

Belgique - België
P.P.
1050 Bruxelles 5
1/7371

MENTAL'IDÉES

N°17

«MALADES MENTAUX, JUSTICE ET
LIBERTÉ. RENVERSER L'ENTONNOIR?»

Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale

53, Rue du Président - 1050 Bruxelles

Tél : 02/511 55 43

email : lbfsm@skynet.be

Editeur responsable : Eric Messens - Directeur

Site web : www.lbfsm.be

Service agréé par la Commission Communautaire Française de la Région de Bruxelles-Capitale

ÉDITO...

La publication du Mental'idées reprend après un temps d'interruption. Nous voulions d'une part repenser sa forme et son contenu après seize numéros et sept années de publication. D'autre part, nous devons remplacer notre collègue, Françoise Herrygers, partie pour d'autres horizons après dix-huit ans de travail à la Ligue. C'est elle qui s'était depuis le début chargée de la réalisation de la revue. Mental'idées est entièrement conçu en interne, tant sur le plan graphique que rédactionnel. L'engagement récent de notre nouvelle collègue, Mirella Ghisu, a permis de reprendre notre travail éditorial et de vous présenter ce numéro 17.

Vous constaterez que la nouvelle formule se concentre sur des contenus de fond. Toutes les annonces d'évènements, d'activités, de formations, ou de publication se feront désormais sur notre site www.lbfsm.be et via notre lettre d'information qui reprendra aussi très prochainement.

Ce numéro est essentiellement consacré à la diffusion des actes du colloque organisé aux Facultés Universitaires Saint-Louis en septembre 2010 « Malades mentaux, Justice et Liberté ».

Vous aurez également l'occasion d'y lire le texte rédigé par la Fédération des Services de Santé Mentale Bruxellois (FSSMB) dans le cadre de la Réforme des soins en santé mentale.

Toute l'équipe de la Ligue vous souhaite une bonne lecture et vous invite à lui faire parvenir vos textes sur des questions cliniques, institutionnelles, ou politiques. Le numéro 18 de Mental'idées sortira au mois de mai et sera entièrement dédié à vos contributions écrites.

Eric Messens

Edito _____	2
Eric Messens	
La minute Philo _____	4
Mirella Ghisu	
«MALADES MENTAUX, JUSTICE ET LIBERTÉS, RENVERSER L'ENTONNOIR?»	
En guise d'introduction _____	5
Mise en perspective historique de la prise en charge judiciaire des malades mentaux _____	6
Michel Van de KERCHOVE	
La décision sur l'irresponsabilité pénale et l'internement en défense sociale	
Juges et psychiatres : je t'aime moi non plus... _____	11
Yves Cartuyvels	
L'expertise psychiatrique dans le champ du savoir judiciaire _____	13
Dr. Jean-Paul Beine	
Sur la nef de l'instruction : l'inculpé, son juge et son expert-psy _____	16
Marie-Geneviève TASSIN	

L'expertise et ses faiblesses _____	20
Marc Nève	
La décision sur la mise en observation et le maintien en observation au civil	
La mise en observation et son maintien : état des lieux _____	22
Thierry Marchandise	
La mise en observation et son maintien : la procédure d'urgence à Bruxelles _____	24
Véronique Sevens	
La mise en œuvre pratique de la loi du 26 juin 1990 et la question des délais : difficultés concrètes _____	25
François-Joseph Warlet	
Le travail d'expertise de la procédure de mise en observation : un instantané ? _____	28
Gérald Deschietere	
La mise en observation et son maintien: le soin, entre milieu fermé et ambulatoire	
Soigner les malades mentaux : quelques enjeux concrets _____	31
Dr Edith Stillemans	
L'éthique du soin à Saint-Bernard, entre paternalisme bienveillant et autonomie du patient _____	36
Sébastien Jacmin et Jean-Louis Feys	
De la mesure de maintien de l'hospitalisation contrainte à la postcure	38
Dr François Georges	
« Les droits du patient à l'épreuve de l'hospitalisation contrainte » __	42
Marie-Françoise Meurisse	
L'internement en défense sociale: entre soin et sécurité	
Internement et soin : quelques questions de départ _____	45
Anne Wyvekens	
L'internement en défense sociale _____	48
Patrick Leblanc	
Spécificité d'une pratique clinique en milieu carcéral _____	51
Monique Lefebvre	
L'internement en Défense Sociale : entre soins et sécurité _____	55
Geoffroy Huez	
L'administration provisoire des biens des malades mentaux	
L'administration provisoire et son contrôle : propos introductifs ____	56
Frédéric Ureel	
L'administration provisoire : point de vue d'un avocat et d'un administrateur _____	61
Isabelle de Viron et Frédéric Ureel	
L'administration provisoire des biens: « Mesure à prendre avec Mesure » _____	62
Corinne Josson	
Administration provisoire, malades mentaux et internés : de la théorie à la pratique _____	64
Damien Chevalier	
La libération de l'interné	
La libération de l'interné : remarques introductives _____	66
Brice Champetier et Yves Cartuyvels	
Libérer... pour réintégrer _____	67
Annie Philippart	
La libération de l'interné _____	70
Jean-Christophe Van den Steen	
Conclusions _____	74
Dan Kaminski	
Bibliographie Pscycendoc sur la Justice et la Santé Mentale _____	81
LES SERVICES DE SANTE MENTALE BRUXELLOIS FRANCOPHONES ET LA REFORME DES SOINS EN SANTE MENTALE _____	83

...La minute philo...

Folie, maladie mentale, souffrance mentale, déficience mentale... autant de concepts qui demandent des éclaircissements. Nietzsche a passé les dix dernières années de sa vie enfermé dans sa folie. A l'heure où ses livres trouvaient enfin une reconnaissance, où des étudiants étaient désireux de le rencontrer, notre philosophe, lui ne se rendait plus compte de rien. Cette folie s'est-elle installée petit à petit ? A-t-elle été foudroyante ? Aurait-on avec les moyens de l'époque pu, la prévenir, la guérir ? Une rencontre hypothétique avec le Dr Freud aurait-elle changé le cours de son existence ?

Nous ne pouvons hélas répondre à ces questions, peut-être pouvons-nous émettre quelques suppositions, des éléments de réponses ? Mais Nietzsche n'est plus. Aujourd'hui, en effet nous admirons l'œuvre remarquable d'un philosophe peu commun, d'un génie, d'un fou.

C'est à Turin en 1889 que Nietzsche bascule dans la folie qui va empêcher « l'éternel retour » pris d'hallucinations, il se prenait tour à tour pour Dyonisos, Voltaire, Napoléon et tant d'autres, les siècles se confondaient dès lors dans son esprit. Pensant se rendre à Jérusalem, il se retrouve dans une clinique psychiatrique à Bâle. Un an plus tard, sa mère le ramène à Naumburg, on commençait alors à le lire dans toute l'Europe, lui à qui son éditeur ne faisait pas confiance, lui qui donnait cours dans un auditoire vide, et ironie du sort, son génie était enfin reconnu sans que Nietzsche puisse en être conscient. Sa mère s'éteint en 1897, elle n'avait cessé de s'occuper de lui pendant ces nombreuses années d'enfermement dans sa folie, enfermement qu'elle partagea. Il sera dès lors sous la coupe d'une sœur avide et perfide qui deviendra plus tard l'amie d'Adolph Hitler. L'appât du gain et son idéologie personnelle l'amèneront à pervertir l'œuvre de son frère. Le 25 août 1900, Nietzsche s'éteint toujours sans conscience, il sera trahi une nouvelle fois « *promets moi que si je meurs, il n'y aura autour de mon cercueil que des amis pas de curieux et qu'on m'enterre sans mensonge en honnête païen que je suis – 1879* » .

Je ne sais pas si Nietzsche était prédisposé à la folie, ni même si sa conscience était altérée lorsqu'il rédigea ses nombreux ouvrages. Ai-je lu l'œuvre d'un homme encore sain d'esprit ou celle d'un fou. Peu m'importe, du moins la folie n'empêche pas le génie, et le génie se trouve peut-être dans une dose de folie.

« *Ce n'est pas le doute, mais la certitude qui nous rend fou* »

Friedrich Nietzsche

Mirella Ghisu



«MALADES MENTAUX, JUSTICE ET LIBERTÉS, RENVERSER L'ENTONNOIR?»

PUBLICATION DES ACTES DU COLLOQUE ORGANISÉ PAR:
LE SYNDICAT DES AVOCATS POUR LA DÉMOCRATIE SAD
L'INSTITUT DE RECHERCHE INTERDISCIPLINARITÉ ET SOCIÉTÉ DES FUSL (IRSI)
LE CENTRE DE RECHERCHES CRIMINOLOGIQUES DE L'ULB (CRC)

AVEC LA COLLABORATION DE LA LIGUE BRUXELLOISE FRANCOPHONE POUR LA SANTÉ MENTALE (LBFSM)) ET DE LA PLATE-FORME DE CONCERTATION POUR LA SANTÉ MENTALE EN RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE (PFCSM-BRUXELLES)

PUBLIÉ SOUS LA DIRECTION DE:
YVES CARTUYVELS, PROFESSEUR AUX FUSL
ISABELLE de VIRON, MEMBRE DU SAD

En guise d'introduction

Depuis le XIXe siècle, les « aliénés ordinaires » comme les « aliénés criminels » ont fait l'objet d'une politique de mise à l'écart et d'enfermement au nom de leur vulnérabilité mentale et de leur dangerosité sociale. Unis dans un même dispositif de prise en charge au départ, les malades mentaux ont progressivement fait l'objet de régimes distincts : selon qu'ils ont commis une infraction pénale ou non, les malades mentaux se confrontent soit à la justice pénale (et à un dispositif d'internement), soit à la justice civile (et à un dispositif de mise en observation). Dans les deux cas, il s'agit le plus souvent de les priver de liberté au nom de la sécurité publique et de les contraindre à se soigner.

Quels sont les points de convergence et de divergence entre les deux filières, civile et pénale, dans la prise en charge des malades mentaux, qui sont bien souvent aussi des marginaux sociaux ? Comment se prend, au civil et au pénal, la décision d'orienter une personne « atteinte de déséquilibre mental » vers une trajectoire d'enfermement ? A quelles réalités correspondent les pratiques d'enfermement, en défense sociale d'une part, en régime de mise en observation de l'autre ? Comment, dans les deux cas, aborde-t-on la privation de liberté et la contrainte des soins, le respect des droits du patient et la gestion de ses biens durant le séjour en institution ? Quel sort enfin est réservé à la libération de ceux qui, en principe, sont destinés à se réinsérer dans la société après un parcours à vocation curative ?

Pour aborder ces questions, le colloque « Malades mentaux, Justice et libertés », organisé par Le Syndicat des Avocats pour la Démocratie (SAD), l'Institut de Recherches Interdisciplinarité et Société des Facultés universitaires Saint-Louis (IRSI) et le Centre de Recherches Criminologiques de l'ULB (CRC), avec la collaboration de la Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale (LBFSM) et de la Plate-Forme de Concertation pour la Santé Mentale en Région de Bruxelles-Capitale (PFCSM-Bxl) a fait le choix d'une réflexion transversale et interdisciplinaire. Pour chaque question, place a été faite à des regards professionnels multiples, portant sur les pratiques médicales et judiciaires relatives aux malades mentaux. A partir d'un exposé introductif, la parole fût donnée aux acteurs de terrain pour éclairer, à partir de leur point de vue, la réalité des pratiques vécues, les ambiguïtés et les contradictions d'un double régime qui se situe au croisement de la difficile articulation entre sécurité et libertés.

C'est du contenu de ces deux journées que ce numéro se fait l'écho. On y trouvera l'ensemble des interventions réparties selon les différents thèmes abordés, telles qu'elles se sont succédées les 17 et 18 septembre 2010 aux Facultés Universitaires Saint-Louis. La Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale est heureuse de prêter ici sa collaboration à la diffusion des réflexions riches et variées sur une thématique qui reste trop mal connue.

Mise en perspective historique de la prise en charge judiciaire des malades mentaux

La prise en charge judiciaire des malades mentaux occupe aujourd'hui une place essentielle au regard de notre législation, même si d'autres instances, comme la famille, les autorités administratives et, bien sûr, les instances médicales jouent également un rôle important. Il faut cependant être conscient de ce que la collaboration entre ces différents acteurs et le pouvoir judiciaire n'est pas à l'abri de difficultés et que le type d'équilibre sur lequel elle se fonde n'échappe pas aux critiques. Si l'examen de celles-ci est au centre de nombreux débats, mon propos entend se limiter à replacer cette prise en charge judiciaire dans une perspective historique, afin d'en souligner la variabilité. Elle portera sur les trois domaines principaux dans lesquels cette prise en charge est susceptible d'intervenir, qu'on désignera, à travers nos qualifications actuelles, comme la protection des biens, la protection de la personne et la défense sociale.

D'un point de vue historique, si l'on tente d'identifier les principales étapes du parcours suivi par notre législation à partir du début du XIXe siècle jusqu'à nos jours, il semble possible de distinguer sommairement quatre périodes successives : avant 1850, où le juge apparaissait comme le pivot, au moins théorique, des mesures applicables aux aliénés ; la période de 1850 à 1930 où domine une collaboration des instances médicales et administratives ; la période de 1930 à 1969 où se met en place une collaboration des instances médicales et judiciaires ; la période de 1969 à 1990 où se trouve envisagée la prédominance des instances médicales ; la période de 1990 à nos jours, enfin, où l'on assiste globalement à un retour du pouvoir judiciaire¹.

1. Avant 1850 : le juge, pivot, au moins théorique, des mesures applicables aux aliénés

Si l'on remonte au début du XIXe siècle, deux mesures peuvent être distinguées, bien qu'elles ne possèdent

qu'une autonomie relative l'une par rapport à l'autre. Ces mesures sont l'interdiction, d'une part, et la séquestration ou le placement dans une maison de santé ou un hospice, d'autre part. A cette époque, le placement des aliénés criminels ne possède en principe aucune spécificité par rapport à celui des aliénés ordinaires.

En ce qui concerne l'interdiction, la procédure applicable obéissait à des règles qui avaient été établies par la jurisprudence, avant d'être reprises, pour l'essentiel, par le Code civil de 1804. N'intéressant que la famille, aussi longtemps que seule la conservation des biens se trouve être en jeu, le ministère public est, en revanche, autorisé à provoquer l'interdiction, en cas de « fureur » du dément, auquel cas, il lui appartient de suppléer d'office à l'inaction de la famille, en vue d'assurer la protection de la « sûreté publique » (art.491 c.civ.). Dans un cas comme dans l'autre, cependant, cette mesure était perçue par le législateur comme une menace considérable pour la liberté de celui auquel elle s'applique, et plus précisément, une restriction importante à son droit de propriété. Il apparaissait dès lors logique que l'organe compétent pour prononcer l'interdiction soit un juge, en l'occurrence le tribunal de première instance. A l'époque, en revanche, non seulement l'intervention d'un médecin n'était pas obligatoire, mais aucune référence n'y est faite ni dans les dispositions du Code civil ni même dans les travaux préparatoires. Ce n'est donc qu'« en creux » que l'on peut deviner son intervention possible aux différentes phases de la procédure.

En ce qui concerne le placement dans une maison de santé, par ailleurs, aucune loi ne le régit comme tel. D'une part, l'article 510 du Code civil de 1804 dispose que « le conseil de famille pourra arrêter qu'il sera traité dans son domicile, ou qu'il sera placé dans une maison de santé, et même dans un hospice ». Cette liberté d'appréciation de l'instance familiale est cependant limitée par le décret des 19-22 juillet 1791 relatif à l'organisation d'une police municipale et correctionnelle, qui prévoit des peines d'amende et éventuellement de détention pour ceux qui « laissent divaguer des insensés ou furieux, ou des animaux malfaisants ou féroces ». Le Code pénal de 1810 reprendra, en substance, cette disposition en prévoyant notamment une amende pour « ceux qui auraient laisser divaguer des fous ou des furieux étant sous leur garde » (art.475,7°). D'autre

¹ Pour de plus longs développements, cf. notamment M. van de KERCHOVE, « Le juge et le psychiatre. Evolution de leurs pouvoirs respectifs », in *Fonction de juger et pouvoir judiciaire. Transformations et déplacements*, sous la direction de Ph. Gérard, F. Ost et M. van de Kerchove, Bruxelles, Publications des Facultés universitaires Saint-Louis, 1983, p.311 et s. ; ID., « La loi relative à la protection de la personne des malades mentaux. Les principales étapes d'une réforme », in *Malades mentaux et incapables majeurs. Emergence d'un nouveau statut civil*, sous la direction de G. Benoît, I. Brandon et J. Gillardin, Bruxelles, 1994, p.25 et s. ; ID., « Les avatars de la loi belge de défense sociale : le changement dans la continuité », in *Déviance et société*, vol.34, n°4, 2010, p.485 et s.

part, les autorités communales se voient confier par la loi des 16-24 août 1790 sur l'organisation judiciaire (art.3, 6° du titre XI) le soin « d'obvier ou de remédier aux événements fâcheux qui pourraient être occasionnés par les insensés ou furieux laissés en liberté ». La loi communale du 30 mars 1836, dans son article 95, reprendra presque littéralement la teneur de cette disposition en attribuant cette charge au collège des bourgmestre et échevins. Si l'initiative de la séquestration de l'insensé appartient ainsi au conseil de famille et aux autorités communales, il faut cependant rappeler que leurs pouvoirs se trouvent légalement limités par un contrôle judiciaire préalable, dans la mesure où l'interdiction judiciaire de l'insensé constitue alors un préalable nécessaire à sa séquestration, du moins définitive. En revanche, si l'on semble avoir admis d'emblée que les autorités communales puissent placer provisoirement l'intéressé dans une maison de santé à titre de mesure de police, à partir de 1836, l'article 95 de la loi communale semble avoir autorisé le collège des bourgmestre et échevins à prendre une telle mesure, même définitive, sous le contrôle du pouvoir judiciaire, mais sans que l'intervention préalable de celui-ci soit nécessaire. Quant aux instances médicales, bien que le recours à l'avis d'un ou de plusieurs médecins ne soit à l'époque ni généralisé ni obligatoire, il semble qu'il s'agisse d'une pratique déjà courante, que ce soit par le biais d'une procédure d'interdiction ou d'une procédure plus expéditive décidée par l'autorité communale.

Rappelons enfin que le placement des aliénés criminels, à cette époque, ne connaissait pas de véritable autonomie. Si la démence constituait une cause d'irresponsabilité pénale, aux termes de l'article 64 du Code pénal de 1810, l'aliéné criminel devait être traité comme un aliéné ordinaire et son placement devait dès lors suivre la procédure prévue pour la séquestration de tout autre aliéné, c'est-à-dire, avant 1936, être précédée d'une mesure d'interdiction judiciaire, puis, à partir de 1936, faire l'objet d'une mesure de police communale.

2. De 1850 à 1930 : la collaboration des instances médicales et administratives

Si la mesure d'interdiction –mesure judiciaire- constituait, en principe tout au moins, le pivot autour duquel s'articulait la prise en charge des aliénés, la mesure de placement, que l'on qualifiait alors de « collocation » en Belgique, -mesure médico-administrative-, va devenir la pièce centrale du dispositif à partir de 1850.

Tout en maintenant la possibilité pour le conseil de famille

d'un aliéné de le faire placer dans un établissement sur base de son interdiction judiciaire préalable (art.7, 1°), la loi du 19 juin 1850 sur le régime des aliénés simplifia fondamentalement la procédure d'admission, en rendant ces deux mesures indépendantes l'une de l'autre. Outre la production d'un certificat médical constatant l'état mental de la personne à placer, il suffisait soit d'une demande d'admission ou d'un arrêté de collocation émanant du collège des bourgmestre et échevins, soit, s'il s'agissait d'une demande émanant d'un particulier, d'un visa du bourgmestre de la commune où l'aliéné se trouve. L'office du juge se trouvait ainsi limité à une intervention préalable facultative dans le cadre d'une éventuelle procédure d'interdiction, ainsi qu'à une intervention éventuelle a posteriori, au cas où une personne intéressée décidait de se pourvoir contre la mesure devant le président du tribunal du lieu de la situation de l'établissement (art.17).

En ce qui concerne le placement des aliénés criminels, la loi de 1850 confirma leur assimilation à celui des aliénés ordinaires, sous une double réserve. La première consiste à soustraire à l'autorité communale le soin de requérir leur collocation et à confier cette tâche au ministère public (art.7, 4° et 12). La seconde consiste à prévoir qu'ils seront en principe transférés dans un établissement avec lequel le gouvernement aura traité (art.12). Ce régime d'assimilation correspondait à la fois aux impératifs de la philosophie pénale classique selon laquelle la démence efface le crime et aux impératifs d'une médecine mentale en quête d'autonomie qui s'attachait à ce que « l'aliéné criminel fût enlevé jusqu'à l'influence du juge » et « devint la chose des médecins », pour reprendre une expression de l'époque².

En ce qui concerne l'administration des biens de l'aliéné, enfin, si la loi de 1850 ne modifie en rien le régime de l'interdiction organisé par le Code civil, le législateur a prévu, en cas de collocation d'un aliéné non interdit, la possibilité de le pourvoir d'un administrateur provisoire par décision du tribunal de première instance (art.29) ou, à défaut, l'administration provisoire de plein droit des biens de l'aliéné par un membre de la Commission administrative de surveillance de l'établissement, qu'elle désigne à cet effet (art.30), auquel cas la protection de ses biens échappe cette fois à toute intervention judiciaire.

3. De 1930 à 1969 : la collaboration des instances médicales et judiciaires

Cette troisième période est incontestablement dominée

² Bulletin de la Société royale de médecine de Belgique, 1889, p.306.

par le problème de l'internement des anormaux. Faisant suite à un certain nombre de projets non aboutis, la loi du 9 avril 1930 de défense sociale à l'égard des anormaux et des délinquants d'habitude s'efforce d'autonomiser le régime applicable aux aliénés délinquants par rapport au régime de droit commun de la collocation, en même temps qu'elle élargit les catégories de personnes auxquelles un tel régime peut s'appliquer. La spécificité du régime institué réside dans son caractère « médico-judiciaire », intermédiaire entre un régime purement pénal et un régime purement médical. L'internement de l'anormal est en effet considéré à la fois comme une mesure de défense sociale et comme une mesure curative. C'est dorénavant une juridiction répressive, juridiction de fond ou d'instruction, qui prononce la mesure, mais avec la possibilité, non seulement de désigner un ou plusieurs médecins experts pour procéder à l'examen mental de l'inculpé, mais encore de le placer en observation dans l'annexe psychiatrique d'un établissement pénitentiaire. Par ailleurs, les modalités d'exécution de l'internement sont confiées non pas à un juge, mais à une commission de défense sociale, composée d'un magistrat, d'un avocat et d'un médecin. Enfin, les hésitations relatives à l'organisation des établissements dans lesquels étaient placés les aliénés internés –entre la prison et l'asile- révèlent clairement la position intermédiaire qu'ils occupent d'un point de vue à la fois juridique et médical.

En ce qui concerne la collocation des aliénés ordinaires, on assiste durant cette période, en marge de la loi de 1850, à un transfert relativement important de patients des services psychiatriques « fermés » vers des services « ouverts ». Positif en lui-même, ce phénomène suscite cependant un problème essentiel de protection de la liberté individuelle, dans la mesure où la décision des médecins se préoccupe de moins en moins de savoir si le patient est consentant ou non (alors que la présence d'un patient dans un service ouvert n'est en principe acceptable que moyennant son consentement) et sans qu'on ait souvent scrupule à le retenir dans une salle fermée (alors qu'un service ouvert est censé ne comporter aucune restriction à la liberté du patient d'aller et de venir). Ce phénomène suscitera le dépôt, en 1969, d'un nouveau projet de loi qui tendra à légaliser cette situation.

Enfin, en ce qui concerne l'administration des biens de l'aliéné, une loi du 7 avril 1964 s'attacha à simplifier la procédure de désignation d'un administrateur provisoire. L'auteur de la proposition de loi envisageait de simplifier cette désignation à l'extrême, en supprimant toute intervention

judiciaire et en confiant cette désignation au conseil de famille. La solution finalement retenue consista seulement à transférer ce pouvoir des mains du tribunal de première instance à celles du juge de paix. Par ailleurs, une loi du 10 octobre 1967 modifia notamment le régime de l'interdiction, en supprimant, d'une part, la référence à l'état de « fureur », dans lequel la loi obligeait le ministère public à requérir cette mesure, et en rendant, d'autre part, obligatoire, dès le début de la procédure d'interdiction, l'examen du défendeur par un ou plusieurs médecins neuro-psychiatres.

4. De 1969 à 1990 : vers une prédominance des instances médicales ?

L'année 1969 est une année importante pour notre propos, dans la mesure où elle donne lieu au dépôt successif de deux projets de loi, l'un relatif à la protection de la personne des malades mentaux, l'autre relatif à la protection des biens des personnes totalement ou partiellement incapables d'en assurer la gestion en raison de leur état physique ou mental.

