

COMMISSION NATIONALE CONSULTATIVE
DES DROITS DE L'HOMME

Avis sur la maladie mentale et les droits de l'homme

(Adopté par l'Assemblée plénière du 12 juin 2008)

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.

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 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 2008¹ 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 ».

¹ Avis sur le projet de loi relatif à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental.

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 carcérale². 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 précarité des conditions de vie 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 en effet, 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.

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 1970 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, ou 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.

² La CNCDH a également abordé la question de la maladie mentale dans son *Etude sur l'accès aux soins des personnes détenues* et les recommandations qui l'accompagnent, adoptées le 19 janvier 2006

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.

A l'issue de recherches et d'auditions, qui ont abouti à l'étude qui sert de base au présent avis, la CNCDH a formulé les **remarques et recommandations** qui suivent :

1. La CNCDH fait le constat que la limitation de la liberté personnelle par l'hospitalisation sous contrainte ou l'obligation de soins prend actuellement en France une place importante dans la réponse à la maladie mentale. Il en est ainsi si l'on en croit les chiffres, le recours à ces solutions semblant être en France plus important que dans des pays comparables.

Il faut rapprocher ces données de celles qui décrivent la proportion particulièrement élevée de personnes qui, relevant du système pénitentiaire, sont diagnostiquées comme souffrant de troubles mentaux. Il se développe donc une pratique du traitement de la maladie mentale en prison.

Cette référence aux solutions de contrainte est davantage encore omniprésente dans les débats qui, directement ou indirectement, voudraient voir évoluer le système. Rapports administratifs et réformes récentes se focalisent le plus souvent sur l'analyse de la mise en place de solutions plus contraignantes pour les malades. C'est le cas de la référence faite dans le débat public au concept d'obligation de soins, alors que cette obligation n'a de réalité juridique que dans des situations marginales. Elle vient d'être prescrite dans la loi toute récente qui réforme les mesures prises lorsque le juge pénal constate l'irresponsabilité pénale.

2. La CNCDH entend attirer l'attention sur ce constat et sur un paradoxe. Sans préjuger encore des éléments de discussion, constatons que cette particularité française apparaît dans un pays qui, par l'organisation du secteur psychiatrique dans les années 1960, se posait en tenant convaincu des soins ambulatoires et de la prise en charge sociale de la maladie mentale. En outre, s'agissant des droits des malades ou des handicapés, des initiatives législatives importantes ont marqué le ralliement aux idées d'autonomie des malades, de droit à l'information ou au consentement, sans qu'à aucun moment il ne fût question d'exclure les malades ou handicapés mentaux de cette évolution.

3. Il est évident que si ces contraintes concourent au traitement et à la protection du malade, elles répendent aussi au risque pour autrui suscité dans certains cas par l'absence de discernement ou des épisodes violents, liés pour ce qui est de cette dernière hypothèse à certaines seulement des pathologies classées sous la rubrique générale de maladie mentale. Mais la CNCDH se doit de rappeler une règle de base, à savoir que ces pouvoirs doivent être exercés dans l'intérêt de la personne souffrant de maladie mentale et que ce malade est un malade comme un autre.

Cette règle n'est ignorée d'aucun des acteurs qui tentent d'apporter une réponse à la maladie. Mais le pouvoir de contraindre est difficile à exercer et partagé entre plusieurs responsabilités. Son utilisation est de ce fait souvent contestée et il en résulte une instabilité juridique, administrative et politique. C'est le cas en ce moment, où plusieurs évolutions encore mal assimilées entraînent la confusion.

