
ÉTUDE SUR LA MALADIE MENTALE ET LES DROITS DE L’HOMME

Avertissement : cette étude, sur laquelle se fonde l’*Avis sur la maladie mentale et les droits de l’homme*, adopté le 12 juin 2008, n’engage pas les membres de la CNCDH.

Introduction

La CNCDH, dans son *Etude sur la préservation de la santé, l’accès aux soins et les droits de l’homme*, avait en 2006 insisté sur les inégalités devant la santé et les difficultés rencontrées par une partie de la population française pour faire valoir ses droits en ce domaine. Elle avait notamment relevé l’importance de ces préoccupations dans le cas de la santé mentale et décrit la crise que connaît la psychiatrie de secteur, l’offre de soins de proximité ayant été considérablement réduite au profit d’une focalisation sur l’urgence, les hospitalisations contraintes et la psychiatrie privée. Par ailleurs, les progrès en matière de neurosciences, de connaissance du cerveau et d’exploration des comportements humains, ont de fortes implications dans les traitements actuels et à venir de la maladie mentale. Ils constituent donc des enjeux qui touchent aux droits de l’homme et qu’il importe de cerner. La CNCDH, qui a apporté en 2007 une *Contribution au débat « Droits de l’homme, bioéthique et rapport au corps »*, tient à attirer l’attention sur la nécessité d’une réflexion sur des questions qui seront au cœur de la révision de la loi de bioéthique de 2004 et dont les parlementaires se sont saisis récemment¹.

La CNCDH a jugé utile de se saisir du sujet de la maladie mentale, cette fois-ci en propre, pour deux raisons principales :

- La première tient au fait que le malade mental est un malade qui, comme les autres, devrait jouir des mêmes droits conférés aux malades – et cela d’autant plus que l’arsenal législatif français s’est enrichi récemment de deux textes importants, les lois du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et du 11 février 2005 pour l’égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Or, il s’avère que la prise en charge médicale et sociale de la maladie mentale entraîne une privation de liberté, prévue par la loi, et qu’une réflexion sur le consentement, au cœur de la loi de 2002, mérite dès lors d’être menée. Au regard des droits de l’homme, la maladie mentale pose donc non seulement la question de l’accès aux soins mais surtout celle de la privation de liberté inhérente à la nature des traitements. Alors que la loi de 2005 témoigne d’une politique volontariste, il est utile de se poser la question de la place accordée aux malades mentaux dans ce mouvement d’affirmation des droits des personnes handicapées.

- La seconde est liée à la manière dont, depuis plus d’un an maintenant, la question de la maladie mentale a été portée de manière spectaculaire devant le Parlement, d’abord au cours des discussions sur le projet de loi relative à la prévention de la délinquance, dont une dizaine d’articles concernant le régime de l’hospitalisation d’office ont finalement été retirés du texte adopté, ensuite à propos de la loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d’irresponsabilité pénale pour trouble mental. Il est apparu que des questions

¹ cf. audition publique organisée par l’Office Parlementaire d’Evaluation des Choix Scientifiques et Techniques (OPECST) le 26 mars 2008 sur « Exploration du cerveau, neurosciences : avancées scientifiques, enjeux éthiques » dans le cadre d’une évaluation de la loi de bioéthique de 2004.

fondamentales concernant le traitement de la maladie mentale étaient en jeu. Or, la maladie mentale a été évoquée dans le débat public à propos de deux textes qui ont alimenté l’amalgame et la confusion avec la délinquance, la violence, la dangerosité, la sûreté des personnes et le trouble à l’ordre public, qui se focalisaient sur le régime d’urgence de l’hospitalisation d’office en le détachant des autres régimes d’hospitalisation et de la question du soin plus largement, au lieu de s’atteler à repenser de manière globale et cohérente la politique de prise en charge de la maladie mentale. La CNCDH a exprimé dans son avis du 7 février 2008² sa préoccupation au sujet du lien établi entre dangerosité et maladie mentale, sous-jacent au projet de loi, et son regret de voir le malade mental assimilé à un délinquant potentiel. Elle réitère ici ce qu’elle a dit précédemment, à savoir que « le risque de stigmatisation en résultant met à mal l’intégration dans la société de la personne atteinte de maladie mentale et est attentatoire à sa dignité ».

Le sujet dont la CNCDH se saisit dépasse en effet largement les quelques cas spectaculaires de crimes commis par des individus souffrant d’une pathologie mentale, lesquels ne doivent pas être négligés et invitent à réfléchir à la prise en charge médicale et sociale de ceux qui les ont commis. Il peut d’ailleurs sembler paradoxal qu’en même temps que l’on stigmatise les malades mentaux en traitant de leur cas dans des textes relevant du champ pénal, on s’émeuve, à la suite de plusieurs témoignages, du nombre important de personnes présentant des troubles psychologiques parmi la population carcérale. La question apparaît donc plus complexe que ce qui est ressorti des débats récents au Parlement. En outre, sans même élargir la réflexion à la question générale de la santé mentale, de la souffrance psychique ou psychosociale – au sens large, on peut estimer à 20% la proportion de la population française dont la santé mentale est affectée –, qui va bien au-delà de celle des troubles mentaux graves, il s’avère que, dans le contexte actuel de vieillissement de la population, la prévalence de certaines pathologies mentales est appelée à progresser, et que l’on observe depuis maintenant quelques années le développement de pathologies indiscutablement liées à la précarisation de ceux qui en souffrent. Population pénale, population âgée et vieillissante, population en situation de grande pauvreté et marginalisée apparaissent dès lors comme les révélateurs d’une question sur laquelle il importe de réfléchir. Et l’adoption d’un Plan national de santé mentale ne suffit pas à régler les problèmes concrets qu’il révèle en creux, dont certains ont à voir avec le respect de la dignité et des droits des personnes malades.

Il importe donc, pour comprendre ce qui touche aux droits de l’homme quand on parle de maladie mentale, de s’arrêter sur les modalités actuelles de prise en charge et de soins de la maladie mentale et sur l’organisation de la psychiatrie en France. Les malades mentaux vivent aujourd’hui dans la cité, la médicalisation ayant radicalement modifié le rapport à la maladie.

Aujourd’hui, l’alternative n’est plus, pour un individu souffrant d’une pathologie mentale, d’être enfermé ou de ne pas l’être. Les soins sont très divers, le plus souvent dispensés en ambulatoire : centre médico-psychologique, cabinet libéral, hôpital de jour, centre d’accueil à temps partiel, appartement thérapeutique, atelier thérapeutique, etc. Outre la prise de médicaments, le soin consiste aussi en la participation à des activités socio-thérapeutiques, le suivi d’une psychothérapie individuelle ou groupale, d’une psychanalyse le cas échéant. En outre, les médicaments ont des effets de plus en plus ciblés sur les structures cérébrales concernées (récepteurs, neuromédiateurs...), et permettent aux malades de vivre dans la société sans souffrir d’effets secondaires trop handicapants et en respectant autant que possible leur fonctionnement cognitif.

² Avis sur le projet de loi relatif à la rétention de sûreté et à la déclaration d’irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental.

Il va sans dire que ces modalités de soins supposent d’importants moyens, en personnel infirmier notamment, qui se sont pourtant érodés ces dernières années, mettant en péril le principe sur lequel elles étaient fondées : elles sont en effet directement liées à la politique dite « de secteur », mise en place en France dans les années 1960 dans le prolongement du mouvement de désinstitutionnalisation de la psychiatrie ; ce modèle cherchait à sortir les malades des hôpitaux, à les réinsérer dans la cité ; il est aujourd’hui manifestement en crise. Le secteur psychiatrique a en effet connu un mouvement d’« humanisation », d’ouverture, qui s’est traduit par une réduction des moyens, notamment du nombre de lits, la prise en charge des malades les plus difficiles s’en trouvant affectée.

Ce n’est qu’à l’aune de ces éléments de description que l’on peut aborder la question de la dangerosité. Certes, certains patients peuvent présenter transitoirement un état dangereux ; on sait notamment que cela peut être le cas de ceux qui sont atteints de schizophrénies paranoïdes, surtout s’ils sont affectés simultanément d’un trouble de la personnalité, qu’ils souffrent d’une addiction (alcool ou toxiques), qu’ils sont en rupture récente de soins (la plupart du temps dans les vingt semaines suivant l’arrêt de la contrainte). Dès lors s’impose un travail sur les capacités de la psychiatrie à suivre les malades et à prévenir les autorités adéquates en cas de danger. Le risque créé pour le public par certaines manifestations de la maladie mentale et la justification des atteintes à la liberté des personnes qui en résultent n’est pas un problème nouveau. Au contraire, ce problème sous-tend toute l’histoire de la réponse sociale à la maladie mentale. Ce n’est pas pour autant que l’amalgame entre maladie mentale et dangerosité doive être fait.

Les raisons de se préoccuper de la question de la maladie mentale au regard des droits de l’homme ne se limitent pas aux solutions à prévoir pour l’infime minorité de cas où le malade crée un risque pour lui-même ou pour les autres. Elles tiennent au fait qu’il est dans la nature des traitements de tenir compte du manque de discernement du malade. L’équilibre à tenir entre sa liberté et son autonomie d’une part, les contraintes qui vont lui être imposées d’autre part, est propre à cette situation de malade. Mais il reste comme toute personne, tout citoyen, détenteur de droits et la question constamment posée est que sa liberté ne soit restreinte que dans la mesure nécessaire.

Or, en approfondissant son examen au-delà des débats précédents, la CNCDH fait deux constats :

La limitation de la liberté personnelle par une hospitalisation imposée ou une obligation de soins occupe en France une place importante dans la réponse à la maladie mentale. Il en est ainsi si l’on en croit les chiffres. La tendance semble être par ailleurs en France à un recours plus important à ces solutions que dans des pays comparables. Il faut ajouter à ceci la place importante de personnes relevant de tels diagnostics dans le système pénitentiaire.

Par ailleurs, sans qu’il y ait nécessairement de lien entre ce constat et celui qui précède, notre pays est critiqué sur le plan international et européen. Pour ne citer que deux exemples, ceux du Comité européen de prévention de la torture et du Commissaire aux droits de l’homme du Conseil de l’Europe sont éclairants.

Le Comité européen de prévention de la torture, organe indépendant du Conseil de l’Europe dont le mandat est d’« examiner le traitement des personnes privées de liberté en vue de renforcer, le cas échéant, leur protection contre la torture et les peines ou traitements inhumains ou dégradants », a publié en décembre 2007 un rapport qui fait suite à sa dernière

visite effectuée en France du 27 septembre au 9 octobre 2006. Il s’y alarme notamment des conditions de vie indignes des détenus – le placement en isolement ou en quartier disciplinaire de détenus atteints de troubles mentaux a ainsi été qualifié de « traitement inhumain et dégradant » - et du manque de personnel médical, et notamment de psychiatres, alors même que le nombre de détenus atteints de troubles mentaux ne cesse d’augmenter. Ainsi, à la maison d’arrêt de Fresnes, le Comité a constaté que des détenus faisant l’objet d’une demande d’hospitalisation psychiatrique d’office devaient attendre deux à sept jours, voire plus, au service médico-psychologique, avant de pouvoir rejoindre un établissement. Pendant cette attente, les détenus « présentant des états de souffrance aiguë étaient placés en cellule d’isolement, traités sous contrainte si nécessaire, et obligés de rester nus en cellule, soumis à un contrôle visuel régulier du personnel pénitentiaire ».

Le gouvernement français, en réponse à ce rapport, a d’ailleurs reconnu des lacunes dans la prise en charge des détenus souffrant de troubles psychiatriques, et ne pas disposer « d’un dispositif complet d’accueil des détenus souffrant de troubles psychiatriques » ni de ressources humaines suffisantes.

Deux années auparavant, le Commissaire aux droits de l’homme du Conseil de l’Europe, Alvaro Gil-Roblès, faisait état, à la suite d’une visite en France, de ses inquiétudes au sujet de l’aggravation de la prévalence de la maladie mentale en prison et des difficultés auxquelles se heurtent les structures de prise en charge des malades mentaux détenus, ainsi que plus généralement du manque de moyens qui affecte l’ensemble de la psychiatrie en France.

Dans la mesure où la privation de liberté qui découle de l’hospitalisation en structure psychiatrique est, du point de vue des droits de l’homme, la question à laquelle il apparaît prioritaire de réfléchir, la réflexion de la CNCDH s’ouvre sur un **premier chapitre** consacré à **la prise en charge de la maladie mentale et à ses contraintes**. Même s’il existe, à côté de l’hospitalisation, un certain nombre de mesures de soin contraignantes prescrites en dehors de l’hôpital psychiatrique, c’est avant tout du régime actuellement en vigueur d’hospitalisation et des difficultés auxquels se heurtent ses acteurs qu’il sera question, ainsi que des enjeux de la privation de liberté des malades mentaux au regard de l’exercice de leur autonomie.

Le constat de la présence en milieu carcéral d’une proportion toujours plus importante de malades mentaux, atteints de pathologies diverses, et les moyens de leur prise en charge, est une question de plus en plus souvent soumise au débat public. Un **deuxième chapitre** traitant de **la maladie mentale et la réponse pénale** qui lui est apportée s’ouvre sur ces questions et s’interroge sur la tendance observable qui fait du système pénal, dans certains cas, une alternative à la prise en charge de la maladie mentale.

A la lumière des développements consacrés respectivement à la privation de liberté des malades qui ne peuvent pas exercer leur consentement et à la pénalisation de la maladie mentale, il apparaît que la question de la **tolérance sociale à la maladie mentale** est un concept opérant et fédérateur pour qui aborde ces questions. Un **troisième chapitre** y est consacré, qui met l’accent sur les hypothèques pesant sur l’exercice des droits des malades mentaux et sur le principe de leur indivisibilité.

Premier chapitre **La prise en charge de la maladie mentale et ses contraintes**

Le traitement de la maladie mentale a évolué au point de modifier en profondeur les manifestations de la maladie, son rythme et le rapport des malades avec les non malades. Les responsabilités qui en résultent, professionnelles, pour les soignants, et sociales, ont changé, et les enjeux liés à la privation de liberté ou aux contraintes affectant les malades plus ou moins capables de discernement également. Une réflexion est déjà lors nécessaire sur l’ajustement de l’équilibre entre la contrainte dans l’intérêt de la personne et la liberté, équilibre qui ne peut qu’évoluer avec le progrès technique.

La maladie mentale se caractérise par des états de santé psychique qui se succèdent de manière non linéaire et requièrent des prises en charge différentes, à la fois dans leurs modalités et dans leur intensité. Le même malade pourra tantôt avoir besoin de soins dans son milieu de vie habituel, tantôt devoir être hospitalisé, à sa demande ou sans son consentement ; dans ce dernier cas la demande peut émaner d’un tiers (HDT : hospitalisation sur demande d’un tiers), ou bien découler d’une décision de l’autorité publique suite à un trouble à l’ordre public (HO : hospitalisation d’office).

Les dernières données statistiques disponibles, rassemblées par la Direction de la recherche, des études, de l’évaluation et des statistiques du Ministère de la santé³, font état des évolutions suivantes en matière d’hospitalisation psychiatrique⁴ : une augmentation des hospitalisations sans consentement entre 1997 et 2003 d’une part, le recours devenu ordinaire à des procédures d’urgence d’autre part.