En termes d'évolution du partage de pouvoir entre le juge et le psychiatre, c'est évidemment le premier qui est le plus symptomatique, dans la mesure où il constitue le point d'aboutissement d'une évolution qui, depuis Ducpétiaux et le Dr Guillain en Belgique, tend à consacrer progressivement, au niveau législatif, la médicalisation à part entière de l'aliénation mentale. Ce projet est notamment parti du postulat que le placement d'un malade mental dans un établissement ne constitue pas réellement une mesure restrictive de liberté et que, s'agissant d'une mesure de nature « purement médicale », il paraissait logique d'exclure l'intervention des instances aussi bien administratives que judiciaires et de confier à un médecin –en principe, celui du service psychiatrique concerné- le soin de décider aussi bien la mise en observation du malade que son éventuel maintien, sous la seule réserve d'un éventuel recours contre la mesure devant le juge de paix. Cependant, ce projet fit l'objet de modifications essentielles qui aboutirent finalement à l'adoption de la loi du 26 juin 1990.

En ce qui concerne la protection des biens, on se limitera à rappeler que le projet de 1969, conforté sur ce point par une loi du 7 mai 1973, a prévu que l'administrateur provisoire général attaché à l'établissement serait toujours désigné par le juge de paix, alors que, sous l'empire de la loi de 1850, ce choix appartenait aux commissions administratives ou de surveillance dans les établissements dépendant des pouvoirs publics. Si l'intervention du pouvoir

judiciaire se trouve à cet égard renforcée, celle du médecin l'est cependant également, dans la mesure où la catégorie des personnes pouvant demander la désignation d'un administrateur provisoire spécial se trouve élargie au médecin traitant du malade et que cette désignation ne peut se faire que sur base d'un certificat médical accompagnant la demande.

En ce qui concerne l'internement des anormaux, enfin, on rappellera que les modifications apportées en 1964 à la loi de défense sociale n'ont pas mis fin aux nombreuses critiques dont elle avait fait l'objet, amenant même certains à souhaiter son abrogation pure et simple. Or, parmi ces critiques, figure notamment celle qui porte sur l'affaiblissement des garanties qu'offre la loi de défense sociale en matière de protection de la liberté individuelle, par rapport à celles qu'offre le droit pénal proprement dit, ainsi que le fonctionnement jugé déficient des commissions de défense sociale.

5. De 1990 à nos jours : le retour du pouvoir judiciaire

La principale manifestation du retour du pouvoir judiciaire durant cette dernière période réside incontestablement dans l'adoption de la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux. Elle reconnaît explicitement, d'abord, que les mesures dites « de protection » prévues par la loi -mise en observation et maintien éventuel dans un service psychiatrique- « donnent lieu à une restriction de la liberté individuelle des malades mentaux » et ne sont donc pas des mesures purement médicales qui ne se distingueraient nullement de mesures applicables à tout autre malade. Quant à la compétence de décision, ensuite, la loi a logiquement admis, en tenant compte de l'atteinte à la liberté individuelle du malade, que ce soit un juge, en l'occurrence le juge de paix, qui se voie confier le soin de décider aussi bien la mesure de mise en observation (sauf en cas d'urgence où ce pouvoir appartient au procureur du Roi, moyennant confirmation ultérieure de cette décision par le juge de paix) que la mesure de maintien dans un service psychiatrique. Tout en requérant un rapport médical circonstancié, la procédure prévue témoigne par ailleurs de la volonté d'assurer aussi efficacement que possible les droits de la défense, afin de donner à l'intervention judiciaire un maximum de garanties.

Quant à l'internement des anormaux, les débats relatifs à la loi de défense sociale ont finalement abouti à l'adoption de la loi du 21 avril 2007 relative à l'internement des personnes atteintes d'un trouble mental, dont la date de

mise en vigueur n'a pas encore été déterminée. Dans le cadre de notre propos, on se contentera de rappeler que certaines modifications accentuent le rôle joué par le psychiatre, dans la mesure où une expertise psychiatrique sera désormais légalement obligatoire avant toute décision d'internement, ce qui n'était pas le cas jusque maintenant, que s'il pourra également être fait appel à d'autres types d'expertises (psychologiques, criminologiques, sociales) pour obtenir les informations les plus pertinentes, l'expertise sera réalisée sous la responsabilité du psychiatre, et que la mise en observation que peut ordonner le juge d'instruction et les juridictions d'instruction ou de jugement lorsque l'inculpé a été placé sous le régime de la détention préventive, se trouve soumise à des conditions simplifiées et placée sur le même pied que toutes les autres expertises. En revanche, non seulement se trouve maintenue la compétence exclusive des juridictions de jugement et d'instruction pour prendre la décision d'internement, mais il est également prévu que les tribunaux de l'application des peines seront désormais compétents en ce qui concerne toutes les décisions liées à l'exécution de l'internement et remplaceront donc les actuelles Commissions de défense sociale.

En ce qui concerne l'administration des biens, enfin, la loi du 18 juillet 1991 relative à la protection des biens des personnes totalement ou partiellement incapables d'en assumer la gestion en raison de leur état physique ou mental a maintenu la compétence du juge de paix pour désigner un éventuel administrateur provisoire, tout en exigeant, dans ce cas, la production d'un certificat médical circonstancié. On rappellera, par ailleurs, qu'une proposition de loi du 23 septembre 1999³ a envisagé d'abroger les régimes d'assistance d'un conseil judiciaire, d'interdiction et de désignation d'un administrateur provisoire à la suite d'un internement, afin d'unifier les procédures judiciaires relatives à la protection des incapables.

En conclusion, il apparaît que la prise en charge judiciaire des malades mentaux, après un certain nombre de variations, se trouve aujourd'hui à nouveau généralisée, comme elle l'était, au moins en théorie, au début du XIXe siècle. La principale différence réside en ce que cette généralisation s'est opérée progressivement à la faveur

³ Proposition de loi modifiant la législation relative à la protection des biens des personnes totalement ou partiellement incapables d'en assumer la gestion en raison de leur état physique ou mental, déposée par MM. Luc Gouty, Jo Vandeurzen et Jos Ansoms, Doc.parl., Chambre, S.E. 1999, n°107/1.

d'une véritable autonomisation des régimes juridiques de protection de la personne, de protection des biens et d'internement, alors que cette généralisation était conçue à l'origine autour d'un pivot commun, la mesure d'interdiction, mesure dont on envisage précisément aujourd'hui l'abrogation.

Michel van de KERCHOVE
Recteur honoraire et professeur émérite
des Facultés universitaires Saint-Louis

La décision sur l'irresponsabilité pénale et l'internement en défense sociale

Juges et psychiatres : je t'aime moi non plus...

Michel van de Kerchove l'a souligné dans son exposé introductif : la loi de défense sociale de 1930-1964 a été remplacée, en ce qui concerne les internés, par la loi du 21 avril 2007 relative à l'internement des personnes atteintes d'un trouble mental. Cette loi n'est cependant pas encore en vigueur et la discussion sur le volet « défense sociale » de ce colloque va porter essentiellement sur le régime en cours, tout en évoquant les éventuels changements apportés par la loi nouvelle dès lors qu'ils posent question.

Pour introduire les trois problématiques liées à l'internement abordées au cours de ce colloque – les rapports juges-psychiatres en amont de la décision d'internement ; la question du soin en défense sociale ; le processus de libération et de réintégration de l'interné libéré –, nous prendrons appui sur une recherche récente, « Soigner ou punir ? Un regard critique sur la défense sociale en Belgique », menée en 2009-2010 avec une cinquantaine d'intervenants en annexes psychiatriques de prison et en établissements de défense sociale, mais aussi avec des magistrats et des experts psychiatres¹.

Après avoir rappelé le principe qui préside à la demande d'expertise, on se limitera ici, pour évoquer les rapports entre juges et psychiatres en amont de la décision judiciaire sur l'irresponsabilité pénale et l'internement, d'envisager quatre questions centrales relatives à l'expertise : son objet et les attentes qu'elle suscite, les supports sur lesquels elle prend appui, son statut comme savoir incertain et, enfin, les rapports de pouvoir auxquels elle peut donner prise à ce stade du processus de la décision judiciaire.

La décision sur l'irresponsabilité pénale et l'internement face à la demande d'expertise

1. La loi de défense sociale prévoit la possibilité de demander une expertise psychiatrique au cours du procès pénal mais aussi (sinon surtout dans la pratique)

en amont du jugement pénal, lorsqu'il y a des raisons de croire que l'auteur d'une infraction se trouve dans un « état grave de déséquilibre mental » ayant altéré ses facultés au moment de l'acte et au moment du jugement.²

2. Le parquet, le juge d'instruction ou le juge du fond (tribunal correctionnel ou cours d'assises) peuvent donc demander cette expertise qui accompagne en principe la « mise en observation » du patient dans l'annexe psychiatrique d'une prison. C'est un moment clé, puisqu'en fonction du diagnostic et des conclusions qu'en tirera le juge, l'auteur sera éventuellement sorti de la filière pénale pour être orienté vers le système de la défense sociale, ce qui se traduit généralement par un internement de sûreté, combinant souci de soin et de sécurité. Pour cela, il faut qu'au moment du jugement, on considère que l'auteur soit « dans un état grave de déséquilibre mental » (art. 1, loi 1964) et qu'il représente un « danger social ».
3. Le rôle de l'expert psychiatre est crucial, puisqu'il a pour mission d'éclairer le juge sur la décision à prendre. La recherche évoquée plus haut met en lumière des enseignements sur quatre points.

L'objet de l'expertise et les attentes à son égard

L'expert psychiatre reçoit un listing de cinq questions, relativement ouvertes, auxquelles le mandant judiciaire lui demande de répondre.

A cet égard, quatre remarques peuvent être proposées :

1. La logique binaire de la loi – « responsable-irresponsable » – pose problème aux psychiatres. Le partage entre raison et déraison est souvent beaucoup moins net, une altération partielle ou temporaire des facultés mentales étant parfaitement possible. Les diagnostics rendus sont dès lors souvent plus subtils et complexes

¹ Y. CARTUYVELS, B. CHAMPETIER, A. WYVEKENS, avec la coll. de M. van de KERCHOVE, Soigner ou punir ? Un regard critique sur la défense sociale en Belgique, Bruxelles, FUSL, 2010.

² La nouvelle loi de 2007 parle désormais de « trouble mental » mais cette loi n'est pas encore entrée en vigueur et ne le fera probablement pas avant 2013.

que ce que ne voudrait le découpage judiciaire en « noir ou blanc ».

2. L'état mental de l'inculpé peut avoir évolué entre le moment des faits et le moment de l'expertise. Cet état peut en outre n'être pas « stabilisé ». Il est dès lors parfois difficile de se prononcer sur l'évolution future de la dangerosité de l'inculpé.
3. L'inculpé, considéré comme irresponsable, échappe de ce fait à toute déclaration de culpabilité. Compréhensible dans une logique judiciaire, cette absence de verdict de culpabilité par rapport à l'acte commis peut soulever des difficultés sur le plan clinique.
4. La demande de diagnostic adressée au psychiatre est assez ouverte. Ceci convient aux experts psychiatres, qui restent cliniciens, mais aussi aux magistrats : s'ils attendent un diagnostic de responsabilité, ces derniers sont aussi intéressés par un diagnostic clinique plus large, dans l'hypothèse notamment où l'inculpé resterait dans le circuit pénal et où il faudrait trouver une sanction adaptée à son état.

Les supports de l'expertise : priorité à l'entretien clinique

Pour élaborer son diagnostic, l'expert psychiatre peut compter sur trois supports : le dossier d'enquête judiciaire, des tests psychologiques, l'entretien clinique. Trois remarques ici encore :

1. L'entretien clinique reste la pierre angulaire du diagnostic pour un psychiatre qui, quoiqu'expert, reste clinicien. À l'inverse, on sent chez plusieurs psychiatres une méfiance à l'égard du testing psychologique qu'ils préfèrent sous-traiter aux experts psychologues... À cet égard, un écart pourrait séparer les psychiatres « organicistes », plus confiants dans les catégories objectivantes du discours scientifique, des psychiatres d'orientation « psychanalytique », plus sensibles à la dimension d'anamnèse.
2. De manière globale, magistrats et avocats se montrent souvent critiques à l'égard de la rapidité du diagnostic et de la brièveté de l'entretien auquel se livre l'expert.
3. La consultation du dossier judiciaire, susceptible d'éclairer sur les faits ou de faire contrepoids à l'entretien clinique, donne lieu à des pratiques diverses. Considérée comme nécessaire par certains pour « objectiver » la situation, la lecture du dossier judiciaire est perçue comme source potentielle de « préjugés »

par d'autres, qui préfèrent y recourir après l'entretien clinique.

Le statut de l'expertise comme savoir : un savoir sacralisé dans un océan d'incertitudes

1. Au vu de sa construction, l'expertise n'est pas un savoir objectif. Derrière toute expertise, il y a un expert avec sa subjectivité, son « sens clinique », ses orientations théoriques. Son anticipation des attentes ou de la décision des magistrats joue aussi un rôle. L'absence fréquente de consensus entre experts confirme ce constat de l'expertise comme « savoir incertain ».
2. Les juges ne sont pas dupes. Ils ont cependant tendance à « sacraliser » l'expertise pour deux motifs :
 - le savoir de l'expert fait office de « parapluie » pour le juge, soucieux de se voir mis en cause au cas où il prendrait une décision source de problèmes par la suite. D'où une « surconsommation » d'expertises qui, dans 9 cas sur 10 soulignent certains, débouchent sur un constat de « normalité » (notamment dans les affaires de mœurs) ;
 - face à la vérité parfois chancelante de l'expertise, plutôt que de recourir au débat contradictoire, la tentation est grande pour le magistrat de faire appel une fois de plus à l'autorité ultime de la science, en multipliant les expertises. Au prix, dénoncé par certains, d'une délégation du pouvoir de juger à l'expert dont la vérité devient indiscutable par les autres acteurs (avocats par exemple).

L'expert psychiatre, entre collaboration et rapports de pouvoir

1. S'il reste le maître de l'expertise, l'expert psychiatre se trouve aujourd'hui de facto en concurrence croissante avec l'expert psychologue. Bénéficiant d'une plus grande reconnaissance politique ces dernières années, l'expert psychologue s'est acquis une certaine légitimité grâce à sa maîtrise du testing psychologique, taxé de savoir évaluatif « équipé ».
2. Si les psychiatres collaborent avec les experts psychologues, c'est une collaboration sur fond d'un rapport de pouvoir et d'autorité. On peut y voir l'effet d'une lutte institutionnelle des places entre deux professions ; l'une qui cherche à sauvegarder sa position

dominante, l'autre qui cherche à se faire une place. Mais sans doute s'agit-il aussi d'une opposition de fond entre deux types de savoirs évaluatifs différents : l'un plus relationnel et clinique, l'autre plus technique, comportemental et prédictif.

3. Les experts psychiatres sont également souvent en contact entre eux. Le nombre d'experts pouvant intervenir, seuls ou en collège, dans un même dossier est parfois impressionnant. Dans ces rapports, la discussion ou le principe du contradictoire ne semblent pas dominer.
4. L'expert travaille pour le juge. Ici aussi, les rapports

de pouvoir et d'instrumentalisation réciproques ne sont pas absents. On se contentera de souligner un élément : si les magistrats insistent sur leur souci de garder la main sur la décision, l'expertise n'étant qu'un élément « d'éclairage », dans les faits il semble bien que la vérité de l'expertise soit déterminante de la décision prise.

Yves Cartuyvels

Professeur aux FUSL

L'expertise psychiatrique dans le champ du savoir judiciaire.

Je ne saurais trop souligner la justesse de l'exposé introductif du Prof. Cartuyvels, si complet que mon apport dans la discussion sera avant tout un témoignage subjectif. Subjectif au sens analytique du terme : c'est en effet comme sujet exerçant une pratique singulière que je puis parler. Je pratique en effet des expertises mentales dans le domaine judiciaire depuis de nombreuses années, tout en développant une activité clinique de cabinet privé comme psychiatre et essentiellement comme psychanalyste. C'est par ailleurs en prenant appui sur cette clinique quotidienne et sur les interrogations qui en naissent que je peux travailler aussi comme expert en justice.

L'exposé introductif a laissé dans l'ombre les deux images de l'expertise psychiatrique : la première que j'appelle la face visible et l'autre, la face invisible. La face visible – et combien trop – est celle des cours d'assises. C'est par ce biais que le public et les médias se font une idée des expertises psychiatriques. Or, on sait ce que doit au théâtre et à la représentation ce cérémonial particulier du procès d'assises. Le type de discours qui y est d'usage avec sa rhétorique particulière est souvent mal connu et très mal maîtrisé par les psychiatres qui sont appelés à y figurer. L'image qui en ressort, pour importante qu'elle soit d'un point de vue sociétal, correspond en fait assez peu à la pratique de l'expertise dans sa face que j'appellerais invisible. J'entends par là le travail quotidien qui se fait la plupart du temps dans le secret de l'instruction. C'est de celle-là que je parlerai pour l'essentiel aujourd'hui.

Cela dit, je voudrais revenir sur quatre points qui ont été évoqués : le jugement et son effet clinique supposé, les supports de l'expertise, le savoir du psychiatre et les possibles rapports de pouvoir et de rivalité qui peuvent se nouer entre le psychiatre et ses proches interlocuteurs

Le jugement n'est pas thérapeutique

La raison essentielle qui m'a fait accepter ce genre de pratique d'expertise est la conviction de la justesse de la Loi de Défense Sociale ou plutôt des principes qui la dirigent. J'adhère en effet entièrement à l'idée suivant laquelle les malades mentaux n'ont pas à être punis. C'est un principe humaniste qui remonte à la plus Haute Antiquité et qui s'exprimait jadis dans la formule « il ne faut pas ajouter du malheur au malheur » : Rien ne sert d'ajouter une peine à celui qui déjà dans son âme, dans son psychisme a tout perdu.

On sait que la loi que s'est donnée le législateur belge, au début du siècle dernier, s'inscrit dans un contexte hygiéniste et relativement optimiste : il s'agissait de procurer des soins au malade tout en veillant à défendre la société contre ses agissements dangereux. Ces dernières années pour des raisons diverses, les unes sécuritaires, les autres basées sur le souci du respect du sujet humain, certains en sont venus à remettre en question ce grand principe qui veut qu'une personne considérée comme irresponsable échappe au jugement. Je laisse de côté ce qui s'inspire des mesures sécuritaires, qui nous renvoie vers un débat de politique plutôt médiocre. Je pense plutôt ici à

ce qui a été désigné comme un effet pervers de la notion d'irresponsabilité pénale, et qui serait de priver le sujet de son acte. Je pense que dans cette réflexion démocrate et humaniste, il y a l'ignorance de ce qu'est la maladie mentale. Je fais référence ici à la psychose, c'est-à-dire à la folie au sens populaire, qui reste la raison essentielle d'un diagnostic « d'incapacité à contrôler les actions ». A cet égard, la psychanalyse - qui reste pour moi la référence de ma clinique psychiatrique - fournit une théorie du sujet et de l'acte qui permet de comprendre que, chez le psychotique, ce qui fait défaut c'est justement la structuration du Sujet et que, dès lors, vouloir par un jugement, c'est-à-dire par un acte symbolique, rattacher cet acte à une subjectivité qui n'existe pas, est une illusion.

Je prends bien sûr appui ici sur des cas aisés, des cas à propos desquels la reconnaissance d'une maladie mentale grave ne fait guère de discussion. Sans que cela ne soit inscrit nulle part, il règne en effet une sorte de « consensus de jurisprudence psychiatrico-légale » pour se référer dans ce domaine à la psychose, alors que les termes anciens de la loi de défense social - démence, état grave de déséquilibre mental ou de débilité mentale - ne le désignent pas, pas plus d'ailleurs que les termes de la loi nouvelle de 2007, laquelle parle de « trouble mental ». On pourrait en discuter mais il me semble qu'il y a au fond une certaine sagesse du législateur à avoir introduit des termes qui restent vagues et qui ont pu traverser un siècle en revêtant derrière leur forme désuète le sens le plus évolutif. Autrement dit, de même qu'il n'y a pas à mélanger les genres, je pense qu'il y a des fondements théoriques et pratiques précis à vouloir éviter qu'un jugement, une décision de justice, ne se transforme en outil thérapeutique. Une décision de justice n'est pas thérapeutique, n'a pas à être thérapeutique, même si elle peut, par surcroît, avoir individuellement des effets thérapeutiques.

Les supports de l'expertise

J'apprécie fortement la place reconnue à « la clinique de la parole » dans l'activité du psychiatre. Je voudrais préciser que cette conception renvoie à une psychiatrie particulière, parce qu'il en est plusieurs, qui reste marquée par la psychanalyse. Cette précision s'impose dans un contexte marqué par l'évolution vers une psychiatrie organiciste comportementaliste dans laquelle la parole justement pourrait passer au second plan, voire être tout simplement ignorée. Certes, dans les expertises telles qu'elles se pratiquent aujourd'hui chez nous, ce courant ne se manifeste encore guère : sans doute parce que les commanditaires de l'expertise, les magistrats, gardent le souci essentiel de

comprendre ce dont il s'agit et qu'ils continuent à se référer une psychologie longtemps dominante que l'on peut qualifier de façon très générale de « psychodynamique ». Mais on assiste toutefois à l'éclosion d'une logique diagnostique fondée sur des échelles de classification qui, par leur côté chiffré, laissent une impression de scientificité. J'insiste sur la dimension d'« impression de »...

Quel usage l'expert doit-il faire du dossier d'enquête judiciaire ? En fait le réquisitoire ne laisse guère de latitude à l'expert à ce sujet. Il indique comme un des devoirs de l'expert de consulter ce dossier. Je laisse cette question pour en aborder une autre. Aujourd'hui, on voit éclore une pratique relativement nouvelle, en tout cas dans l'arrondissement de Bruxelles, qui est de proposer aux experts psychiatres d'assister aux reconstitutions criminelles. Dans un premier temps, j'ai été tout à fait réticent à ce genre d'invitation pour, finalement, m'y rendre régulièrement. J'en tire certaines leçons. La première est que cela n'apporte pas grand-chose d'un point de vue psychologique ou diagnostique. Un fantasme, que je partageais et qui est peut-être aussi celui des enquêteurs, voulait que lorsqu'un sujet se trouve placé dans les mêmes circonstances ou en tous cas dans les mêmes lieux que là où il a commis son acte, un effet cathartique entraînerait chez lui souvenirs, émotions, etc. Mais j'ai vite compris que ce qu'attendent pour l'essentiel les enquêteurs n'est pas de l'ordre de la psychologie du sujet : c'est plus simplement la vérification des éléments matériels par rapport aux gestes que le sujet dit avoir posés. Quant à la dimension psychologique de cette reconstitution, on se limite la plupart du temps à deux poncifs : soit est soulignée l'absence d'émotion que peut montrer l'auteur, lequel est alors caractérisé de froid affectif, ce qui n'est pas bon pour lui... soit encore, s'il montre trop d'émotion, pleure ou se montre paralysé devant la nécessité de répéter certains gestes, on le soupçonnera de faire du théâtre, de jouer la comédie, etc., ce qui n'est pas bon pour lui non plus. Quand on veut battre son chien...

J'ai cependant trouvé un intérêt certain à ces reconstitutions. C'est que cela force justement à mettre en perspective une clinique de la parole. Dans un certain nombre de cas, la confrontation aux lieux de l'acte, avec ce qu'elle montre de la misère sociale, du caractère sordide de certaines conditions d'existence, du désordre ou de l'hyper encombrement de certains lieux de vie, entre en résonance avec ce que le sujet a pu en dire.

Le savoir du psychiatre : du bon usage... de la perversion

Une remarque au sujet du savoir du psychiatre est de l'usage inflatoire qui en est fait. Comme cela a été dit, à peu près neuf expertises sur dix concluent de fait à la « normalité » du sujet, c'est-à-dire à sa capacité à contrôler plus ou moins ses actions. En matière de mœurs, affaires pour lesquelles il y a 30 ans déjà l'avis du psychiatre était quasiment systématiquement demandé, il y a en effet une inflation extrême qui renvoie à des questions beaucoup plus générales de société. Ce qui est en jeu ici c'est la question même de la perversion sexuelle telle que la société la vit à l'heure actuelle : largement admise, sinon promue, elle l'est au prix d'un pare-feu qui consiste à stigmatiser de manière extrême un type très singulier de perversion, qu'on appelle la pédophilie. Je pense que l'analyse de ce phénomène est loin d'être terminée... Elle serait bien nécessaire pour expliquer l'ambivalence de la société tout entière que les psychiatres rencontrent dans leur travail quand ils se confrontent à cette question particulière : d'une part, le rejet, la haine, l'appel à la vengeance et dans le meilleur des cas à la justice ; d'autre part, le questionnement qui fait dire que l'auteur « ne peut quand même pas être normal pour faire des choses pareilles »... Une ambivalence qui aboutit alors à ces mesures bâtarde, mariage contre nature dirais-je, entre thérapeutique et répressif, peine et soin obligé.

Rivalité, rapports de pouvoir ? Une certaine sérénité...

Il a été question d'une certaine rivalité possible avec les experts psychologues. Pour ma part, c'est un problème que je ne rencontre pas pour la bonne raison que, dans l'arrondissement où je pratique, les experts choisissent eux-mêmes les psychologues. Or, comme il y a plusieurs psychiatries, plusieurs écoles de pensée, il est évident que les psychiatres choisissent comme psychologues des personnes qui pratiquent le même langage qu'eux... Tout au plus y-a-t-il alors discussion mais cela ne va jamais jusqu'à la confrontation.