Diagnostic et traitement de la maladie ont changé avec le progrès technique, heureusement avec des conséquences positives. Mais il n'est pas facile de traduire en règles de droit des parcours personnels qui alternent des périodes difficiles et d'autres de retour à la lucidité, ni de s'adapter, pour l'attitude à tenir envers une personne, au fait qu'elle suive ou non son traitement. Imposer et faire respecter des obligations en dehors d'un établissement ou suivre une personne au quotidien en respectant sa vie privée sont des objectifs qui demandent de l'intelligence et des moyens. Par ailleurs, la société qui entoure le malade est à la fois devenue plus indifférente et plus intolérante, indifférente par le relâchement des soutiens familiaux et sociaux, intolérante par sa volonté de chercher à se prémunir contre tout risque.

4. La CNCDH, à la suite des auditions et informations servant de base à cette étude, s'est penchée sur les projets de réformer la loi de 1990. Elle n'a pas été saisie de propositions et n'a pas qualité pour les improviser. Mais elle a fait une synthèse des informations et suggestions qui lui ont été apportées.

Il est vrai que le doute s'est installé en ce qui concerne la manière de décider de la privation de liberté, lors de l'autorisation initiale qui rend possible l'hospitalisation imposée à une personne. C'est à ce propos que les arguments s'échangent. Mais les vraies incertitudes concernent bien plutôt les pratiques, et les dysfonctionnements constatés invitent sans doute à la clarifier et à s'intéresser davantage à la gestion concrète de cette situation, c'est-à-dire à sa mise en œuvre dans l'urgence ou en période où le personnel est insuffisant, à la durée de l'obligation, aux sorties, provisoires ou définitives, avec ou sans conditions, au passage d'une solution à une autre, à la levée des obligations et aux traces qui en restent. Comment évoque-t-on en termes de droit la prise des médicaments, la liberté d'aller et venir, les fréquentations, les rendez-vous avec les soignants ou les autorités responsables d'un suivi ? On constate en tout cas qu'en 2002, il était préconisé d'établir des règles de bonne pratique dans les établissements pour ce qui est de l'administration de médicaments ou de contention. N'existait-il donc pas de telles règles ? Cela n'est pas compréhensible.

La complexité de cette situation pèse sur la manière dont la CNCDH réagit aux perspectives de modification du système en vigueur. Il faut prendre acte du fait qu'il s'agit d'un domaine de responsabilité partagée entre le médecin, l'administration de l'Etat, le maire comme autorité de police locale et l'autorité judiciaire. Pour une personne vulnérable, la rencontre avec les institutions, la fréquence ou l'éventuelle contradiction de ces contacts sont des risques.

5. En outre, une situation difficile s'est construite à partir de l'incrimination d'actes commis par des personnes qui sont en fait malades et qui se retrouvent en prison. La prévalence de ces maladies en prison a des conséquences sur les droits de ces malades à recevoir des soins et sur l'organisation tant de la justice pénale que du système pénitentiaire. Tant bien que mal, il se constitue une réponse médicale en prison ou au suivi de la prison.

Certains aspects de ces réponses vont répondre à la situation immédiate et même apparaître innovantes. Mais on ne peut s'interdire de penser que des modalités de fonctionnement du régime pénal comme la comparution immédiate n'ont pas facilité le diagnostic et le traitement de la maladie mentale. D'autres situations nourrissent la confusion entre obligation de se soigner préconisée à des fins médicales et suivi socio judiciaire qui peut être une mesure de sûreté. A la limite du raisonnement, on ne sait plus s'il est question de récidive ou de rechute, ni si l'on punit la maladie ou espère soigner la délinquance.

Enfin, l'on ne saurait trop souligner l'impact sur les droits et libertés dont disposent les malades de l'état des services médicaux, des équipements et des réseaux qui les entourent. Le diagnostic de malade dangereux peut être celui dévolu au malade qui n'a pas trouvé le soutien nécessaire, et la prison le résultat d'un passage à l'acte qui aurait dû être évité.

6. C'est au vu de ces considérations que la CNCDH a abordé une autre proposition de réforme, qui verrait le juge judiciaire, garant des libertés de par la Constitution, intervenir pour autoriser la privation ou la limitation de la liberté qu'exigent les soins. Le débat s'est ouvert, et une forte pression à la fois internationale et interne s'exerce en faveur de ce qui serait un changement considérable.