Coldefy M., « Les hospitalisations sans consentement en psychiatrie. Evolutions et disparités géographiques départementales » (extraits)

[...] En 2003, 76 856 hospitalisations sans consentement ont été décidées sur la France entière, soit 12,7 % des hospitalisations en psychiatrie cette année là. En 1997, les commissions départementales des hospitalisations psychiatriques en avaient déclaré 60 687, soit 29% de moins. Dans le même temps, le nombre total d’hospitalisations en psychiatrie générale (publique et privée) est passé de 579 000 à 617 000 pour la France entière, soit une augmentation de 7% en 6 ans. La part relative des hospitalisations sans consentement à l’intérieur des admissions en psychiatrie générale tend donc à croître sur la période, passant de 10,5% en 1997 à 12,7% en 2003.

L’augmentation du nombre des hospitalisations sans consentement concerne autant les hospitalisations à la demande d’un tiers (HDT), +30% entre 1997 et 2003, que les hospitalisations d’office (HO), + 29%. Les HDT représentaient en 1997, comme en 2003, 86% des mesures d’hospitalisation sans consentement. [...]

³ Coldefy, M. (coord.), 2007, *La prise en charge de la santé mentale, recueil d’études statistiques*, Paris, La Documentation française, collection « Etudes et statistiques », 316 p.

⁴ Les soins de santé mentale donnent lieu de plus en plus souvent à un suivi essentiellement ambulatoire, surtout en centres médico-psychologiques (CMP). Ainsi, en 2003, 77% des patients suivis en ambulatoire ont été vus dans le cadre de consultations en CMP, contre 68% en 1989. De manière plus générale, la file active⁴ ambulatoire, c’est-à-dire le nombre de patients vus au moins une fois dans l’année par l’équipe de secteur, quel que soit le mode de prise en charge, représente 86% de la file active des secteurs de psychiatrie en 2003 contre 79% en 1989.

Les mesures qui ont le plus augmenté sur la période sont les mesures d’urgence, prononcées dans le cas d’une HDT en raison d’un péril imminent (+83% entre 1997 et 2003). Les mesures d’urgence prononcées pour les HO n’ont augmenté que de 23% sur la période. La proportion de mesures d’urgence par les mesures d’HDT est passée de 30% à 43% entre 1997 et 2003, et de 68% à 65% parmi les mesures d’HO. [...]

Les principales raisons qui expliquent cette augmentation des hospitalisations sans consentement sont, du point de vue des spécialistes, une meilleure connaissance de la psychiatrie et des solutions qu’elle peut apporter, une plus grande intolérance sociale et une augmentation des situations d’exclusion à l’égard des personnes atteintes de troubles mentaux, une conception toujours plus extensive du principe de précaution, enfin un besoin général accru de sécurité.

Cette tendance à l’augmentation des hospitalisations sans consentement et le recours toujours plus important aux procédures d’urgence méritent que l’on engage une réflexion sur la pratique de l’hospitalisation des malades mentaux, sans considérer de façon cloisonnée l’articulation entre soins et hospitalisation d’une part, entre hospitalisations libre, sur demande d’un tiers ou d’office d’autre part. Et ce d’autant que le régime de l’hospitalisation sans consentement donne lieu à des mésusages et appelle une réforme de fond. Il importe donc d’une part de repenser ce découpage entre les modalités d’hospitalisation psychiatrique, découpage dont le caractère archaïque est en inadéquation avec les profondes transformations qu’a connues, ces dernières décennies, la prise en charge des malades mentaux, d’autre part de mener une réflexion globale sur les soins en psychiatrie et sur ce qu’ils imposent en matière de contraintes. L’ajustement nécessaire des conditions et garanties de l’hospitalisation sous contrainte et une réponse concrète aux problèmes liés à l’application de soins sans consentement obligent à une réflexion nouvelle sur les concepts de consentement, de tiers et de responsables de la mise en œuvre et du suivi de mesures imposées.

En outre, le recours médicalement justifié aux solutions ambulatoires implique inévitablement une participation plus large du public aux aléas et risques de tout traitement. Or ceci intervient à un moment où le concept de dangerosité prend une place croissante dans les réactions sociales et où la référence généralisée au principe de précaution rend très difficile une discussion franche de ces questions. Cela les rend d’autant plus passionnantes.

I – Le régime d’hospitalisation psychiatrique en vigueur

C’est la *loi 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*, complétée par la *loi 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé* qui régit les hospitalisations, avec et sans consentement. Elle a fait suite à la loi de 1838 que certains pays enviaient à la France et qui a prévalu pendant plus de 150 ans. Celle-ci avait été écrite dans l’esprit de 1789, celui d’un respect des droits de l’homme, la contrainte imposée au malade se doublant d’une protection à son endroit. Elle fut remplacée par la loi de 1990, dont l’esprit était également de protéger le malade en garantissant le respect de ses libertés, à l’exception de celle d’aller et venir, lorsqu’une hospitalisation sous contrainte était décidée.

La loi du 27 juin 1990 est considérée comme un texte équilibré qui allie protection de l’individu et garantie des libertés individuelles. Elle énonce deux modalités de privation de liberté : l’hospitalisation sur demande d’un tiers et l’hospitalisation d’office. L’hospitalisation sur demande d’un tiers concerne les personnes dont la maladie ne leur permet pas de consentir

aux soins. L’hospitalisation d’office remplace le « placement d’office » inscrit dans la loi de 1838. Elle ne peut avoir lieu que dans le cadre d’un arrêté préfectoral après l’établissement d’un certificat médical circonstancié.

La loi du 4 mars 2002 a réduit le nombre de cas où un individu peut être hospitalisé sans son consentement en complétant l’article L 342 du code de la santé publique. Désormais, il y a une exigence d’atteinte grave à l’ordre public. Au lieu de parler des personnes dont les troubles mentaux compromettent l’ordre public ou la sûreté des personnes, la nouvelle rédaction fait référence aux personnes dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l’ordre public ».

▪ **L’hospitalisation libre**

« Une personne hospitalisée avec son consentement pour des troubles mentaux est dite en hospitalisation libre »⁵. Elle dispose des « mêmes droits liés à l’exercice des libertés individuelles que ceux qui sont reconnus aux malades hospitalisés »⁶ dans les hôpitaux généraux publics. Il suffit que la personne présente un état pathologique justifiant son admission, confirmé par un certificat médical, et qu’elle sollicite personnellement et spontanément son admission⁷. Le malade est donc consentant aux soins, et ainsi libre de quitter le service, voire même de refuser un traitement. Dans ce dernier cas, il devra signer une décharge de responsabilité si le médecin estime qu’il encourt un risque. Avant ça, ce dernier devra avoir tout mis en œuvre pour convaincre le patient d’accepter les soins et pour l’informer des conséquences d’un tel choix⁸.

▪ **L’hospitalisation sans consentement**

L’hospitalisation sur demande d’un tiers

L’hospitalisation sur demande d’un tiers (HDT) ne peut être envisagée que si le patient présente des «troubles mentaux rendant impossible son consentement», et si son état impose des soins « immédiats assortis d’une surveillance constante en milieu hospitalier »⁹.

Elle est prononcée par le directeur de l’établissement sur demande d’admission présentée par une personne de la famille, un ami, le tuteur ou le curateur (dans ce cas un extrait de jugement de mise sous tutelle ou curatelle est exigé) ou par une personne susceptible d’agir dans l’intérêt du malade¹⁰.

L’HDT, signée par la personne qui la formule, est manuscrite. Elle comporte les nom, prénom, profession, âge et domicile du demandeur et du malade et précise les relations qui les unissent. La demande d’hospitalisation doit être accompagnée de deux certificats médicaux datant de moins de 15 jours qui constatent l’état mental du malade et la nécessité de l’hospitalisation (il ne doit pas exister de liens de parenté, jusqu’au quatrième degré inclus, ou d’alliance entre les médecins signataires et le patient, la tierce personne demandant l’admission et le directeur de l’établissement d’accueil). Le premier certificat est

⁵ Article L. 3211-2 du code de la santé publique (CSP)

⁶ Idem.

⁷ Articles L. 3211-1 et suivants du CSP.

⁸ Article L. 1111-4 alinéa 2 du CSP.

⁹ Article L. 3212-1 alinéa 1 du CSP.

¹⁰ Articles L. 3212-1 alinéa 2 du CSP.

impérativement établi par un docteur en médecine n’exerçant pas dans l’établissement d’accueil du patient ; il est ensuite confirmé par un autre praticien, lequel peut exercer ses fonctions dans l’établissement d’accueil du patient.

La procédure dite «HDT d’urgence» constitue une mesure exceptionnelle qui ne s’applique que dans le cas où un «péril imminent» menace la santé du patient¹¹. Dans ce cas, l’hospitalisation peut être réalisée sans disposer du premier certificat médical. La demande du tiers reste cependant obligatoire. Cet unique certificat médical peut être établi par tout docteur en médecine, même si celui-ci exerce ses fonctions au sein de l’établissement d’accueil du patient. Ici aussi, il ne doit pas exister de lien de parenté (jusqu’au quatrième degré inclus) ou d’alliance entre le médecin signataire et le patient, la tierce personne demandant l’admission et le directeur de l’établissement d’accueil. Ce certificat s’apparente donc au deuxième certificat de la procédure d’HDT normale. Il s’en distingue néanmoins par la notion de «péril imminent» qu’il se doit de faire apparaître en la justifiant de manière circonstanciée et cohérente.

Un certain nombre de mesures administratives sont prévues pour éviter les internements abusifs et pour autoriser la cessation de l’HDT :

- la vérification des identités du patient et du demandeur : c’est la personne responsable de l’admission qui doit vérifier la validité des pièces d’identité du patient et du demandeur, ainsi que leur degré de parenté¹² ;

- le certificat des 24 heures : pour confirmer ou infirmer la nécessité de maintenir le patient en HDT, un nouveau certificat doit être produit par un autre médecin de l’établissement d’accueil¹³. Ce certificat est renouvelé par la suite, dans les trois jours précédant l’expiration des quinze premiers jours de l’hospitalisation; puis tous les mois¹⁴.

- le recours possible : le patient est laissé libre d’écrire, sans aucune contrainte, au Procureur de la République ou au maire de la commune. Par ailleurs, le tiers ayant demandé l’hospitalisation conserve la possibilité de faire lever la procédure d’HDT, de même que le conjoint de la personne hospitalisée, son curateur, et ses ascendants majeurs¹⁵.

L’hospitalisation d’office

L’HO s’applique aux personnes dont les troubles mentaux compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l’ordre public¹⁶. La décision d’hospitaliser émane, par principe, du préfet de département ou du préfet de police à Paris ; mais elle est complétée par la possibilité pour les maires (le commissaire de police à Paris) de prendre toutes les mesures provisoires nécessaires en cas de danger imminent pour la sûreté des personnes (dans les textes¹⁷, les maires ont une compétence subsidiaire en cas d’urgence, alors qu’en réalité, dans la pratique, leur rôle est considérable).

L’HO concerne également les personnes malades mentalement qui ont commis des infractions pénales.

¹¹ Article L. 3212-3 du CSP

¹² Article L. 3212-2 du CSP

¹³ Article L. 3214-4 du CSP

¹⁴ Article L. 3212-7 du CSP

¹⁵ Article L. 3212-9 du CSP.

¹⁶ Article L. 3213-1 du CSP.

¹⁷ Article L. 3213-2 du CSP.

La décision est assortie de plusieurs garanties. Tout d’abord, le préfet prend sa décision au vu du certificat médical d’un psychiatre et doit énoncer les circonstances qui ont rendu l’hospitalisation nécessaire. Par ailleurs, dans les vingt-quatre heures de l’admission, le malade doit être examiné par un psychiatre qui confirme ou infirme l’hospitalisation par un nouveau certificat qui est transmis par le directeur de l’établissement au préfet et à la commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP).

Ensuite, la loi prévoit un contrôle systématique du bien fondé de l’hospitalisation : dans les quinze jours, puis un mois après l’admission, et au moins une fois par mois, le psychiatre de l’établissement établit un certificat circonstancié qui confirme ou infirme les observations contenues dans le précédent certificat et précise notamment l’évolution de l’état du malade¹⁸. Dans les trois jours précédant l’expiration du premier mois, le préfet peut prononcer, après avis motivé d’un psychiatre, le maintien de l’hospitalisation pour une nouvelle durée fixée à trois mois. Au-delà, le préfet peut maintenir l’hospitalisation pour des périodes de six mois renouvelables selon les mêmes modalités¹⁹.

Dans tous les cas, l’hospitalisation est levée si la décision du préfet n’intervient pas dans les délais prévus. Le préfet peut, en outre, mettre fin à l’hospitalisation sur avis d’un psychiatre ou sur proposition de la Commission des hospitalisations psychiatriques²⁰.

Le terme d’une hospitalisation d’office intervenue sur avis de l’autorité judiciaire après une décision pénale ne peut cependant être décidé qu’à des conditions strictes de forme et de fond : avis de la direction des affaires sanitaires et sociales du département dans lequel est situé l’établissement ; décisions conformes et concordantes de deux psychiatres étrangers à l’établissement (choisis par le préfet sur une liste établie par le procureur de la République) établissant que « *l’intéressé n’est plus dangereux ni pour lui-même, ni pour autrui* »²¹.

L’hospitalisation sans consentement est assortie de garanties pour le malade. Elles concernent la durée de l’hospitalisation d’une part, les sorties de courte durée et les sorties d’essai d’autre part :

La durée de l’hospitalisation dépend de l’état de santé du malade. C’est pourquoi la loi prévoit des examens par un psychiatre avec établissement de certificats médicaux circonstanciés.

La levée de l’hospitalisation peut intervenir:

- si les formalités relatives à l’établissement des certificats médicaux ne sont pas respectées,
- si le psychiatre de l’établissement constate la disparition des troubles chez le malade, ou par ordre du préfet agissant sur demande d’un tiers, si les conditions d’hospitalisation ne sont plus respectées.

De plus, le juge des libertés et de la détention peut d’office ou à la demande d’une personne intéressée, ordonner qu’il soit mis fin à l’hospitalisation sans consentement²².

¹⁸ Article L3213-3 du CSP

¹⁹ Article L3213-4 du CSP.

²⁰ Idem.

²¹ Article L. 3213-8 du CSP

²² Article L. 3211-12 du CSP

La levée de l’hospitalisation peut enfin être décidée par le tribunal de grande instance après requête de la personne placée, de son tuteur, de son conjoint ou concubin, de toute personne agissant dans son intérêt. Le tribunal peut aussi se saisir d’office à tout moment pour décider de la fin de l’internement d’une personne hospitalisée sans son consentement.

La levée d’une hospitalisation d’office n’implique pas obligatoirement la sortie de l’établissement et elle peut se poursuivre librement si le malade y consent.

Les malades hospitalisés sans leur consentement peuvent bénéficier de sorties de courte durée (12 heures maximum) pour motif thérapeutique ou pour effectuer des obligations administratives ou légales extérieures. Le malade est en principe accompagné d’un ou plusieurs membres du personnel de l’établissement.

En cas d’hospitalisation à la demande de tiers, l’autorisation est accordée par le directeur de l’établissement après avis favorable du psychiatre responsable mais les absences de courte durée peuvent également être autorisées²³.

En cas d’hospitalisation d’office, le directeur doit transmettre les éléments d’information au représentant de l’Etat dans le département. Ce dernier donne son accord, ou peut s’opposer à la sortie²⁴.

Les personnes hospitalisées sous contrainte peuvent également bénéficier d’aménagements de leurs conditions de traitement sous forme de sorties d’essai. Celles-ci comportent une surveillance médicale. Elles ne peuvent dépasser trois mois et sont renouvelables. La sortie d’essai, son renouvellement et sa cessation sont décidés :

- par un psychiatre de l’établissement d’accueil dans le cas d’une HDT. Le bulletin de sortie d’essai est mentionné par le directeur de l’établissement et transmis sans délai au représentant de l’Etat dans le département ;
- et par le représentant de l’Etat dans le département sur proposition écrite et motivée d’un psychiatre de l’établissement d’accueil dans le cas d’une HO²⁵.