Le Prof. Cartuyvels évoque également les rapports de pouvoir susceptibles d'exister entre les différents

protagonistes de l'expertise. J'ai connu ces rivalités, pénibles à supporter en termes de blessure narcissique, lorsque les avis ne sont pas suivis. Ce narcissisme, faut-il le préciser, peut prendre la figure de la générosité authentique : l'avis donné au sujet d'un justiciable, que je ne peux m'empêcher de voir comme un patient, garde toujours un fondement thérapeutique au sens large ; « c'est pour le bien du patient ».

Il m'a cependant fallu tout un travail, notamment analytique, mais fait aussi de discussions avec des collègues, de rédaction de textes, pour sortir de l'ambiguïté et me permettre de pratiquer les expertises avec une certaine sérénité. C'est en me référant aux concepts analytiques de discours que j'ai pu m'en sortir. Par « discours », Lacan évoque un système symbolique qui vise à rendre compte du réel, un savoir qui s'articule autour d'un référent que l'on dit maître. C'est ainsi qu'il y a les discours judiciaires, dont le référent-maître est la loi et tout ce que l'on peut y entendre, tout comme il y a des discours médicaux, psychiatriques où le référent-maître est tout autre (la santé, le sujet humain et ce qu'on l'entend par là).

L'expert est d'après la formule retenue par la jurisprudence « un témoin privilégié qui est entendu en fonction de son art ». Il n'est donc, dans le monde judiciaire, qu'un témoin dont l'avis est sollicité mais ne prévaut pas. Comme expert, je me réfère donc à un certain savoir, à un certain discours. Mais ce discours, il me faut accepter qu'il prenne place dans un autre discours (ici judiciaire) qui l'ordonne et auquel il est subordonné. Avec l'expertise, je témoigne donc d'un patient, d'un sujet désirant et j'essaie d'en transmettre un certain savoir dans un autre type de discours où l'intéressé est un justiciable. Et même si certains espèrent le contraire –« mais c'est de la même personne que l'on parle » -, il faut accepter qu'il subsiste entre ces deux abords, ces deux dimensions, un espace, un hiatus fondamental qu'il n'y a pas à espérer de résoudre.

Dr. Jean-Paul Beine
Psychiatre, expert judiciaire, psychanalyste

Sur la nef de l'instruction : l'inculpé, son juge et son expert-psy

En réaction au texte introductif, je voudrais proposer ici quelques réflexions sur l'expertise vue du point de vue d'un juge d'instruction. Celles-ci portent tant sur l'expertise comme acte que sur l'expert comme acteur auquel se confronte régulièrement le juge d'instruction lorsqu'il est question de défense sociale.

Aises et malaises du juge d'instruction : quand le dossier d'instruction devient dossier psycho-médico-social

« L'instruction est l'ensemble des actes qui ont pour objet de rechercher les auteurs d'infractions, de rassembler les preuves et de prendre les mesures destinées à permettre aux juridictions de statuer en connaissance de cause. Elle est conduite sous la direction et l'autorité du juge d'instruction » (article 55 CiCr).

A vrai dire, s'agissant de faits commis par une personne dont, dès la première audition, l'état mental paraît relever de la loi de défense sociale, l'instruction se ramène bien souvent, à tort ou à raison, à sa plus simple expression. Qu'il y ait flagrant délit, que l'intéressé avoue les faits, voire les revendique, ou encore qu'il les attribue à une maléfique influence qui aurait guidé sa main, l'imputabilité matérielle ne fait généralement guère débat. Dans ces cas simples, le magistrat instructeur voit son rôle réduit à priver de sa liberté celui dont le passage à l'acte, généralement violent, et sans motif communément compréhensible, semble exposer la société à un risque de récidive. L'enquête se résume à rassembler quelques éléments de personnalité, à saisir le cas échéant le dossier médical de l'intéressé auprès d'un établissement psychiatrique, à prescrire une éventuelle expertise toxicologique et à désigner un expert-psychiatre. Ce dernier aura pour principale fonction d'étayer de son autorité scientifique l'intuition des premiers intervenants, fondée sur le discours et le comportement de l'inculpé, que celui-ci est mentalement trop perturbé que pour être jugé.

Dans des cas aussi flagrants, et lorsque les faits bien que violents sont d'une gravité relative, nombreux sont les magistrats instructeurs à se sentir extrêmement mal à l'aise du rôle de pure coercition qui leur est assigné, à l'égard d'une personne qui est manifestement malade et qui relève davantage de la médecine que de la justice.

Aucun juge n'a en effet la naïveté de croire qu'une personne pourra être soignée à l'annexe d'une prison, même si pour certains inculpés, cet arrêt forcé présente parfois un effet restructurant à court terme. Le malaise se peut se parfois transformer en indignation : c'est le cas lorsqu'à la demande du Parquet, ou à l'initiative de la famille, la personne a été présentée à la garde psychiatrique d'un hôpital, qui a estimé que son état ne justifiait pas une mise en observation et que, quelques heures plus tard, il est demandé au juge d'envoyer en prison cette personne qui présente des signes manifestes d'une grave perturbation mentale.

Un délai de garde à vue plus étendu serait en pareils cas plus avantageux. Il permettrait à la famille et à l'avocat de se mobiliser pour présenter une solution alternative à la détention préventive. Il autoriserait le juge d'instruction à requérir le rapport d'un expert psychiatre, plus familier de la psychiatrie criminelle que le médecin du service de garde psychiatrique de l'hôpital, pour renvoyer éventuellement le dossier au Parquet en vue d'une mise en observation.

L'expertise : avis technique, parapluie ou détecteur de mensonges ?

A l'extrême inverse de ces cas flagrants de maladie mentale, il est clair que la majorité des expertises psychiatriques demandées par le juge d'instruction vise des personnes qui ne relèvent d'évidence pas de la loi de défense sociale, mais dont le comportement ou les propos interpellent. L'expertise n'a dans ce cas d'autre but que de fournir des éléments d'information sur la personnalité de l'inculpé, en vue d'une plus juste application de la loi. L'expertise offre ici au justiciable une opportunité de se raconter et d'exprimer sa vérité quant aux faits à un interlocuteur qui revêt un autre statut que l'enquêteur ou le juge.

C'est peut-être dans ce cas de figure, laissant la part belle à l'appréciation subjective, que l'expérience humaine et les qualités autres que strictement techniques de l'expert sont le plus mobilisées : qualité d'écoute et de contact, respect de la personne, objectivité, culture générale sensu lato, connaissance de la société, de ses mondes particuliers et de leurs règles, d'autres cultures, C'est aussi la catégorie dans laquelle s'inscrivent généralement les justiciables poursuivis pour des faits de mœurs, à propos desquels la

question du risque de récidive se pose avec une acuité d'autant plus grande que la société criera « haro sur la justice » au premier problème.

Quelle que soit la nature des faits, interroger l'expert sur le risque de récidive peut trouver place dans sa mission au travers de la question « l'état de l'inculpé constitue-t-il un danger social particulier ? ». L'exercice est toutefois périlleux, tant il est vrai que le passage à l'acte peut être multifactoriel... Et pour peu que l'inculpé, qui n'a par ailleurs aucun antécédent judiciaire, conteste les faits, la réponse à la question relève de la spéculation, voire du procès d'intention, ou plus exactement du procès de « mauvaise personnalité »

Demander implicitement avis à l'expert, ou lui laisser donner un avis quant à la vraisemblance, au regard de sa personnalité, de faits qui sont niés par la personne examinée, est certes parfois tentant, et non dénué de pertinence. Entre l'avis sur la vraisemblance, et la prise de position sur la véracité des faits, la pente est cependant savonneuse et il arrive de constater des glissements. Magistrats et experts devraient se rappeler mutuellement ici que le rôle de l'expert doit se limiter à des constatations, ou à éclairer le juge sur les éléments techniques qui lui échappent (art 11 et 962 Code jud.). En aucun cas, l'expert psychiatre ne doit donc s'aventurer sur le terrain de l'appréciation de l'élément moral de l'infraction (intention frauduleuse ou dessein de nuire) et moins encore, sous peine de sortir du domaine de ses compétences et des limites de sa mission, se prononcer sur l'imputabilité matérielle du fait.

L'article 986 du code judiciaire rappelle par ailleurs, à propos de l'expertise civile, que le magistrat, seul titulaire du pouvoir juridictionnel, n'est en toute hypothèse pas lié par l'avis de l'expert. Encore faut-il être à même de motiver avec pertinence le rejet de ses conclusions, ce qui suppose à la fois un rapport d'expertise expurgé d'un jargon souvent difficile à comprendre et un minimum de connaissances dans le chef du magistrat....

Tous égaux devant l'expertise ? Qui vit du crime ou fraude le fisc n'est pas souvent fou...

Par un effet de consensus tacite et non questionné, l'expertise est généralement sollicitée pour des faits de violence, physique ou morale (harcèlement), à l'exclusion de faits de délinquance organisée tels que grand banditisme, trafic de stupéfiants, traite des êtres humains, et de délinquance financière. Bon nombre de profils psychologiques d'escrocs méritent pourtant à notre estime le détour et

nous pouvons attester à tout le moins d'un cas d'internement de ce chef ...

S'il est clair que dans 99% des cas, il n'y a aucun motif de penser que la loi de défense sociale puisse être d'application, pourquoi s'intéresser davantage à la personnalité de celui qui a donné un coup de couteau qu'à celle du trafiquant de cocaïne ou du participant à un carrousel TVA ? La recherche cynique du profit immuniserait-elle contre le risque de déficience mentale ? Compterait-on davantage dans ce genre d'affaires sur l'effet dissuasif du rappel de la loi et de la sanction que lorsque le monde inquiétant des pulsions agressives ou sexuelles est en jeu ? La question lancinante de la récidive serait-elle ici moins préoccupante, parce que l'infraction elle-même ne porte pas atteinte au sentiment de sécurité ?

Surmédiation et cas difficiles : vers une surconsommation de l'expertise ?

Entre les deux catégories évoquées ci-avant, les « vrais fous » et ceux qui, selon le langage commun, apparaissent « seulement un peu dérangés », vient se loger celle de personnalités qui laissent beaucoup plus perplexes juges et psychiatres. Les auteurs de violences graves ou d'homicides dont les circonstances défraient la chronique ne représentent, il est vrai, qu'une minorité. Mais la médiatisation dont ils font l'objet leur confère une sur-représentation que l'on ne peut ignorer. Les actes qu'ils commettent sont à ce point choquants que le bon sens commun répugne souvent à considérer leurs auteurs comme humains, préférant y voir l'œuvre d'un monstre ou d'un fou.

Or - et nous sommes confrontés là à un paradoxe -, le « monstre », médicalement étiqueté psychopathe, est actuellement considéré comme relevant de la loi pénale, là où le fou y échappe. Très vite, à propos de telles figures, intervient l'inquiétude que l'individu puisse « s'en sortir en se faisant passer pour fou », comme si l'internement était la voie royale à une libération rapide. Le recours à l'expertise est alors tentant pour se prémunir contre toute erreur...

Que dire de l'embarras lorsque l'inculpé, manifestement en état grave de déséquilibre mental au moment des faits, ne l'est plus au moment de son jugement, ce qui ôte à ses actes toute conséquence pénale ou civile, et ne permet pas de lui imposer un suivi, pourtant souvent bien nécessaire ? Pas plus que le juge, le psychiatre ne peut se prétendre sourd à ces questions et à la clameur de l'opinion publique.

Il arrive alors que les expertises, sollicitées par le juge

d'instruction, la défense, le juge du fond, se succèdent dans un ensemble parfaitement discordant, pour le plus grand discrédit de la profession de psychiatre et de la justice.

Vers une expertise transparente et contradictoire ?

S'il paraît difficile d'instaurer, dans l'expertise psychiatrique, une contradiction calquée sur l'expertise dans d'autres matières (chaque entretien est la résultante de l'interaction avec l'examineur à un moment X, problème du coût du conseil technique,...), des pistes existent pour donner à l'expertise une plus grande fiabilité. Sans sous-estimer quiconque, il est en effet en soi inouï qu'un ou deux entretiens assez brefs avec un expert, éventuellement via un interprète, puissent suffire à déterminer si l'inculpé sera orienté vers une procédure passablement expéditive et confidentielle, où généralement un juge unique décidera de son internement, ou au contraire vers le déploiement spectaculaire d'une Cour d'Assises où un jury tout entier scellera son sort, au terme de débats donnant loisir à la défense de faire miroiter toutes les facettes de son art.

C'est la responsabilité du juge de forcer au besoin une collégialité stimulante, en désignant des psychiatres d'école différente, de sexe différent, dont de préférence au moins un parle la langue maternelle de l'inculpé, en imposant éventuellement le recours à un(e) psychologue.... Encore faut-il, il est vrai, que le juge d'instruction sache qu'il existe plusieurs écoles, connaisse l'approche des experts qu'il désigne et accepte de se laisser bousculer par un avis qui ne rejoindrait pas sa perception ou n'apporterait pas la réponse tranchée qu'il attend. D'aucuns trouvent en effet exaspérantes les nuances introduites par certains experts dans leur avis, et s'abstiennent en conséquence de les désigner.

Par ailleurs, à l'heure où la jurisprudence européenne soumet à un principe de transparence les auditions menées dans les bureaux de police ou les cabinets d'instruction, ne serait-il pas justifié de prévoir l'enregistrement vidéo-filmé des entretiens avec les experts psychiatres, ce qui permettrait à tout intervenant ultérieur de confronter au rapport qui en est issu sa propre perception de l'entretien (et de mesurer la durée de celui-ci !)

Les experts-psychiatres : pas d'autre garantie d'indépendance et de qualité que la conscience professionnelle

Pose également problème, et cela ne concerne pas que les experts psychiatres, le nombre restreint d'experts que

le juge d'instruction peut requérir. Pour le juge d'instruction, ce nombre restreint fait des experts psychiatres existants des interlocuteurs à ce point obligés qu'il est malaisé de conserver un esprit critique à l'égard de leur travail. A supposer que celui-ci soit insatisfaisant, il n'existe souvent en toute hypothèse guère d'alternatives...

A l'inverse, quelle est l'indépendance de l'expert, lui qui vit essentiellement de ses missions judiciaires, à l'égard de ce qu'il perçoit des attentes de son mandant ? La remarque qui précède ouvre la porte à l'épineuse question de la formation des experts-psychiatres en matière judiciaire.

Dans un monde idéal, il faudrait pouvoir choisir, au sein de la société civile, des spécialistes reconnus pour intervenir aux côtés d'experts formés, familiers de la population carcérale et des arcanes de la procédure. Or, de formation, il n'en existe pas, alors qu'il paraîtrait indispensable d'imposer une forme de brevet en criminologie, incluant à tout le moins des notions de droit pénal et de procédure pénale, de psychologie et de sociologie criminelles, d'anthropologie,... disciplines généralement absentes de la formation médicale.

Vu les tarifs peu généreux alloués par l'Etat, n'acceptent des missions d'expertise mentale que ceux que la nature humaine passionne ou ceux qui, pratiquant une politique de grande surface, tablent sur la quantité pour rentabiliser le business.... Les premiers sont souvent plus lents à remettre leur rapport, ce qui amène parfois les magistrats à leur préférer les seconds, dans un dosage délicat entre qualité et célérité, la lenteur n'étant toutefois pas nécessairement pas un gage de la première, par application de l'adage « qui trop embrasse mal étreint ».

L'expert et la consultation du dossier répressif

Dans le registre « rapport qualité-prix » se loge également la question de la consultation du dossier répressif. Certains experts ne consultent jamais celui-ci, alors qu'à Bruxelles du moins, leur mission indique bien « après avoir pris connaissance du dossier répressif ». On peut bien sûr retenir l'argument selon lequel cette consultation induirait un préjugé inopportun biaisant l'examen clinique. Encore faut-il que cet argument ne soit pas un prétexte pour gagner du temps, en limitant la durée de chaque mission, de manière à rentabiliser au maximum le forfait alloué à l'expert par l'Etat.... De notre point de vue en tous cas, s'il est bien compréhensible que la parole du patient soit centrale pour le clinicien, l'expert-psychiatre intervient quant à lui dans un autre registre et il ne peut se reposer sur les

seuls propos de l'examiné, au risque de se laisser totalement manipuler et de perdre toute crédibilité. Se pose alors une autre question : à quel moment doit se situer la lecture du dossier répressif ? A tout le moins, nous semble-t-il, faudrait-il que le premier entretien soit suivi d'un examen du dossier et d'un second entretien avec l'inculpé, ce qui n'est généralement pas le cas. Par ailleurs, on sait que Défense et juridictions d'instruction réclament le rapport d'examen mental dans les meilleurs délais. Or, un dossier peut évoluer bien après le dépôt de celui-ci...

Que dire enfin (cas vécu), de l'expert qui ne s'intéresse qu'au PV initial établi par la police ou au casier judiciaire et qui, lorsque les faits sont niés, se mue en « flic » et est perçu comme tel par le justiciable ? Quand examen du dossier il y a, quel est l'expert qui passe une journée entière à examiner plusieurs cartons ? Que l'expert qui n'a jamais demandé au juge quels étaient les PV importants, ou le juge qui n'a jamais orienté l'expert dans sa lecture jette la première pierre....

La décision d'internement par la chambre du conseil : un procès bradé ?

L'internement par la Chambre du conseil est une procédure parfois fort insatisfaisante, tant du point de vue des droits de la défense que de ceux de la victime. D'une part, il arrive que lorsque l'inculpé conteste les faits et qu'il y a matière à discussion, le débat soit escamoté par l'avocat de la défense, au nom de cette douteuse conviction que son client sera plus vite sorti d'un établissement de défense sociale que de prison. D'autre part, pour la victime de faits graves, pour la famille d'un proche décédé, la brièveté des débats, très confidentiels, est intensément frustrante.

Conscients de ce désarroi, certains présidents de chambre du conseil acceptent volontiers de réserver un peu plus de temps, voire de reporter à une audience extraordinaire l'examen de l'affaire. Ces initiatives individuelles ne sauraient toutefois donner à l'audience de la Chambre du conseil le rôle de catharsis d'un procès en assises, voire

d'un procès en correctionnelle.

Conclusion : rêvons un peu

Si la délégation du pouvoir de juger est, par principe, interdite, nul ne peut se voiler la face quant au poids de l'expertise psychiatrique dans un dossier répressif. Les observations esquissées ci-avant traduisent l'inquiétude quant aux conditions dans lesquelles s'exerce parfois cette expertise, qui orientera durablement l'avenir d'un individu. Dans l'état actuel des choses, quel est en effet le contre-expert, qui pourra combattre efficacement l'avis rendu par un premier expert ? Intervenant souvent des mois après les faits, il sera régulièrement impuissant face à un avis intervenu à un stade plus précoce selon lequel l'inculpé était ou n'était pas dans un état relevant de la loi de défense sociale ?

Dès lors que suivant la jurisprudence européenne relative à la notion de procès équitable au sens de l'article 6, « la procédure doit être envisagée dans son ensemble pour déterminer si un vice affectant une phase précoce de la procédure a pu être corrigé par la suite », mais « que ce principe souffre exception lorsque le vice est si important pour le procès qu'il est irrémédiable ou qu'il est décisif pour le déroulement ultérieur de celui-ci », ne peut-on rêver que la Cour européenne se penche un jour sur la question de l'expertise psychiatrique en matière pénale ? Que l'Etat belge se voie contraint de revaloriser les barèmes des experts psychiatres, d'organiser une formation, d'imposer des garanties de qualité et d'assurer la contradiction de l'expertise ?

Est-ce un rêve ou... un délire ?

Marie-Geneviève TASSIN
Juge d'instruction au tribunal de première
instance de Bruxelles

L'expertise et ses faiblesses

Contribution proposée par Marc Nève, avocat, membre du SAD et membre, au titre de la Belgique, du Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT), Conseil de l'Europe

Pour alimenter la discussion, je voudrais proposer quelques brèves réflexions sur l'expertise et les difficultés qu'elle pose au regard d'un avocat chargé de la défense pénale des droits de son client. Je mettrai l'accent sur trois éléments : la dimension souvent expéditive de l'expertise, son caractère unilatéral et sa dépendance trop souvent avérée à l'égard d'un climat de politique criminelle susceptible de peser sur l'expert.

1. L'expertise, un processus unilatéral mené au pas de charge

L'expertise en matière de santé mentale est, en règle, menée habituellement au stade de l'instruction, c'est-à-dire à l'initiative d'un juge d'instruction. Elle est confiée à un psychiatre dont le travail est aujourd'hui presque toujours complété par celui d'un psychologue, également désigné en qualité d'expert.

Malgré ses faiblesses elle apparaît déterminante.

En dépit du fait que le rôle d'un expert se limite à une mission scientifique ou technique¹, sans qu'il ne puisse « dire le droit », dès lors que « les juges ne peuvent déléguer leur juridiction »², leurs conclusions sont bien souvent, voire presque toujours, déterminantes quant à l'application ou non de la loi de défense sociale. En effet, à l'expert psychiatre qu'il désigne, le juge d'instruction va généralement demander d'examiner, en particulier, par référence aux termes repris à l'article 1er de la loi, si la personne en cause était, au moment des faits mis à sa charge, « soit en état de démence, soit dans un état grave de déséquilibre mental ou de débilité mentale le rendant incapable du contrôle de ses actes ». Ainsi, même si bien entendu ils s'en défendent, les juges d'instruction et, dans la foulée, les juges ayant ensuite à statuer sur la mise en œuvre de la loi de défense sociale, s'en remettent-ils à l'appréciation de l'expert concerné. Ainsi, même si, en droit, l'expert

qui a été demandée n'a que valeur d'avis, au moment de juger, la décision à prendre ne s'écarte-t-elle pas des conclusions de l'expertise.

La façon dont l'expertise est menée, et, partant, sa qualité, sont pour le moins sujettes à caution. Réalisée avec peu, voire très peu de moyens, elle est généralement menée assez rapidement. Au moment où l'expert est désigné, une copie des pièces de l'enquête lui est délivrée, et après qu'il en ait pris connaissance, il rencontre, le plus souvent une seule fois, la personne en cause. Parfois, il a l'occasion de prendre connaissance de l'examen psychologique, si celui-ci est déjà réalisé et pour autant qu'il lui ait été communiqué. Dans bien des cas il n'y a cependant aucune concertation entre les deux experts. Ainsi, dans la plupart des cas, les experts désignés le plus souvent en début d'enquête, soit peu après que la personne en cause ait été inculpée, n'ont pas connaissance de la suite de l'enquête et des investigations. Il ne leur est pas demandé non plus, au terme de l'instruction, de réévaluer leurs conclusions à la lumière de l'enquête menée après qu'ils aient été désignés. Ce n'est aussi que dans de rares cas, qu'un juge d'instruction conviera l'expert à assister à la reconstitution qu'il organise ; initiative que le magistrat instructeur pourrait aussi prendre à d'autres moments clés, soit par exemple, permettre à l'expert d'assister, à un interrogatoire récapitulatif ou à une confrontation.

Somme toute, l'expertise psychiatrique, pourtant déterminante, apparaît donc, pour la défense, comme étant conduite ou menée a minima.

2. Vers une expertise contradictoire ? La jurisprudence de la Cour Européenne des Droits de l'Homme

Face à ce constat, certes un peu amer, l'on relève que la jurisprudence de la Cour européenne n'a de cesse, quant aux exigences propres à un procès équitable au sens de l'article 6 de la Convention européenne, à se montrer toujours plus vigilante et exigeante. Ainsi, la jurisprudence de la Cour considère-t-elle à présent, en substance, que dès lors que l'expertise est susceptible d'influencer de manière prépondérante l'examen des faits, elle ne peut être menée unilatéralement mais doit avoir un caractère contradictoire. Le respect du droit à un procès équitable exige donc que la personne en cause ait la faculté de soumettre ses commentaires, mais aussi comme le rappelle la Cour

1 Voir not. M. Franchimont, A. Jacobs et A. Masset, *Manuel de procédure pénale*, Larcier, 2009, p.482 et H.-D. Bosly, D. Vandermeersch et M.-A. Beernaert, *Droit de la procédure pénale*, Bruylant, 2008, p.769.

2 Article 11 du Code judiciaire

européenne, « de contre-interroger, personnellement ou par l'intermédiaire de son avocat ou d'un conseil médical, les personnes entendues par l'expert, de soumettre à ce dernier des observations sur les pièces examinées et les informations recueillies et de lui demander de se livrer à des investigations supplémentaires »³. Pour la Cour, cela implique donc que la personne concernée par l'expertise puisse « faire entendre sa voix de manière effective avant le dépôt du rapport de l'expertise en cause »⁴. Car, poursuit la Cour, « la possibilité indirecte de discuter le rapport d'expertise dans des mémoires ou lors d'une des audiences (lorsque la cause est jugée au fond) ne peut (...) passer pour un équivalent valable du droit de participer à la séance d'expertise » dès lors que « (la personne en cause) n'a pas eu la possibilité de commenter efficacement un élément de preuve essentiel et une demande d'expertise complémentaire n'y aurait rien changé »⁵.

Pour rendre l'expertise contradictoire et se conformer ainsi à l'enseignement de la Cour européenne, nul besoin de modifier la loi.