L'argument théorique est fort, comme le fait qu'il s'agit aujourd'hui de la solution pratiquée par des pays étrangers auxquels nous nous comparons volontiers. Il trouve particulièrement une adhésion si l'on évoque l'hospitalisation imposée sur demande d'un tiers. Il ne manque pas de soutiens dans les associations de malades. Les médecins eux-mêmes, pour certains, se verraient bien dégagés de leur rôle dans les mesures officielles de limitation des libertés pour se concentrer sur leur fonction de soignants, de la même façon que les maires aimeraient être couverts dans des interventions qui leur paraissent difficiles. Par conséquent, ou bien l'on se laisse convaincre, ou bien l'on valide et stabilise pour un temps le système en vigueur de décision administrative.

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.

7. La réforme de la loi n'est qu'un aspect des problèmes et la prudence de la CNCDH s'explique parce qu'elle s'adresse à un public plus large et préconise une prise de conscience de la part des milieux très divers que rencontrent les malades.

Elle existe évidemment chez les associations de malades, dont il y a lieu de relayer le message principal. Les malades ainsi représentés ne renient pas des mesures nécessaires, mais veulent être entendus, consentir et se prendre le plus possible en charge. Cette revendication doit être reliée à une réponse de proximité et à une approche des problèmes sur le plan local, qui valide le principe du secteur psychiatrique, s'il en était besoin. De nombreux partenaires de la politique de santé mentale sont d'accord pour préconiser le développement d'actions préventives en réseau, impliquant tous les acteurs et qui s'exerce à la frange des actions en direction des populations vulnérables. La localité, le territoire en sont le cadre et on rejoint ici les responsabilités croissantes des maires.

Autorité de police de base, le maire est fréquemment impliqué dans la mise en œuvre des mesures de contrainte. Il a besoin d'être aidé et soutenu dans son appréciation. Les inégalités tenant à l'environnement médicalisé ne sont pas de son fait. Par ailleurs, le fichage des personnes ayant posé des problèmes d'ordre public l'entraîne dans une mission où il doit demeurer aussi le garant des libertés du malade, ce qui est une appréciation difficile. C'est à ce niveau que l'on imagine le développement possible de tâches de médiation, qui rendraient peut être plus facile le rapport des malades avec toutes les institutions, et par là inutiles les projets de réforme.

Dans le même sens la réponse aux problèmes posés par la maladie mentale en prison devrait autant que faire se peut rester ouverte sur la cité et ne pas évoluer comme une discipline propre où le traitement serait conçu en fonction de la présence du malade en prison et des pouvoirs dont dispose à son égard le juge de l'application des peines. Ceci ne signifie nullement que certaines solutions médicalisées conçues dans le cadre pénitentiaire n'aient pas de valeur. Mais il convient de réagir contre la constitution d'une doctrine qui parte de la situation aujourd'hui anormale, où le système pénal sert d'entrée dans la reconnaissance de la maladie.

8. La CNCDH insiste sur les précautions à prendre pour que soit respectée l'autonomie du malade et qu'il puisse, en toutes circonstances, exercer ses droits. Ceci invite à réfléchir sur la disponibilité et le fonctionnement des recours ouverts à chaque stade des mesures imposées, ce problème étant lié aux choix faits en matière de pouvoir de décision. Si l'on maintient le régime administratif, les commissions départementales doivent avoir les moyens d'un bon fonctionnement.

Un problème sérieux tient certainement au développement des exigences de suivi et aux risques qu'elles peuvent impliquer pour la préservation de la vie privée des malades et anciens malades. Lorsqu'il apparaît nécessaire de transmettre des informations, les règles de préservation du secret médical et la désignation des personnes pouvant y accéder demandent une vigilance particulière.