▪ La question émergente des « soins sans consentement »

Des auditions menées par la CNCDH, il ressort que certains malades sont soumis à une obligation de soins psychiatriques, sans être physiquement hospitalisés. Ils sont cependant soumis au régime de l’hospitalisation sans consentement et bénéficient de sorties d’essai, subordonnées au respect d’une prescription médicale. Pour certaines pathologies, les malades peuvent en outre être liés avec leur médecin par un contrat tacite qui prévoit, dans le cas d’une interruption du traitement, l’usage de mesures coercitives et notamment la privation de liberté. Pour autant, les soins sans consentement n’ont pas d’existence juridique et, pour le cas particulier des sorties d’essai, ne sont conçus que dans le cadre d’une hospitalisation.

On entend par soins sans consentement des soins obligés et prescrits hors du cadre de l’hospitalisation, dont le statut juridique serait fixé au même titre qu’il l’est pour l’hospitalisation psychiatrique. Pour l’heure, des soins sans consentement ne peuvent être imposées que dans un cadre strictement judiciaire, qu’il s’agisse de l’injonction thérapeutique, des soins prévus pour les délinquants sexuels ou encore de ceux prévus pour les auteurs de

²³ Article L. 3211-11-1 du CSP

²⁴ Idem

²⁵ Article L. 3211-11 du CSP

violences conjugales²⁶. Et bien qu’il soit souvent fait référence, dans les débats contemporains, à ces soins obligés, ces dispositions sont de création relativement récentes, leur mise en œuvre encore assez mal fixée et le recours à l’injonction de soins n’est pas harmonisé.

Au cours des discussions qui se sont tenues autour du projet de loi relatif à la prévention de la délinquance, à la fin de l’année 2006, la proposition a été faite d’une loi sur les soins sans consentement qui ne découleraient pas nécessairement d’une obligation pénale. Or, la mise en place de soins sans consentement ne pose pas, en termes d’atteintes aux libertés, les mêmes questions que celles que pose l’hospitalisation sans consentement. Les manières de borner cette obligation doivent être au cœur des réflexions : cela recouvre à la fois le fait de savoir comment et quand on sortira de l’obligation de soins, de prévoir des révisions périodiques des dispositions, ainsi que de prévoir qu’une obligation de soins puisse être levée sur avis médical.

Comment faire dès lors si un malade ne se conforme pas aux soins dans tous leurs aspects ? Cette question pose celle du rôle dévolu à chacun, dans le cadre social, pour une prise en charge efficace de la maladie mentale. Dès lors apparaît l’importance du lien entre le malade et la société, ainsi que la question des moyens.

Or, les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre du régime actuel d’hospitalisation sans consentement laissent augurer qu’une systématisation des soins sans consentement, pourtant souhaitable, est une question complexe sur le plan juridique.

II – Les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre du régime actuel

▪ La nécessité d’une réforme de la loi de 1990

Du point de vue des professionnels et des associations d’usagers, la loi de 1990 est un texte relativement équilibré mais dont le caractère provisoire n’avait pas été caché puisque sa révision était prévue dans les cinq ans. Depuis 1990, les modalités de soins en psychiatrie ont en effet beaucoup évolué : les durées d’hospitalisation ont diminué dans des proportions remarquables, les personnes souffrant d’affections de longue durée vivent désormais essentiellement dans la cité, accompagnées majoritairement par leurs proches et soignées par des professionnels situés le plus souvent à proximité de leur habitation, en application de la politique de secteur.

Au moment des débats sur le projet de loi relatif à la prévention de la délinquance, le ministre de la santé, auditionné par la commission des lois du Sénat, mentionnait une réforme d’ampleur de l’hospitalisation sous contrainte, l’hospitalisation d’office devant être revue dans le texte en discussion²⁷. Les conclusions de la commission des lois se fondent pour une grande part sur « les enseignements du rapport du ministère de l’intérieur sur les problèmes de sécurité liés aux régimes d’hospitalisation sans consentement » (rapport rendu public en 2004).

²⁶ Loi n° 98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu’à la protection des mineurs (elle pose le principe des soins en prison pour les délinquants sexuels, instaure le suivi socio-judiciaire et crée le fichier national des empreintes génétiques).

²⁷ cf. les conclusions de la commission des lois du Sénat

Le rapporteur pour avis de la commission des affaires sociales a déploré que la prise en charge sanitaire des individus atteints de troubles psychiatriques s’inscrive dans un texte consacré à la délinquance mais a considéré son contenu satisfaisant.

Les débats en revanche ont mis l’accent sur le fait qu’au-delà de l’amalgame entre dangerosité et maladie mentale, le projet de loi n’exploitait que partiellement les recommandations des rapports relatifs à la révision de la loi de 1990 (notamment toutes les propositions relatives à des soins sous contrainte).

Une première tentative de modification a eu lieu avec le projet de loi relatif à la prévention de la délinquance. Les articles 18 à 24 de celui-ci changeaient notamment les articles 3213-1 et suivants qui portent sur l’hospitalisation d’office et concernent « les personnes dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l’ordre public ».

Plusieurs problèmes se posaient qui avaient trait à la forme et non au fond du projet de loi. Ces articles 18 à 24 ont finalement été retirés. Plusieurs raisons à cela :

- L’inclusion dans un projet de loi relatif à la prévention de la délinquance de dispositions relatives aux malades mentaux, ce qui renforce l’amalgame entre délinquance, dangerosité et maladie mentale.
- Une révision placée sous l’égide du ministère de l’intérieur alors que les hôpitaux psychiatriques dépendent du ministère de la santé, révision prévue dans un premier temps sans concertation entre les acteurs élus, professionnels et associatifs concernés, alors même que c’est par des coopérations entre usagers, familles, professionnels sociaux et sanitaires, élus et responsables de l’ordre public que le respect des personnes, le droit et la sécurité publiques sont les mieux respectées.
- Une révision des seules dispositions relatives à l’hospitalisation d’office alors que l’hospitalisation sans consentement, qui comporte l’hospitalisation sur demande d’un tiers et l’hospitalisation d’office, devrait être traitée dans son ensemble.

Le débat lancé par ces projets n’a pas encore débouché. La consultation des documents et déclarations qui l’ont accompagné a permis à la CNCDH d’identifier les questions sensibles touchant aux droits des malades mentaux.

Contrairement à ce que suggérerait une vision manichéiste qui est tout à fait dépassée, il ne s’agit pas d’opposer autonomie de la personne et enfermement. Les dysfonctionnements qui conduisent à vouloir réformer touchent à la pratique quotidienne des procédures de contrainte et des garanties qui les accompagnent et par là, à l’effectivité des droits.

Ils sont apparents dans les domaines suivants :

La prescription médicale sera toujours faite dans un contexte complexe. Sa finalité est évidemment le soin. Mais dans ce domaine plus qu’en d’autres, elle implique une immixtion dans la vie du patient et donc l’exercice par celui-ci de ses droits. De plus, le colloque médical ne sera jamais singulier, puisque certaines manifestations de la maladie posent le problème de la sécurité d’autrui. Le fait que ces cas soient rares n’empêche pas qu’en l’état actuel de l’information, l’épée de Damoclès pèse sur l’attitude tenue face à l’ensemble des malades.

Les décisions qui seront nécessaires devront donc être partagées entre plusieurs personnes et autorités. Le point de vue du médecin paraît prévaloir. Mais faute d'accord de son malade ou en raison des circonstances du signalement, il doit travailler avec d'autres personnes qui exercent influence et selon le cas autorité sur le malade. C'est ici que la préoccupation de l'ordre et de la sécurité publiques et donc celle d'un danger potentiel vient peser sur la réponse médicale à la situation. De plus, les choses ne sont pas facilitées du fait que l'exercice des droits des malades dépend en grande partie de la qualité de l'expert, et qu'il est ressorti des auditions qu'a menées la CNCDH que l'exercice de l'expertise et la qualité du recrutement des experts ne sont pas exempts de critiques parfois sévères.

Or les difficultés actuelles se situent dans l'exercice de ces responsabilités partagées.

Le débat, et donc les projets de réforme porte le plus souvent sur l'entrée dans un régime de contrainte, d'hébergement d'office ou d'obligation de soins ou de suivi. Comme on l'a vu, il s'agit de décisions suscitées d'office ou provoquées par un tiers. Par ailleurs, on verra plus loin, au chapitre suivant, que des décisions de même portée ont pour origine, parce que le malade est tombé dans le régime pénal, la décision d'un juge.

Il s'agit d'une décision lourde de conséquences et d'une appréciation complexe. Toute une discussion a lieu sur le bien fondé des distinctions qui fondent la situation juridique du malade et sur l'amélioration des garanties qui pourraient lui être offertes. C'est à ce stade que se situe un problème sur lequel nous reviendrons : comme il en est dans d'autres pays comparables et en dehors du domaine pénal, le juge judiciaire doit intervenir dans ces décisions?

Mais de l'avis de la CNCDH, les vrais problèmes se situent moins au niveau du principe d'une contrainte que de sa gestion quotidienne dont les impératifs, faute de moyens suffisants et appropriés, risquent de l'emporter sur la déontologie en matière d'exercice de la contrainte.

La vraie responsabilité n'est pas toujours exercée au niveau indiqué par les textes. Le climat général qui veut qu'au nom d'un principe de précaution l'on ne revendique pas une responsabilité mais on préfère la rejeter sur d'autres pèse sur une mission dont les conséquences sont préoccupantes. Et si l'on en vient à rechercher le risque zéro, il est évident que le concept de dangerosité a de beaux jours devant lui.

Le résultat ressortant du rapprochement des travaux précédant ces projets, des débats au Parlement sur les questions voisines, des auditions menées par la CNCDH est que dans leur réalité quotidienne, les décisions privatives de liberté ou imposant des obligations dans la vie quotidienne des intéressés, ne sont pas toujours prises par celui qui en serait visiblement le responsable. Par ailleurs, même lorsque les procédures atteignent leur objet, il y a un problème criant et récurrent lié à des questions pratiques.

Ainsi, les désaccords les plus criants touchent à la durée de l'hospitalisation, aux sorties provisoires, au contenu véritable d'obligations qui conditionnent une permission de sortie, au contenu précis et quotidien d'un suivi, aux conséquences qui en résultent pour l'intéressé ou pour son entourage.

La CNCDH a appris qu'il n'existe pas de consensus établi ou de règles de bonnes pratiques généralisées pour la contention d'un malade difficile dans les établissements, puisqu'à propos des projets de réforme de la loi de 1990, il était préconisé d'établir ces règles. De même, ces projets évoquaient le suivi médicosocial auquel il convient de ne pas désobéir, mais on ne

trouve pas de description claire de son contenu. Faut-il prendre obligatoirement un médicament, dire où l'on est, aller et à quelle périodicité chez le médecin, qui constate la désobéissance et comment ?

Tout ceci fonctionne lorsqu’il s’agit d’un contrat de soins accepté par un malade. Tout ceci devient obscur lorsque les mêmes questions sont traitées en tant qu’obligation imposée par un texte.

Les atteintes aux droits sont souvent des problèmes d’organisation des urgences ou de vacances. Elles peuvent être simplement le résultat en un point donné du territoire de l’insuffisance ou du recul des services qui permettent le soin ambulatoire.

Deux approches explorées par la CNCDH illustrent ces difficultés.

- **Le point de vue des acteurs sur le régime actuel d’hospitalisation sans consentement**

Le rôle des élus locaux et les mésusages de l’HO

La CNCDH a été ainsi conduite à s’attacher particulièrement au rôle des élus locaux dans la prise en charge des malades dans la mesure où, au moment des débats sur le projet de loi relatif à la prévention de la délinquance, nombre d’entre eux ont mis en garde contre les grandes difficultés qui étaient à prévoir si la municipalisation du prononcé des décisions d’hospitalisation d’office était décidée. Les responsabilités encourues à ce titre ne sont pas sans poser de problème, notamment dans les communes de petite taille. Dans les faits pourtant, les maires prononcent déjà beaucoup d’HO, et font de ce régime d’hospitalisation un mésusage qui est révélateur d’une crise dans la prise en charge des malades mentaux.

Le maire, qui possède selon les textes²⁸ une compétence subsidiaire dans ce domaine, est dans les faits à l’origine de nombreuses HO²⁹. Il y a donc un intérêt non négligeable à se pencher sur le rôle des élus locaux, qui sont plus ou moins informés du cadre légal des HO et s’en remettent aux informations mises à leur disposition par les services techniques des villes qui leur fournissent une « boîte à outils »³⁰.

Les politiques de la DDASS et du préfet sont ainsi déterminantes dans la part prise par les élus locaux dans les décisions d’hospitalisation sans consentement, puisqu’en théorie, la santé mentale n’est pas du ressort de la ville et que celle-ci n’a donc aucune légitimité à intervenir en ce domaine. Les services de santé se développent de manière plus ou moins importante selon la ville dans laquelle on se trouve. L’évolution du nombre d’HO et leur répartition sur le territoire sont donc très variables selon l’ élu concerné, la culture locale, la façon de considérer l’HO dans la ville et les moyens et ressources municipales. A ce titre, les données nationales doivent être interprétées avec une grande prudence.

Le cadre légal veut que l’intervention municipale n’ait lieu qu’en cas d’urgence, de trouble à l’ordre public ou de problème psychiatrique. Or beaucoup d’HO sont décidées en dehors de ce cadre légal. Lorsqu’il existe par exemple une réticence de la famille à signer une demande d’HDT, ou encore qu’il n’y ait pas de tiers du tout, l’ élu joue le rôle du tiers et décide d’une

²⁸ Articles L 3213-1 et L3213-2 du code de la santé publique.

²⁹ 70% des HO sont initiées par le maire et ensuite confirmées, pour la majorité d’entre elles, par le préfet.

³⁰ Cette boîte à outils contient des fiches, très différentes d’une ville à l’autre, destinées aux élus dont l’une rappelle la loi sur l’HO.

HO alors qu’il agit à titre personnel. En outre, de nombreux mésusages de l’HO sont donc directement dû à l’absence d’assistance à la personne puisque l’HO est utilisée pour faire de l’accès aux soins à défaut d’un autre régime de droit commun.

La mise en place dans une commune comme Nanterre d’une cellule d’alerte et de suivi a constitué une réponse à ces questionnements. L’intervention en amont auprès d’individus repérés par les services sociaux et sanitaires, l’accès aux soins par un autre biais que celui de la contrainte, la prise en charge de personnes causant des troubles à l’ordre public peut en effet se traduire par une réduction du nombre d’HO. Et c’est dans ce rôle de régulateur en amont de conflits prévisibles, d’artisan de la prévention que les élus revendiquent une place au sein des acteurs de la prise en charge de la maladie mentale, au lieu de celle qui leur est attribuée aujourd’hui, à savoir de décider de mesures d’hospitalisation. C’est à ce titre que certains élus particulièrement sensibilisés aux questions relatives à la santé publique militent en faveur de la mise en place de conseils locaux en santé mentale, au sein desquels travailleraient ensemble la ville, la police, le corps médical et le représentant de l’Etat.

Le point de vue des malades et de leurs représentants

La CNCDH s’est attachée à rendre compte du point de vue exprimé par les usagers. Les auditions qu’elle a menées ont confirmé la forte revendication d’écoute et de prise en charge par soi-même de sa destinée, émanant des associations d’usagers, de malades et de familles. Loin de contester le principe des mesures privatives de liberté dont ils peuvent faire l’objet, les membres de ces associations demandent à pouvoir être entendus, à se défendre s’ils considèrent non justifiée la privation de liberté, à consentir à un soin ou à une privation de liberté après explication et de façon générale à prendre en charge ce qui est un aspect de leur traitement.

