous ne disposons pas de plateau technique. D'autre part, nous n'avons pas non plus de suivi somatique lorsque le patient sort. Il s'agit là d'un problème éthique, car, par exemple, je ne peux pas laisser en dehors d'une institution un patient avec un diabète insulino-dépendant, sans suivi somatique.

---

Emmanuel Hirsch

Sommes-nous dans une logique thérapeutique ou dans une logique de sécurité publique ?

Patrick Hardy

À l'origine, la loi de 1838 adoptait la première position, car ces patients étaient mélangés aux autres. La loi de 1990 a modifié les choses en séparant ces patients des autres et en préconisant la protection. L'HO en est d'ailleurs garante.

La révolution s'est faite car au regard de la loi ; le taux de ses hospitalisations sous contrainte s'est quand même réduit à partir du moment où l'on a pu, à partir de 1957, bénéficier de traitements actifs tels que les neuroleptiques ou les antidépresseurs, dont nous avons un peu parlé.

## **Souci de la personne, enjeux collectifs**

Quentin Debray

D'après ce que j'ai lu, la loi d'internement de 1838 provient de la psychiatrie qui a été découverte et enseigné par Philippe Pinel à la fin du XVIIIe siècle. Ce dernier, qui se disait médecin-philosophe, ainsi que d'autres psychiatres comme Georges Cabanis, considérait que la maladie psychiatrique était une maladie de l'esprit et non une maladie d'origine somatique. Par conséquent, pour traiter les malades il leur fallait une certaine paix, une certaine symétrie, une certaine organisation de l'espace, etc. Cette perspective de rééducation de l'esprit, a mené à la conception de cette loi puis à l'ouverture d'asiles au contact de la nature.

Parallèlement, il s'agissait de séparer les malades psychiatriques des malades somatiques. Cette tradition a ensuite été contestée vers la fin du XIXe siècle, à partir du moment où Louis Pasteur et Claude Bernard ont découvert les maladies infectieuses, puis le milieu intérieur. Ces mutations ont apporté de nouvelles étiologies à la pathologie psychiatrique telle que l'état confusionnel. Ainsi, par exemple, une fièvre typhoïde peut générer un état confusionnel ; c'est ce qui déclenche la réouverture du centre de psychiatrie dans les hôpitaux généraux.

Il existe donc deux tendances qui prédominent toujours : l'une est rééducative et l'autre organique.

### **Robert Zittoun**

L'époque de Philippe Pinel a, me semble-t-il, consisté à retirer les chaînes des malades mentaux et à ouvrir des hôpitaux psychiatriques qui ont constitué au long du XIXe et du XXe siècles d'importants lieux de concentration. L'autre aspect que je connais est social ; les malades mentaux représentent effectivement pour la société des dangers que l'on tente de canaliser avec l'enfermement. On observe donc cette vision concentrationnaire du milieu psychiatrique asilaire. C'est ce qui a poussé, plus récemment, des professionnels comme Basaglia à contribuer à la fermeture d'hôpitaux psychiatriques.

### **Quentin Debray**

La perspective de Philippe Pinel est effectivement celle que vous venez de présenter. Mais, l'exemple de Basaglia, en Italie, est une vision complètement différente qui se base sur l'antipsychiatrie. Il estime que la société génère des maladies mentales pour exclure des gens, et que si l'on supprime la psychiatrie et les psychiatres, il n'y aura plus de maladies mentales !

### **Patrick Hardy**

Il y a un noyau dur de malades qui ne peut vivre en dehors des murs d'une institution.

### **Marguerite Romigère**

J'établirai un parallèle avec les équipes des urgences qui évoquent souvent l'accueil des toxicomanes. À première vue, ils présentent une agitation, une certaine précarité et une toxicomanie. Or, par rapport à des hôpitaux non spécialisés en psychiatrie, quelle peut être la réactivité face à ces personnes, compte tenu de l'amalgame fait entre agressivité, agitation et violence ? Nous sommes souvent confrontés à la demande d'une présence d'agent de sécurité dans les urgences, ce qui handicape fortement tout lien, les soignants n'ayant pas de réelle formation en psychiatrie.