Quelques brèves observations juridiques sur ce point : Comme le rappelle la doctrine et comme l'enseigne aussi la jurisprudence de la Cour de cassation, tout juge belge est tenu d'appliquer les articles de la Convention européenne « paré(s) de l'interprétation qu'en donne le juge de Strasbourg »⁶. C'est ainsi que, se fondant sur la doctrine de « l'autorité de la chose interprétée », la Cour de cassation a récemment, à l'occasion de différents arrêts relatifs à la motivation du verdict de culpabilité en cour d'assises, considéré, avant que la loi ne soit modifiée sur ce point, que « le refus de la cour d'assises de donner ne fut-ce qu'un résumé des principales raisons qui (...) ont conduit (les jurés) à retenir une partie des accusations libellées dans l'arrêt de renvoi, viole l'article 6.1 de la Convention dans l'interprétation, que la Cour ne saurait tenir pour inexistante, suivant laquelle le droit au procès équitable implique une motivation du verdict »⁷. Pareille interprétation n'est pas neuve. En effet, par un arrêt du 10 mai 1989, sans attendre l'intervention du législateur, la Cour de cassation s'était immédiatement alignée sur l'enseignement de l'arrêt Lamy c. Belgique intervenu le 30 mars 1989. En ses conclusions, M. l'avocat général Piret n'avait pas manqué, à l'appui de ses conclusions, suivies par la Cour, de mettre en évidence le fait que « (la) Cour ne peut attendre, pour appliquer la Convention, une modification législative éventuelle, même imminente »⁸.

Somme toute, « en raison de la primauté (...) du droit

conventionnel international ayant des effets directs sur la loi belge, le juge doit écarter les dispositions légales contraires à l'article de la Convention invoqué devant lui, tel qu'il est interprété par la Cour européenne »⁹.

3. Une expertise sous influence ?

Enfin, dernière piste de réflexion, comment ne pas évoquer le fait que l'expertise psychiatrique et ses conclusions, paraissent trop souvent, aux yeux de la défense, rédigée à l'ombre des exigences de politique criminelle qui animent le ministère public. Plus d'une fois, pour prendre un exemple simple quant à la procédure, un individu ayant précédemment fait l'objet d'un internement sur base de la loi de défense sociale, mais qui plus tard, ayant recouvré la liberté, est impliqué dans des faits graves, voire très graves, sera considéré comme responsable et condamné en conséquence. L'émotion suscitée par les faits, à laquelle s'ajoute le débat sur la libération qui aurait été décidée à tort, l'attention médiatique éventuelle... bref, autant d'ingrédients qui, sous le prétexte d'une politique criminelle responsable, font dériver les conclusions de l'expertise psychiatrique vers un constat à l'opposé de celui émis en son temps, pour la même personne, dans le contexte d'une affaire de moindre ou de peu d'importance.

Ceci étant, il est permis de penser que, comme déjà évoqué ci-avant, la faiblesse des expertises, dès lors qu'elles sont établies unilatéralement et dans des conditions critiquables quant au respect des droits de la défense, les rend plus perméables à ce que, par un raccourci que d'aucuns trouveront peut-être un peu déroutant, j'ai appelé « les exigences de politique criminelle ».

Marc Nève

Avocat au Barreau de Liège, Membre du S.A.D.

3 Cour eur. D.H., Cottin c. Belgique, 2 juin 2005, par. 32 ; sur le même sujet voir aussi les commentaires de J. de Codt, Des nullités au stade de l'instruction et du jugement, Larcier, 2006, p.80 ainsi que L. Kennes, L'expertise, spécialement pour les faits de maltraitance et de mœurs, sous l'angle juridique, in CUP, Le droit des victimes, Anthémis, 2010, p. 195 et sv., spéc. pp. 227-229 ; sur le même sujet toujours, voir ég. Y. Cartuyvels et autres, Soigner ou punir ?, Un regard critique sur la défense sociale en Belgique, publ. FUSL, 2010, spéc. Pp. 62 à 64.

4 Ibidem

5 Ibidem

6 F. Krenc, « L'effet des arrêts de la Cour européenne de Strasbourg », in « L'effet de la décision de justice », Formation permanente CUP, Anthémis, 2008, p. 13 et les nombreuses références citées

7 30 septembre 2009, P.09.0461.F – en cause de Habran et autres.

8 J.T., 1989, p.330.

9 F. Krenc, op. cit., p. 13-14 ; voir aussi les commentaires que ce même auteur consacre à l'arrêt précité du 10 mai 1989 et à sa portée.

La décision sur la mise en observation et le maintien en observation au civil

La mise en observation et son maintien : état des lieux

La loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, est l'aboutissement d'un travail parlementaire entamé dès 1969. Cette législation met fin au régime administratif de la collocation instauré par la loi du 18 juin 1850, en lui substituant un système juridique dans lequel les restrictions apportées à la liberté individuelle d'une personne en raison de son état mental, sont subordonnées au contrôle préalable d'une autorité judiciaire, en l'espèce celle du juge de paix.

Le législateur de 1990 a été particulièrement attentif dans les nouvelles dispositions légales de la liberté des personnes et cela à la fois en référence à l'usage abusif de la médecine psychiatrique dans certains pays de l'Europe de l'Est mais aussi en tenant compte des dispositions des articles 5.1 et 5.4 de la convention européenne de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales à travers la jurisprudence de la Cour Européenne des droits de l'Homme (les articles 5.1 et 5.4 prévoient que nul ne peut être privé de sa liberté sauf dans les cas notamment d'un aliéné et selon les voies légales et que toute personne privée de liberté a le droit de s'adresser à un tribunal dans un bref délai)

Rappels des principes de la loi

1.1. La loi, prévoit la possibilité pour le juge de paix de placer en observation pour une durée de 40 jours dans un hôpital psychiatrique fermé, des personnes qui sont atteintes d'une maladie mentale et qui mettent gravement en péril leur santé et leur sécurité ou qui constituent une menace grave pour la vie et l'intégrité d'autrui. Il existe une condition supplémentaire à savoir l'impossibilité de recourir à un autre traitement approprié que l'hospitalisation forcée.

1.2. La loi permet à « toute personne intéressée » de déposer la demande devant le juge de paix du lieu de résidence du malade. Ceci laisse une large possibilité d'intervention d'autorités, de services sociaux, de voisins, de proches ou de membres de la famille.

Cette large gamme de requérants souligne la responsabi-

lité citoyenne de la communauté locale.

1.3. La demande doit obligatoirement être accompagnée d'un certificat médical circonstancié récent (datant de moins de 15 jours) décrivant à la suite de l'examen, l'état de la personne dont la mise en observation est demandée, les symptômes de la maladie et constatant les conditions relatives à la mise en péril personnelle ou d'autrui.

1.4. En cas d'urgence, devant une situation de crise, c'est le procureur du Roi qui peut décider soit sur demande, soit d'office d'une mise en observation. Le procureur, s'il décide de la mise en observation étant tenu par les mêmes conditions légales doit, dans les 24 heures de sa décision, aviser le juge de paix qui procède à une audition du malade et statue dans les 10 jours pour confirmer ou infirmer la mesure prise par le parquet.

1.5. Il convient de relever qu'il existe une sorte de formule « light » de la mise en observation. Il s'agit de la mise en observation dans le milieu familial. La loi a prévu en effet que lorsque des mesures de protection s'avèrent nécessaires mais que l'état mental et les circonstances permettent néanmoins de soigner le malade dans une famille, le juge de paix peut décider, selon la même procédure, non pas du placement en hôpital psychiatrique mais bien d'un placement en famille (celle du malade ou une tierce) ou par extension dans une maison familiale (home, établissement de soins...) Dans ce cas, le juge de paix donne mission à une personne déterminée de veiller sur le malade et à un médecin de le traiter.

1.6. La décision de mise en observation vaut donc pour 40 jours. Une libération est possible pendant ce délai si le médecin-chef de service constate que l'état du malade ne justifie plus la mesure de mise en observation. Avant la fin de l'observation, le médecin chef de service adresse au juge de paix un rapport circonstancié et le juge de paix peut alors décider du maintien de l'hospitalisation pour une durée maximale de 2 années, renouvelable. Pendant ce maintien en hospitalisation, le médecin-chef de service

peut à nouveau décider de la libération.

A tout moment, la mesure de maintien peut être assouplie si l'état du patient le permet et avec son accord et cela sous la forme d'une post-cure qui a lieu en dehors de l'établissement psychiatrique. Cette mesure nécessite que le médecin chef de service précise les conditions de résidence, de traitement médical ou d'aide sociale. Ceci peut interpeller dans la mesure où le médecin sort du rôle strict de soignant pour entrer dans l'aide sociale qui n'est pas sa mission première.

Les garanties prévues par le législateur en regard de la liberté individuelle.

Le législateur a pris plusieurs dispositions de nature à respecter la liberté individuelle. Ainsi il faut impérativement une audition du malade par le juge de paix. Il y a désignation obligatoire d'un avocat par le bâtonnier. Le traitement imposé doit respecter la liberté d'opinion du patient, ses convictions religieuses ou philosophiques. Le traitement doit favoriser la santé physique et mentale du malade, ses contacts familiaux et sociaux et son épanouissement culturel. Sa correspondance ne peut être retenue ni ouverte, ni supprimée. Les visites au patient de son avocat ou de son médecin ne peuvent être limitées et le médecin personnel du malade a accès au dossier médical. La décision du juge de paix est susceptible d'un appel devant le tribunal de première instance. Par ailleurs, comme nous allons le voir ci-dessous, la loi veille aussi à éviter toute collusion en prévoyant des incompatibilités pour le médecin rédacteur du certificat.

La question de la maladie mentale et l'aspect médical.

Le législateur a volontairement omis de donner une définition légale de la maladie mentale en raison de l'évolution de la science médicale et de la recherche psychiatrique. Toutefois, il convient de préciser que la loi indique que « l'inadaptation aux valeurs morales, sociales, religieuses, politiques ou autres, ne peut être en soi considérée comme une maladie mentale ».

En ce qui concerne le médecin rédacteur du certificat médical, le législateur prévoit que ce médecin ne peut être parent ou allié du malade ou du requérant. Il ne peut pas non plus être attaché à un titre quelconque au service psychiatrique où le malade se trouverait. Le certificat ne peut pas non plus être signé par le médecin s'il est le requérant.

Les typologies de maladies le plus souvent rencontrées sont les dépressions, les débilites mentales, la sénilité ou

les psychopathologies consécutives à un état post-traumatique. Dans chaque cas, il doit être précisé que les conditions de péril et l'impossibilité de recourir à un autre traitement que l'hospitalisation contrainte doivent être réunies. L'alcoolisme et les toxicomanies ne sont pas en elles-mêmes considérées comme des maladies mentales ni d'ailleurs l'agressivité ou la conduite sociale inadaptée. En tout état de cause, il nous paraît recommandé que le médecin rédacteur du certificat ait une connaissance particulière des pathologies mentales.

Une conclusion à partir de la pratique du juge de paix.

Les juges de paix mesurent certainement combien est délicat le moment de la visite au malade, surtout si cette visite se fait au domicile de la personne à mettre sous traitement contraint. Quand le malade est accessible au raisonnement, le rôle du juge de paix est de le persuader de la nécessité d'une hospitalisation pour l'amélioration de sa santé. Un espace de dialogue reste possible en ce qui concerne le choix du lieu de celle-ci.

Après chaque visite, je reste avec le sentiment que la loi oblige le juge de paix à entrer dans l'intimité d'une personne, de son entourage ou de son milieu de vie. Le rôle exigeant du juge de paix est alors de rendre son intervention la plus douce, la plus légère possible en insistant notamment auprès du malade sur le rôle de son avocat dans la défense de ses intérêts.

J'estime que le législateur a eu raison de confier au pouvoir judiciaire et plus précisément au juge de proximité qu'est le juge de paix, la délicate mission de décider dans des circonstances particulières et strictement limitées, d'une forme de médecine contrainte. Car l'enjeu est de faire provisoirement céder le pas à la liberté constitutionnelle d'aller et de venir en lui préférant temporairement les exigences de la sécurité publique. Dans cette mission, le juge de paix est confronté souvent à des besoins contradictoires mais il est de sa mission de juge de trancher tout en se rappelant que la légitimité du juge vient de sa mission qui est d'apaiser les conflits.

Thierry Marchandise.

Juge de paix à Gosselies, président de l'ASM

La mise en observation et son maintien : la procédure d'urgence à Bruxelles

La procédure d'urgence ne s'est pas développée par hasard. Après en avoir expliqué les ressorts et souligné l'usage, je voudrais insister sur l'esprit de collaboration qui préside, à Bruxelles, aux échanges entre le monde judiciaire et les intervenants du monde thérapeutique, notamment grâce à l'intermédiaire de la Plate-forme de concertation pour la santé mentale en Région Bruxelloise.

La procédure d'urgence, réponse à l'inadéquation de la procédure normale devant le juge de paix

La loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux souhaitait privilégier la procédure non-urgente, via la saisine du juge de paix par requête. Cependant, cette procédure s'est avérée rapidement inadaptée à la réalité du terrain et la procédure urgente (intervention du procureur du Roi) est devenue majoritaire.

Toute personne intéressée peut en effet déposer une demande devant le juge de paix, laquelle doit obligatoirement être accompagnée d'un certificat médical circonstancié récent (- 15j) décrivant l'état de la personne, les symptômes de la maladie et constatant les conditions relatives à la mise en péril personnel ou d'autrui. Devant la difficulté d'obtenir ce certificat, beaucoup d'acteurs de première ligne - requérants potentiels -se tournent vers le parquet qui peut décider soit sur demande, soit d'office la mise en observation dans le cadre de la procédure d'urgence. D'une part, ils sont certains de trouver un interlocuteur 365 jours sur 365 et 24 heures sur 24. D'autre part, le parquet dispose du pouvoir de requérir un examen psychiatrique donnant lieu à la rédaction d'un avis écrit (art. 9) qui, s'il est positif, sera suivi d'un rapport médical circonstancié (art. 5) lequel sera joint à la requête déposée auprès du juge de paix compétent territorialement.

Cela ne veut pas dire que nous (le parquet) déférons à chaque demande. Le parquet est particulièrement vigilant à ne pas être instrumentalisé par le réseau de première ligne qui tente parfois de faire basculer un malade plus difficile vers une mise en observation-contrainte. Le parquet garde à l'esprit que la procédure d'urgence entraîne une privation de liberté et qu'une décision doit intervenir dans les 24 heures. Nous ne sommes donc pas d'accord avec la critique de monsieur Warlet, lequel est juge de paix dans

un autre arrondissement judiciaire que celui de Bruxelles.

Le parquet bruxellois enregistre une moyenne annuelle de 2000 à 2400 nouveaux dossiers tous confondus (via signalements de la police, de la famille, du CPAS, de l'administrateur provisoire, du syndic locatif, des services psychiatriques ouverts, etc.). Une expertise est demandée dans deux tiers des cas, dont 50% donneront lieu à l'enclenchement de la procédure (donc au final un tiers de l'input soit une moyenne de 750 à 800 dossiers). Ces 800 mesures de protection des malades mentaux sont absorbées par 5 hôpitaux (4 francophones ou bilingues : Brugmann, Erasme, Fond Roy et Titeca et 1 néerlandophone : Sint-Alexius) et gérées au sein de quatre justices de paix bruxelloises et par la justice de paix de Grimbergen.

Une logique de collaboration entre judiciaire et thérapeutique.

Depuis 2003, à Bruxelles, un protocole d'accord entre le parquet et les différents services psychiatriques d'urgence agréés organise les modalités de prise en charge des personnes interceptées par la police à l'égard desquelles le procureur du Roi requiert un examen psychiatrique en urgence aux fins d'évaluation des conditions cumulatives reprises dans la loi du 26 juin 1990. L'une de ces modalités concerne la désignation des cinq services d'urgence selon un algorithme tenant compte des capacités d'accueil de chacune des gardes. Cette meilleure répartition a pour conséquence un accueil optimal du patient, une meilleure qualité de l'expertise, une recherche méthodique d'alternatives.

Un travail collectif au sein de la Plate-forme (bilingue) de concertation pour la santé mentale en région bruxelloise a donné lieu à la rédaction de ce protocole, à la rédaction de documents uniformes : réquisitoire d'examen psychiatrique (diffusé à tous les magistrats assurant des services et aux forces de police), canevas d'avis écrit (art. 9 loi du 26 juin 1990 tarifé suivant l'article 10 B-IV de la tarification des frais de justice), et rapport médical circonstancié (tarification 10 B III) nécessaire au dépôt de la requête par le procureur du Roi auprès du Juge de paix conformément à l'article 5 de la loi du 26 juin 1990. Il n'y a donc pas de confusion à Bruxelles entre les deux types de documents médicaux, comme pense pouvoir l'affirmer, de façon géné-

rale et péremptoire, le juge de paix Warlet.

De même le procureur du Roi motive sa décision (sous peine de nullité) et joint copie de toutes les informations dont il dispose au moment de sa décision (procès-verbaux ou documents médicaux et demandes initiales). Une réflexion fructueuse sur les liens entre psychiatrie et justice, sur la pratique sociale qui en découle, sur l'amélioration du fonctionnement du système de la protection des malades mentaux, dans le souci du respect du justiciable, se déroule mensuellement au sein de la Plate-forme de concertation pour la santé mentale en région bruxelloise.

Conclusion

En conclusion, je voudrais souligner trois points. D'abord, le parquet n'a nullement la mainmise sur la protection des malades mentaux. Il remplit la mission d'ordre public que la loi lui confère. Ensuite, le parquet est soumis à d'importantes pressions du secteur

privé (serait-ce pour court-circuiter les listes d'attente en hôpitaux psychiatriques ? Pour éviter aux requérants de prendre la responsabilité d'une requête par procédure normale ? Pour obtenir un rapport médical circonstancié ?). Enfin, le parquet effectue un tri important parmi les inputs, ce qui permet de limiter (à un tiers du chiffre initial de dossiers) le recours à la procédure d'urgence.

Véronique Sevens,

Premier substitut à Bruxelles Magistrat dirigeant la section protection des malades mentaux et défense sociale.

La mise en œuvre pratique de la loi du 26 juin 1990 et la question des délais : difficultés concrètes

Les principales étapes théoriques de la procédure de protection de la personne d'un malade mental ayant été retracées par Thierry Marchandise, nous allons tenter d'en aborder ici une partie des difficultés pratiques auxquelles le magistrat cantonal est confronté.

Il est bien des aspects difficiles que le praticien rencontre dans l'application de cette loi. Ainsi en est-il, dans le cadre de la procédure d'urgence (de très loin la plus fréquente), de l'absence quasi systématique du Procureur du Roi lors de l'audience fixée par le Juge de paix ; de l'existence même et du contenu du dossier constitué par le procureur du Roi (et donc de l'information reçue par le juge de paix) ; de l'indigence du «rapport» médical «circonstancié» (trop souvent limité à l'avis écrit d'un médecin désigné par le Procureur du Roi !) qui ne contient souvent que quelques mots... Certains soulignent encore les regards différents que portent sur le soignant, la médecine d'une part, la justice d'autre part. Et par voie de conséquence les conclusions différentes, voire conflictuelles que l'une et l'autre en tirent inmanquablement: «cette personne a besoin ou n'a pas besoin d'aide», ou «cette personne est dangereuse ou

n'est pas dangereuse»...¹

Toutes ces questions sont importantes mais il est impossible de les traiter dans le laps de temps imparti. Nous nous limiterons donc à évoquer une question importante, parfois sous-estimée, celle des différents délais de procédure qui sont imposés par la loi dans le seul cadre de la mise en observation. Car il faut souligner ce constat: certains de ces délais peuvent s'avérer quelquefois impossibles à respecter. Dans la mesure elle ne concerne pas directement le magistrat, nous n'évoquerons pas la question des délais qui s'imposent au greffier de la juridiction, pour les différentes tâches pourtant essentielles qu'il a à accomplir.

En guise de préambule : une procédure pas simple à comprendre pour les patients

Avant d'évoquer les difficultés rencontrées par le juge de paix, nous voudrions mettre en exergue le mal-être profond dans lequel doivent se trouver les «malades», confrontés à une procédure que, pour la plus grande majorité d'entre

¹ v. Christine GOSSELIN (IWSM), «Pratiques et vécus des soignants autour de la problématique du consentement dans le cadre de la mise en observation et du maintien...», in «Confluences» n° 13 (mai 2006), p. 34

eux, ils ne connaissent, et ne comprennent, pas.

Curieusement, alors même que bon nombre de ses dispositions ont pour objectif principal sinon unique de veiller au respect des droits de la personne qui en est l'objet, la procédure en tant que telle est en effet très difficile à comprendre pour qui n'y est pas préparé. A cet égard, les différents renseignements, assez formels, qui sont obligatoirement mentionnés dans ce qui est notifié au malade², ne lui seront pas d'un très grand secours, d'autant que certaines possibilités prévues par la loi, sont proprement inopérantes³. Si l'Assemblée Générale des Nations Unies a clairement énoncé la nécessité de permettre à un patient admis dans un service de santé mentale d'être «informé dès que possible, sous une forme et dans un langage qu'il peut comprendre, de tous ses droits...», cette information étant «assortie d'une explication de ces droits et des moyens de les exercer»⁴, il faut bien dire qu'en Belgique, on est loin du compte.

Un autre obstacle que doivent affronter les malades qui font l'objet d'une mesure de protection, surtout dans le cadre de l'urgence, est la multiplicité des rencontres qu'ils vont devoir subir, ceci à un moment de leur vie où ils se trouvent à tout le moins en situation de stress⁵. L'énumération de ces rencontres ne peut être exhaustive: un médecin (pas nécessairement le leur), des policiers, des ambulanciers, le personnel de l'hôpital (psychiatre, infirmiers, psychologue, ergothérapeute,...), un juge de paix, un avocat (pas nécessairement le leur), etc...

La procédure de mise en observation dans un service psychiatrique et ses délais

En exergue, il est utile de rappeler ici que :

- la liberté individuelle est garantie par la Constitution belge;

² v. notamment l'article 7 §2 al. 4: «Le pli judiciaire mentionne les nom et adresse de l'avocat désigné d'office en vertu des dispositions du § 1^{er} du présent article. Il mentionne en outre que le malade a le droit de choisir un autre avocat, un médecin-psychiatre et une personne de confiance.»

³ Ex: Article 7 §3: «Si le malade n'a pas communiqué au greffier le nom d'un médecin-psychiatre de son choix, le juge de paix peut en désigner un pour assister le malade.»

⁴ Principes adoptés par l'Assemblée générale des Nations Unies dans sa résolution 46/119 du 17 décembre 1991 (Principe 12)

⁵ v. Dr Edith STILLEMANS, «Soigner les malades mentaux : quelques enjeux concrets» in document préparatoire au colloque des 17 et 18 septembre 2010, p. 3; F.J. WARLET, «L'urgence psychiatrique et le passage obligé par le judiciaire» in «Confluences» n° 12 (déc. 2005), p. 14

- la loi du 26 juin 2010 elle-même énonce que : «Sauf les mesures de protection prévues par la présente loi, le diagnostic et le traitement des troubles psychiques ne peuvent donner lieu à aucune restriction de la liberté individuelle».

Pour le reste, la décision de mise en observation dans un service psychiatrique, qui s'apparente bien à une mesure restrictive de liberté, peut être prise soit par le procureur du Roi, s'il y a urgence, soit par le juge de paix.

Par le procureur du Roi s'il y a urgence

La procédure peut être enclenchée par le procureur du Roi, s'il y a urgence. Il faut d'emblée relever que la décision prise en urgence par le procureur du Roi ne vaut que pour une durée de dix jours et pour autant que :

dans les 24 heures ouvrables, il ait déposé requête de mise en observation chez le juge de paix

dans un délai de 10 jours stricts, le juge de paix ait lui-même ordonné la mise en observation de l'intéressé

La sanction du non respect de ces délais est claire : la mesure prise par le procureur du Roi prend fin et le malade doit immédiatement être libéré de toute contrainte. Cette procédure étant accomplie, de décideur qu'il était, le procureur du Roi devient alors requérant, au même titre que tout autre justiciable dans le cadre d'une procédure ordinaire devant le juge de paix

Par le juge de paix

Lorsque c'est le procureur du Roi qui initie la procédure (suite à une mise en observation d'urgence), par souci de facilité, il a été rapidement, et logiquement, accepté par les juges de paix que sa requête soit d'abord adressée par téléfax à la justice de paix compétente pendant les heures d'ouverture du greffe. Or il arrive quelquefois que ce téléfax arrive à l'extrême limite du délai de 24 heures dont dispose le procureur du Roi pour déposer sa requête, 24 heures pendant lesquelles le malade se trouve déjà hospitalisé. Il ne reste alors que 9 jours au juge de paix pour ordonner lui-même, le cas échéant, la mise en observation du malade. Toutefois, si le procureur du Roi a pris sa décision de mise en observation la veille ou au cours d'un week-end, il ne pourra, au mieux, déposer sa requête chez le juge de paix que le lundi. Selon les cas, il reste alors 8 ou 7 jours au juge de paix pour ordonner lui-même, le cas échéant, la mise en observation du malade.

Il faut relever d'ailleurs que ce calcul peut s'opérer en sens inverse quand, en fonction du jour de la semaine où la requête a été déposée, le délai de 10 jours expire un samedi ou un dimanche... même si, il est vrai, l'article 7 §2 al. 5 prévoit que «En cas de besoin, le juge de paix peut fixer la visite et l'audience à un samedi, un dimanche ou un jour férié légal».

Notons que, même si l'hypothèse demeure cependant, et fort heureusement, théorique, dans les 24 heures suivant le dépôt de la requête, si l'incompétence territoriale du juge de paix est évidente, celui-ci renvoie la demande devant le juge de paix compétent. (Concrètement, il resterait alors 8 jours à ce «nouveau» juge de paix pour ordonner lui-même, le cas échéant, la mise en observation du malade.)