En outre, ces associations mettent le doigt sur des difficultés du système existant, qu’il s’agisse de la décision d’hospitalisation qui, quand elle revient à la famille, est difficile à prendre, ou du problème du recours offert quand l’hospitalisation a été prononcée.

A titre d’illustration, la CNCDH a été particulièrement attentive à l’exemple des sorties d’essai qui sont maintenues parfois plusieurs années de suite, sans que la mesure d’HDT ou d’HO ne soit levée, les malades concernés ayant le sentiment de vivre sous la menace d’une suppression des permissions ou d’une réhospitalisation à titre de sanction. Une fois l’hospitalisation levée, en outre, il n’est pas rare que l’épisode en établissement psychiatrique soit à l’origine d’une stigmatisation voire de discrimination à l’encontre de la personne concernée.

Au moment des débats sur le projet de loi relatif à la prévention de la délinquance, les associations d’usagers représentants les patients et les familles, de même que des organisations professionnelles, ont en outre mis l’accent sur le fait que les décisions administratives d’hospitalisation d’office ne portent pas sur une modalité de soins mais constituent une obligation pour les personnes en cause d’être présentées devant des professionnels du soin. Partant de là, aucune assimilation n’est possible entre les personnes qui manifestent un besoin de soins reconnu par les autorités administratives, dans le cadre d’une hospitalisation d’office, et celles qui pourrait être reconnues comme dangereuses pour l’ordre public, dans le cadre d’une procédure d’ordre civil. Il est de l’intérêt de tous que la

demande de soins, faite par les autorités responsables de l’ordre public, et les modalités de soins, qui relèvent des autorités médicales restent distinctes.

IV – Les conditions de l’autonomie de la personne malade mentale

Le débat technique qui précède a mis en évidence la question de l’autonomie de la personne malade mentale. Elle est affectée dans sa faculté de consentir, dans ses rapports avec les tiers et dans ses rapports avec les autorités compétentes

▪ La question du consentement

La psychiatrie est la seule spécialité médicale pour laquelle la loi organise des modalités de soin sans le consentement du patient³¹. La méconnaissance par les patients des troubles dont ils sont porteurs est souvent l’un des symptômes les plus difficiles dans la prise en charge de la maladie mentale. Pour autant, la personne hospitalisée pour troubles mentaux a droit, comme tout autre patient, à ce qu’aucun traitement ne soit mis en œuvre sans qu’elle n’ait donné son « consentement libre et éclairé ». Cette exigence, depuis longtemps posée par les tribunaux, a été reprise par loi du 4 mars 2002, et vaut pour tout professionnel et tout acte médical sauf urgence ou impossibilité d’informer (articles L111-2 et suivants du code de la santé publique). L’information devient donc une obligation législative.

De nombreux problèmes de mise en œuvre résultent de cette loi par rapport à la maladie mentale : l’information ne risque-t-elle pas parfois d’accroître la détresse psychiatrique ? Que faire en cas de refus de soins, tout particulièrement, s’il est opposé par un malade hospitalisé sous contrainte ? Peut-on estimer que l’hospitalisation en HO ou HDT dispense de l’obtention du consentement du malade, ce dernier étant réputé hors d’état d’exprimer sa volonté ?

Le passage des malades par des états mentaux altérant plus ou moins leurs facultés de discernement et par conséquent le caractère libre et éclairé de leur consentement amène à réfléchir à la dialectique entre l’exercice de la contrainte et la garantie des libertés, ce qui sous-tend l’ensemble de la problématique de la maladie mentale examinée au travers du prisme du respect des droits de l’homme. La difficulté de l’exercice réside dans le fait que c’est du suivi du traitement que dépend le maintien ou l’altération d’un état mental compatible avec le respect de la liberté du malade. Les conditions du suivi du traitement, de son interruption sont les principales difficultés, du point de vue des droits de l’homme.

Chez les malades mentaux, il y a une très grande variété dans le temps et les degrés de consentement, qui doit être prise en compte. En outre, on ne peut ériger en dogme la nécessité d’une demande de la part du patient pour dispenser un soin. Certes, le risque d’échec est grand si les malades n’adhèrent pas aux soins mais il ne faut pas non plus attendre une demande de soins très clairement exprimée. Le soin commence déjà avec la négociation, la

³¹ Plusieurs textes depuis la Déclaration d’Helsinki de 1964 fixent des règles de déontologie à l’attention des professionnels du monde médical en relation avec des malades mentaux. Pour ne citer que quelques exemples, c’est par exemple le cas de la Déclaration de l’Association médicale mondiale sur les problèmes éthiques concernant les patients atteints de maladie mentale (Déclaration de Bali, septembre 1995), la Déclaration de Madrid sur les normes éthiques régissant la pratique de la psychiatrie (Association mondiale de psychiatrie). Par ailleurs, l’Assemblée générale des Nations Unies a adopté en 1971 une Déclaration des droits du déficient mental.

recherche d’une alliance thérapeutique, le travail sur la prise de conscience des troubles et le besoin d’aide.

Par ailleurs, hors les périodes de crise, un malade mental n’est pas radicalement différent d’un autre malade et les questions liées au consentement se posent dans des termes comparables. A cela près que l’on doit tenir compte du fait que les traitements médicamenteux exercent une influence importante sur la possibilité du malade d’exprimer son consentement.

En outre, la variabilité des facultés de discernement d’un malade mental rend moins pertinent un cloisonnement des rôles respectifs des autorités habilitées à prendre des décisions de soin ou d’hospitalisation. La question des rapports qu’entretiennent l’autorité publique et le médecin mérite ainsi d’être posée, d’autant que souvent existe une importante différence d’approche entre les deux.

Liée à celle des rôles assignés aux différents acteurs qui interviennent dans la prise en charge du malade (surtout en période de crise) se pose la question du caractère réversible d’une mesure prise à un moment donné. Dans la mesure où la frontière entre liberté et contrainte est moins claire qu’on ne pourrait le penser et que le malade mental ne passe pas par des « phases » dont on pourrait exposer simplement la logique, la réversibilité apparaît indispensable.

▪ **Le rôle de la tierce personne**

L’importance de cette question qui, de la même manière que le consentement, n’est pas propre à la question de la maladie mentale, découle de plusieurs facteurs :

- L’altération du consentement doit permettre, si un citoyen n’a plus la liberté de vouloir des soins, qu’un autre citoyen puisse les vouloir pour lui (c’est en ce sens que l’on parlait, dans la loi de 1838, de « placement volontaire »)

- La modification des moyens de traitement de la maladie mentale a abouti à ce que les malades soient le plus souvent dans la société et non plus « internés » ; la société a par conséquent une responsabilité importante dans la prise en charge de ces personnes. Pour autant, il ne faudrait pas que le poids porté par la famille et les proches soit trop lourd ; c’est pourtant une situation récurrente que l’on observe largement aujourd’hui, dont les associations de malades, de familles et de proches des malades se font l’écho. A cet égard, il importe de rappeler que l’entourage d’un malade doit bénéficier de soutien, ainsi que d’une information nécessaire qui permettrait de rompre l’isolement dans lequel il se trouve fréquemment.

- Dès lors que l’on envisage une loi sur les soins sans consentement se pose la question de savoir qui demande les soins et par conséquent quel rôle joue l’entourage du malade, ou d’une manière plus générale le tiers, la société. Les professionnels s’accordent à dire que la demande d’un tiers « de soins au bénéfice d’une personne qui n’est pas en capacité de consentir aux soins » plutôt que d’une « hospitalisation sans consentement » clarifierait les relations du malade avec le tiers. Actuellement en effet, trouver des proches prêts à signer une demande d’hospitalisation sans consentement est souvent une très difficile.

La complexité de la maladie mentale dans ses manifestations et les conséquences que cela entraîne sur l’exercice du consentement imposent par conséquent qu’une réflexion sérieuse

soit entreprise sur le « tiers », le « proche » et la société dans son ensemble. Et cela d’autant plus que les malades vivent dans une société qui se caractérise à la fois par son vieillissement, l’éclatement des structures familiales, notamment dans les grands ensembles urbains, le développement d’un sentiment d’insécurité et d’intolérance à l’égard de ceux qui sont différents, et donc envers la maladie mentale.

Dans plusieurs circonstances se posent en effet des problèmes liés au tiers :

- lorsque le malade est isolé, ce qui s’avère fréquent dans les grandes villes : qui peut être valablement le tiers bienveillant ? (Voir par exemple ce qui se passe aux urgences des hôpitaux généraux : demandes signées par des soignants, ou par la direction...)

- lorsque le tiers trouve le malade gênant, ou s’il craint qu’il ne soit dangereux, il peut œuvrer à l’exclure au lieu de lui venir en aide.

La question du tiers pose celle de savoir qui a le droit, voire le devoir d’intervenir. Ce que l’on demande au tiers est complexe et il est important de le clarifier : demander des soins, et pas nécessairement une hospitalisation, peut permettre de contourner l’aversion qu’il peut avoir à décider d’une hospitalisation. Il est nécessaire que le tiers soit fiable et par conséquent que les liens soient, autant que possible, antérieurs à la demande d’hospitalisation ; il faut que la personne puisse agir dans l’intérêt du malade et pas nécessairement dans celui de l’administration.

La définition du tiers proposée par les professionnels et les usagers est la suivante : « toute personne ayant avec le malade des relations personnelles antérieures à la demande de soins sans possibilité de consentement ». Dans le texte préparatoire à une ordonnance, sur lequel les professionnels ont travaillé parallèlement à la discussion au Parlement du projet de loi relatif à la prévention de la délinquance, l’absence de tiers a été envisagée :

- En cas d’absence de tiers, qui peut être dû à l’isolement du malade ou au refus du tiers de signer la demande de soins, l’admission d’une personne en soins contraints pourrait se faire sur la base d’une décision du directeur de l’établissement de santé au vu d’un certificat médical (il y a sur ce point un accord des organisations professionnelles et d’usagers). Mais une vigilance particulière est requise et il faut laisser à tout moment la possibilité qu’un tiers se déclare.

- La curatelle à la personne a été également envisagée en l’absence de tiers. Cette réforme peut donner lieu à des interprétations contradictoires : est-ce l’adaptation à la maladie mentale de la solution du recours en cas d’incapacité à une « personne de confiance », que l’on choisit librement lorsqu’on est en possession de ses moyens ? Est-ce le retour d’une procédure archaïque, celle d’une tutelle à la personne, abandonnée compte tenu des possibilités offertes aux malades par les traitements modernes et la mise en place de tutelles aux biens avec la loi de 1968 ?

Se pose alors aussi inévitablement la question de la levée de la curatelle, grande inquiétude pour les malades, particulièrement avec le vieillissement de la population et le développement des démences séniles.

V – L’amélioration des garanties prévues en cas de mesure prise sans consentement

Tout malade a le droit :

- d’être informé de sa situation juridique dès son admission à l’hôpital,
- de communiquer avec les instances habilitées à visiter les établissements hospitaliers,
- de prendre conseil auprès d’un médecin ou un avocat de son choix,
- d’envoyer ou recevoir du courrier, exercer son droit de vote, se livrer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix³².
- d’accéder à son dossier médical. Cependant, le quatrième alinéa de l’article L. 1111-7 du CSP prévoit qu’à titre exceptionnel, la consultation des informations de santé recueillies dans le cadre d’une HDT ou d’une HO peut être subordonnée à la présence d’un médecin désigné par la personne demandeuse, en cas de risques liés à une gravité particulière. Lorsque la personne refuse, la Commission Départementale des Hospitalisations Psychiatriques (CDHP) est saisie. Son avis s’impose au détenteur des informations comme au demandeur. Lorsque la CDHP est saisie, la personne doit accéder aux informations en question dans le délai de deux mois à compter de la date de sa demande d’accès.

Le malade peut également saisir la commission départementale des hospitalisations psychiatriques³³ (composée d’un magistrat, de deux psychiatres, d’un médecin généraliste et de deux représentants d’associations de personnes malades et de familles de personnes atteintes de troubles mentaux) dont le rôle est de garantir le respect des libertés individuelles et de la dignité des personnes hospitalisées pour troubles mentaux, et plus particulièrement de celles hospitalisées sans leur consentement.

Les CDHP, qui ont vu leur rôle renforcé par la loi du 4 mars 2002, examinent la situation des personnes hospitalisées pour troubles mentaux. Pour cela, elles :

- disposent de pouvoirs de contrôle
- peuvent saisir le préfet et le tribunal de grande instance
- peuvent visiter les établissements hospitaliers
- peuvent accéder aux données médicales
- reçoivent les doléances des hospitalisés
- peuvent demander la levée d’hospitalisation pour les personnes internées sans leur consentement.

Pourtant, ce système de garanties est tenu pour insuffisant par ceux qui préconisent une réforme radicale : **l’intervention du juge judiciaire dès le stade de la décision prescrivant l’hospitalisation sans consentement.**

L’article 66 de la Constitution, qui fait du juge judiciaire le garant du respect des libertés individuelles, constitue en effet un argument théorique très puissant : la liberté individuelle du malade, qui est un citoyen comme un autre, est une donnée importante d’une part, l’exercice de la contrainte représente une responsabilité difficile à laquelle l’intervention du juge judiciaire pourrait apporter une réponse d’autre part. En outre, l’évolution des pratiques en la matière au niveau européen n’est pas sans exercer de pression et les arguments des tenants de la judiciarisation sont d’autant plus audibles que le système tel qu’il existe actuellement n’est pas satisfaisant. Le Commissaire aux droits de l’homme du Conseil de l’Europe, dans le rapport qui a suivi sa visite en France, en 2005, a lui-même préconisé, sans l’ombre d’une réserve, la judiciarisation des hospitalisations sous contrainte, considérant qu’en matière de

³² Article L. 3211-3 du CSP

³³ Articles L3223-1 et suivants du CSP

privation de liberté, la seule autorité administrative ne pouvait être compétente, même s’il lui revenait de prendre une décision provisoire en cas d’urgence.

C’est la question des limites entre le médical, le judiciaire et l’administratif qui se pose là, les acteurs ne manquant pas de revendiquer la judiciarisation pour des raisons diverses. On a évoqué plus haut le cas des élus. Les psychiatres eux-mêmes revendiquent pour certains la judiciarisation, qui leur permettrait de se concentrer sur le rôle de soignant. Du côté des associations de malades, la revendication de cette judiciarisation a également été exprimée, notamment pour se prémunir d’abus éventuels qui sont davantage à craindre dans le cas d’hospitalisations à la demande d’un tiers que d’hospitalisations d’office. On a vu plus haut combien la question du tiers était délicate, on en a ici une illustration concrète.

Les difficultés de cette réforme semblent pourtant sous-estimées. La CNCDH n’a pas pour sa part pensé qu’en l’état actuel il fallait faire basculer le système vers une décision judiciaire. Elle a pensé que les difficultés pratiques pèseraient considérablement sur un système judiciaire déjà surchargé et que le juge serait en fait contraint de s’en remettre à l’avis d’un expert psychiatrique. Même si on pense à un juge spécialisé, il est difficile d’imaginer de façon réaliste les recrutements qui seraient nécessaires. Par conséquent, le rôle protecteur des libertés que l’on voudrait faire jouer à l’autorité judiciaire risque d’être une simple apparence. Il convient au préalable de venir à bout des dysfonctionnements liés à la gestion quotidienne de la contrainte, qu’il s’agisse d’hospitalisation ou de soins obligés.