### **Patrick Hardy**

Il est vrai que des patients tels que ceux que vous citez (mais il y a en a d'autres), perturbent beaucoup les urgences, d'autant plus que le personnel a beaucoup à faire et ne peut pas consacrer tout le temps nécessaire à leur prise en charge. Dans les schémas régionaux actuels, il est prévu que soient passées des conventions entre les hôpitaux généraux dans les Services d'accueil et d'urgence (SAU) et les secteurs de psychiatrie afin d'améliorer l'accueil des urgences psychiatrique. Cela pourrait en passer par la mise en place de soignants spécialisés dans la prise en charge des patients psychiatriques.

---

### Djéa Saravane

C'est le cas de plus en plus ; nous avons des infirmiers spécialisés en psychiatrie que ce soit au niveau des urgences, du SAMU, etc.

### Patrick Hardy

À ce propos, il convient de citer une circulaire (circulaire Veil de 1993) stipulant que les patients ne peuvent pas être hospitalisés dans des lieux "fermés", aux portes closes.

Son application n'est pas sans poser des problèmes de fonctionnement, car certains patients présentant des états psychiatriques aigus, résolutifs en quelques heures ou quelques jours (une confusion mentale, par exemple) et nécessitant d'être contenus durant une brève durée, ne peuvent théoriquement être retenus. Ces patients doivent, selon les textes, demeurer dans des lieux ouverts, à moins d'appliquer la loi de 1990, ce qui correspondrait ici à un usage trop extensif voire abusif, et ce qui, dans certains cas, ne serait pas sans danger (certains hôpitaux spécialisés ne disposant pas du plateau technique nécessaire à la prise en charge des états médico-psychiatriques aigus).

### Françoise Duménil-Guillaudeau

Quelle est la différence entre l'enfermement dans une chambre, porte fermée à clés et la contention d'une personne âgée sur son lit ?

### Quentin Debray

Il est extrêmement rare que nous enfermions une personne dans sa chambre.

### Patricia Goffaux

Il suffit de regarder s'il y a des serrures sur les portes. On peut supposer qu'à partir du moment où c'est le cas cette éventualité n'est pas exclue.

### Quentin Debray

Nous fermons les portes lorsque les gens quittent leur chambre, afin que personne n'entre dans leur chambre. Les services sont souvent fermés pour empêcher que les gens rentrent et non qu'ils sortent !

## **Des repères incertains**

**Herbert Geschwind**

Dans ce débat, nous sortons du schéma habituel de la problématique éthique. Nous soulignons ici l'intérêt du patient ou de la société, l'autonomie du patient, ces mouvements oscillatoires entre cette autonomie et une sorte de contrainte quelque peu paternaliste. De même, nous nous interrogeons sur la marge de manœuvre pour une négociation véritable avec le patient, peut-être d'ailleurs un peu plus avec sa famille. Ce sont là les conflits d'intérêts et les difficultés inhérentes à ce type de situation.

**Jean Wils**

D'un côté, on parle d'hospitalisation sous contrainte pour des raisons qui ne sont pas toujours justifiées, de l'autre, tout paraît simple : il y a des malades mentaux qui nécessitent ce type d'hospitalisation. Or, finalement j'ai la sensation qu'en ce qui concerne les motifs d'hospitalisation, les limites sont quelque fois un peu floues.

Lorsque vous voyez arriver une personne un peu "bizarre" avec un comportement un peu agité, vous conférez un statut de malade à une personne qui peut avoir un comportement socialement atypique ou marginal, mais dont l'avenir ne se situe pas forcément entre l'hôpital et la prison... N'est-il pas dangereux de déclarer maladie psychiatrie tous les comportements sociaux non conformes. Tout ceci me gêne beaucoup.

Sur un plan éthique, nous avons quand même à nous interroger sur les limites floues, fréquentes dans les services d'urgence comme le souligne Marguerite Romiguière, et sur ce passage, un peu facile, d'une marginalité sociale à un statut de malade psychiatrique.