Dans les 24 heures suivant le dépôt de la requête, le juge de paix fixe, dans les vingt-quatre heures du dépôt de la requête et par une seule décision, le jour et l'heure de sa visite à la personne. Il faut relever à ce stade que d'une part le juge n'est pas nécessairement disponible à chaque instant et que d'autre part, il lui incombe de vérifier tout d'abord sa compétence territoriale (v. ci-avant) ainsi que la validité de la demande car il peut d'emblée déclarer celle-ci «manifestement» nulle ou irrecevable¹. Ainsi, doit-il notamment vérifier si cette demande est accompagnée d'un «rapport médical circonstancié» conforme aux exigences de l'article 5 §2 de loi).

Dans la mesure donc où, comme la loi le prévoit, c'est à l'extrême limite du délai de 24 heures du dépôt de la requête que le juge fixe sa visite à la personne, il reste alors 7 jours au juge de paix pour ordonner, le cas échéant, la mise en observation du malade.

Et, pour être très pragmatique, si cette décision sur la fixation de la visite intervient en fin de journée, le pli judiciaire à destination du malade ne pourra être expédié que... le lendemain. Il en résulte alors que, dans le meilleur des cas, le malade ne recevra cette information que... 6 jours pleins avant le moment de la visite du juge de paix. Nous disons «dans le meilleur des cas», en excluant l'hypothèse visée ci-avant d'une requête du parquet déposée le lundi

suite à une mise en observation le vendredi qui précède et celle où, en raison d'autres audiences, vacations ou autres devoirs de sa charge, le juge ne peut fixer sa visite qu'au neuvième ou au huitième jour et non au dixième !

Relevons encore que c'est pourtant à partir de ce moment² que le malade reçoit l'information des nom et adresse de l'avocat désigné d'office³ et de son droit de choisir un autre avocat, un médecin-psychiatre et une personne de confiance... Et aux termes de l'article 7 §3 de la loi, si le malade n'a pas communiqué au greffier le nom d'un médecin-psychiatre de son choix, le juge de paix peut en désigner un pour assister le malade. Cette Disposition est strictement inapplicable : quand, comment et dans quel délai le malade pourrait-il (ou devrait-il) communiquer son choix au juge ? De quel délai disposerait lui-même le juge «si le malade n'a pas communiqué...»? A quel médecin-psychiatre va-t-il pouvoir s'adresser, qui serait nécessairement libre au jour et à l'heure de la visite du juge au malade ?

Il reste que, le jour de sa visite au malade, le juge de paix peut entendre toutes les autres personnes dont il estime l'audition utile. Fort bien. Mais le juge sera nécessairement limité, si le malade est déjà hospitalisé (dans l'hypothèse d'une procédure d'urgence) aux médecin et personnes travaillant dans l'hôpital ainsi qu'aux personnes qui auront été bien inspirées de se trouver là... Car nul délai ni moyen pour les convoquer, si tant est qu'un vrai dossier soit d'emblée à la disposition du juge qui puisse lui permettre de connaître leur existence, leur identité, et l'utilité de les entendre...

François-Joseph Warlet
Juge de Paix à Seneffe

1 Article 6 de la loi

2 Article 7 §2 de la loi

3 Si le greffe a déjà reçu lui-même cette information car à cet égard, les pratiques peuvent varier sensiblement en fonction des arrondissements

Le travail d'expertise de la procédure de mise en observation : un instantané ?

Je travaille comme psychiatre au sein d'une unité de crise et d'urgences psychiatriques qui réalise environ 500 expertises par an dans le cadre de la loi relative à la protection de la personne des malades mentaux.

Je suis honoré d'être invité à parler par le Syndicat des avocats pour la démocratie et regrette que nous, médecins, n'avons pas un équivalent représentatif que nous pourrions appeler le « Syndicat des médecins pour la démocratie ». Le terme démocratie en médecine et en psychiatrie recèle encore, pour certains de mes collègues, une part d'obscurité, dont témoigne un paternalisme médical encore vigoureux. Les avancées législatives récentes, et je pense notamment à la loi relative aux droits du patient, bien que remarquables par leurs effets performatifs, doit faire face à une objectivation toujours croissante des approches biomédicales dans la clinique⁴ psychiatrique quotidienne qui perpétue, en la transformant, une pratique d'où peut se sentir exclu le sujet porteur de symptômes.

Mon deuxième préalable est de tenter dans le corps de mon exposé, de ne pas renvoyer dos à dos dans les logiques paranoïaques les pratiques issues du monde judiciaire et celles issues du monde médical. Dans le cadre de ces expertises réalisées à la demande du parquet, nous ne pouvons nous satisfaire de deux mondes clivés, sans rapport entre eux, les pratiques issues de ces deux mondes sont interdépendantes et il ne me semble pas raisonnable de renvoyer le malaise d'une sphère à l'autre.

Enfin, je voudrais terminer cette introduction en affirmant que la privation de liberté est un acte grave qui nous engage non seulement comme médecins mais également comme citoyens. C'est certainement parce que je n'arrive pas à banaliser cette décision que j'ai envie de vous faire partager ces quelques réflexions.

Les critères de la loi : maladie, dangerosité, absence d'alternative et temporalité de la décision.

J'aimerais reprendre les différents critères qu'un médecin doit examiner pour rédiger son certificat médical circonstancié, soit la maladie, la dangerosité, l'absence d'alternati-

tive et, enfin la temporalité de la décision dans le cadre de la procédure d'urgence.

Le critère de la maladie n'a pas été explicité par le législateur, et même les travaux préparatoires ne sont pas véritablement éclairants pour préciser ce que comporte ce terme de maladie mentale. Il y a donc d'abord lieu d'interroger ce qu'est une maladie mentale décompensée. Pour étayer un diagnostic psychiatrique, la plupart des nosographies actuelles déterminent une durée de présence des symptômes comme pouvant donner lieu à la classification diagnostique requise. Il va de soi qu'en urgence, sans connaissance des données récentes du patient, nous ne pouvons qu'énoncer une hypothèse diagnostique⁵ et non une certitude. Cette précision-là, à ma connaissance, le législateur ne l'a pas prise en compte et demande dans la procédure urgente, d'affirmer un diagnostic en ignorant que celui-ci ne peut se donner que dans un rapport à une certaine temporalité.

Ensuite, devant l'explosion des catégories diagnostiques, nous devons répéter que tout diagnostic psychiatrique est une construction, qu'il ne peut être vérifié par un processus qui viendrait attester de sa juste valeur. C'est aussi le rapport normal au normal et au pathologique qu'il faut interroger dans le champ psychopathologique avec en filigrane, la question de la possibilité pour le patient de bénéficier de soins. Ce n'est pas sans lien avec le troisième point que nous retrouvons dans les attendus de la loi quand est évoqué la privation de liberté en vue de soins, c'est que le patient peut bénéficier de soins. Et l'interrogation porte alors sur ce que nous, soignants, mettons derrière ce vocable : « c'est quoi soigner » ? La jurisprudence, notamment à Bruxelles, élimine certaines catégories diagnostiques de la notion de maladie mentale. Ainsi, sans autre diagnostic évoqué, un patient souffrant de démence, d'une dépendance aux boissons alcoolisées ou d'un trouble de la personnalité, ne pourra être mis en observation. Les raisons évoquées pour ce refus ne sont pas explicitées et en tout état de cause différent.

⁴ Je renvoie ici à la pratique et non à l'institution même, nous devrions travailler la métonymisation du mot.

⁵ Dans son introduction, le DSM énonce bien la valeur hypothétique de tout diagnostic en psychiatrie. Malheureusement, l'utilisation de cette épithète est souvent bafouée par des logiques psychiatriques résolument convaincues de leur vérité absolue.

Le deuxième critère de la loi est celui de la dangerosité, qui ne peut se contenter d'être potentielle mais qui doit correspondre à la notion d'un danger réel et grave que ferait peser la personne sur elle-même ou sur autrui. Remarquons à nouveau le cas singulier de cette loi qui fait qu'une personne pourrait être privée de liberté sans avoir commis de délit. Il est courant dans la pratique d'expertise d'assister à une confusion entre les termes de dangerosité et de « dérangerosité » ; alors même que la situation décrite ne permet pas d'étayer cette notion de danger, la personne est quand même conduite en salle d'urgence pour l'expertise. Comme souvent, la loi est instrumentalisée dans la tentative d'éloigner celui qui sème le trouble dans l'ordre public. Il est pourtant évident que ce patient n'est pas dangereux, le phénomène du parapluie est là aussi une manœuvre prophylactique tout à fait dommageable pour nos libertés individuelles. Pour conclure ce point, je voulais rappeler que la dangerosité psychiatrique est rare voire exceptionnelle⁶.

Le troisième critère de la loi est celui concernant l'absence d'alternative et partant le refus de soins. Ici aussi, le libellé de la loi devrait être précisé autour du « refus de soins appropriés » : un patient acceptant une partie des soins, par exemple, s'engageant à revoir le psychiatre quelques semaines après l'expertise peut se trouver dans les conditions d'une mise en observation. En effet, selon son état clinique, le psychiatre peut estimer qu'il nécessite davantage qu'une consultation à distance. Le patient acceptant une partie des soins, n'est pas nécessairement en-dehors des critères d'application de la loi.

Plus fondamentalement, la notion d'absence d'alternative nous renvoie aussi à l'impossible objectivation de ce critère. Comme pour la dimension diagnostique, nous sommes ici dans un construit et non un donné. En effet, le temps disponible pour la réalisation de l'expertise, e.a. la disponibilité des soignants pour celle-ci mais aussi de l'entourage éventuel du patient ainsi que le désir de l'équipe de promouvoir et de s'engager dans cette recherche d'alternative, sont des critères importants⁷. C'est ici que les travaux de C. Dejours autour de la différenciation nécessaire entre travail prescrit et travail réel sont essentiels pour mesurer toute la portée de la loi. Celle-ci ne stipule pas les moyens à mettre en œuvre pour trouver une alternative. Certains collègues estiment qu'ils ne sont pas mandatés pour ce

critère et se limitent à répondre aux 3 autres critères, le 4ème étant alors nécessairement subordonné aux autres⁸.

Le quatrième et dernier critère, ne relevant que de la procédure dite « d'urgence » interroge la temporalité de la décision. La procédure ordinaire, devenue dans les faits exceptionnelle⁹, garantit davantage les droits et les recours du patient. Il faudrait donc systématiquement s'interroger sur la question de savoir si la personne amenée par la police en salle d'urgences ne pourrait être réorientée vers la procédure ordinaire dans ce but-là. Cette redirection est rare car la clinique et la protection de la personne malade mentale nécessitent régulièrement une décision urgente...

L'expertise, du monde judiciaire au monde thérapeutique, de la clinique à l'éthique.

L'enchevêtrement de ces deux mondes qui se veulent distincts, la sphère judiciaire et celle des soignants, trouve son paroxysme dans la procédure d'expertise. En effet, si Henry Ey, dans ses écrits évoque la nature d'emblée thérapeutique de l'anamnèse en psychiatrie¹⁰, nous pouvons nous aussi affirmer le caractère thérapeutique de toute expertise¹¹ puisque régulièrement l'expert se transforme en agent du soin, soit que la personne acceptant les soins devienne le patient de l'expert, du moins dans la temporalité de l'urgence, soit que répondant aux critères de la loi, le patient nécessite une intervention médicale de l'expert, e.a. sur les plans pharmacologiques et relationnels.

L'augmentation du nombre d'expertises, réalisées dans l'arrondissement Bruxelles-Hal-Vilvoorde témoigne des courants distincts dans la sphère socio-judiciaire. Cette augmentation requiert toute notre vigilance pour ne pas dévoyer la procédure d'expertise et garantir les libertés fondamentales des citoyens et donc des patients. Au nom de quoi, intervenons-nous sur une personne est la question que me renvoie cette inflation du nombre d'expertise ? Cette question entre en résonance avec les mutations du champ social et l'apparent glissement qui s'opère entre celui-ci et les réponses judiciaires et thérapeutiques.

8 L'étude de V. Lorant précité a été réalisée à partir de l'unité de crise des cliniques universitaires St-Luc

9 Moins de 5% des procédures pour l'arrondissement BHV

10 Henry Ey, *Manuel de Psychiatrie*, 1997, Edition Masson

11 Réalisée dans le cadre de la loi relative à la protection de la personne des malades mentaux

6 D. Zargury in « Risque et Psychiatrie, enjeux éthiques ». 2009, Solal Editeur

7 Je renvoie pour ce débat à l'article de V. Lorant et al, *Involuntary commitment in psychiatric care: what drives the decision ?* Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 2007

En conclusion

Le travail d'expertise nous amène à devoir concilier deux vocabulaires différents qui parlent d'un monde commun. La nature aporétique de cette conciliation ne peut amener à une séparation contre-nature de ces deux approches pour analyser et amender éventuellement les comportements individuels.

J'aimerais conclure avec une lecture partielle et partielle de l'œuvre de Michel Foucault : « L'expert-psychiatre est l'un des boucs émissaires de la société qui se décharge sur lui de la tâche de décider au nom de la science pour ne pas avoir à juger au nom de la société »¹. « Rien n'est plus intérieur à notre société, rien n'est plus intérieur aux effets de son pouvoir que le malheur d'un fou ou la violence d'un criminel. Autrement dit, on est toujours à l'intérieur. La marge

est un mythe ».²

Gérald Deschietere

Psychiatre, Unité de crise et d'urgences, Saint-Luc

1 M. Foucault, *Les anormaux*, 1999, Edition Seuil

2 M. Foucault, *Dits et Ecrits*, 2001, Edition Gallimard

La mise en observation et son maintien: le soin, entre milieu fermé et ambulatoire

Soigner les malades mentaux : quelques enjeux concrets

Introduction.

Je tiens d'abord à remercier tous les organisateurs de ces journées, de m'avoir proposé d'introduire aujourd'hui le débat autour des soins dans le cadre de la loi du 26 juin 90. Volet fort complexe bien évidemment que nous aborderons tant dans le temps hospitalier, que dans le temps ambulatoire, et en particulier celui des soins en milieu familial, au travers de nombreuses questions et réflexions qui sont loin d'être exhaustives.

En effet, le questionnement autour de la loi, comme nous le savons, est bien présent depuis le début de son application avec de multiples échanges entre intervenants concernés, parfois d'horizons très différents. J'évoquerai notamment les rencontres organisées par les associations d'usagers, de familles et de proches, celles mises en place par les magistrats, celles s'inscrivant dans le contexte de congrès ou de journées comme en témoigne l'initiative actuelle ou celles aménagées par la Ligue pour la santé mentale ou les différentes Plates-formes de concertation pour la santé mentale du pays.

Il m'a paru opportun de reprendre certaines questions soulevées à ces divers moments et plus particulièrement au sein du groupe de travail de la Plate-forme de Bruxelles auquel je participe depuis un grand nombre d'années ainsi qu'au sein d'un groupe de travail de l'Inter-Plate-formes qui a vu le jour plus récemment. Je ne suis donc qu'une modeste messagère de ces réflexions et suggestions amenées au fil des ans.

A différentes reprises, je ferai mention des propositions de modifications de la loi de 90 élaborées au sein de la Plate-forme de concertation de Bruxelles, réalisation concrète d'un travail de longue haleine visant à optimiser l'application de la loi. Ces propositions sont aujourd'hui revues de façon plus large avant nouvelle diffusion auprès des instances compétentes.

J'évoquerai aussi le contexte actuel de la réforme en santé mentale. Effectivement, ce processus de grande envergure qui en est encore à ses débuts et qui prévoit la réaffectation de moyens hospitaliers à des projets ambula-

toires, aura très vraisemblablement des conséquences à différents niveaux sur les modalités d'application de la loi du 26 juin 1990.

Les soins dans le cadre de la loi du 26 juin 1990 : quelques considérations.

Notre propos concerne les soins dans le déroulement d'une mesure de protection. Pour rappel, sont prévus dans le cadre légal, d'une part des soins en milieu hospitalier (procédure urgente et procédure ordinaire) et, par ailleurs, des soins en milieu familial (peu usités).

Précisons que nous ne détaillerons pas la problématique des mineurs sous mesure de protection. En effet, certaines dispositions légales leur sont propres et quelque peu différenciées par rapport à l'application de la loi pour les majeurs. Entre autres, les magistrats du Parquet sont issus du « Parquet jeunesse » et les juges ou le tribunal de la jeunesse interviennent en lieu et place des juges de paix. Un congrès autour de cette matière sera organisé à Bruxelles en mai 2011.

Tout d'abord, qu'en est-il du cadre d'application de la loi de 90 ? Comme nous le savons, cette loi est fédérale. Nous pourrions donc penser qu'elle est appliquée d'une façon uniforme par tout intervenant dans toutes les régions du pays. A y regarder de plus près, ce n'est pas le cas : sa lecture et son interprétation varient d'un magistrat à l'autre, d'un intervenant hospitalier ou d'un intervenant ambulatoire à l'autre. A titre d'exemple, les pratiques soignantes autour de la durée du séjour hospitalier, de la mise en place de la posture ou encore relatives aux décisions médicales de levées de mesures de protection connaissent certaines variantes.

De multiples éléments sous-tendent ces différences. Elles peuvent s'expliquer entre autres par le contexte (caractéristiques socio-démographiques, culturelles, données relatives au réseau de soins local : par exemple, présence d'alternatives de soins,...), mais aussi par la diversité des supports théoriques et des modèles de référence des professionnels ainsi que par l'intrication de dimensions subjectives du chef des différents intervenants et par bien

d'autres facteurs encore.

Devrait-on dès lors se donner comme objectif légitime une application la plus uniforme possible de la loi, et viser à ce que toute personne qui se retrouve hospitalisée ou bénéficie d'un suivi ambulatoire dans ce contexte puisse vivre le même décours de la procédure quel que soit le magistrat responsable, le lieu où elle se retrouve hospitalisée ou le dispositif ambulatoire mis en place ?

Et pour ce faire, quels axes soutenir ?

En outre, qu'en est-il des soins dans le cadre de cette mesure médico-légale ? La loi, nous le voyons, n'en fixe pas les modalités. Par exemple, le mot « traité » repris dans le texte légal n'est pas explicité et les travaux préparatoires n'apportent pas plus de clarification à ce niveau. La loi de 90 impose donc une admission contrainte sans autre précision relative aux soins. Doit-on, pour autant, au nom du respect du libre-arbitre du patient lui refuser les soins non-consentis que son état requiert ? Il s'agit évidemment d'une très vaste question dont la réponse ne peut qu'être nuancée.

Et j'ajouterais ici encore qu'à défaut de mesure de protection dans certaines situations, ne peut-on pas en arriver à des exclusions plus radicales telles que l'incarcération ? Ou plus discrètement encore, la souffrance de certains peut sombrer dans l'oubli, l'effacement, le déni de la maladie mentale. Nous pensons ici aux patients qui changent de réseau, deviennent SDF par exemple ou se retrouvent dans une situation plus dramatique encore allant jusqu'au décès.

Les soins en milieu hospitalier : le temps de l'admission.

Revenons d'abord très brièvement en amont de la mesure. La maladie mentale, la psychose sont susceptibles d'inquiéter l'entourage, le social. Parfois, les symptômes comme la violence peuvent interpeller sur un mode insupportable et amener un proche, un professionnel, en dernier recours, lorsque aucune autre alternative ne peut être actionnée, à une plainte exprimée au départ du social auprès du juge de paix ou du procureur du Roi. La mesure de protection n'intervient-elle pas là comme un tiers entre la personne et le social alors que la relation n'est plus praticable et ceci, dans les deux sens, de l'un à l'autre et vice versa ?

Considérons maintenant les premiers moments des soins hospitaliers dans ce contexte de mesure.

A l'arrivée dans l'unité de soins, comment les soignants vont-ils pouvoir aborder la personne et comment celle-ci vivra-t-elle de son côté la décision qui a été prise à son sujet ?

D'une part, pour les soignants, accueillir une personne à l'égard de laquelle s'exercent une restriction de liberté et une contrainte de soins consiste à chaque fois en une rencontre singulière. Dès ce premier temps hospitalier, il est évidemment important de pouvoir évaluer la situation dans son ensemble, dans ses dimensions systémiques, de disposer de toutes les informations nécessaires (du procureur du Roi, du PV de police, du rapport médical circonstancié,...) et surtout de se concerter avec le réseau et l'entourage. Rappelons à ce sujet la réflexion menée par un groupe de travail pluridisciplinaire dans notre centre hospitalier. Comme le suggèrent les membres de ce groupe, tous ces éléments ne pourront-ils pas, en effet, participer, pour l'équipe d'admission, déjà avant l'arrivée du patient dans le service psychiatrique, à une forme de travail de « décontre-transfert » ? L'équipe ne va-t-elle pas se trouver dépositaire non seulement de toute une série d'informations mais aussi de phantasmes, de dimensions affectives, d'attentes contradictoires des intervenants, d'inquiétudes de la part d'un entourage ou de professionnels qui ont été malmenés voire parfois agressés ?

Pour permettre un accueil optimal et le début du travail avec la personne, tous ces éléments ne devront-ils pas alors être repris par l'équipe dans un processus d'élaboration et ceci, parfois, dans un délai fort court ?

Autrement dit, au moment de l'admission de la personne, comment sortir d'une logique sécuritaire et ouvrir un espace de rencontre avec elle ?

De plus, dans ce moment d'accueil, qu'en est-il de l'éthique autour de la prise de risque avec l'inévitable tension entre l'approche la plus respectueuse possible des droits de chacun et la protection de la personne et de son entourage ?

Ce questionnement, bien présent à l'admission, nous le retrouverons aussi par la suite aux diverses étapes du processus de soins par exemple lors d'une décision de mise en chambre d'isolement ou lors de la planification de sorties.

Autre question encore en ce début de mesure : comment optimiser le choix du service psychiatrique (hôpital général ou hôpital psychiatrique) destiné à accueillir le patient ? Le dispositif légal existant laisse le soin de cette

désignation au magistrat compétent. Soulignons que certains souhaiteraient que cette responsabilité soit dévolue au médecin rédacteur du rapport médical circonstancié, car plus apte à tenir compte de tous les paramètres présents. C'est-à-dire aux psychiatres des services d'urgence à Bruxelles. Cette proposition se heurte à des limites de faisabilité et notamment à la disponibilité de places dans les services agréés.

En effet, ces dernières années, de façon paradoxale, nous faisons le constat à Bruxelles d'une réduction du nombre de services agréés alors que celui des mises en observation augmente avec, à l'extrême, la création de ce qui est considéré par certains comme des «ghettos» pour les mesures de protection. Afin d'éviter ce processus, est-il possible ou pas de préserver une mixité des situations (hospitalisations volontaires et hospitalisations sous contrainte) dans tous les services psychiatriques ? Cette mixité a-t-elle un sens clinique et est-elle soutenable ou pas dans toutes les unités de soins psychiatriques ? Donnerait-elle davantage la possibilité au magistrat, d'orienter la personne vers le service le plus approprié ? Evoquons, par exemple, une admission en service psychiatrique d'hôpital général s'il existe une comorbidité avec différents problèmes somatiques ou une admission dans un service psychiatrique plus proche du domicile de la personne et donc plus proche de son réseau habituel (réflexions de la Plate-forme de Bruxelles). De plus, pour assurer un meilleur accueil des personnes sous mesure dont le nombre est croissant, faudrait-il élargir les disponibilités hospitalières ou faut-il surtout viser à réduire le nombre de mesures en intensifiant le travail en amont et en développant des alternatives en aval ?

Tout ceci ne constitue qu'un résumé très sommaire de différents constats. L'augmentation des mesures est évidemment multifactorielle et une analyse bien plus fine pourrait en être réalisée permettant de dégager d'autres pistes de réflexion à ce propos.

Et d'autre part, pour la personne elle-même, comment l'hospitalisation sous mesure de protection peut-elle être perçue ? Comment, dans le cadre de la procédure d'urgence, alors que ses repères sont déjà perturbés par la maladie, la personne pourra-t-elle traverser toute cette précipitation, face aux différents intervenants «inconnus» (requérant, procureur du roi, policiers, médecin, infirmier, ambulancier,...), face à des décisions rapides et sans débat contradictoire avant le 10ème jour, face à l'arrivée dans un service non choisi et face à une équipe non choisie ? Et

même dans la procédure ordinaire où il y a débat contradictoire avant l'admission, comment préserver un sens à ce qui est vécu par la personne, surtout si tout cela est ressenti par elle comme une violence à son égard ?

Dès lors, comment soutenir au mieux un espace de parole tant à l'admission, que bien sûr, à chaque étape de la procédure ? Comment, plus particulièrement, transmettre les informations requises à la personne ? Nous savons qu'une hospitalisation contrainte en hôpital psychiatrique, même brève, peut être vécue d'une façon fort douloureuse. Les projets actuels dans le cadre de la réforme de la santé mentale permettront-ils d'intensifier le travail de la crise au domicile de la personne et, le cas échéant, avec son entourage ? L'intervention d'équipes mobiles permettra-t-elle d'éviter certaines hospitalisations, et, selon les situations, de préparer au mieux une admission en service hospitalier sous contrainte ou non, ou une prise en charge intensive dans un autre lieu d'accueil et de soins dans la cité ? Et comme le propose la Plate-forme liégeoise, faudrait-il organiser par exemple et, dans un cadre légal nouveau et adapté, l'offre d'un séjour limité dans des services de crise adjoints aux services d'urgence psychiatriques d'hôpitaux généraux, dispositifs dont la connotation est moins stigmatisante pour la personne ? Et faudrait-il dans ce cadre imaginer seulement dans un deuxième temps le transfert en hôpital psychiatrique, c'est-à-dire lorsque le temps consacré au travail avec le réseau et à la recherche d'alternatives aurait pu déjà porter éventuellement ses fruits ?