VI – L’impact sur les droits des malades des moyens disponibles

Ce problème général de responsabilité est intimement lié aux moyens de la psychiatrie. Au cours des auditions menées par la CNCDH, plusieurs exemples ont été cités qui illustrent ce point : celui d’abord de la sortie sans autorisation d’un malade de l’hôpital dans lequel il a été placé d’office ; dans ce cas, des pressions sont souvent exercées pour lever l’hospitalisation d’office et dégager l’établissement de toute responsabilité civile ; les mêmes observations sont faites quand un patient quitte un département et que la Direction des affaires sanitaires et sociales demande à ce que les obligations soient levées. Ces deux exemples montrent que, dans un contexte où les moyens de la psychiatrie sont réduits et mal répartis, les responsabilités semblent difficiles à assumer. Alors que la contrepartie d’une insertion des malades dans la société doit passer par le développement des structures pour les recevoir, ce n’est pas la tendance que l’on observe actuellement.

« La prise en charge publique en santé mentale se fonde sur une sectorisation géographique. En 2003, 817 secteurs de psychiatrie générale étaient effectivement mis en place en France, soit en moyenne un secteur pour 59 000 habitants âgés de 16 ans ou plus. [...] Au début des années 1960, les textes mettant en place la sectorisation psychiatrique prévoyaient que chaque secteur couvre un territoire d’environ 67 000 habitants (tous âges confondus)... Dans les faits, l’évolution démographique a plutôt accentué les disparités initiales : en 2003, les secteurs de psychiatrie générale couvraient entre 33 000 et 133 000 habitants et la moitié d’entre eux, une population comprise entre 61 000 et 82 000 habitants.

De plus, l’étendue géographique des secteurs est inégale selon qu’ils couvrent une zone à caractère rural ou urbain³⁴ ».

³⁴ Coldefy, M., « La psychiatrie sectorisée. Les secteurs de psychiatrie générale », in Coldefy, M. (coord.), 2007, *La prise en charge de la santé mentale, recueil d’études statistiques*, Paris, La Documentation française, collection « Etudes et statistiques »

Ce découpage sectoriel présente plusieurs limites. Il n’est pas toujours fondé sur les besoins de la population et son évolution. Par exemple, à Paris se concentrent 23% des praticiens pour 3,5% de la population française, tandis que les départements les moins bien dotés sont l’Aisne, la Manche, le Cantal, le Pas-de-Calais, la Martinique et la Guyane où l’on ne compte par exemple qu’un seul psychiatre libéral pour l’ensemble du département. Il existe en outre un déséquilibre de moyens entre les secteurs : en regard de ses voisins européens, et malgré une situation favorable en ce qui concerne la densité des psychiatres³⁵ et les capacités en lits d’hospitalisation psychiatrique³⁶, l’offre de soins en psychiatrie et en santé mentale est loin d’être également répartie sur tout le territoire français, et ce, que ce soit en matière de ressources humaines ou d’équipements. A ces disparités quantitatives s’ajoutent des disparités qualitatives, du fait de la nature et de la pluralité de l’offre proposée dans chaque département (exercice libéral, hospitalier public ou privé, médico-social). D’autant plus qu’il y a une absence de recoupement entre les secteurs sanitaires, sociaux, médico-sociaux ou éducatifs, ce qui entraîne des difficultés de coordination avec les différents partenaires (y compris les élus locaux) et met en échec la continuité des soins. La conjugaison de tous ces éléments peut être de fait, source de disparités entre les citoyens pour l’accès aux soins en matière de santé mentale.

La question des moyens est particulièrement importante dès qu’il s’agit de prendre en charge des états aigus et des patients agités. Près d’un tiers des secteurs ne fonctionnaient en 2003 qu’avec des pavillons ouverts, c’est-à-dire sans disposer d’une unité d’hospitalisation fermée. Au cours de l’année 2003, 40% des secteurs ont fait une ou plusieurs demandes de transfert vers une unité pour malades difficiles, qui sont au nombre de 4 en France. Bien que la CNCDH ait exprimé à plusieurs reprises sa préoccupation quant au lien établi entre dangerosité et maladie mentale, et à l’assimilation du malade mental à un délinquant potentiel, il n’en reste pas moins que la question des malades difficiles reste entière et que la qualité de leur prise en charge revêt une importance particulière.

Dans le même temps, on observe une augmentation du nombre de malades mentaux en prison, la plupart incarcérés à la suite d’une petite délinquance, augmentation révélatrice des carences en amont de la prison et qui rend d’autant plus complexe leur prise en charge médicale que la psychiatrie publique connaît une crise sans précédent. Dans la mesure où existent d’importantes inégalités géographiques en matière d’offre de soins psychiatriques à l’échelle nationale, la population carcérale, plus encore que le reste de la population, en subit les conséquences.

C’est à ces questions que la CNCDH invite à réfléchir dans un deuxième temps.

³⁵ Au 1^{er} janvier 2004, la France compte près de 14 000 psychiatres en exercice, soit 22 psychiatres pour 100 000 habitants (libéraux ou salariés), DRESS, Etudes et résultats, Les disparités départementales de prise en charge de la santé mentale en France, n°443, novembre 2005.

³⁶ Le secteur hospitalier propose 59 625 lits d’hospitalisation complète et 26 418 places en hospitalisation, à temps partiel, de jour ou de nuit, soit 140 lits ou places pour 100 000 habitants, DRESS, Etudes et résultats, Les disparités départementales de prise en charge de la santé mentale en France, n°443, novembre 2005.

Deuxième chapitre **Maladie mentale et réponse pénale**

De nombreuses voix s’élèvent depuis maintenant quelques années, et les publications de natures très diverses se multiplient, qui dénoncent la présence croissante de personnes présentant des troubles psychologiques dans les établissements pour peine. La prison est devenue selon une formule éloquentes le *nouvel asile* de la République

La CNCDH a déjà eu l’occasion de dénoncer le trop grand nombre de détenus atteints de troubles psychiatriques dans son étude sur les droits de l’homme dans la prison du 11 mars 2004. Cette étude faisait allusion à une enquête rendue publique par le ministère de la Santé en 2002 selon laquelle 55% des entrants en prison souffraient d’au moins un trouble psychiatrique et qu’un suivi était préconisé pour 52 %, soit la quasi-totalité de ceux pour lesquels un trouble avait été repéré. « *L’évolution tant de la psychiatrie que de la justice aboutit ainsi à un déplacement de l’hôpital vers la prison et à un nombre croissant de malades mentaux en détention, alors même que, selon le rapport de l’IGAS et de l’IGSJ, ‘la prison, en soi, est un facteur d’aggravation des troubles mentaux’* ».

En janvier 2007, le Comité consultatif national d’éthique, dans son avis sur « La santé et la médecine en prison », mettait à nouveau l’accent sur le fait que « la prison est de plus en plus un lieu confronté à la maladie mentale », et que malgré l’existence d’un arsenal législatif imposant, inauguré par la loi du 18 janvier 1994, « l’accès aux soins et à la protection de la santé en prison continue de poser des problèmes éthiques majeurs ». Le droit au secret médical, l’une des plus anciennes exigences éthiques de la médecine, n’est pas garanti avec la même rigueur que dans la population générale, qu’il s’agisse des conditions de l’examen médical ou du partage des informations contenues dans le dossier médical entre autres.

Alors même que la psychiatrie est une discipline médicale née en prison, dans le but de faire la différence entre ce qui, dans les comportements, relève respectivement de l’alinéation et de la délinquance, on assiste au développement toujours plus poussé, en milieu carcéral, de structures de prise en charge de la maladie mentale. Au-delà du fait que cette évolution, en prenant acte de la présence en prison de malades atteints de troubles mentaux graves, semble en contradiction avec le principe de l’irresponsabilité pénale des malades mentaux - même si celui-ci est affaibli depuis l’entrée en vigueur en 1994 du nouveau Code pénal par des coups de butoir successifs -, elle impose de réfléchir à la confusion qui règne en matière de traitement des personnes détenues : la prévention de la récidive et les soins psychiatriques font l’objet d’un amalgame. L’obligation de soins semble en effet être devenue le sésame de la résolution des problèmes de délinquance, alors même que les limites ne sont pas si simples à établir entre ce qui relève de la psychiatrie et ce qui n’en relève pas, par exemple les troubles de la personnalité³⁷. Si les psychopathes passent par des bouffées délirantes, pour lesquelles des soins sont nécessaires, ces détenus ne relèvent pas durablement de l’hôpital psychiatrique ni d’aucun traitement, éventuellement d’une prise en charge très spécialisée qui n’est pas de la compétence des secteurs de psychiatrie.

³⁷ Les troubles mentaux se divisent en pathologies, dont certaines sont criminogènes, par exemple les psychoses aiguës, les psychoses chroniques ou les troubles bipolaires et en troubles de la personnalité, autrement appelées psychopathologies, pour lesquelles il n’existe pas de traitement particulier mais dont la prise en charge relève à la fois des champs du social, du socio-éducatif et du sanitaire.

En outre, la délivrance de soins à des personnes condamnées pose un certain nombre de problèmes fondamentaux relatifs au consentement, au secret médical, à la place du médecin traitant et de l’expert psychiatre, plus généralement du sens de la peine³⁸.

Si l’on se penche sur les causes de la présence excessive des malades mentaux en milieu carcéral, il apparaît que le système pénal constitue une réponse de plus en plus fréquente à la délinquance liée à la maladie mentale. Au-delà des troubles psychiatriques induits par l’incarcération, ceux qui n’ont pas été repérés au cours de la procédure pénale sont révélateurs du rôle joué par le fonctionnement même de la justice dans la présence de malades mentaux en prison. Ceci permet d’avancer l’idée qu’il y a un véritable risque de double peine tenant à la difficulté de traiter convenablement les affections mentales en prison. Ce risque ne concerne pas seulement les personnes en cause, mais perturbe sérieusement la gestion de l’activité pénitentiaire dans son ensemble.

I – La prise en charge des malades mentaux en milieu carcéral

▪ Prévalence de la maladie mentale en prison

La morbidité psychiatrique de la population pénale est importante et ne cesse d’augmenter. Plusieurs éléments permettent d’en prendre la mesure, qu’il s’agisse du taux de suicide qui est, à caractéristique sociodémographique identique, 6 à 7 fois plus élevé en milieu carcéral que dans la population générale, ou de l’augmentation du nombre de détenus ayant fait l’objet d’une HO, multiplié par 13 entre 1994 et 2001³⁹. En outre, une étude récente menée à la demande conjointe des ministères de la Santé et de la Justice a permis de montrer que les détenus ont de lourds antécédents personnels – par exemple, 16% des personnes enquêtées avaient déjà été hospitalisées pour des raisons psychiatriques – et que les principales prévalences projetées sur la population carcérale masculine de France métropolitaine sont estimées à : dépression (40%), anxiété généralisée (33%), névrose traumatique (20%), agoraphobie (17%), schizophrénie (7%), paranoïa, psychose hallucinatoire chronique (7%).

Pour rester sur le cas de la schizophrénie, sa prévalence communément admise est d’environ 1%, alors que celle des psychoses délirantes ou hallucinatoires est probablement très inférieure. En prison, la prévalence de ces deux types de maladies mentales est de 14%, ce qui montre à quel point la population carcérale est une population malade.

Du point de vue de l’administration pénitentiaire, parmi les 20 à 25% de détenus souffrant d’une pathologie mentale repérée – mais dont on a jugé qu’ils étaient accessibles à la sanction pénale – 3 à 7% n’ont pas leur place en prison. Pour les autres se pose la question de leur prise en charge médicale dans le cadre de l’institution carcérale.

L’accumulation des malades mentaux dans les prisons doit être rapprochée d’autres constats : Les « entrants » en prison sont majoritairement masculins (94% d’hommes), célibataires (76% contre 47% dans la population générale) et en grande difficulté d’insertion (près de 12% sont sans domicile fixe et 54% n’avaient pas d’activité professionnelle lors de leur entrée en détention). Les caractéristiques socio-économiques des détenus suivis par les services médico-psychologiques régionaux sont semblables à celles des « entrants » : la majorité d’entre eux est également célibataire. Parmi les détenus âgés de plus de 25 ans, 28% vivaient seuls avant

³⁸ Voir à ce titre les *Réflexions sur le sens de la peine*, texte adopté le 24 janvier 2002 par la CNCDH

³⁹ Cette procédure d’HO se fait par application de l’article D.398 du Code de procédure pénale. Elle concerne des détenus qui présentent des décompensations psychiatriques et dont le maintien en détention est impossible.

leur incarcération et 10% étaient sans domicile fixe. La moitié n’avait pas d’activité professionnelle et 57% n’avaient pas été actifs plus de deux ans au cours des cinq années avant leur incarcération.

Se concentrent en outre, en prison, des problèmes somatiques qui sont dix fois plus présents que dans la population générale, qu’il s’agisse par exemple des hépatites, SIDA, tuberculose, ulcères, cancers, pathologies cardio-vasculaires, etc. Ces pathologies de la précarisation, notamment les hépatites, SIDA et troubles mentaux, sont révélatrices du fait que la prison concentre des populations tellement précarisées que tous les problèmes de santé y sont amplifiés par rapport à ce que l’on voit à l’hôpital. C’est dans ce contexte que la prévalence de la maladie mentale en prison doit être appréhendée : le profil de la population carcérale est très différent de celui de la population générale.

▪ L’organisation des soins en prison

La prise en charge de la santé mentale des détenus dépend, depuis le décret n°86-602 du 14 mars 1986⁴⁰ instituant les secteurs psychiatriques en milieu pénitentiaire, du service public hospitalier. La loi du 18 janvier 1994⁴¹ est venue renforcer ce dispositif de prise en charge.

Les dispositifs de soin à l’intérieur des prisons se sont étoffés au fil du temps. A côté des secteurs de psychiatrie générale et de psychiatrie infanto-juvénile, existent des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire, au nombre de 26, dont la structure de base est le service médico-psychologique régional (SMPR). Au total, en 2003, 99 établissements pénitentiaires sur 188 étaient couverts par les équipes de psychiatrie de secteur en milieu pénitentiaire. Pour ce qui est des SMPR en particulier, ils sont implantés dans les plus grandes maisons d’arrêt, ont été créés comme les autres secteurs de psychiatrie par une loi de 1985 et rattachés à un établissement hospitalier. Ceux-ci fournissent des soins psychiatriques courants ou plus intensifs. Leur mission consiste à recevoir systématiquement toute personne arrivant dans l’établissement, à assurer un suivi pendant l’incarcération, à mettre en place un suivi post-pénal, à prendre en charge les personnes présentant un problème avec les produits psychoactifs. Des lits d’hospitalisation permettent, durant la journée, le suivi plus intensif de détenus avec des pathologies psychiatriques et consentant aux soins. C’est une hospitalisation de jour dans un quartier spécifique, au sein de la détention.

Les SMPR ont une mission régionale en cela qu’ils accueillent des détenus venus d’établissements placés sous sa compétence. Lorsqu’il n’y a pas de SMPR – c’est-à-dire dans la plupart des cas -, l’équipe du secteur de psychiatrie dont dépend l’établissement pénitentiaire doit assurer les soins psychiatriques. Par manque de moyens, seuls les soins d’urgence sont assurés et dans beaucoup d’établissements, les soins psychiatriques sont assurés par l’équipe en charge des soins somatiques.

De plus, les secteurs de psychiatrie générale et de psychiatrie infanto-juvénile interviennent au sein des unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) qui assurent les soins somatiques et psychiatriques courants dans les établissements pénitentiaires relevant de leur secteur géographique. C’est ainsi qu’en 2003, 129 secteurs de psychiatrie générale ont déclaré intervenir en milieu pénitentiaire.