**Patrick Hardy**

La réponse à cette interrogation, se trouve dans l'expertise psychiatrique qui permet de savoir si le trouble présenté répond ou non à une pathologie mentale. Il est, certes, des cas difficiles à trancher, notamment dans l'urgence. La question est alors de savoir quelle est l'option la plus bénéfique, à la fois pour le sujet et pour le corps social, entre l'évaluation plus complète que permet une hospitalisation psychiatrique, le traitement juridique du problème (s'il y a délit) ou le retour à la marginalité.

---

### Quentin Debray

En effet, car sinon nous nous retrouvons dans la position de l'Union soviétique durant sa dernière décennie, où une personne n'adhérant pas aux dogmes du parti était déclarée dangereuse et donc internée en institut psychiatrique.

### Jean Wils

L'exemple rapporté par Marguerite Romiguière montre bien qu'il n'est parfois pas évident de faire la part des choses.

### Patrick Hardy

C'est la raison pour laquelle dans les propositions de révision de la loi, il est prévu de pouvoir retenir des personnes aux urgences de 48 à 72 heures, afin de mieux évaluer.

### Robert Zittoun

Nous entrons là clairement dans un système où au traitement de la pathologie individuelle se substitue celui de la pathologie sociale. Il me paraît extrêmement difficile de séparer le rôle des médecins de celui des policiers, s'agissant du traitement de pathologies qui font l'objet, dans leur définition même, de controverses sémantiques.

### Quentin Debray

Tout à l'heure, j'ai dit que le malade était en danger de mort. Un maniaque, un dément ou un mélancolique ne se nourrit plus. Il est évident que nous n'internerons pas quelqu'un qui est un original, si ce dernier se nourrit et entretient des relations sociales normales. Si son comportement s'avère dangereux ou agressif pour autrui, c'est la police qui le prend en charge.

### Joël Rapon

Lorsque l'on parle d'éthique médicale, on oublie trop souvent l'équipe infirmière qui intervient au plus près du patient. J'ai noté cette intervention d'une des infirmières qui soulignait la notion de "patient" entre guillemets. Car comment aller vers cette personne, puisque, en fonction du contexte, on ne peut pas la considérer comme un patient? Cela pose de grands problèmes éthiques et je comprends l'émotion et la difficulté de revenir à une logique strictement thérapeutique et médicale.

### Sonie Bernard

Il est vrai que dans le cas de figure que j'ai cité, je me demandais si cela ne relevait pas du fantasme médical que de conserver cette patiente dans notre service. Nous préférons nous dire : *"Cette patiente est mieux chez nous"*, plutôt que de nous poser la question inverse : *"Qu'est ce que cette patiente fait chez nous?"*

### Marguerite Romiguière

Je me demande si, dans le contexte de notre échange, le mot autonomie est le plus approprié, notamment lorsqu'il est opposé à contrainte.

### Patrick Hardy

Dans le cadre de la loi, le médecin doit, dans le certificat, détailler les éléments témoignant du fait que la personne est dans l'incapacité de consentir au soin. Ceci signifie qu'une perte d'autonomie du sujet a été constatée et argumentée.

### Didier Sicard

La loi de 1990 insiste sur la notion de soins sous contrainte. Au fond, en médecine somatique nous respectons de plus en plus le refus de soin avec les Témoins de Jéhovah ou le malade qui refuse le traitement de son cancer. La difficulté est d'apprécier de façon psychiatrique ce que signifie le refus de soin. Nous avons assisté depuis 30 ans, à la disparition de la contrainte par corps, lors du traitement de certaines maladies infectieuses transmissibles, pour protéger la société. Pourquoi la psychiatrie, faisant abstraction de la conscience de la liberté de l'individu, se garderait-elle le droit absolu de soigner les gens contre eux-mêmes et de les empêcher de se suicider ?