Les soins en milieu hospitalier : le temps du séjour.

Quel est le contexte dans lequel va se dérouler le travail avec la personne sujette de la mesure en milieu hospitalier ? Quelles lectures pouvons-nous en faire ?

Dès la désignation du service par le magistrat, la personne est bien sûr contrainte à l'hospitalisation, et nous, soignants, de notre côté, nous nous retrouvons également contraints. Au travers de la mesure de protection, le social d'une certaine manière, donne ou redonne à la personne un accès à la parole et aux soins parallèlement à la privation de liberté. Ne pourrait-on pas dire qu'il y a là comme une forme d'assujettissement de la personne à l'ordre social par la décision judiciaire ? Ainsi, pourrait-on avancer que le juridique valide à la fois notre place de soignants et d'interlocuteurs auprès du patient et, pour lui, bon gré mal gré, une place dans le social ?

Nous allons dès lors occuper le lieu d'adresse du patient. N'est-ce pas là un levier qui peut être éventuellement

opérant dans le travail réalisé avec la personne durant le séjour hospitalier ? N'est-ce pas là aussi un dispositif permettant l'instauration du transfert tout en ayant parfois des dimensions apaisantes tant pour la personne elle-même que pour l'équipe hospitalière pluridisciplinaire et les différents intervenants ?

C'est donc dans ce contexte que va se dérouler le travail avec la personne sujette d'une mesure de protection. Il faut souligner que ce travail délicat et complexe nécessite à certains moments un encadrement humain important qui n'est pas rencontré aujourd'hui dans les structures hospitalières concernées. Certains évoquent d'ailleurs à ce propos la nécessité d'unités de soins intensifs avec des normes spécifiques d'encadrement.

Et qu'en est-il des modalités de soins durant ce temps hospitalier ? Nous avons vu précédemment que ces modalités de soins ne sont pas précisées dans la loi. Si l'on tient compte des recommandations européennes et internationales, l'hospitalisation sous contrainte n'est pas systématiquement associée à des soins sous contrainte. Qu'en est-il dès lors de l'état de nécessité qui permet de traiter la personne, et quelles en sont les limites ? Comment aménager avec la personne un espace de négociation autour, entre autres, du traitement, notamment médicamenteux ? Comment élargir éventuellement cet espace à l'entourage, au réseau, à la personne de confiance ? N'y a-t-il pas aussi régulièrement tension pour le psychiatre entre le désir de prodiguer des soins et le respect des droits de la personne ? ...

Nous sommes surtout des témoins à l'écoute de ce que la personne hospitalisée exprime par ses symptômes dans son quotidien, et nous allons tenter de soutenir avec elle la réouverture d'un dialogue. Celui-ci renvoie le patient à lui-même et à ses propres questionnements tout en médiatisant les rencontres avec son entourage, ses proches, le réseau, la justice, ... Ce travail peut parfois favoriser une mise en sens dans le système dont la personne fait partie, tout ceci en préparation aussi du temps ambulatoire post-hospitalier.

N'avons-nous donc pas à nous demander tout au long du travail avec la personne comment nous soignants nous pouvons être au mieux « partie prenante » de ce processus et amener la personne à renouer autant que possible avec son histoire ?

De plus, quel est l'impact du dispositif judiciaire et de ses différents temps pour la personne hospitalisée dans le

cadre de la loi de 90 ? Dans le décours de la procédure, l'audience chez le Juge de Paix avant le 10ème jour est l'occasion, nous le savons, d'un débat contradictoire. Ce débat est une des innovations fondamentales de la loi de 90 dans l'esprit du respect des droits de chacun. Quels en seront les effets pour la personne ? D'une certaine façon, nous pouvons dire que, dans le cadre de cette audience, le « judiciaire » va interpeller la personne sur ce qu'elle a déployé à son domicile, dans son milieu professionnel, dans un lieu public, ... Par là, la personne n'a-t-elle pas l'opportunité de répondre, d'être le sujet de ce qu'elle a adressé au social ? Et peut-on dire également que durant l'audience, il y a, par certains côtés, une possibilité de réappropriation de ce qui s'est passé ainsi qu'une amorce d'un processus de mise en sens ?

Par la suite, ce mode de questionnement sera, bien sûr, poursuivi par l'équipe thérapeutique avec la personne dans un travail de construction / reconstruction et de reconnaissance de la souffrance qu'elle traverse.

Mais, comment donner à ce débat contradictoire une réelle existence et une réelle consistance ? Le psychiatre traitant, qui rend avis au juge de paix, ne se met-il pas en porte-à-faux avec sa mission essentielle de soignant ? Qu'en est-il du partage du secret médical ? Comme suggéré dans les propositions de modifications de la loi, comment aménager concrètement la participation d'un médecin (et pas seulement un médecin psychiatre comme repris dans la loi) choisi par la personne ? A l'heure de la réforme en santé mentale l'articulation entre l'hospitalier et l'ambulatoire est particulièrement prônée. N'y aurait-il donc pas à suggérer éventuellement au Juge de paix, d'inviter à l'audience, par exemple, le service de santé mentale situé à proximité du domicile de la personne afin d'enrichir le débat contradictoire et l'abord des alternatives à l'hospitalisation ? Répondre à une telle mission d'expertise fait-il partie des missions des services de santé mentale ? Est-ce pratiquement réalisable en termes de disponibilité, de coût, ... ?

Quelle place donner à la personne de confiance, à l'entourage, au réseau du patient ? (avec toute la difficulté qu'il existe plusieurs personnes de confiance dans des cadres légaux différents). Comment les avocats peuvent-ils tenir compte à la fois de la demande de leur client et des soins qui leur paraissent éventuellement pertinents à donner là où les droits de la personne doivent apparaître au cœur du débat ?

Et dans tout le décours de la mesure, comment mettre en avant le principe d'autodétermination de la personne tel qu'il se retrouve dans la loi sur les droits du patient de 2002 ? Faudrait-il comme suggéré dans les propositions de modifications en faire mention explicitement dans le texte légal ? Comment mettre en place des modalités permettant aux avocats, aux personnes de confiance d'intervenir d'une façon optimale à ce niveau ? Comment faciliter le déploiement de la fonction de médiation des plaintes à l'hôpital et comment mettre en avant son impact pour les personnes et dans la prise en charge soignante ?

Comment organiser aussi régulièrement un débat forçant la remise en question de la nécessité de la poursuite de la mesure ? Comment garantir une évaluation constante de la présence cumulative des critères de la loi ?

Quel sera le vécu des décisions de levée de mesure pour la personne ? En particulier, comment travailler ce moment et la mise en place d'alternatives avec le réseau non seulement avec la personne mais aussi avec son entourage éventuellement fragilisé ?

La postcure.

Nous savons que dans le déroulement de la mesure, le médecin chef de service peut mettre en place une postcure avec l'accord du patient.

Comment préparer cette postcure, le départ de l'hôpital, et, dans ce sens, quelles articulations tisser avec le champ ambulatoire durant le temps hospitalier ? Quels dispositifs mettre en place ? Les règles administratives de l'INAMI pourraient-elles, par exemple, être modifiées et permettre que, durant l'hospitalisation, des consultations chez le médecin généraliste traitant ou chez le psychiatre traitant soient autorisées et prises en charge par la sécurité sociale ? Ne pourrait-il pas en être de même pour la fréquentation progressive d'un centre de jour... ? Ne faudrait-il pas pouvoir déployer des interventions de type « outreaching » dans certaines situations ?

Par ailleurs, comment soutenir au mieux l'investissement des équipes ambulatoires dans ces situations médico-légales ? Comment soutenir l'intervention des acteurs qui ne sont pas de la santé mentale ? Quels effets de la réforme de la santé mentale à venir ? L'intervention d'équipes mobiles spécialisées telles que prévues permettra-elle de travailler avec la personne, dans son milieu de vie, les moments plus difficiles faisant de l'hospitalisation une ultime alternative et donnant d'autres assises au traitement

ambulatoire ?

De plus, comment organiser la postcure ? Ce dispositif doit recueillir l'accord du patient afin de souligner sa réelle participation, signe de la reconnaissance par le législateur de son droit à l'auto-détermination même si la contrainte persiste. Comment entendre la formulation légale de « postcure » qui inclut des conditions de traitement médical ou d'aide sociale ? Et durant la postcure, faut-il laisser au médecin-chef de service la responsabilité de la mesure, ce qui permet parfois une triangulation avec la personne et le médecin de tutelle ? Ou, au contraire, faudrait-il confier toute la responsabilité au médecin de tutelle, en ce compris la possibilité de lever la mesure ou de demander une réintégration à l'hôpital si nécessaire ?

Les soins en milieu familial.

À côté des soins hospitaliers, la loi prévoit des soins en milieu familial. Dans le champ ambulatoire, quelle place réserver à cette modalité peu utilisée actuellement dans le cadre de la loi de 90 ? Faut-il élargir la notion de « milieu familial » et parler plutôt de « milieu de vie approprié » comme préconisé notamment dans les propositions de modifications de la loi ? Une telle notion renvoie non seulement au domicile de la personne mais aussi à des structures thérapeutiques comme les IHP (initiatives d'habitations protégées) ou les MSP (maisons de soins psychiatriques). Quelle pourrait être la qualité de la personne désignée par le juge de paix pour veiller sur le patient et donc, éventuellement sans l'accord de ce dernier ? Quels impacts sur la dynamique relationnelle dans ce contexte ? Une équipe pluridisciplinaire comme celle d'un SSM pourrait-elle par exemple assurer cette fonction ? Quel rôle pour le médecin désigné par le juge et, parfois, sans accord du patient ? Dans quel cadre déontologique cette mission est-elle compatible avec celle de médecin de famille ? Pourrait-on imaginer d'autres modalités de soins ambulatoires contraints ?

Perspectives :

J'arrête ici ce bref survol. Comme évoqué plus haut, la parole circule autour de la loi de 90 en différents lieux avec certains consensus, avec des propositions de modifications, avec différentes remises en question des modèles de soins comme dans la réforme de santé mentale. La loi est certainement perfectible, et les pratiques le sont également. Ce processus peut-il s'arrêter ? La loi n'existe-t-elle pas aussi au travers de tous ces questionnements tout autant cliniques qu'éthiques autour des hiatus entre

le texte légal et ses applications concrètes ? N'est-ce pas à l'occasion de ces différents débats contradictoires, pas seulement en audience chez le juge de paix, mais au-delà, dans ces temps de rencontre repris plus haut, que nous pouvons, nous soignants, être là pour la personne et l'amener, dans toute la mesure du possible, à être sujette de ce moment particulier de son histoire ?

Et je terminerai encore par une question :

Comment soutenir au mieux avec la personne le passage des soins contraints vers des soins volontaires, comment l'accompagner dans ce cheminement, quels outils, quels

moyens mettre à sa disposition ? Et, surtout, comment ne pas en arriver à des soins contraints ?

Ceci m'évoque une phrase de Giudicelli : « Nous (soignants) nous nous efforçons de suivre. Dès lors, le fait de suivre un patient prend... sa consistance propre : à savoir que le patient est en avant de nous dans l'axe obscur de son désir. »

Docteur Edith Stillemans

Medecin chef du Centre Hospitalier J.Titeca

L'éthique du soin à Saint-Bernard, entre paternalisme bienveillant et autonomie du patient

Avant la Loi de 1990, St Bernard était ce qu'on a appelé "un asile psychiatrique", sorte de ville dans la ville où l'on pouvait trouver une ferme, une boulangerie, une boucherie, un château d'eau, etc. On y comptait 900 patients tous colloqués dont s'occupaient les frères de la Charité progressivement remplacé par des soignants laïques. Pendant des décennies St Bernard est resté un endroit clos qui avait ses propres lois et où régnaient en maîtres la direction et les rares médecins. Il n'y était pas question de Justice de Paix et encore moins des droits des patients. Mais les choses ont heureusement évolué : la loi de 1990 et celle sur les droits des patients de 2002 ont contribué à d'importants changements dans les mentalités, dans les attitudes et dans habitudes de soins.

On pourrait résumer les choses en disant qu'à Saint-Bernard, ces dernières années, deux modèles s'opposent et se confrontent : le modèle, sans doute en partie hérité du passé, que l'on peut qualifier de « paternaliste » et le modèle plus récent dit « autonomiste ». C'est cette situation de tension entre deux modèles et ses implications que nous voudrions aborder ici

Un modèle « paternaliste » plus que « sécuritaire »

Du point de vue du soignant, il nous semble plus juste, à propos du premier modèle, de parler de modèle « paternaliste » que de modèle « sécuritaire ». Le terme « sécuritaire » met d'avantage l'accent sur la sécurité de la

société, sur la protection qu'il faut accorder aux citoyens. Mettons de côté la question de savoir si la médecine doit se préoccuper de cet aspect-là de la question, si elle doit se soucier de l'intérêt collectif. Certains diront que non, que les médecins et les soignants ne doivent s'occuper que de l'intérêt de leurs patients, qu'ils ne doivent pas être des « fliciatres », d'autres estimeront, qu'en tant que citoyens eux-mêmes, les médecins ne peuvent pas fuir leur responsabilité politique, au sens de celui qui s'occupe du lien social, de la collectivité. Limitons-nous à la question du principe moral de bienfaisance, à la morale d'une responsabilité envers le plus vulnérable, le malade, principe moral qui est un des fondements du paternalisme médical : tel un père de famille face à ses enfants, le médecin se substitue au patient pour faire son bien.

La psychiatrie est, bien entendu, particulièrement sensible à ce débat étant donné qu'il s'agit de patients que l'on considère troublés dans leur capacité de raisonnement. Une partie de leurs pensées est devenue singulière et ne correspond plus à la réalité telle que les autres l'envisagent.

Lorsqu'on parcourt l'histoire de la psychiatrie, on y trouve certains chapitres qui ont mis en évidence le danger de dérive de cette position paternaliste : certains traitements apparaissent, avec le recul de quelques décennies, comme de véritables supplices infligés aux patients au

nom de cette volonté des médecins d'imposer des traitements pour le « bien » de leurs patients. On songe ici aux lobotomies, par exemple, ou aux cures insuliniques ou et à toute une série de modèles de contention ou de traitement physiques. Expliquer les causes de cette dérive n'est pas l'objet de ce colloque mais notre hypothèse est que c'est le mariage d'une position paternaliste et d'une théorie classificatoire de type catégorielle (c'est-à-dire une nosographie qui oppose la maladie mentale à la santé mentale sans imaginer de continuum entre les deux) qui a abouti à ces maltraitances. La position qui est dangereuse est la suivante : « mon patient est totalement fou, il est totalement incapable de décider pour lui-même, moi qui dispose de toutes mes facultés mentales, je ne lui demande pas son avis et j'essaie certains traitements pour essayer d'améliorer son état, de toute façon, nous n'avons rien à perdre ». D'où l'importance de se méfier de cette position paternaliste mais aussi de considérer que chez chaque être humain, qu'il soit patient psychiatrique ou non, la folie n'exclut pas la raison et que raison et folie cohabitent, même si c'est selon des proportions différentes.

Bref, de par l'histoire de leur discipline, les psychiatres devraient déjà se méfier de cette position paternaliste et de leur théorie classificatoire. On pourrait penser qu'ils sont aidés en cela par les deux lois dont il est question dans ce colloque : la loi de mise sous protection du malade mental de 1990 et la loi relative aux droits du patient de 2002.

Un modèle « autonomiste » plus récent à maintenir en tension avec le précédent

La loi de 2002 sur les droits du patient met au centre du traitement le consentement du patient et part du principe d'autonomie et de liberté d'un patient qui jouirait pleinement de ses facultés de compréhension et de décision. Si cette position semble déjà philosophiquement discutable d'une manière générale pour tout être humain, elle l'est d'autant plus pour ceux qui souffrent de troubles psychiatriques et, nous semble-t-il, ne peut pas être appliquée à la lettre dans le champ de la psychiatrie.

La loi de 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, quant à elle, a certes déplacé la majorité du pouvoir décisionnel du médecin vers le Juge de Paix mais on y retrouve les éléments propices aux dérives psychiatriques : la maladie mentale, que personne n'est capable de définir, mais qui se distinguerait clairement de la santé mentale, et le souci paternaliste qui permet de ne pas tenir compte du refus de soins au nom d'un concept

particulièrement flou et subjectif : la dangerosité.

Toute la difficulté mais aussi l'intérêt du travail des soignants durant une mise en observation sera dès lors de maintenir en conflits les positions paternalistes et autonomistes tout en restant vigilants aux dangers de l'une et de l'autre. Sans paternalisme, sans le souci du bien du patient, le rôle des soignants dans une mise en observation risque de se limiter soit à celui de protection de la société, à celui de flics soit à une position d'indifférence au nom de l'autonomie totale du patient qui peut décider librement de se droguer ou de se suicider, par exemple. La seule position éthique nous semble dès lors de créer des moments de réunion où l'on peut espérer que ces deux positions puissent s'exprimer librement et se confronter avant la prise d'une décision, que cette décision soit la levée de la mesure, la demande de maintien, les autorisations de sorties, etc.

On retrouve le même dilemme quant à la question d'imposer ou non un traitement médicamenteux. On peut citer des exemples où l'imposition d'un traitement a permis l'amélioration de l'état du patient qui, par après, présente une certaine conscience morbide et remercie parfois même les soignants de lui avoir imposé un traitement. Mais on peut aussi citer des exemples où le fait de ne pas avoir obligé le patient à prendre un traitement a permis de créer un lien de confiance, une alliance thérapeutique avec lui, et d'obtenir son consentement pour les médicaments.

Actuellement, notre position est la suivante : si nous pensons qu'un patient pourrait bénéficier d'un traitement médicamenteux, nous le lui proposons ; s'il le refuse, nous acceptons ce refus à condition que son comportement ne soit pas perturbant pour les autres patients ; néanmoins, si après plusieurs mois d'hospitalisation (en moyenne 3), nous estimons que l'état du patient n'a pas évolué et que son état est tel qu'une sortie du service n'est pas envisageable, après débat en équipe, il arrive que le médecin prenne la décision d'imposer une médication au patient et cela avec l'espoir d'éviter que le patient ne fasse une grande carrière psychiatrique à St Bernard. De même, dans le cadre d'une post-cure, il est fréquent que le médecin impose un traitement médicamenteux comme condition de post-cure.

De la mesure de maintien de l'hospitalisation contrainte à la postcure

Dans les textes bibliques, quarante jours correspondent au temps du Déluge durant lequel l'Arche de Noé va protéger le monde vivant. Quarante jours de mise en observation sont-ils ces jours de déluge psychiatrique durant lesquels le malade mental tente, à son corps défendant, vaille que vaille d'arrimer pour ne pas sombrer ? Ce dont il sera question dans cet article, c'est le temps de la postcure, ce temps censé (...) plus paisible, celui qui suit la tempête.

La mesure de maintien : une demande « institution-dépendante » ?

La loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux définit plusieurs temps de soins. Les exposés de ce matin ont permis de se faire une meilleure idée de sa finalité concernant le premier temps, celui de mise en observation et de la confirmation de cette mesure. Le deuxième temps est un temps de prolongation de soins sous contrainte à l'hôpital (maintien de l'hospitalisation) et/ou de préparation à la sortie (maintien de l'hospitalisation et postcure), qui fait suite au premier temps de mise en observation

L'utilisation du maintien concerne avant tout des malades mentaux qui, sans contrainte de soins, peuvent se mettre en danger en-dehors de l'institution psychiatrique, engendrer des risques importants pour eux-mêmes ou pour autrui, se désinscrire socialement. D'emblée, une question se pose : comment expliquer l'existence d'une demande quasi-systématique de maintien en hospitalisation dans certains hôpitaux alors que dans d'autres, il y a une levée quasi-systématique des mesures de protection et donc absence de maintien ? La logique hospitalière ou le style institutionnel diffèrent donc d'un lieu à l'autre. L'interprétation de la loi serait-elle « institution-dépendante » ? C'est une question qui me paraît très complexe : la situation la plus simple concerne les patients dangereux pour lesquels un établissement de soins pourrait se spécialiser et ainsi, encourager les mesures de maintien vu le tableau clinique ; d'autres établissements de soins renvoient plus facilement la question de la responsabilité des conduites au social et donc, se passent de demander des mesures de maintien. Il faut donc tenir compte de la lecture médicale et peut-être politique des établissements de soins.

Tout cela pour dire qu'il faut mettre ensemble privation de liberté (il n'est pas libre de ses mouvements, il ne peut partir comme cela à l'étranger, par exemple), lecture du risque (au nom de quoi pourrait-il être dangereux ?) et soins supposés à donner. La postcure dont je vais vous parler viendra contracter ces trois pôles.

Maintien et postcure : des espaces de retemporalisation

Le patient dont je vais parler est en général, un patient qui souffre de schizophrénie, de troubles psychotiques divers ou de troubles de l'humeur (manie délirante, mélancolie) et qui mettra un temps beaucoup plus long pour aller mieux ; tout en refusant les soins, il nécessitera une poursuite de ces soins sous contrainte ; il va donc bénéficier d'une mesure de maintien qui est un temps défini pour lui permettre de se soigner voire dans le meilleurs des cas de quitter l'hôpital dans des conditions qui favorisent le retour à un équilibre psychique compatible avec sa maladie. Il quittera l'hôpital pour une postcure qui se définit comme «une période qui suit une cure pendant laquelle le malade reste sous surveillance».

Pour rappel, la postcure ne s'imagine pas sans la mesure préalable de maintien. Même s'il s'agit d'une mesure distincte, on ne peut ordonner une postcure après une « seule » mise en observation, sans qu'il y ait eu décision judiciaire de maintien en hospitalisation. Ce maintien et cette postcure ont l'immense avantage et intérêt de «retemporaliser» les événements. Grâce à la Loi de 1990, le temps lié aux soins sous contrainte est balisé. «Retemporaliser», c'est d'une part remettre du temps là où la souffrance a anéanti le sujet malade pour en faire ou un être sans temps (dans l'errance schizophrénique, dans les virages maniaques (ils ont perdu le temps de s'arrêter) ou un être sujet à épisodes mélancoliques (le temps s'est arrêté)). Mais c'est aussi «re-tempérer», c'est-à-dire adoucir, atténuer à nouveau des patients pris dans des pulsions, des impulsions d'agir ou de parler avec un discours hors du sens commun (passage à l'acte, délire schizophrénique, conviction paranoïaque...).

Le cadre légal de la postcure : de la décision et ses conditions

Nous voilà à la porte de sortie de l'hôpital; il a retrouvé la liberté, enfin, une liberté de mouvement mais pas une liberté de pouvoir refuser de se faire soigner... Je vais me référer aux articles 16 et 17 de la Loi de juin 1990.

Ainsi, l'article 16 stipule que «pendant le maintien, le médecin-chef de service peut décider à tout moment **avec l'accord du malade** et dans un rapport motivé, une postcure en-dehors de l'établissement, précisant les conditions de résidence, **de traitement médical ou d'aide sociale**. Pendant la durée de postcure, qui a une durée maximale d'un an, la mesure de maintien subsiste. Le médecin informe de sa décision le malade, le directeur de l'établissement, qui communique au juge de Paix (...)».

La loi prévoit donc que **«le médecin peut décider avec l'accord du patient...»** : on sort un petit peu de la logique de la contrainte ; le médecin chef de service ne peut plus décider à la place du patient ; la Loi énonce que le patient a, à ce moment-là, le droit de donner son accord ou son désaccord sur les projets de soins qui le concerne. L'accord du patient est nécessaire mais ne suffit pas ; en effet, c'est le médecin chef de service qui décide finalement la postcure. Disons que le refus du projet par le patient oblige à construire un autre projet de sortie. Il faut dire que paradoxalement, certains patients se sentant protégés par l'hôpital en arrivent à refuser tout projet de postcure, jouant ainsi une ambivalence chère à leur dynamique psychotique/abandonnique ; il va sans dire que cela participe pour certains à leurs longues durées de séjour à l'hôpital. Bref, l'esprit de la loi peut être parfois à entendre comme un «contrat thérapeutique» sur lequel le patient doit marquer son accord.

L'article 16 de la loi dispose encore que la décision de postcure doit préciser « (...) **les conditions de résidence, de traitement médical ou d'aide sociale** (...) ». La loi laisse donc ouvert le choix du type de conditions. Ceci revient implicitement à dire que les différents niveaux de conditions reflètent bien la complexité de la situation du patient et que le malade n'est pas uniquement malade de sa maladie... En pratique toutefois, on insiste surtout sur le traitement médical (sous forme de rendez-vous obligatoire par exemple), avant toute autre chose. Il va de soi que si la responsabilité en incombe au médecin chef de service, dans les faits, c'est le médecin de salle responsable du séjour du patient qui coordonne les soins et les demandes

de maintien, préparant un document à soumettre au médecin chef de service. Ceci amène à poser la question du conflit d'intérêt susceptible de surgir quand le patient a pour médecin de salle le médecin chef de service. Par ailleurs, cela souligne l'importance d'une collaboration et d'une confiance réciproque entre le médecin chef de service et les médecins d'unités de soins.