⁴⁰ Décret n°86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l’organisation de la sectorisation psychiatrique

⁴¹ Loi n°94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale.

Les taux de recours aux soins psychiatriques en milieu pénitentiaire (271 pour 1 000 détenus en 2003) sont apparus dix fois supérieurs à ceux observés en population générale (27 pour 1 000 en 2003). Cet écart de taux est dû notamment aux caractéristiques démographiques et sociales des détenus, qui cumulent les risques de vulnérabilité, à leurs conduites addictives⁴² et à l’incarcération elle-même qui peut augmenter ou générer certains risques. (isolement affectif, inactivité...).

Enfin, le recours aux soins psychiatriques est trois fois supérieur dans les établissements dotés d’un SMRP ; la possibilité pour les détenus d’accéder à des soins de proximité semble donc influencer sur leurs recours aux soins psychiatriques. Par exemple, en 2003, 430 détenus sur 1000 ont bénéficié d’une prise en charge psychiatrique dans un établissement pénitentiaire disposant d’un SMRP ou d’une antenne SMRP (contre 144 de ceux qui étaient incarcérés dans des établissements non dotés d’un SMRP).

La prise en charge est essentiellement ambulatoire sous forme de consultations individuelles. 92% des détenus suivis dans les SMRP l’ont été en ambulatoire (32 000 patients ont été soigné ainsi en 2003). Seulement 7% d’entre eux ont bénéficié d’une prise en charge à temps partiel et 5% d’une hospitalisation à temps complet au sein du SMRP.

▪ **L’hospitalisation d’office des personnes détenues, prévenues ou condamnés**

Prévues par l’article D.398 du Code de procédure pénale, les hospitalisations sans consentement de personnes détenues représentaient, au début des années 1990, environ 200 cas. En 2004, le chiffre était de 1835, soit une multiplication par 10 en 15 ans. Cette augmentation est à la fois la conséquence d’un meilleur repérage des pathologies et de leur augmentation.

Ces hospitalisations d’office se font, quand les patients présentent un état de dangerosité psychiatrique, dans l’une des 4 unités pour malades difficiles (UMD). Or, il y a peu de places dans les UMD et les délais d’admission sont longs. Pour les autres demandes d’HO de personnes détenues, elles se font sans garde par un personnel de police ou de gendarmerie, dans un hôpital psychiatrique (art. 394 du CPP). L’absence de garde policière, contrairement à ce qui se passe en médecine ou en chirurgie, tient au fait que l’on considère l’HO comme une mesure d’ordre public et que les services doivent assurer l’absence d’évasion pour les patients hospitalisés d’office, qu’ils soient détenus ou non. Or, du fait de l’évolution de la psychiatrie, et notamment le mouvement d’« humanisation » qu’elle a connu, les secteurs sont « ouverts » : les patients détenus sont par conséquent au mieux accueillis pour de trop courtes périodes, les retours précoces en prison étant pourtant incompatibles avec l’état clinique des patients.

Les Unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) : une réponse à une peine prononcée à l’encontre d’un malade mental ?

Prévues dans la loi d’orientation et de programmation de la justice du 9 septembre 2002, les UHSA sont des services de soins psychiatriques, dans un établissement hospitalier, gardés par un personnel pénitentiaire. Elles sont rattachées aux SMRP.

⁴² 54% des entrants en détention déclaraient, en 2003, consommer au moins une substance psycho-active (psychotropes, alcool, drogues illicites).

Ces unités, de l’avis de psychiatres auditionnés par la CNCDH, ne constitueront qu’une réponse partielle à l’exigence d’une prise en charge particulière des malades mentaux et vont dans les faits accueillir la population que les SMPR ne prendra pas en charge, c’est-à-dire celle qui n’a pas consenti aux soins. Il est prévisible que les responsables d’UHSA se trouvent en difficulté dès lors qu’ils auront à accueillir des psychotiques ou des psychopathes difficiles, qui troublent la détention et dont la présence dans une unité psychiatrique posera des problèmes.

Le problème majeur à prévoir est en outre celui de la gestion des UHSA. Si l’on observe la situation des SMPR, il s’avère que plus de la moitié des postes d’infirmiers et de psychiatres y est vacante. La question du recrutement des psychiatres et des infirmiers se posera certainement dans les UHSA. En outre, les psychiatres intervenant dans les SMPR expriment la crainte que les UHSA soient considérés comme une réponse à la prise en charge des malades ou des psychopathes, alors même que l’hôpital psychiatrique est jugé insuffisamment sécuritaire. Les UHSA fonctionneraient dès lors comme une filière spécifique et ségrégative, un système qui exclut et auquel seraient dévolus des moyens importantes, retirés notamment aux UMD.

De la même manière que l’on a été amené, à l’issue de la description du régime actuel d’hospitalisation sans consentement, à s’arrêter sur les conditions de l’autonomie de la personne malade mentale, cette question se pose aussi lorsque l’on considère la population carcérale. La question du consentement notamment est au cœur du sujet.

Le principe qui prévaut aujourd’hui est le suivant : on ne peut imposer de soins sous contrainte à un patient privé de liberté, les soins psychiatriques délivrés en milieu carcéral ne l’étant qu’à des patients consentants. Quand on décide une HO notamment, il y a sortie du milieu pénitentiaire et transfert en milieu sanitaire (art. 398 du CPP). Pour les psychiatres intervenant dans les SMPR notamment, l’obtention du consentement est une exigence souvent rappelée.

Se pose dès lors la question des UHSA qui ont vocation à recevoir des détenus, y compris sans leur consentement. Il y a là par conséquent un paradoxe entre le fait que ces personnes ont été jugées lucides pour assumer la responsabilité pénale de leurs comportements délinquants mais pas suffisamment lucides pour consentir aux soins dont ils ont besoin.

Pourtant, le projet de mise en place des UHSA a réuni en sa faveur un consensus hétéroclite de la part des psychiatres de secteur qui manquent de moyens, des psychiatres de SMPR qui ne parviennent pas à adresser des malades dans les services de secteur, les personnels pénitentiaires, la majorité de l’opinion publique et les victimes et associations de victimes.

D’autres questions sont au cœur de la pratique médicale en milieu carcéral, qu’il s’agisse du respect du secret médical, ou de l’exigence imposée de plus en plus souvent aux médecins de soigner des individus qui ne relèvent pas du soin. On demande en effet aujourd’hui aux médecins de traiter la délinquance, c’est-à-dire éventuellement de se préoccuper de prévenir la récidive. D’une démarche de soins, on glisse vers une démarche psycho-criminologique, alors même que le soin se fonde sur la confiance, la confidentialité, la dynamique, qu’il ne se décrète pas et constitue une alchimie complexe nécessitant la possibilité de faire des confidences, d’avoir une garantie de confidentialité, même si on traite le déni des troubles psychiatriques avec l’hospitalisation sous contrainte. Alors même qu’il est très difficile d’obtenir la confiance des personnes détenues, il apparaît essentiel de ne pas confondre les

rôles respectifs du médecin et de l’expert. Pourtant, la tendance observée actuellement va à contre-courant de ces exigences.

On assiste en résumé à un développement au sein du système pénitentiaire d’un dispositif de soins psychiatriques qui permet de prendre en charge des pathologies de plus en plus lourdes. Accroître l’offre de soins en prison accroît le risque de voir les tribunaux condamner davantage les malades à la prison, puisque l’incarcération peut s’accompagner de soins psychiatriques. C’est d’ailleurs le cas lorsque des magistrats prennent parfois la décision d’incarcérer quelqu’un du fait des possibilités de soin offertes en milieu pénitentiaire, alors même que les délais de prise en charge à l’extérieur sont très longs. Or, on constate que le système pénal prend une place croissante dans la prise en charge de la maladie mentale, la récente *loi relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d’irresponsabilité pénale* marquant l’introduction du juge dans la décision d’hospitalisation psychiatrique. Il apparaît qu’autour de la prise en charge de la maladie mentale, les rôles respectifs de la psychiatrie et de la justice se brouillent.

II – Les frontières mouvantes entre justice et psychiatrie

Sans le vouloir, le système pénal intervient de manière significative dans la réponse aux problèmes posés par la maladie mentale, d’abord parce qu’un malade mental entre plus facilement dans le système carcéral, a fortiori lorsqu’il appartient à une population vulnérable, ensuite parce que la frontière de l’irresponsabilité pénale a été mise en discussion, enfin en raison de la défaillance, en dehors de la prison, des moyens de prise en charge des cas difficiles. Les prisons sont donc appelées à jouer le rôle d’institution psychiatrique sécurisé.

Plusieurs facteurs d’importance inégale entrent en jeu dans la présence excessive de malades mentaux en prison, qu’il s’agisse de pathologies antérieures à l’incarcération ou induites par cette dernière. Dans ses travaux, la CNCDH a déjà eu l’occasion d’attirer l’attention sur les conditions d’incarcération, la diminution des aménagements de peine ou l’augmentation de la durée des peines, qui ont un effet direct sur l’augmentation de la morbidité psychiatrique de la population pénale. En 30 ans, les peines ont été multipliées par 3, les longues peines ont augmenté très régulièrement et en particulier des réclusions criminelles à perpétuité. Un lien direct peut être établi entre l’émergence des psychoses et l’augmentation de la durée des peines. Des décompensations psychotiques apparaissent progressivement, du fait de la longueur de la peine. L’épisode psychotique peut être unique ou se reproduire, auquel cas les peines seront purgées dans des conditions inappropriées à l’état mental des détenus.

▪ Les anomalies de l’entrée dans le système carcéral

Beaucoup de patients dans les prisons sont des gens qui étaient peu ou prou suivis par les dispositifs de soins psychiatriques mais de manière lâche, qui sont incarcérés pour une délinquance circonstancielle, toxicomanie, vol, assez rarement pour des crimes graves. Contrairement à des idées reçues, le taux d’homicide dans les pays industrialisés est compris entre 1 et 5/100 000 habitants, le taux revenant aux personnes atteintes de troubles mentaux n’excédant pas 0,16/100 000 habitants.

Dans une société dans laquelle le modèle de « tolérance zéro » fait florès, les malades mentaux en sont les premières victimes : désinsérés, aux revenus très modestes ou vivant le plus souvent d’une allocation adulte handicapé, plus enclins à des addictions que le reste de la population, ils peuvent s’adonner à une petite criminalité acquisitive complémentaire. Le

malade mental semble être devenu le « bouc émissaire » des politiques publiques sécuritaires. La précarisation, l’impossibilité d’insertion du fait du manque de travail, les failles de la réhabilitation, la pénalisation en rafale de la petite délinquance et le problème de la célérité de la justice aboutissent à une surreprésentation des malades mentaux en prison.

La comparution immédiate est en effet à l’origine d’une surreprésentation des malades mentaux en prison. Les procédures très rapides ne sont pas propices à l’évocation, quand il existe, d’un suivi psychiatrique intensif ; l’avocat commis d’office n’a pas la possibilité d’étudier le dossier en profondeur ; dans le cas où une expertise psychiatrique est demandée, elle n’empêche pas l’incarcération, en attendant les conclusions. Les peines prononcées sont courtes, elles répondent plus souvent à une petite délinquance, qui gonfle le nombre de malades mentaux en prison.

▪ **L’irresponsabilité pénale et la question de l’expertise psychiatrique**

L’article 64 de l’ancien Code pénal faisait entrer dans la loi le principe de l’irresponsabilité pénale des malades mentaux. Le travail de l’expert consistait à indiquer clairement si le comportement d’un sujet mis en examen pour une infraction correspond aux symptômes d’une maladie qui peut bénéficier de soins spécialisés ou s’il résulte de la transgression d’une loi parfaitement repérée. La mise en place du nouveau Code pénal en 1994 a introduit une voie moyenne.

L’article L 122-1 du Code pénal dispose que :

« N’est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d’un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes. »

La personne qui était atteinte, au moment des faits, d’un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable ; toutefois, la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu’elle détermine la peine et en fixe le régime. »

Les classements sans suite pour irresponsabilité pénale représentent une proportion très faible et une relative stabilité, autour de 0,5% des dossiers criminels, ce qui représente environ 300 dossiers par an. On observe en revanche de plus en plus de responsabilités atténuées au sens du deuxième alinéa. Le rôle premier de cette disposition, qui était d’atténuer la peine en atténuant la responsabilité, ne joue plus du fait de l’augmentation des peines. La responsabilité atténuée est en fait à l’origine d’une surpénalisation. Les personnes pour lesquelles l’altération du discernement a été invoquée se voient infliger un quantum de peines très souvent supérieur à celui des condamnés pour lesquels aucun trouble psychique n’a été signalé par les experts.

Une grande majorité des malades mentaux entre en prison sans avoir vu aucun expert. Concrètement, l’expertise psychiatrique est obligatoire en matière criminelle et à la discrétion du magistrat instructeur pour les affaires relevant du tribunal correctionnel. Si l’expert se prononce en faveur de l’application de l’article 122-1, 1^{er} alinéa, il l’indique dans son rapport. Mais il s’agit d’un avis, qui ne s’impose pas à l’autorité judiciaire. Celle-ci informe le Préfet de la situation, lequel prend un arrêté d’HO. Cette mesure d’HO ne peut être levée qu’après avis concordant de deux psychiatres experts. En général, la durée de cette hospitalisation est

très longue, ce qui pose un problème dans le contexte actuel de manque de lits. En outre, les secteurs de psychiatrie acceptent mal d’accueillir un patient potentiellement dangereux dans une structure hospitalière qui, dans le cadre de l’humanisation et de la modernisation de la psychiatrie publique, est considérablement allégée. Ainsi, les psychiatres experts se prononcent pour le deuxième alinéa pour éviter de mettre leurs collègues des hôpitaux psychiatriques en difficulté, dans la mesure où les patients en question sont « difficiles ».

Les auditions menées par la CNCDH ont confirmé une insatisfaction générale concernant l’expertise psychiatrique. Pourtant, des efforts certains ont été faits pour améliorer son organisation et le recrutement des praticiens concernés. Mais des tensions continuent à traverser la profession elle-même, qui ne semble pas reconnaître aux praticiens qui exercent des fonctions d’expertise l’autorité scientifique qui justifierait cette fonction. Il serait important que, du sein de la profession, se dessinent les critères de choix qui entraînent leur conviction et qui justifieraient le rôle très important que tous les projets de réforme veulent donner aux experts.

En outre, le malentendu vient sans doute de la manière dont les questions sont posées aux experts. On ne demande plus à l’expert si l’accusé est réhabilitable mais s’il est dangereux et par conséquent s’il est dans l’incapacité de vivre en société; on demande au psychiatre de répondre dans un champ qui n’est pas celui de son savoir, de sa compétence mais dans celui de son intime conviction ; il s’agit de prédiction de la récidive et des comportements, alors même que la récidive est par définition aléatoire, incertaine, protéiforme, multifactorielle et la probabilité d’erreurs élevée.

L’expertise n’est qu’un éclairage, elle n’est pas là pour établir la preuve des faits. Pour autant, toute une partie du fonctionnement de la justice repose sur son exercice.

La modification récente de la frontière de l’irresponsabilité pénale

La loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d’irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental traite entre autres de la manière dont est constatée l’irresponsabilité pour cause de trouble mental des auteurs d’actes graves, mais qui, par hypothèse, ne pourront faire l’objet d’une condamnation pénale.