### Quentin Debray

Parce ces personnes ne jouissent plus de leur faculté de jugement, alors que le malade qui refuse de faire soigner son cancer assume sa décision. Les personnes hospitalisées contre leur gré, reconnaissent après la période délicate, qu'elles n'étaient pas du tout lucides et pas non plus dans leur état de comportement habituel.

### Patrick Hardy

Certains psychiatres ont évoqué la possibilité, pour le patient, de contracter un engagement dans ce qu'ils appellent "le serment d'Ulysse". Cela consiste, pour des patients souffrant de troubles périodiques entrecoupés de phases de rémission, à demander, au cours de ces périodes de pleine conscience, à ce que des mesures

---

de contraintes soient prises en cas de nécessité lors d'éventuelles rechutes, et à les reconnaître par anticipation comme légitimes.

### **Robert Zittoun**

Excusez-moi, mais un Témoin de Jéhovah qui refuse une transfusion va mourir. Or, on ne lui imposera pas cette transfusion. Donc, le critère défini par Quentin Debray, selon lequel on empêche quelqu'un de mourir, du fait de notre appréciation médicale d'une décision que nous pouvons juger aberrante, ne constitue pas un critère éthiquement recevable à l'heure actuelle.

### **Patrick Hardy**

Il existe tout de même une différence essentielle entre les deux situations, en ce sens que le Témoin de Jéhovah est supposé avoir acquis ses convictions en pleine autonomie de pensée, alors que la maladie mentale se définit justement par l'incapacité du patient de penser autrement que selon la forme que lui impose sa maladie.

### **Christophe Renay**

Concernant les Témoins de Jéhovah, la justice a tout de même donné raison au médecin qui passe outre le refus de se soigner. La Cour administrative d'appel de Paris, dans deux arrêts du 9 juin 1998 qui font actuellement l'objet d'un pourvoi en Cassation, a considéré qu'au-delà du consentement nécessaire au soin, le médecin avait un engagement beaucoup plus grand qui consistait à porter secours aux personnes en difficulté. Il avait donc une légitimité à passer outre le refus de consentement, lorsqu'il s'agissait de sauver la vie du patient.

### **Didier Sicard**

La justice n'est pas le garant des valeurs éthiques !

### **Patricia Goffaux**

Il ne s'agit pas de soigner ou non une personne, mais peut-être, tout simplement, de la respecter tout en la soignant et de trouver, par conséquent, l'artifice conciliable avec les valeurs concernées.

### **Emmanuel Hirsch**

Nos échanges à propos de la loi du 27 juin 1990, nous permettent d'appréhender l'extrême complexité du soin des personnes relevant de la psychiatrie. Il convient de confronter des principes éthiques généraux aux réalités qui nous ont été parfaitement



restituées. Lorsque la personne n'est plus en mesure de discerner et donc de pouvoir adopter les mesures adéquates susceptibles de palier ses difficultés, nos responsabilités sociales et médicales sont engagées. Il n'est pas possible de renoncer à intervenir.

On l'a constaté à travers les exemples mentionnés, la vie de la personne et parfois même celle de tiers, peuvent être mises en danger faute d'une décision rapide dont on comprend la gravité. Le poids d'une telle nécessité médicale doit être apprécié dans ses conséquences, puisqu'elle affecte la liberté et donc les droits d'une personne malade.

Dès lors, il importe de définir et de déterminer un cadre qui préserve, en dépit des circonstances, les droits fondamentaux de la personne. Dans un contexte donné, l'arbitraire de certaines décisions pourrait bouleverser nos conceptions de ce qui est humainement acceptable. Cela justifierait la mise en cause de pratiques inconciliables avec les valeurs de la déontologie médicale.

Nous avons évoqué les principes d'autonomie et de respect du consentement, dans un contexte extrême. On pourrait identifier des situations proches de celles rencontrées dans le cadre de la psychiatrie, où le malade n'est pas en mesure d'exprimer ses choix, d'autant plus lorsqu'on lui conteste cette faculté. La tentation de se substituer à la personne dite dépendante est trop souvent banalisée. Les professionnels renoncent alors à consulter la personne trop âgée ou trop malade, en fonction de considérations qui viseraient à la préserver d'une insurmontable difficulté à se confronter aux enjeux d'une décision. Ce mode de relation parternaliste s'avère de moins en moins acceptable. Reconnaître la personne dans ses valeurs et dans ses droits, c'est aussi déterminer des limites intangibles et prévenir les excès.