La levée de la mesure et la réintégration

L'article 17 stipule quant à lui que «pendant la postcure, le médecin chef de service peut à tout moment : mettre fin à la postcure s'il estime que l'état du malade le permet, décider la ré-admission du malade dans le service si son état mental l'exige ou si les conditions de la postcure ne sont pas respectées».

Le pouvoir de lever ou de réintégrer le patient est donc du ressort du médecin chef de service ; cela suppose qu'il y ait **un lien de confiance** entre le médecin de tutelle qui accompagne le patient et le médecin chef de service ; ainsi, à la confiance réciproque, s'ajoute le fait que le médecin chef de service doit parfaitement être informé de la situation. On peut souligner l'importance et l'émergence d'un dialogue confraternel (hôpital-ambulatorio). Pratiquement, à Bruxelles, il est généralement convenu que le médecin de tutelle envoie au médecin chef de service de l'hôpital duquel provient le patient un rapport médical succinct tous les trois mois.

La capacité à réintégrer un patient ou non est influencée par le degré de «tolérance thérapeutique» du médecin chef de service et/ou du médecin de tutelle. Il va de soi que dans le cadre d'un discours et d'une ambiance qui se veulent plus sécuritaires, il est plus difficile de justifier l'attente que l'intervention. Il existe bien sûr toujours des situations exceptionnelles qui demandent une réponse rapide. Mais la plupart des autres situations sont comme celles de la vie quotidienne, présentant un mélange d'adaptation et de dangerosité immergée dans laquelle le patient peut vivre. Bien sûr, le médecin de tutelle sera attentif aux absences, aux non-réponses, aux consultations trop rapprochées...

La mesure de postcure prend fin d'office à la fin du maintien ou après la sortie de l'hôpital à condition de ne pas avoir été réhospitalisé durant l'année qui suit la sortie ; auquel cas, le patient sera réintégré pour un an en postcure à partir de la date de sortie de son dernier séjour. A ce stade-ci, comme le rappelait Maître de Viron, après la décision de maintien, il n'y a plus de représentant de la Loi physiquement présent. Ne faudrait-il pas prévoir des mo-

ments de rencontre à un ou plusieurs stades de la période du maintien ? Par ailleurs, si en fin de maintien, le Juge de Paix n'est pas interpellé, la mesure se termine d'elle-même au bout des deux ans.

Les soins en milieu familial comme alternative à l'hospitalisation

Avant d'évoquer l'aspect clinique, je m'en voudrais de ne pas avoir évoqué le chapitre III de la Loi qui concerne «des soins en milieu familial» (art.23 à 29). Il s'agit d'une mesure de protection qui concerne le malade mental dont l'état et les circonstances (quelles circonstances ?) permettent d'autoriser le soin ou le traitement dans sa famille. Le recours à cette mesure suppose que le juge de paix ait pu entendre toutes les parties lors d'un débat en chambre du conseil. S'il fait droit à la demande, le juge donne mission à une personne déterminée de veiller sur le malade et à un médecin de le traiter (visites régulières et rapport annuel adressé au Juge de Paix). Sans vouloir généraliser, il me semble que c'est une pratique largement sous-utilisée ; faut-il le regretter ? Faut-il y voir un dogme médical hospitalo-centré, voire une philosophie de soins paternaliste et peu autonomiste ?

Quel cadre pour quels patients ? Une réflexion clinique

A qui avons-nous affaire ? La représentation du patient peut être résumée comme suit : il souffre de troubles psychotiques caractérisés par un vécu délirant, une absence de conscience morbide, un fonctionnement projectif, la présence d'un déni de la réalité... L'évolution est donc peu constante, non linéaire, peu prédictible et se manifestera par des moments d'angoisses ou d'agitations qui nécessiteront des réhospitalisations... Ces quelques termes disent la complexité de ces êtres en souffrance. Ils situent la problématique du côté d'un «ça n'ira pas mieux demain», soulignant par là encore que cela prendra du temps, qu'il faut faire avec... Mais, au bout du compte, l'expérience montre qu'il y a des patients pour qui la postcure a pu prendre du sens et amorcer un rapport au monde un peu plus apaisant. Il n'est pas rare aussi que les patients poursuivent leur suivi au-delà de la mesure de contrainte... Un de mes confrères me disait au début de mon assistanat «vous verrez, vos patients schizophrènes vieilliront avec vous !»

Ce que va permettre la tutelle médicale - et c'est ce qui en fait un travail clinique intéressant -, c'est la **co-construction d'un cadre** qui inclut le soin et la contrainte de soin. Là, le psychiatre a une grande latitude pour le développer, car comme chaque patient est unique, il faut inventer

au cas par cas, il n'y a pas de prêt-à-porter... c'est un lieu à inventer. Certains patients nécessiteront des entretiens rapprochés, d'autres non, quelques-uns seront vus au domicile, d'autres feront coïncider traitement par injection et consultations... d'autres enfin, feront les entretiens en présence de leur entourage (conjoint(e), famille)... La famille, parlons-en... Souvent elle-même en difficulté, elle devra parfois être prise en charge elle aussi. Au Chien Vert, notamment, la présence d'un entourage disqualifiant ou trop inquiet devra être entendue, sinon le court-circuitage sera permanent et le cadre du colloque singulier médecin-patient sera sans cesse «attaqué». De plus, l'interpellation de l'entourage peut vite glisser du côté d'un «il est à nouveau difficile, il faut le ré-hospitaliser»... Par les temps qui courent, l'interpellation se transforme parfois en menace du genre «s'il arrive quelque chose, Docteur, ce sera de votre faute ; c'est vous qui êtes responsable...». Certaines familles en arrivent à déposer le patient sur le seuil de l'hôpital. De même, lorsque ces patients ont à faire avec la police, cela peut aussi court-circuiter le processus de soins. La police sera parfois plus sensibilisée par le fait commis, indice de dangerosité et donc d'enfermement nécessaire que par le statut de malade supposant un soin : «il est malade, il faut le protéger» entendons-nous dire. Oui, mais la protection du malade devient alors un alibi pour l'exclusion... Tout ceci participe parfois à la chronicisation d'un patient qui, dans toute son ambivalence, menace par exemple le lieu de vie dans lequel il a souhaité vivre. Tout cela nécessite souvent de travailler à plusieurs : il faut avoir la possibilité d'en parler en équipe, de se faire aider notamment par un thérapeute de famille, une assistante sociale, d'aller au domicile, de s'entretenir avec les autres balises du cadre (les administrateurs des biens, le médecin généraliste, les psychothérapeutes, les personnes de confiance...).

Le rôle du médecin de tutelle peut être d'être à penser comme incarnant un point d'ancrage dans le réel. On a donc tout intérêt à internaliser cette fonction qualifiée de « contenante » plutôt que d'y aller d'une figure d'autorité : «Si vous ne venez pas à la consultation, je vous remets à l'hôpital»... Derrière le souci de protection, le glissement sécuritaire n'est jamais loin.

Après quelques années de pratique en consultation, je peux dire encore que la question de la contrainte se dégonfle souvent assez rapidement. Même s'il est tenu de venir, le patient n'est pas tenu de parler. Pourtant il parle ou finit par parler... Ce qui sous-tend que le lieu de consultation obligatoire devient un champ de possible pour faire

éclore un lien de confiance et d'élaboration psychique. Évidemment, cette adhésion à la rencontre ne vaut pas pour tous : il y a de nombreux patients pour lesquels le projet de postcure était trop fragile tant d'un point de vue clinique (il n'est pas tout à fait stabilisé) que du point de vue d'un entourage trop envahissant, d'un ennui morbide... Pour l'illustrer, bon nombre de patients vont, durant leur postcure, refaire un séjour à l'hôpital ; la plupart le feront de manière contrainte et quelques-uns de manière volontaire. Tout cela indique que décider d'une réintégration est une manière de fixer les limites du cadre de la postcure.

Je vous soumettrai encore quelques balises illustrant le travail clinique : je pense à l'importance de situer où le patient en est par rapport à ses besoins vitaux (santé physique et mentale (lieu du corps), finances, lieu de vie...) ; à l'importance de situer où il en est par rapport aux autres (méfiance, conflictualité...) ; à l'importance de renommer les points de repères (entourage, lieu tiers, centre de jour, médicaments), de tenter d'historiciser la vie du patient et de faire, bien entendu, une hypothèse diagnostique sur son mode opératoire... A propos des médicaments, la loi n'oblige pas que le patient prenne des médicaments... Il me semble toujours important de ne pas faire de la prise de médicaments une condition de postcure.

Un mot encore sur l'absence aux consultations : comment la penser ? Que faire quand un patient en postcure ne se présente pas à la consultation ? Cela doit se traiter au cas par cas ; il faut tenir compte de la lecture que l'on peut donner à l'absence. L'habitude veut qu'on essaye de le joindre (par courrier ou par téléphone). Excepté les situations graves qui nécessitent une réintégration urgente (en fonction de sa fragilité, des antécédents...), le reste est du ressort du savoir-faire du psychiatre, de la qualité du lien transférentiel qui l'unit au patient... On oublie parfois que l'on peut se permettre d'attendre.

Ces différentes contraintes font que la tutelle nécessite

un aménagement en temps et en disponibilité, rendant ce travail difficile et parfois ingrat. C'est ce qui fait que peu de psychiatres acceptent facilement de prendre en charge ces patients. On évoque en plus comme hypothèses à ce désintérêt les problèmes de paiement, la faible compliance aux soins et les difficultés de rendez-vous dans un agenda régulièrement saturé.

Conclusion

On peut se demander comment était pensée la sortie des malades mentaux de l'asile avant la loi de 1990. Aujourd'hui, grâce à cette loi, même si les patients rentrent plus «facilement» et de manière légitimée à l'hôpital psychiatrique - on assiste à une explosion du nombre de mises en observation -, les malades mentaux en sortent plus facilement aussi... ce qui est une bonne nouvelle.

Il fallait donc repenser un cadre de soins qui préserve le patient et le monde qui l'entoure tout en maintenant, il faut le souligner, une grande liberté thérapeutique aux médecins (psychiatres). La loi de 1990 a ainsi pu aider à «re-temporaliser et retempérer» la trajectoire du patient. Ces malades mentaux, ceux dont je vous ai parlé en tout cas, vivent ainsi au sein d'un double couple soigné-surveillé/soignant-surveillant qui les expose davantage aux regards de la société. Ces regards, en-dehors de toute loi, devront peut-être être remis à jour pour qu'ils soient plus inclusifs et moins excluants... Ces mêmes regards sont aussi le reflet de l'intention de la loi ; raison pour laquelle il nous faut comme aujourd'hui, la requestionner et la confronter à nos idéaux sociaux. Le renversement de l'entonnoir (pour répondre à la question du colloque) m'évoque cette phrase qui prend l'allure d'un dicton : «La valeur humaine se mesure dans sa capacité à prendre en charge ses fous».

Dr. François Georges
Psychiatre

« Les droits du patient à l'épreuve de l'hospitalisation contrainte »

Douze années séparent la loi de mise sous protection du malade mental de 1990 et la loi relative aux Droits du Patient de 2002 : intervalle temporel certes, mais encore fossé au regard des valeurs sous-jacentes. A l'inspiration des deux lois, deux principes quasi antagonistes : volonté de protection par la contrainte d'une part, affirmation des droits à l'autodétermination d'autre part. Aujourd'hui, avec quelques années de recul quant à l'application de la loi de 2002, on peut légitimement s'interroger sur la manière dont elle est entrée en interaction avec la première loi précitée : comment le contexte d'une hospitalisation forcée interfère-t-il avec l'exercice de droits tels que, par exemple, le droit au consentement ou le droit au respect de la vie privée ? Pour tenter d'en rendre compte, il sera fait appel à un point de vue particulier, celui des médiateurs en santé mentale, dont la fonction consiste à recevoir les interpellations de patients qui se jugent insatisfaits quant à l'exercice de leurs droits de patient. Après un bref rappel du cadre légal dans lequel s'inscrit la fonction de médiation au sein des hôpitaux psychiatriques, il sera fait état des principales difficultés d'application des droits du patient observées et consignées par les médiateurs, dans le cadre des mesures de protection des malades mentaux. Le point crucial consistera ensuite, sur base de ces observations, à dégager l'un ou l'autre enjeu éthique soulevé par l'hospitalisation forcée.

Le cadre légal de la médiation au sein des hôpitaux psychiatriques

Parmi les nouveautés apportées par la loi relative aux Droits du Patient, figure le droit d'accès à une fonction de médiation compétente pour recevoir les plaintes en la matière, avec pour corollaire, l'obligation pour les hôpitaux d'organiser un service de médiation accessible à tous les patients. Dans la quasi-totalité des hôpitaux psychiatriques où séjournent des patients sous mesure de protection, le service de médiation est assuré par des médiateurs locaux externes, attachés aux Plates-formes de Concertation pour la Santé mentale. Conformément à leurs missions légales, les médiateurs sont chargés de recevoir les plaintes des patients insatisfaits par rapport aux droits énumérés par la loi ; ils ont également la tâche de rédiger un rapport annuel par institution, lequel rapport mentionne, de manière anonyme et globalisée, les difficultés significatives dans

l'application des droits du patient. Le rapport est transmis simultanément à l'institution concernée et à la Commission fédérale Droits du patient dont une des missions consiste à évaluer la manière dont la loi de 2002 est effectivement appliquée sur le terrain.

Les droits du patient et leurs difficultés d'application

En se penchant sur le contenu des rapports rédigés par les médiateurs, on note d'abord qu'une part importante des interpellations reçues émane de malades placés sous mesure de protection ou séjournant en section fermée. Par ailleurs, il est remarquable de constater que la répartition des interpellations en fonction des droits adopte un profil analogue dans toutes les institutions et dans toutes les régions du pays. Les droits qui se heurtent à des difficultés d'application sont similaires à peu près partout : il s'agit, selon une fréquence décroissante, du droit à recevoir des soins de qualité, du droit au consentement éclairé, du droit à recevoir l'information relative à l'état de santé et du droit au respect de la vie privée. L'immense majorité des plaintes enregistrées mettent en cause la qualité des soins reçus. Elles indiquent d'abord que les attentes au niveau de la dimension relationnelle du soin sont souvent mal rencontrées, en déplorant un manque d'accessibilité, de disponibilité, de soutien voire même d'humanité dans le chef des soignants, ou encore des paroles ou gestes violents lors d'épisodes d'isolement ou de contention. Au niveau de la technique du soin, les plaintes portent sur deux thématiques principales : le recours exagéré à des médicaments, par ailleurs souvent mal tolérées en raison de leurs effets secondaires lourds, et l'insuffisance de prise en charge de pathologies somatiques.

Dans le contexte des mises en observation, il n'est guère surprenant de constater un nombre élevé de plaintes à propos du consentement au soin. Le refus de soin, qui représente souvent un élément déterminant dans les critères qui amènent le recours à la mesure, continue, assez logiquement et avec d'autant plus de force, à s'exprimer lorsque la personne est privée de sa liberté. De nombreux malades hospitalisés sous la contrainte s'opposent à ce que l'enfermement soit « agrémenté » d'une médication imposée, surtout lorsque celle-ci est administrée par injections ou sous la menace de « sanctions », comme par

exemple la menace de mises à l'isolement. Certains dénoncent aussi un non respect de leur point de vue lorsqu'il s'agit de pratiquer des examens diagnostiques ou d'administrer des traitements médicaux ou chirurgicaux.

En ce qui concerne le droit à recevoir l'information relative à la santé, les patients se déclarent insatisfaits, soit parce qu'ils estiment manquer d'explications à propos du diagnostic ou du traitement, soit davantage parce qu'ils attendent un éclairage quant au pronostic. De nombreux diagnostics psychiatriques lourds à prononcer incitent les praticiens à recourir à la modalité de l'exception thérapeutique. Toutefois, cette possibilité, qui prévoit de ne pas donner une information susceptible de nuire gravement au patient, est soumise à certaines conditions et doit précisément demeurer exceptionnelle. Le risque est que l'exception ne devienne la règle.

Enfin, on pointera encore quelques difficultés d'application du droit au respect de la vie privée. La loi de 2002 mentionne explicitement que ce droit inclut le respect de l'intimité du patient. On conçoit que l'enfermement en milieu psychiatrique fermé est susceptible de malmener cette intimité. Les conditions de vie en un lieu clos engendrent la promiscuité, le contrôle, la rupture des liens affectifs et familiaux. La plupart des gestes quotidiens s'effectuent en des lieux partagés. En outre, le partage d'informations au sein d'équipes pluridisciplinaires, autrement dit la pratique de plus en plus répandue du secret professionnel partagé, concourt au sentiment de vivre en permanence sous le regard et sous le jugement d'autrui.

De manière plus générale, l'exercice des droits officialisés par la loi de 2002 rencontre deux problèmes majeurs dans le champ de la psychiatrie hospitalière. Le premier touche à la question de la capacité : les éléments qui incitent à recourir à une mesure de protection génèrent le plus grand doute quant aux aptitudes du patient à apprécier raisonnablement son intérêt et à exercer ses droits. Il semble qu'il existe une forte tendance à considérer le malade mis en observation comme incapable de fait, même au-delà des épisodes de crise. Cela justifie un certain nombre de comportements qui négligent de respecter ses droits de patient, en particulier son droit au consentement éclairé. Le second problème tient à la personne malade elle-même. L'anosognosie figure au rang des symptômes fréquents de la psychose; elle se rencontre donc souvent chez les personnes mises en observation. En déniaient leur maladie, ces personnes se refusent à recevoir des soins et donc à devenir des patients ; bien davantage que le respect de

leurs droits de patient, c'est alors le respect de leurs droits fondamentaux qu'elles réclament.

Enjeux éthiques

Au plan éthique, l'articulation entre la loi de mise sous protection de 1990 et la loi relative aux Droits du Patient représente une illustration exemplative d'une tension entre deux valeurs, la bienveillance protectrice et l'autonomie. Le souci sécuritaire, largement exprimé dans les médias et au sein du grand public, affronte le paradigme éthique qui tend à accorder la préférence à la valeur d'autonomie. Pour autant, l'idéologie «autonomiste» n'est pas sans poser quelques problèmes. Le premier résulte de la discordance entre un discours affiché qui prône le respect du droit à l'autodétermination et des comportements concrets encore largement teintés de paternalisme. Le deuxième tient aux manières diverses d'entendre le terme autonomie : si pour les soignants il s'assimile généralement à l'aptitude à mener une vie sociale «normale» plus ou moins indépendante, pour le malade, il signifie plutôt la liberté de clamer qu'il n'est pas fou, de refuser un traitement et de vivre sa vie en dehors de l'hôpital. En prônant l'autonomie comme un objectif thérapeutique, les soignants oublient parfois que l'autonomie de la personne inclut la possibilité de ne pas se conformer à leur vision des choses. Enfin, la troisième difficulté découle de la tendance forte à lier l'autonomie à la capacité. Il existe pas mal de réticences à concevoir une personne en état de capacité réduite comme dotée d'autonomie. Or, ne sommes-nous pas tous en état de capacité limitée ? Les limites, l'imperfection, la finitude font partie de l'humanité de l'homme, de même que la confrontation à la règle. Si on se réfère au sens kantien de l'autonomie, il renvoie au choix d'élaborer et de se conformer librement à une règle. En ce sens, l'autonomie n'est pas une affirmation individualiste de soi, mais elle se comprend comme la faculté d'exercer sa liberté à l'intérieur d'un contexte donné, avec des limites et des contraintes plus ou moins fortes, dans le respect de certaines règles.

Et que dire de ce qui apparaît comme une autre tension forte, à savoir la question du consentement sous la contrainte ? Ce qui apparaît à première vue comme une opposition indépassable, peut également se trouver une voie d'issue par le retour à l'étymologie. Le mot consentement fait référence à un «sentir commun», ce qui pourrait signifier que le consentement déborde largement du fait de donner ponctuellement son accord avant un examen, une intervention, ou au début d'un traitement. Il implique l'engagement dans un processus de co-construction d'un

projet élaboré dans la concertation entre celui qui prodigue le soin et celui qui le reçoit dans sa chair. En ce sens, le consentement représente une manifestation de l'autonomie des deux partenaires qui travaillent ensemble à lutter contre la maladie au sein d'une relation intersubjective.

Parler en terme de relation intersubjective, c'est rappeler que toute forme de soin appelle d'être médiatisée par un lien de personne à personne. C'est précisément ce que nous rappellent de manière aigue les nombreux patients qui pointent les insuffisances de qualité relationnelle avec leurs soignants. Face à la souffrance combinée de la mala-

die et de l'enfermement, les personnes hospitalisées sous contrainte sont en attente urgente de proximité humaine. Prodiguer des soins dans un contexte de contrainte, c'est affronter un lourd défi pour les équipes soignantes, celui d'accueillir, d'accompagner et de soulager une personne en souffrance extrême, en lui rendant accès autant à la parole qu'au sens de son histoire.

Dr Marie-Françoise Meurisse

Médecin, philosophe, médiatrice en santé mentale

L'internement en défense sociale: entre soin et sécurité

Internement et soin : quelques questions de départ

La loi de défense sociale permet d'interner, sous un régime dit « de défense sociale » les auteurs de faits qualifiés crimes ou délits « atteints d'un trouble mental ». L'objectif de la loi est de permettre de prodiguer à ces auteurs d'actes « qualifiés infractions », qui sont également des malades mentaux, un traitement approprié à leur état, tout en prenant en compte les impératifs de sécurité liés à la dangerosité qui les caractérise.

En prenant appui sur les enseignements d'une recherche récente¹, je voudrais, après avoir rappelé le cadre organisationnel de la défense sociale, évoquer un certain nombre d'enjeux cruciaux soulevés par les intervenants de terrain à propos du soin en internement.

Trois lieux d'internement

En Belgique, les lieux d'internement sont de trois types : les annexes psychiatriques de prison, dont ce n'était pas la vocation première, les établissements de défense sociale et les « établissements appropriés ».

Les annexes psychiatriques de prison, initialement conçues comme lieux de « mise en observation » préalable à la décision sur l'irresponsabilité de l'auteur d'une infraction, sont devenues des lieux d'internement de longue durée. Placées sous la tutelle du ministère de la Justice, les 12 annexes que comptent les prisons du Royaume sont avant tout des lieux de détention qui ne s'ouvrent que de façon limitée au soin, en raison de la prédominance des contraintes organisationnelles et sécuritaires. Ces annexes sont parfois qualifiées de « garderies », voire de « dépotoirs ». Depuis 2007 cependant, une équipe pluridisciplinaire de soin est prévue au sein de chaque annexe. L'implication des psychiatres reste cependant faible.

Le deuxième lieu d'internement est constitué par les établissements de défense sociale (EDS). On en compte trois en Région wallonne, dont un dépendant du ministère de la Justice (Pfaive) et deux dépendant du ministère de la

Santé (Mons et Tournai). Il n'en existe aucun en Région flamande, mais deux y sont en création.²

En Région wallonne, l'EDS de Paifve est un établissement pour hommes, comportant 208 places. Placé, comme les annexes, sous la tutelle du ministère de la Justice, il compte parmi son personnel, un directeur d'administration pénitentiaire, des agents de surveillance de l'AP, une équipe multidisciplinaire de soin et un psychiatre vacataire. Les internés y bénéficient d'« un peu plus de liberté qu'en prison, mais guère plus de soins »... L'EDS « Les Maronniers » de Tournai est un établissement de 344 places, pour hommes également. Placé sous la tutelle du ministère de la Santé, il s'agit d'une aile sécurisée d'un hôpital psychiatrique. Son personnel est composé essentiellement d'infirmiers et d'éducateurs, de psychologues et d'assistants sociaux. Il s'agit d'équipes pluridisciplinaires placées sous la direction d'un psychiatre et qui se sont renforcées au cours des 15 dernières années. L'EDS de Mons enfin, est un établissement pour femmes de 22 places, constitué d'un pavillon de défense sociale inscrit au sein d'un complexe hospitalier. Place sous la tutelle du ministère de la Santé, son personnel est composé de nombreuses infirmières psychiatriques, d'une équipe pluridisciplinaire et d'un psychiatre à mi-temps. Aucun des ces établissements ne peut sélectionner ses patients.

Le troisième lieu d'internement, prévu par l'article 14 de la loi de défense sociale, est constitué par les « établissements appropriés ». En clair, il s'agit d'hôpitaux psychiatriques privés subventionnés. Assez rarement utilisés en Belgique francophone, ils le sont essentiellement dans le cadre de libérations à l'essai. Ces établissements peuvent, eux, refuser d'admettre un interné.

Deux tutelles différentes, deux modèles de rapports entre le soin et l'expertise

La différence essentielle entre les institutions de défense

¹ Y. CARTUYVELS, B. CHAMPETIER, A. WYVEKENS, avec la coll. de M. van de KERCHOVE, Soigner ou punir ? Un regard critique sur la défense sociale en Belgique, Bruxelles, FUSL, 2010.

² En région flamande, les internés se trouvent soit en annexe psychiatrique de prison (1/3), soit, le plus souvent dans le cadre de libération à l'essai, dans des hôpitaux psychiatriques classiques (2/3)

sociale du ministère de la Justice et celles du ministère de la Santé³ concerne actuellement la scission entre les missions de soin et d'expertise. La loi du 12 janvier 2005 sur l'administration des établissements pénitentiaires et le statut juridique externe des détenus (loi « Dupont ») a introduit cette scission pour l'ensemble du monde pénitentiaire, au motif que ces deux missions - « soin » et « expertise » - sont incompatibles dans le chef d'une même personne. Les annexes psychiatriques de prison et l'EDS de Pfaive, qui dépendent du ministère de la Justice, sont soumis à la scission. Par contre, paradoxalement, les deux EDS de Mons et de Tournai, qui dépendent du ministère de la Santé, ne pratiquent pas la scission, même si le code de déontologie médicale la recommande également.