Cette loi est effective depuis la publication du décret n° 2008-361 du 16 avril 2008, pris en application de l’article 18 de la loi du 25 février 2008. Ce décret précise dans un premier temps la procédure applicable aux décisions d’irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental qui peuvent désormais être rendues par le juge d’instruction et la chambre de l’instruction sur saisine des victimes ou du procureur de la République⁴³. Le texte prévoit ensuite la procédure applicable par la chambre de l’instruction, la juridiction de jugement et la cour d’assises lorsque des mesures de sûreté sont ordonnées dans le cadre d’une déclaration d’irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental. Ces mesures correspondent à l’hospitalisation d’office et/ou aux mesures visées à l’article 706-136 du CPP⁴⁴, au retrait et à l’interdiction de plein droit des réductions de peine⁴⁵ et à la libération conditionnelle d’une personne condamnée à la réclusion criminelle à perpétuité⁴⁶. Celle-ci ne peut être accordée

⁴³ Article D 47-27 et suivants du code de procédure pénale

⁴⁴ Article D 47-29 et suivants du code de procédure pénale

⁴⁵ Article D117-4 du CPP

⁴⁶ Article D527-1 du CPP

qu’après avis de la commission pluridisciplinaire des mesures de sûreté⁴⁷ qui est saisie par le tribunal de l’application des peines, si elle ne l’a pas déjà été par le juge de l’application des peines lors de l’instruction de la demande.

Outre le fait que cette loi marque une première étape dans la judiciarisation de la décision d’HO – elle peut être ordonnée au titre d’une mesure de sûreté par un juge⁴⁸ -, elle est révélatrice du fait que la définition de la responsabilité pénale est affectée, aujourd’hui, par l’évolution des connaissances et des traitements de la maladie mentale.

▪ **La prise en charge défailante des malades difficiles**

Nouvel asile de la République, il s’avère que les prisons peuvent être également qualifiées d’« ultime institution psychiatrique sécurisée⁴⁹ ». L’absence de lits sécurisés dans l’offre de soins de la psychiatrie publique explique en partie la place qu’occupent aujourd’hui les prisons françaises dans la prise en charge des malades mentaux.

L’évolution du secteur, qui reposait sur la prévention et la prise en charge des malades mentaux en ambulatoire, a affecté en premier lieu les personnes en détresse psychologique, qui se retrouvent plus ou moins en rupture de soins faute d’hébergement et, pour une petite délinquance le plus souvent, sont condamnés à une peine de prison. Le nombre de lits en hospitalisation complète a été divisé et la durée moyenne de séjour d’un malade à temps complet est passée de 130 jours en 1980 à 37 jours en 2004. Dès que l’épisode aigu de la schizophrénie ou du trouble bipolaire est soigné, le patient sort de l’institution dans laquelle il était hospitalisé. En revanche, on observe, liée à la diminution du temps de séjour, une augmentation des HDT, qui interviennent alors que l’on n’a pas soigné durablement la maladie mais simplement l’épisode aigu et que les patients en rupture de soins rechutent dans des périodes tellement critiques qu’ils refusent tout soin.

Il manque en outre des unités sécurisées pour des soins intensifs, avec un fort encadrement infirmier et médical. En l’absence de telles unités, les patients violents restent à la rue, jusqu’à ce que leurs troubles du comportement les amènent en prison, étape obligée dans le parcours de soin.

Ce que l’on observe en amont de l’incarcération est également valable en aval. Les dispositifs sanitaires, médico-sociaux et sociaux sont défailants ou insatisfaisants. Cela a pour conséquence que l’on retrouve dans les prisons une population précarisée et qu’il est très délicat, ensuite, d’organiser des relais pour les personnes dans la précarité, avec peu d’ancrages familiaux, sociaux et professionnels.

Le noyau dur de la psychiatrie doit par conséquent être considéré à l’aune d’une mission de service public, d’aide aux personnes les plus en difficulté, les plus vulnérables, dont font partie ceux qui souffrent de troubles psychiatriques les plus graves. Il faut probablement des

⁴⁷ Article 729 du CPP

⁴⁸ « Art. 706-135.-Sans préjudice de l’application des [articles L. 3213-1 et L. 3213-7 du code de la santé publique](#), lorsque la chambre de l’instruction ou une juridiction de jugement prononce un arrêt ou un jugement de déclaration d’irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental, elle peut ordonner, par décision motivée, l’hospitalisation d’office de la personne dans un établissement mentionné à l’article L. 3222-1 du même code s’il est établi par une expertise psychiatrique figurant au dossier de la procédure que les troubles mentaux de l’intéressé nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l’ordre public (...).

⁴⁹ Formule empruntée au docteur Gérard Dubret.

structures qui puissent accueillir pour les temps limités avec un encadrement maximum des personnes en grande difficulté et qui présentent des troubles du comportement en lien direct avec une pathologie – ce peut être le cas de petites structures fermées permettant d’accueillir des personnes qui ont besoin d’être contenues à la fois psychologiquement et physiquement –. Le dispositif de soin doit être une gamme étendue, soit sur un mode sectoriel soit sur un mode intersectoriel.

En outre, l’obligation de soins à l’issue de l’incarcération est une question qui ne peut pas être négligée. Aujourd’hui, la France est quasiment le seul pays dans lequel le juge pénal ne contrôle pas, n’impose pas une mesure de sûreté à celui qui sort de l’HP ; la sortie d’HO qui suit le 122-1 ne peut se faire qu’avec deux expertises indépendantes mais concordantes. Mais il n’y a pas de mesure de contrôle. Ne faudrait-il pas en France la mise en place de soins ambulatoires sous contrôle, qui ne toucheraient, de toutes façons, que 300 malades environ.

Mais plus largement, prévoir des soins ambulatoires sous la contrainte pour éviter toute rupture de soins serait important. L’objectif est ici de contraindre les malades à prendre les médicaments, sans être obligé de prononcer des HO ou des HDT, le problème étant que trop d’HDT sont prononcées. Le contexte est en effet celui d’un débordement des urgences psychiatriques, qui accueillent une population marquée par une extrême précarisation et pour lesquelles le travail social est au moins aussi important que le travail psychiatrique. Pourtant, les difficultés prévisibles de la mise en place d’une obligation de soins pour les malades mentaux peuvent être déduites de celles qui sont observées lorsque l’obligation est prévue dans le cadre des suivis socio-judiciaires, contrôles judiciaires ou des sursis avec mise à l’épreuve. Les condamnés viennent le plus souvent chercher un certificat, imposent de passer avant les autres patients, etc. Ce n’est qu’à la condition que des stratégies différentes de soins soient mises en place que les choses peuvent bien se passer. Ces questions ont été évoquées plus haut, non pas au sujet des malades incarcérés mais au sujet de ceux qui vivent ‘dans la communauté’, preuve s’il en est que dans le contexte de désinstitutionnalisation de la psychiatrie, le lien entre une institution et une autre, respectivement l’hôpital et la prison, est loin d’être une donnée négligeable.

On voit donc que, de même qu’il en était dans le cas des malades mentaux en général, le sort des malades mentaux en prison est conditionné aux moyens mis à la disposition de la maladie mentale.

Troisième chapitre **Maladie mentale et tolérance sociale**

Tant les débats qui ont accompagné les tentatives récentes, abouties ou non, de révision des modalités de l’hospitalisation d’office, que la présence excessive de malades mentaux en prison dont le constat, ces dernières années, est récurrent, sont révélateurs de l’amalgame opéré, par une grande partie de la population, entre la maladie mentale d’une part, la dangerosité, la violence et la délinquance d’autre part. La lecture des travaux et débats parlementaires sur le projet de loi relatif à la prévention de la délinquance et sur celui relatif à la rétention de sûreté et à la déclaration d’irresponsabilité pénale sont à ce titre éclairants. La manière dont sont évoqués, dans les discours politiques, les soins à dispenser aux personnes condamnées dans le but de prévenir la récidive contribue par ailleurs, en simplifiant à l’extrême les données du problème, à renforcer l’amalgame entre la délinquance et la maladie.

Les conséquences de cet amalgame pour la grande majorité des malades mentaux, qui ne présentent pas de dangerosité particulière, sont suffisamment graves pour qu’on s’y arrête. Il ne s’agit pas d’autre chose qu’une faible tolérance, dont les corollaires sont une stigmatisation et une discrimination mettant en péril l’exercice des droits fondamentaux et le principe de leur indivisibilité. A l’heure où le vieillissement de la population se traduit par une augmentation des chances de se trouver confronté, non pas dans l’espace public mais dans le cercle privé, intime, familial, à la maladie mentale, il n’est pas inutile de réfléchir à ce que signifie nos préventions lorsque le comportement d’un individu s’écarte d’une norme socialement déterminée.

Au-delà de la question de la discrimination, la faible tolérance vis-à-vis de ce qui s’écarte de la norme est un sujet, dans le contexte de progression rapide des neurosciences, à considérer avec attention. On touche là non pas aux hypothèques qui pèsent sur l’indivisibilité des droits fondamentaux de la personne malade mentale mais aux nouvelles menaces qui pèsent sur les droits de l’homme.

I - La stigmatisation des malades mentaux et ses conséquences sur l’exercice des droits fondamentaux

Des travaux de sociologie, notamment ceux menés par l’équipe du Centre de Recherche Psychotropes, Santé Mentale, Société (CESAMES) de l’INSERM, ont montré que l’amalgame opéré dans le public entre dangerosité et maladie mentale découlait directement d’une ignorance de ce que recouvre la maladie mentale et de représentations qui n’avaient que très peu à voir avec la réalité des phénomènes. Ainsi, une interprétation faussée et une confusion sont par exemple entretenues entre ce qu’on qualifie de « risque attribuable », à savoir le pourcentage des actes de violence qui peuvent être attribués à des personnes présentant des symptômes de maladie mentale grave, et ce qu’on qualifie de « risque relatif », qui correspond au risque que des personnes malades commettent des actes violents, rapporté au risque que des personnes non malades en commettent.

Bien loin de l’idée généralement admise que tout acte violent est l’acte d’un fou, il s’avère que le risque attribuable est compris entre 2,7 et 10%, et que ce pourcentage peut être encore plus faible si l’on décompte les actes violents commis sous l’emprise de l’alcool ou de drogues. En outre, ces violences sont pour la plupart commises contre des personnes de l’entourage, des membres de la famille.

En outre, si les personnes souffrant de troubles psychiatriques ont statistiquement plus de risque de commettre des crimes violents que le reste de la population, la consommation de

drogue ou d’alcool est là aussi un facteur aggravant, et en tout état de cause, les représentations sociales sont grandement exagérées par rapport à la réalité.

Moins connue mais tout aussi préoccupante est la violence, non pas exercée par les malades mentaux, mais exercée à l’encontre d’eux, violence institutionnelle ou violence hors de l’institution psychiatrique. Pour ce qui est de la violence institutionnelle, elle est considérée comme légitime par la société « dans la mesure où le soignant a reçu mandat de la société pour guérir ou soigner des personnes souffrant de trouble mental par des méthodes souvent perçues comme violentes par les patients », qu’il s’agisse de l’intrusion dans la vie privée du patient, la promiscuité, le prolongement de mesures comme la tutelle ou la curatelle, l’abus des sorties d’essai prolongées, la judiciarisation tardive par rapport aux standards européens de l’HO, la confusion autour de la notion de consentement⁵⁰. Ces questions ont été abordées dans le premier chapitre.

Pour la violence dont les malades mentaux sont victimes et qui n’est pas le fait de l’institution psychiatrique, il a été démontré par la clinique qu’elle est un facteur favorisant le passage à l’acte violent. Or, entre 10 et 21% des personnes atteintes de troubles mentaux déclarent avoir été victimes de violences, et ce coefficient est 6 fois plus élevé pour les femmes. Par rapport à la population générale en outre, la proportion de victimes de violence est beaucoup plus élevée parmi les malades mentaux que dans la population générale. Ces chiffres et constats ont été consignés dans un rapport dont on peut regretter qu’il n’ait pas bénéficié de la même publicité que d’autres rapports consacrés à la prévention de la récidive et traitant des liens entre santé et dangerosité, alors même que semblent progresser, dans la population française, des représentations fausses de la maladie mentale. Ainsi, une enquête menée par le Centre collaborateur de l’OMS et la DREES a montré qu’entre les années 1950 et la fin des années 1990, en France, le stéréotype de la dangerosité de la maladie mentale s’était renforcé, bien que le public ait aujourd’hui une meilleure connaissance du phénomène de la maladie mentale, de ses causes et de ses traitements.

II – Maladie mentale et précarisation sociale : un couple préoccupant

Les représentations de la maladie mentale dans le grand public ont pour corollaire une stigmatisation des personnes qui en souffrent, dont les conséquences peuvent se traduire par des problèmes d’intégration sociale, particulièrement dans le monde du travail, mais également pour l’accès au logement et plus largement pour l’exercice des autres droits. La maladie mentale est en effet conçue comme l’inaptitude d’un individu à s’insérer dans le circuit productif, l’organisation et le fonctionnement des structures traditionnelles, qu’il s’agisse de l’hôpital psychiatrique, des institutions accueillant des enfants inadaptés ou des centres d’aide par le travail, traduisant la prévalence du critère adaptatif imposé par une société marquée par les notions de rentabilité et de profit.

L’intolérance sociale à la maladie mentale – les malades sont perçus comme dangereux, imprévisibles, de contact difficile, responsables de leurs problèmes, ayant peu de chances de s’en sortir – a pour conséquence que lorsqu’un diagnostic est posé, la crainte de mise à l’écart et d’abandon dissuade les malades de se confier. Le diagnostic est particulièrement dissimulé à l’environnement professionnel et, quand il est révélé, souvent à l’occasion d’un épisode particulier, en situation de crise, est souvent source d’exclusion rapide du circuit du travail ou de blocage de la carrière.

⁵⁰ Plan Violence et santé mentale, p. 27

Bien que l’on manque de données spécifiques sur les discriminations à l’égard du handicap psychique et mental, on peut les présupposer dans de nombreux cas. Reste à en apporter les preuves et à qualifier le caractère discriminant des actes dénoncés, tous problèmes auxquels se trouve confrontée la HALDE, dont on ne peut que recommander que les travaux se consacrent à la maladie mentale. Pour autant, même en l’absence de données précises, les observations faites par les associations oeuvrant dans le champ de la solidarité et de l’insertion ou les professionnels, de santé notamment, travaillant avec les plus démunis suffisent à prendre la mesure d’un phénomène préoccupant.

A Paris, l’exemple du travail mené par le Réseau Santé Mentale-Exclusion Sociale (SMES) permet à la fois de prendre la mesure des liens existant entre précarité et maladie mentale et des limites de la prise en charge des malades mentaux telle que conçue actuellement.

Ce réseau, créé en 1999 et rattaché à l’hôpital Sainte-Anne, fonde son action sur l’article 67 de la loi d’orientation du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions, qui porte sur l’accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies. Le SMES a pour but de prendre en charge, à la fois sur le plan médical et sur le plan social, les personnes en situation de précarité et de grande exclusion, notamment les sans domicile fixe. Les équipes socio-médicales rencontrent ces personnes dans la rue ou dans les lieux d’hébergement essentiellement. Les pathologies rencontrées sont extrêmement diverses, troubles réactionnels, psychoses, troubles de la personnalité et des conduites, qui relèvent de la « dépersonnalisation » (distorsion de la perception dans le temps, de l’espace, du corps, communication limitée, capacité relationnelle dissoute). Le travail du SMES vise à maintenir les personnes exclues malades mentales dans le soin, alors même que la rupture de soins après une période d’hospitalisation est un phénomène bien connu et à l’origine de passage à l’acte violent.