9. Les droits de la personne malade sont dépendants, à de nombreuses étapes de son parcours, de la qualité de l'expertise psychiatrique. Recrutement des experts et contenu de l'avis qui leur est demandé sont des questions prioritaires. Une conclusion très importante s'adresse à la profession médicale et concerne la manière dont elle formule les connaissances scientifiques qu'elle est seule à même d'élaborer. Il lui faut trouver le moyen de mieux expliciter les hypothèses où la maladie justifie une limitation de la liberté du malade. La CNCDH ne méconnaît pas l'ampleur d'une question qui est au cœur des interrogations scientifiques de la discipline.

La classification des troubles, la manière de les nommer et les conséquences qui en résultent divisent les spécialistes. Mais le respect des droits de l'homme par une société qui ne peut résoudre ces débats ne s'accommode pas de la situation actuelle. Le discours médical n'a pas auprès de ceux qui ont à en tirer les conséquences une clarté et donc une autorité suffisantes. Ceci est grave dès le moment où l'on ne parvient pas à sortir d'une double confusion, à l'intérieur des différents aspects de ces maladies,

d'une part entre les cas rares qui créent un risque pour autrui et la masse des autres affections, d'autre part entre la maladie diagnostiquée comme telle et donc traitée médicalement et l'inadaptation sociale.

On attendrait des professionnels que, surmontant leurs différences, ils apportent une conférence de consensus destinée à formuler la manière dont ils décrivent la maladie, à l'usage d'une société peu informée et d'autorités influencées par le principe de précaution. Peut-être leur est-il possible d'explicitier les hypothèses qui ne devraient pas, en tout état de cause, mettre en mouvement les contraintes, et de traduire la pensée des praticiens sur l'information due aux malades, leur faculté à consentir ou le suivi qu'ils doivent accepter en termes plus compréhensibles. Même les notions sur le niveau de risque pourraient devenir plus accessibles : les praticiens consultés s'accordent à dire que le risque que constitue pour autrui certains états pathologiques est très faible, mais leur message ne passe pas. Malgré le progrès technique et les réussites médicales, il suffit d'un drame isolé pour que la société française ait peur du fou.

10. Cet appel à la profession médicale pour que, collectivement, elle se saisisse de la situation, débouche sur l'idée qu'il existe un besoin de formation. Il concerne aussi bien les administrateurs et autorités qui interviennent que la population dans son ensemble. Il y a des réalités sur la maladie mentale qui devraient être mieux connues.

L'intolérance et la discrimination pratiquée à l'égard de ces malades, le risque pour eux d'être désignés et suivis comme dangereux par principe, sont des atteintes à leurs droits. Peut-on imaginer de mieux former les bien-portants, surtout ceux qui ont le pouvoir, à la compréhension de la maladie mentale ? Y a-t-il face à un malade en crise des gestes qui sauvent ou une manière de vivre à côté de ceux qui sont privés de discernement ? Si le public ne comprend pas ou est incité à éviter tout contact avec ces malades, comment susciter les vocations nécessaires pour les intermédiaires, tiers, personnes de confiance, curateurs à la personne dont les projets de réforme font grand cas ?

11. Ne devrait-t-on pas en venir à la création d'une Agence pour la santé mentale ? Une telle proposition peut surprendre en ces temps de réorganisation administrative, mais il manque au dispositif un lieu de coopération interdisciplinaire permanent regroupant des compétences aussi différentes que celles du psychiatre, de l'administration sanitaire, du juge, de la police, et susceptible de coordonner la recherche, la définition des bonnes pratiques, la réflexion éthique et un mécanisme de médiation, de recours et de réclamation. Ceci devrait aussi donner une continuité et une impulsion à une politique d'effectifs et de moyens. On ne dira jamais trop en matière de maladie mentale qu'un manque de moyens peut déboucher directement sur une atteinte abusive à la liberté individuelle.

(Résultat du vote en Assemblée plénière – pour : 51 voix ; contre : 1 ; abstentions : 12)