Je considère donc tout à fait important, d'approfondir les questions relevant de l'hospitalisation d'office. Elles nous renvoient à d'autres aspects de la prise en charge souvent contraignante des malades et nous sollicitent dans nos capacités d'élaborer des règles consensuellement admises et qui procèdent pour beaucoup des principes démocratiques. L'état de maladie ne peut en aucun cas autoriser qu'on conteste à la personne son appartenance à notre communauté sociale. Plus que jamais, ses droits doivent être préservés et honorés, ne serait-ce que pour mieux accompagner sa réinsertion dans un contexte favorable.

La Déclaration et points de vue sur les droits et la protection juridique des malades mentaux (Association mondiale de psychiatrie, Athènes, 1989) stipule :

*"Toute intervention non volontaire constitue une atteinte grave aux droits de l'homme et aux libertés fondamentales d'un malade. C'est pourquoi des critères et garanties*

---

*spécifiques et soigneusement définis sont requis à propos d'une telle intervention. Aucune hospitalisation ni aucun traitement ne doivent intervenir contre la volonté d'un malade, à moins que celui-ci ne soit atteint d'une maladie mentale grave. Toute intervention à caractère non volontaire doit être effectuée conformément au principe le moins contraignant."*

L'article 11 du paragraphe 11 (Consentement au traitement) des résolutions reprises dans le document : Protection des personnes atteintes de maladie mentale et amélioration des soins de santé mentale (ONU, 1991), précise : *"La contrainte physique ou l'isolement d'office du patient ne doit être utilisé que conformément aux méthodes officiellement approuvées du service de santé mentale, et uniquement si ce sont les seuls moyens de prévenir un dommage immédiat ou imminent au patient ou à autrui. Le recours à ces mesures ne doit durer que le temps strictement nécessaire à cet effet." (...)*

Plusieurs textes internationaux consacrent donc une réflexion argumentée aux situations que nous avons évoquées. Il en ressort que les pratiques d'exception sont impérativement soumises à des cadres très précis, et que toutes les décisions doivent servir l'intérêt direct de la personne malade. Cela signifie qu'elle doit être reconnue dans son inaliénable dignité et que les procédures ponctuellement adoptées doivent viser à la réhabiliter dans sa faculté d'exercer ses droits.

Dans la Déclaration d'Athènes, une proposition est formulée. Elle nous renvoie aux débats actuels relatifs à la désignation d'un "mandataire" susceptible, lorsque la situation l'impose, d'être le meilleur médiateur entre le malade et l'équipe soignante : *"Les malades privés de leur liberté ont le droit de bénéficier d'un tuteur ou d'un conseiller habilité à protéger leurs intérêts."*

J'apprécie la haute valeur morale de ces résolutions, au même titre que je comprends la nature des difficultés auxquelles sont quotidiennement confrontés nos professionnels. C'est pourquoi je me garderai bien d'énoncer des règles éthiques dans un contexte où surgissent tant de dilemmes.

Les intervenants nous ont permis de partager certains aspects de leurs pratiques. On comprend, qu'à elle seule, la loi ne peut leur apporter des réponses qui les satisferaient pleinement.

Didier Sicard affirmait que *"la justice n'est pas le garant des valeurs éthiques!"* Il en va de même pour la loi, lorsqu'il s'agit de proposer un accueil et un accompagnement soignant dignes à des personnes malades, dans un contexte qui accentue leurs vulnérabilités. Il revient aux professionnels impliqués dans ce champ de la médecine, d'expliciter leurs positions et de solliciter, si nécessaire, un débat ouvert qui permette d'assurer de réels droits aux personnes soumises aux contraintes d'une hospitalisation non consentie.