Un bilan de l’action du SMES dressé par le chef de ce service devant la CNCDH a conduit à recommander que l’on favorise l’autonomisation des personnes dans les lieux de vie et que l’on sorte enfin de l’urgence en créant des structures médico-sociales innovantes, largement ouvertes et donnant des capacités d’autonomie par des activités multiples. L’hospitalisation sans suivi en aval a montré ses limites et le phénomène a été plusieurs fois décrit de la succession, pour une même personne en situation de précarité et malade mentale, d’un séjour en hôpital psychiatrique de quelques mois, d’un passage dans la rue au cours duquel intervient une rupture de soins, d’une incarcération suite à un passage à l’acte violent enfin, un cercle vicieux s’instituant, les institutions psychiatrique et carcérale accueillant à tour de rôle la même population.

La CNCDH ne peut que rappeler ce qu’elle a déjà exprimé dans son *Etude sur la préservation de la santé, l’accès aux soins et les droits de l’homme*, adoptée le 19 janvier 2006, à savoir que les difficultés d’accès au droit à la santé des personnes et familles connaissant la précarité, des personnes en situation de grande pauvreté, des étrangers et des personnes détenues sont particulièrement révélatrices. Ainsi, « les difficultés de santé d’ordre physique et psychique, y compris les handicaps, peuvent être liées aux conditions de vie dans la pauvreté, qu’elles en soient la cause ou la conséquence ou encore qu’elles les aggravent. Ainsi des personnes ayant des troubles mentaux peuvent par exemple se retrouver dans des conditions précaires et à la rue notamment depuis la fermeture de lits d’hôpitaux ».

La CNCDH s’était aussi attachée à décrire la « crise de la psychiatrie de secteur », l’offre de soins de proximité étant considérablement réduite au profit d’une focalisation sur l’urgence,

les hospitalisations contraintes et la psychiatrie privée. Les acteurs de la psychiatrie auditionnés pour cette étude demandaient un investissement pluridisciplinaire pour une meilleure évaluation des conséquences de la psychiatrie, une formation adaptée au personnel ainsi qu’un lien entre tous les secteurs ayant un impact sur les maladies mentales (logement, politiques sociales...)

On comprend alors combien le traitement social de la maladie mentale est vulnérable aux aléas ou aux changements de politique qui affectent l’offre de soins. Les différences sont criantes selon les lieux. Notre pays ne manque pas particulièrement de psychiatres mais ils sont diversement répartis et les solutions concurrentes de traitement, en institution ou dans un secteur psychiatrique proche d’une population, comme l’absence à un lieu donné de service, vont avoir une influence mal mesurée sur les droits de la personne malade. Ils sont bien compromis dans les cas où le mouvement de désinstitutionnalisation n’a pas été compensé par l’ouverture de structures d’accueil « dans la communauté ». L’exercice excessif de la contrainte, qui peut apparaître au sein même de certaines institutions, découle du manque de moyens. Le recours par exemple à l’isolement peut avoir comme cause un manque de personnel ou son importante féminisation, face à des situations trop lourdes.

La solution de l’établissement psychiatrique, à une période où les difficultés financières pèsent sur les politiques sociales, semble souvent plus facile à gérer que les prises en charge ouvertes sur la cité. Celles-ci pourtant permettent de réintroduire dans le processus non seulement la famille et les proches, mais l’ensemble des personnes dont dépend le rétablissement de liens normaux avec la société. Lorsque rien n’est disponible, il n’est pas étonnant que la maladie soit prise en charge cahin-caha par ceux qui ont la responsabilité de l’ordre public et par un système pénal dont les modes de saisine ne valent pas diagnostic.

Ce sont en effet les familles, souvent en première ligne, et généralement isolées qui se trouvent face aux difficultés sociales, économiques et relationnelles que ces troubles entraînent. Sont-elles d’ailleurs toujours l’environnement favorable à l’amélioration du sujet en difficulté? Quand les familles sont absentes ou qu’elles n’ont pas les moyens d’aider leurs proches cela ne peut conduire qu’à une inégalité supplémentaire dans la prise en charge des troubles.

Le recours croissant aux solidarités privées, imposées aux *aidants* et proches sans moyens, est une conséquence du désengagement collectif de la collectivité face aux problèmes sociaux dont la psychiatrie n’est qu’un exemple.

La CNCDH s’est convaincue que, dans les débats récents, l’attention s’est trop focalisée sur la gestion de l’urgence alors que l’objectif à poursuivre est la diffusion beaucoup plus large de structures préventives, celles qui ont fait leurs preuves comme alternatives à l’hôpital psychiatrique. L’accent devrait par conséquent être mis sur le renforcement de la politique de proximité des hôpitaux et sur le renforcement des moyens pour la préparation, à l’issue de l’hospitalisation de la réinsertion des malades mentaux.

La CNCDH recommande aussi un effort persévérant pour favoriser l’autonomie des personnes malades, et des initiatives comme les groupements d’entraide mutuelle qui, dans le contexte de la désinstitutionnalisation, offrent une alternative à la fermeture de lits d’hôpital. Il faudrait également faire entrer la culture de l’*advocacy* et de l’*empowerment*⁵¹ dans les pratiques françaises et œuvrer en faveur de la médiation pour la résolution de conflits. A cette

⁵¹ On entend par *Advocacy* un mode d’aide à l’expression par l’intervention d’un tiers et par *empowerment* une mise en capacité de se comporter de manière autonome.

fin, promouvoir la parole des usagers dans les hôpitaux mais aussi près des décideurs institutionnels apparaît indispensable. De même, développer fortement les milieux de vie communautaires hors hôpital, qui permettent à des malades mentaux de s’autonomiser et de revivre progressivement dans la société, est important. Enfin, poursuivre les efforts pour l’emploi est essentiel, qu’il s’agisse des entreprises adaptées, ou de partenariats entre les collectivités locales et les employeurs.

III – La question centrale de l’hébergement

Il est apparu au cours des débats que la question de l’hébergement des personnes souffrants de troubles psychiques est cruciale. Certaines pourront vivre dans des logements autonomes avec parfois des aides ponctuelles, encore faut-il qu’elles aient les moyens de payer un loyer et que l’intervention à leur domicile soit possible avant qu’un incident ne fasse s’envenimer une situation conduisant à l’expulsion et parfois à la rue ; d’autres auront besoin d’un accompagnement plus important, dans des foyers, des appartements thérapeutiques ou des familles d’accueil.

Dans les fait, des hospitalisations sont couramment prolongées faute de solution d’hébergement et d’accueil à leur issue, ou interrompues malgré la carence d’accueil dans un logement après hospitalisation. Les disparités entre les territoires sont en outre très importantes et l’offre des structures d’accueil et de suivi alternatives à l’hospitalisation est souvent très dépendante de la volonté d’équipes de secteurs. S’il existe actuellement une diversité de structures d’hébergement, de lieux permettant des activités, l’accueil des urgences, des consultations, ces structures sont en nombre très insuffisant et les solidarités familiales pallient tant bien que mal les déficits.

Le risque est d’assister aujourd’hui à la coexistence paradoxale d’une forme d’« abandon » des malades psychiques, d’indifférence à leur condition dans l’opinion mais de réaction extrême à leurs exactions lorsque l’actualité l’impose. Mais il ne s’agit pas de se contenter d’opposer les « libertés » au « contrôle », si par le « respect des libertés » on n’entend qu’une simple déshospitalisation sans accompagnement dans la cité, ou dont le suivi est réduite au renouvellement des prescriptions. Il n’est évidemment pas possible de penser l’accompagnement des malades psychiques uniquement en termes de prise en charge médicale-médicamenteuse. Il est nécessaire de développer partout sur le territoire des dispositifs *diversifiés* permettant l’accueil et l’accompagnement des personnes souffrant de troubles psychiques dans la cité.

Si les recommandations qui précèdent figurent à la suite de développements sur les malades en situation de précarité, elle vaut évidemment pour l’ensemble des malades mentaux. Pour autant, l’idée selon laquelle les individus sont inégaux face à la maladie trouve, avec la maladie mentale, une illustration éclairante. La vulnérabilité des malades mentaux est renforcée lorsqu’il s’agit de populations démunies, qui ne bénéficient pas du soutien d’un entourage, de facilités, d’une situation économique et sociale permettant de ne pas souffrir des conséquences d’une discrimination. La maladie mentale apparaît dès lors comme un test de l’indivisibilité et de l’interdépendance des droits.

A la question de la maladie mentale est en effet liée celle de l’exercice de droits économiques et sociaux qui participent, non pas nécessairement de la guérison mais au moins de la possibilité de mener une vie considérée comme « normale ». Dans la mesure où le handicap psychique est lié à la relation avec autrui, les conditions de vie des malades mentaux sont

particulièrement importantes ; l’accès à un emploi également, et notamment la possibilité d’en adapter le rythme.

La question ne réside donc pas uniquement dans l’adaptation du système de soins – fonctionnement du secteur, univers de l’hôpital psychiatrique – pour permettre un retour à une vie « normale » ; au-delà du manque de moyens de la psychiatrie, il faut mentionner l’ensemble des autres droits, que les malades mentaux, de fait, ne peuvent faire valoir.

IV - Pour une information et une formation renforcées

Tout ce qui précède apporte la preuve qu’au-delà de la question des moyens, c’est un problème d’information et de formation qui se trouve posé. Face au malade mental dans son entourage, dans la cité, au travail, quelle est l’attitude à recommander ? Y a-t-il des gestes qui sauvent ou des réactions qui rejettent et condamnent, voire provoquent la crise qui rendra tout plus difficile ? C’est un objectif qu’évoquent régulièrement les analyses et les rapports sur la santé mentale. Mais on ne sait pas grand-chose, sauf dans des cercles très spécialisés, du contenu de cette formation ni des lieux où elle serait disponible.

Il est remarquable qu’à la palette très riche dont disposent les professionnels pour identifier et classer les normes de comportement et les pathologies réponde une confusion toujours plus grande dans le public des non spécialistes, confusion qui contribue à alimenter l’intolérance sociale à la maladie mentale.

La maladie mentale est mal connue, l’idée selon laquelle elle est sans espoir et définitive est largement partagée. Or, il s’avère que la maladie mentale la plus grave peut guérir, puisque dans 20% des cas, 10 ans après le déclenchement d’une schizophrénie, celle-ci disparaît.

A la complexité des définitions des pathologies s’ajoute le fait que certains médecins psychiatres ont combattu certaines notions qui s’avèrent, de l’avis de spécialistes, assez opératoires, au motif que ce sont des formules discriminantes : c’est le cas de la notion de handicap psychique, qu’il convient de ne pas confondre avec le handicap mental, et qui a permis à des schizophrènes par exemple de pouvoir prétendre à un emploi.

Une formation ne viserait pas à édulcorer et banaliser la maladie mentale, voire à nier la possibilité de passage à l’acte violent chez certains malades. En s’adressant à des publics divers, en contact quotidien ou non avec des malades mentaux, qu’il s’agisse des médecins, travailleurs sociaux, personnels pénitentiaires, ou simplement le grand public, elle permettrait d’aller à l’encontre d’idées reçues et aiderait à comprendre les multiples formes que peut prendre la maladie mentale. Sans nier les difficultés que l’expression des pathologies mentales présente pour l’entourage des malades, une formation permettrait de suggérer les meilleurs moyens pour y faire face et de rappeler qu’il doit être fait usage de la contrainte dans le respect et la recherche du bien de l’intéressé.

La formation et l’information sur la maladie mentale rejoint une réflexion nécessaire sur la norme et la tolérance sociale aux comportements qui s’en écartent. Il en va des limites de l’autonomie et de l’exercice de certaines libertés. Les concepts de norme et de normalité sont en effet sous-jacents à l’ensemble des réflexions qui précèdent. Or, dans la mesure où le normal est un concept mouvant, dans le temps et dans l’espace, affecté en outre par les réponses thérapeutiques à la maladie mentale qui évoluent en parallèle du développement des connaissances scientifiques, cette question est loin d’être simple.

La CNCDH n’ignore pas le débat qui a lieu sur les normes de comportement mais n’entend pas apporter aujourd’hui une contribution au débat. Il ne s’agit par conséquent pas ici d’entrer dans le détail des classifications des troubles mentaux, ni de détailler les méthodes d’appréhension de la normalité ou de l’anormalité d’un comportement mais de mettre en garde contre la tendance consistant à ne pas accepter de marge de variation dans le comportement humain. La CNCDH, tout en projetant de consacrer ses travaux dans le futur à la question des neurosciences, se borne ici à mettre en garde contre la tendance à ériger la normalité en idéologie. En outre, il est important de rappeler que la normalité s’est toujours posée en termes d’opposition avec le pathologique mais aussi dans ses relations avec la surnormalité, c’est-à-dire un comportement ou une performance qui surenchérit par rapport aux normes requises ou attendues, ce qui pose le problème de l’amélioration des performances.

Ces questions très complexes méritent une grande attention, et cela d’autant plus que, dans le contexte français de révision de la loi de bioéthique, les enjeux éthiques de l’exploration du cerveau et des neurosciences ont fait l’objet de consultations. Pour autant, la maladie mentale pose au regard des droits de l’homme des questions qu’il faut clairement, en conclusion, rappeler, et qui sont en réalité beaucoup plus simples. Les faits divers récents et sanglants, si rares soient-ils, impressionnent durablement les esprits. Dans l’illusion de se croire épargnée par la répétition de faits graves, à son préjudice, la population serait ainsi prête à privilégier une politique entièrement ordonnée autour de la sécurité publique et disposée à en payer le prix, à savoir des transgressions majeures des libertés fondamentales. Pourtant, sauf à enfermer toute personne soupçonnée d’être mentalement affectée ou à lui imposer des traitements obligatoires sur le long terme, et sans doute même à ce prix, l’aléa, inhérent à la condition humaine, reste un fait majeur incontournable et le « risque zéro » n’existe pas. Sans compter que la tendance qui se dessine et qui veut soumettre à un objectif de résultat toute personne amenée à prendre des décisions sur de l’humain est inquiétante. Comment se satisfaire d’une société qui traite ses populations marginalisées comme des délinquants et qui n’offre pas à ses malades des conditions de vie et d’accès aux soins en accord avec les principes des droits de l’homme ? L’exercice par les malades mentaux de leurs droits suppose qu’ils puissent vivre dans une société de confiance qui ne leur impose pas, en sus du poids de leur maladie, celui de la méfiance dont ils font l’objet.

Table des matières

Introduction

Premier chapitre : La prise en charge de la maladie mentale et ses contraintes

I – Le régime d’hospitalisation psychiatrique en vigueur

- L’hospitalisation libre
- L’hospitalisation sans consentement
- La question émergente des « soins sans consentement »

II – Les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre du régime actuel

- La nécessité d’une réforme de la loi de 1990
- Le point de vue des acteurs sur le régime actuel d’hospitalisation sans consentement

IV – Les conditions de l’autonomie de la personne malade mentale

- La question du consentement
- Le rôle de la tierce personne

V – L’amélioration des garanties prévues en cas de mesure prise sans consentement

VI – L’impact sur les droits des malades des moyens disponibles

Deuxième chapitre : Maladie mentale et réponse pénale

I – La prise en charge des malades mentaux en milieu carcéral

- Prévalence de la maladie mentale en prison
- L’organisation des soins en prison
- L’hospitalisation d’office des personnes détenues, prévenues ou condamnés

II – Les frontières mouvantes entre justice et psychiatrie

- Les anomalies de l’entrée dans le système carcéral
- L’irresponsabilité pénale et la question de l’expertise psychiatrique
- La prise en charge défailante des malades difficiles

Troisième chapitre : Maladie mentale et tolérance sociale

I - La stigmatisation des malades mentaux et ses conséquences sur l’exercice des droits fondamentaux

II - Maladie mentale et précarisation sociale : un couple préoccupant

III - La question centrale de l’hébergement

IV - Pour une information et une formation renforcées