La scission a deux effets immédiats dans les établissements concernés : d'une part, l'interdiction faite aux soignants de transmettre des informations aux acteurs qui réalisent des tâches d'expertise ou d'évaluation, ce dont se plaignent souvent ces derniers ; d'autre part, depuis deux ans environ, le recrutement d'équipes spécifiques de soin.

Après ce bref rappel, je voudrais maintenant mettre l'accent sur un certain nombre de questions liées au soin en internement.

Les internés : malades et/ou délinquants ?

1. Les internés sont malades et délinquants, accueillis dans des lieux où soin et sécurité tendent à se trouver en concurrence. Jusqu'à quel point cette concurrence est-elle équilibrée ? Il semble ici que les personnels soignants (infirmiers, psychologues, assistants sociaux) voient les internés d'abord comme des malades alors les agents de surveillance ne peuvent jamais oublier totalement qu'ils sont des détenus.

2. Quelle est la place du soin en annexe psychiatrique ? Depuis 2007, le soin tend à s'y faire une place plus importante, mais la logique carcérale (le vocabulaire utilisé, par exemple) et le souci de la sécurité restent prédominants. L'évolution vers plus de soin est entravée également par la grande hétérogénéité de la population carcérale, le manque de personnel, les contraintes organisationnelles. Par ailleurs, les internés, en annexe, préfèrent être vus comme des détenus que comme des malades ou des « gogols ».

3. Les établissements de défense sociale sont a priori

plus centrés sur le soin, dont la qualité s'améliore au fil du temps, loin cependant du niveau des normes hospitalières. La logique de sécurité aurait toutefois tendance à s'y renforcer parallèlement : moins de liberté d'aller et venir à l'intérieur de l'institution et, surtout, une sortie d'institution de plus en plus difficile à obtenir.

Nature et qualité(s) du soin en défense sociale

1. Le recours à la médication présente un caractère massif et systématique, tant en annexe que dans les EDS. La distribution se fait généralement à la chaîne et non au cas par cas. Ceci s'explique dans les annexes, où une population « difficile » n'a longtemps eu pour interlocuteurs qu'un psychiatre peu impliqué et des surveillants dépourvus de formation spécifique. Dans l'ensemble des établissements, les impératifs de sécurité, de tranquillité appellent l'usage du médicament comme « stabilisateur » des comportements.

2. Un problème récurrent, dans cette perspective, est posé par les patients qui interrompent leur médication. La « non compliance » au traitement peut s'expliquer par divers motifs : elle peut être le sésame pour avoir droit à un travail ; elle peut être une manière de prouver qu'on est « guéri ». Elle est souvent très mal perçue par les intervenants qui la ressentent comme une transgression, voire une trahison. L'arrêt de la médication est encore associé à un retour de la dangerosité.

3. Le refus de la médication pose le problème de la médication forcée. On peut y voir une forme de violence institutionnelle. À l'inverse, certains considèrent que la médication permet de stabiliser un patient, de rouvrir un espace de parole, de permettre un traitement d'une autre nature. Elle peut également permettre d'envisager une libération à l'essai, impensable sans médication.

4. La récente montée en puissance des droits des patients⁴ vient freiner l'usage de la médication forcée. Elle pourrait même faire basculer la question dans l'autre sens : la crainte d'être l'objet de plaintes de la part des patients conduirait les médecins à retarder au maximum, éventuellement dangereusement, le moment de prendre la responsabilité d'une médication forcée.

5. Cela dit, les analyses convergent pour regretter le primat de la médication : en EDS comme en annexe, le souci est plus de stabiliser que de traiter ou de guérir. Ceci pose

³ Outre la question des coûts de séjour et de leur prise en charge.

⁴ En particulier la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, qui dispose notamment (art. 11) que le patient a le droit « d'introduire une plainte concernant l'exercice de droits que lui octroie [cette] loi ».x1

aussi le problème de la « non demande » du patient. Très souvent, le patient interné, placé sous contrainte judiciaire, n'est demandeur d'aucun traitement. Comment alors éveiller chez lui « l'envie » de se faire soigner ?

6. Le rôle des agents de surveillance en annexe psychiatrique est également intéressant sur le plan du soin. En première ligne, ces agents regrettent souvent de ne pas avoir la formation nécessaire. Mais ils disposent par ailleurs d'un « savoir profane » parfois très pertinent et peuvent développer « des comportements plus humains que les infirmiers actuels qui ne jurent que par le DSM ».

La scission entre la fonction de soin et la fonction d'expertise

1. La règle de la scission « soin-expertise » a pour objectif de protéger la relation soignant/soigné par l'instauration d'une plus grande confidentialité. Par hypothèse, un travail thérapeutique de qualité nécessite une confiance maximale : le patient doit pouvoir « tout » dire à son soignant. Or, si celui-ci exerce par ailleurs une fonction d'expert, c'est-à-dire s'il est amené à se prononcer sur la dangerosité du patient pour les besoins d'une décision (de sortie, de libération), la confiance du patient risque d'en être affectée.

2. Les implications concrètes de la scission font néanmoins l'objet d'évaluations nuancées par les intervenants.

a) Les personnels soignants intervenant dans les établissements relevant du ministère de la Justice, soumis à la scission, voient dans celle-ci un confort : la relation thérapeutique s'en trouverait de fait confortée, le soignant n'ayant plus ni rapport à faire ni information à transmettre. La scission présente néanmoins aussi des difficultés : le personnel soignant perd un levier de pression par rapport à des patients qui refusent tout traitement ; les membres de l'équipe sont coupés d'informations utiles et renvoyés à une expertise « photographique », fruit d'un ou deux entretiens ponctuels ou de tests ; la scission a été peu préparée et la réorganisation des équipes a créé des tensions au sein du personnel, voire des frustrations chez certains intervenants dépouillés de leur mission d'accompagnement. Destinée à améliorer la relation soignant/patient, la scission a aussi créé des barrières ou des tensions entre

les différents intervenants : soignants/experts, soignants/commission.

b) Dans les établissements relevant du ministère de la Santé, non soumis à la scission, la « double casquette » (soignant-expert) n'est pas forcément ressentie comme empêchant la relation. Elle permet au patient « d'accrocher » avec l'intervenant dont il se sent le plus proche, qu'il soit ou non évaluateur. L'évaluation est collégiale, les cas étant débattus en équipe, comme dans les hôpitaux psychiatriques, et l'expertise se fait « dynamique », plus centrée sur la trajectoire du patient. Quant à la question de la confidentialité, les intervenants se « bricolent » des frontières, créant par le bas une pseudo-scission dans les faits. Par exemple, les psychologues de ces EDS refusent d'assister aux audiences de la commission de défense sociale. Le psychiatre de l'institution occupe alors une position-clé, de dépositaire de la fonction d'expertise qui lui est déléguée par les soignants.

La comparaison des deux modèles fait apparaître l'effet paradoxal de la scission entre soin et expertise : alors qu'elle est supposée favoriser l'interné, elle peut lui être défavorable devant la commission de défense sociale lorsque celle-ci, amenée à se prononcer sur une demande de libération, ne trouvera pas dans l'expertise « photographique » des éléments suffisamment précis pour étayer une décision qu'elle ne prend déjà qu'avec la plus extrême prudence.

3. Du point de vue des internés, la scission entre soin et expertise soulève deux difficultés. D'abord, la différence de régime en fonction des établissements induit chez les patients – qui circulent d'une institution à l'autre – une certaine confusion. Ensuite, elle a parfois un effet paradoxal sur le plan du soin. Certains patients « rusent » avec le système lorsqu'ils l'ont compris : sachant que c'est l'expert qui détient le pouvoir, ils peuvent privilégier la relation avec celui-ci (non-soignant), au détriment de la relation avec le soignant.

Anne Wyvekens

FUSL et CNRS

L'internement en défense sociale

L'Etablissement de Défense Sociale de Paifve, situé à mi-chemin entre Liège et Tournai, accueille 208 patients internés, depuis l'ouverture d'une aile rénovée fin 2009. Inauguré en 1972, il s'agit du seul établissement de défense sociale dépendant du Ministère de la Justice.

Les missions de soins et d'expertise y sont clairement scindées en réponse à la loi du 12 janvier 2005 sur l'administration des établissements pénitentiaires et le statut juridique externe des détenus. Cette loi a en effet rendu incompatibles ces deux missions dans le chef de la même personne. La mission de soins est assurée par l'Equipe Soins, dépendant du SSSP, tandis que la mission d'évaluation est assurée par le Service Psycho-Social (SPS).

L'Equipe Soins s'est progressivement installée depuis fin 2006, la scission étant réellement effective depuis avril 2008, date d'arrivée des psychiatres Soins. Auparavant, le Service Psycho-Social (SPS) assurait les deux missions.

Après avoir décrit la topographie des lieux de l'EDS et brossé le tableau de ses acteurs, je me propose d'éclairer les pratiques du soin au quotidien, avant de questionner la possibilité de « renverser l'entonnoir » comme le suggère le titre du colloque auquel il est ici fait écho.

La topographie des lieux à Pfaive

L'Etablissement de Défense Sociale s'étend sur un domaine de 17 hectares. Il comprend un pavillon administratif et deux pavillons au sein desquels séjournent les patients internés : un pavillon communautaire comprenant six unités au sein desquelles les patients circulent librement en journée, et un pavillon cellulaire divisé en rez-de-chaussée avec un régime carcéral strict et un étage fonctionnant sur un mode semi-ouvert. Les patients sont répartis dans dix unités. Toutes comprennent des chambres individuelles, à l'exception d'une unité constituée par des trios. L'Etablissement de Défense Sociale dispose en outre d'une salle de sport et de musculation, d'une salle d'ergothérapie et d'un atelier.

On observe, au fil des années, une sécurisation accrue. Ainsi, les espaces accessibles aux patients au sein de l'enceinte doivent nécessairement disposer de barbelés (appelés « concertinas » dans le jargon de l'Administra-

tion Pénitentiaire). Un système de vidéosurveillance très sophistiqué vient en outre d'être récemment installé. On observe ainsi une tension accrue entre la mission sécuritaire de l'Etablissement de Défense Sociale et la mission de soins.

La carte des acteurs

Quatre types d'acteurs jouent un rôle clé à l'EDS de Pfaive : les patients bien sûr, l'équipe soin, les agents pénitentiaires et le service psycho-social.

a) Les patients

Environ 50 % des patients internés séjournant à l'Etablissement de Défense Sociale de Paifve présentent un retard mental. Schématiquement, la population de l'Etablissement de Défense Sociale peut être divisée en trois tiers :

- un tiers de patients auteurs d'infractions à caractère sexuel (AICS) avec un retard mental ;
- un tiers de patients présentant de sévères troubles de la personnalité de type personnalité limite à traits antisociaux, personnalité antisociale, voire même psychopathie vraie (la question de l'adéquation de l'internement pour ces patients se pose, ainsi que le rôle de la déresponsabilisation dans la mise en place d'un projet thérapeutique) ;
- un tiers de patients présentant des troubles mentaux stricts au sens du DSM (pathologie de l'axe I) : trouble schizophrénique (essentiellement de type paranoïde et désorganisé), trouble délirant paranoïaque, trouble bipolaire.

Plus de 50 % des patients présentent en outre une comorbidité double ou triple avec la présence, soit généralement de traits antisociaux, soit d'abus ou de dépendance aux substances psycho-actives. Un nombre important de patients psychotiques sont anosognosiques, c'est-à-dire qu'ils présentent une conscience nulle de leur trouble.

b) L'Equipe Soins

Le cadre initial prévu par l'Administration Pénitentiaire de l'Equipe Soins de l'Etablissement de Défense Sociale était identique à celui des annexes psychiatriques. Heureusement, il s'est rapidement étoffé au vu de l'importance de la population et des besoins spécifiques de l'Etablissement de Défense Sociale, notamment dans sa mission de réin-

sertion sociale.

L'équipe soin est composée de la manière suivante :

un médecin généraliste 40 heures par mois ;

trois psychiatres temps plein, à savoir 24 heures par semaine ;

- neuf équivalents temps plein (ETP) infirmiers
- quatre ETP psychologues
- trois ETP assistantes sociales
- un ETP ergothérapeute
- trois kinés indépendants mi-temps
- une logopède indépendante mi-temps
- une pédicure deux heures par semaine
- un dentiste quatre heures par semaine
- onze ETP éducateurs.

Comme on peut immédiatement s'en rendre compte, cet encadrement se situe bien loin des normes d'encadrement de la santé publique pour un hôpital psychiatrique.

c) Les agents pénitentiaires

Les missions de sécurité sont assurées par un cadre de 180 agents pénitentiaires. Leur rôle est complexe. Ils assurent donc à la fois la sécurité, mais ont également un rôle éducatif auprès des patients. Ils distribuent en outre les traitements médicamenteux.

Les affectations des agents pénitentiaires par l'Administration Pénitentiaire à l'Etablissement de Défense Sociale de Paifve suivent les mêmes règles que pour les autres prisons, sans tenir compte de la spécificité d'un tel établissement. La direction locale plaide depuis de longues années pour la mise en place d'un système de sélection propre aux agents destinés à Paifve.

Une ébauche de formation spécifique à la sensibilisation aux troubles du comportement et à la maladie mentale se met progressivement en place au Centre Pénitentiaire Ecole de Marneffe.

d) Le Service Psycho-Social

Il se compose de la manière suivante :

- deux psychiatres : un psychiatre 24 heures par semaine, un psychiatre 18 heures par semaine ;

- six ETP psychologues (le cadre en prévoit huit) ;

- quatre ETP assistants sociaux (le cadre en prévoit cinq).

Parallèlement à sa mission d'évaluation, le Service Psycho-Social a également pour mission l'élaboration et la mise en place du projet de réinsertion des patients internés qui, par définition, est bien évidemment un projet thérapeutique.

Les pratiques au quotidien

Différents textes légaux, réglementaires et les codes de déontologie balisent les pratiques au quotidien. Il s'agit de la loi de principe du 12 janvier 2005 sur l'Administration Pénitentiaire et le statut juridique des détenus et relative à l'internement de 1964, la loi sur les droits des patients de 2002, les codes de déontologie médicale et codes de déontologie spécifiques aux différentes professions (psychologues et assistants sociaux). Les principes de base sont l'équivalence des soins à l'intérieur du système pénitentiaire, et ici en l'occurrence l'Etablissement de Défense Sociale, l'incompatibilité des missions d'évaluation et de soins.

La circulaire 1800 prévoit que le psychiatre Soins est responsable du programme thérapeutique et que le psychologue coordinateur Soins coordonne l'exécution des décisions prises pour le plan thérapeutique de chaque patient. La circulaire 1800 ne prévoit donc pas explicitement un poste de chef de service pour le psychiatre Soins, ce qui, au sein d'une structure aussi hiérarchisée que le Ministère de la Justice, témoigne des relations entre l'Administration Pénitentiaire et les psychiatres. Ceci a pour conséquence un investissement souvent limité de la part des psychiatres dans la vie institutionnelle et l'organisation structurelle des soins tant dans les annexes qu'au sein de l'Etablissement de Défense Sociale de Paifve.

Sur le plan somatique, le médecin généraliste effectue environ 3500 consultations par an. Celles-ci mènent à 600 extractions en vue de la réalisation soit d'examens complémentaires soit d'actes thérapeutiques en-dehors de l'Etablissement de Défense Sociale, le problème majeur étant bien souvent le délai de réalisation de ces examens et des soins limités par la disponibilité des escortes policières ou de la disponibilité de la chambre sécurisée de l'Hôpital de la Citadelle à Liège. Un service de garde est assuré par le médecin généraliste et son groupement de confrères.

Sur le plan psychiatrique, l'installation de l'Equipe Soins, mal préparée, s'est faite progressivement : arrivée en novembre 2006 d'une assistante sociale, désignation en février 2007 d'une psychologue coordinatrice et enfin arrivée en avril 2008 de deux psychiatres permettant la scission effective entre les missions de soins et d'évaluation. Durant cette période de transition, le Service Psycho-Social, qui assurait auparavant les deux missions, a poursuivi celles-ci, assurant les soins pour certaines unités et, en parallèle, l'évaluation pour d'autres unités... L'installation de l'Equipe Soins est coordonnée à distance à partir de l'Administration Centrale par le médecin généraliste responsable du SSSP, sans un responsable médical local.

La prise en charge thérapeutique par l'Equipe Soins est basée sur l'autonomie et la demande du patient avec, comme risque en corollaire, de ne plus prendre en charge les patients malades mentaux non demandeurs (essentiellement trouble délirant paranoïaque ou schizophrène paranoïde ou désorganisé, totalement anosognosique). Le défi consiste donc à mettre en place des soins et à prendre en charge sous contrainte des patients anosognosiques, donc « non malades » et non demandeurs de soins. Le risque réel est de créer, au sein même de l'Etablissement de Défense Sociale, une exclusion de ces malades mentaux anosognosiques. Ceci aurait donc pour effet de freiner encore un peu plus leur réinsertion sociale.

La complexité engendrée par la scission des missions de soin et d'expertise est souvent source d'incompréhension tant au sein de l'Etablissement de Défense Sociale qu'en dehors de celui-ci. Les patients s'adressent préférentiellement à l'intervenant qui peut leur garantir la sortie le plus rapide, qu'il appartienne à l'Equipe Soins ou au Service Psycho-Social. D'importants problèmes de communication existent entre les Equipes Soins et les Equipes Psycho-Sociales. L'absence de préparation de la scission et de l'installation des Equipes Soins multiplie les points de tension et les zones de clivage au sein de l'Etablissement de Défense Sociale.

Pour les intervenants extérieurs également, la scission entre soins et expertise est souvent mal comprise puisque, dans les hôpitaux psychiatriques, cette scission n'existe pas. Un travail intensif est réalisé au sein de l'Etablissement de Défense Sociale afin d'huiler la communication entre les deux services et afin de réduire les lignes de clivage.

Renverser l'entonnoir : de la ségrégation à l'intégration ?

Les patients internés arrivent à l'Etablissement de Défense Sociale de Paifve après des séjours d'une durée variable de six mois à quatre ans dans les différentes annexes du pays. Leur réintégration résulte le plus souvent d'un non-respect de conditions, voire d'une décompensation de leur état, n'ayant pu être pris en charge dans le système psychiatrique ambulatoire ou hospitalier. Cette réintégration résulte exceptionnellement de la commission de nouveaux faits.

L'accumulation des patients internés au sein de l'Etablissement de Défense Sociale et l'allongement progressif des séjours avec un risque accru de désocialisation résultent de différents facteurs. On peut noter pêle-mêle l'absence de structure spécifique de prise en charge pour les AICS présentant un retard mental. Les troubles de personnalité sévères tendent également à s'accumuler au sein de l'Etablissement de Défense Sociale, leur libération à l'essai dépendant essentiellement des Commissions de Défense Sociale et des risques que celles-ci sont prêtes à encourir tenant compte de leur dangerosité. Les patients anosognosiques, essentiellement schizophrènes ou paranoïaques, du fait de leur « absence » de maladie mentale refusent bien souvent de coopérer à la mise en place d'un projet de réinsertion sociale et apparaissent aux yeux des structures extérieures comme de « mauvais candidats ». En effet, ils nécessitent bien souvent une prise en charge à moyen et long cours en vue de leur réinsertion, alors que les structures externes, en particulier hospitalières, sont de plus en plus soumises à une réduction de leur durée d'hospitalisation. Certaines structures se montrent également extrêmement frileuses à l'accueil de cette population difficile. Par ailleurs, les délais d'admission dans certaines structures, telles les maisons de soins psychiatriques, peuvent s'étendre d'un à trois ans. Les risques de désocialisation et de nouvelles décompensations durant ces périodes sont très élevés.

De nombreuses initiatives sont prises par l'Etablissement de Défense Sociale afin de l'intégrer au mieux dans le réseau de la santé mentale et de déstigmatiser l'image des patients internés. Des contacts personnalisés sont pris avec les différentes structures susceptibles d'accepter nos patients aux quatre coins de la Belgique francophone, tant en Wallonie qu'à Bruxelles. Les tentatives de collaboration et de prise en charge thérapeutique par le service spécialisé des AICS au sein même de l'Etablissement de Défense Sociale sont réalisées. Enfin, l'Etablissement de

Défense Sociale propose également un programme d'immersion pendant plusieurs jours en son sein aux structures externes intéressées. Le contact direct entre ces intervenants et les patients internés permet de démystifier l'image souvent erronée à propos des malades mentaux internés.

Une approche intégrationniste, visant à réinsérer les patients malades mentaux internés dans le réseau de la santé mentale, nous paraît plus pertinente qu'une approche ségrégationniste, qui viserait à la mise en place de réseaux de soins très spécifiques les concernant et qui risquerait d'augmenter la stigmatisation de ces patients.

Conclusion

Le Ministère de la Justice a injecté des moyens considérables pour les soins mais toujours très insuffisants, notamment en regard des normes de la santé publique et des besoins réels résultant de la prise en charge des patients internés.

La difficulté principale réside dans la mise en place de soins psychiatriques dans un contexte de contrainte, avec des patients anosognosiques se considérant non malades. Basés sur l'autonomie et la demande, le risque d'exclusion

d'un certain nombre de patients est important.

La scission entre les missions de soins et d'évaluation a induit une complexité très importante dans le fonctionnement de l'Etablissement de Défense Sociale tant pour les patients que pour les intervenants intérieurs et extérieurs. Un travail intense de l'ensemble des intervenants de l'Etablissement de Défense Sociale est réalisé afin de faire fonctionner ce système complexe dans l'intérêt du patient.

Enfin, diverses initiatives sont prises par l'Etablissement de Défense Sociale afin de s'insérer au mieux dans le réseau de la santé mentale et de déstigmatiser les patients internés.

Dr Patrick LEBLANC

Psychiatre au Service Psycho-Social
Etablissement de Défense Sociale de Paifve SPF Justice

Spécificité d'une pratique clinique en milieu carcéral.

Les internés sont à la fois des malades mentaux et des délinquants et c'est cette double appartenance qui fait leur spécificité. Parfois même la délinquance peut constituer la seule manifestation de la pathologie mentale. Si c'est l'aspect délinquant qui justifie leur arrivée, le milieu carcéral les « accueille » de façon « obligatoire » et « inconditionnelle ». La prise en charge doit donc tenir compte des deux aspects.

Certes, il fallait améliorer les soins psychiatriques déjà existant en milieu carcéral et en particulier pour les internés. L'engagement de personnel paramédical pour les annexes psychiatriques devait aller dans ce sens. L'intégration de ces équipes s'est faite à un moment particulier et sur un mode particulier que nous allons développer. Ces quelques réflexions prennent appui sur une longue expérience de travail en milieu carcéral.

Nature et qualité du soin en défense sociale : délégitimation de l'autorité et glissement des responsabilités ?

Dans notre société contemporaine, un processus de délégitimation de l'autorité est en œuvre de façon générale ; par exemple, quand le fils de votre nouvelle compagne vous dit ; « toi, tu n'as rien à me dire, tu n'es pas mon père ». Autre exemple : Que se passe-t-il quand c'est l'enfant malade qui décide si oui ou non il prendra le traitement prescrit par le médecin, si le parent n'est plus autorisé à lui imposer quoi que ce soit ? Il se passe quelque chose de similaire en prison dans l'imposition des soins psychiatriques. Dans la mouvance de la politique de transparence et par crainte de dépôt de plaintes, les infirmiers et médecins ont perdu leur autorité dans leurs actes thérapeutiques. Cela a constitué une délégitimation que je qualifierais d'horizontale. Celle-ci s'est trouvée doublée d'une délégitimation verticale issue de la hiérarchie de l'administration pénitentiaire, lieu de tension entre le médico-juridique et le psychiatrique référé à la loi. La scission soins-expertise a été mise en place dans ce contexte.

En annexe psychiatrique, le déplacement de la mission

d'accompagnement des équipes SPS (Service Psycho-Social) vers celle d'évaluation a par ailleurs entraîné une certaine confusion entre la mission des SPS et celle des experts judiciaires extérieurs. La conséquence essentielle en a été l'arrivée d'équipes soins destinées non pas à renforcer le cadre d'accompagnement à la détention mais bien à dédoubler la prise en charge. L'ex-médecin anthropologue a vu naître deux nouvelles fonctions, le « psychiatre soins » et le « psychiatre dit expert ». La délégitimation a continué son œuvre dans les deux équipes. Chacun s'est retrouvé désinvesti d'une partie de ses fonctions avec pour conséquence une prise en charge de l'interné non plus dans sa globalité mais morcelée, diffractée.

Enfin, la montée des droits du patient a encouragé certains détenus à remettre en question leur traitement sur le mode de la revendication pour les toxico-dépendants et sur le mode du refus pour les internés.

La convergence de tous ces facteurs fait que les internés délirants qui refusent le traitement ne sont plus « soignés » qu'en dernière extrémité, avec des conséquences quant à la sécurité d'autrui. Cette délégitimation de l'autorité entraîne un déplacement des responsabilités décisionnelles. Puisque personne ne se sent plus autorisé à poser un acte ferme à différents échelons, nous voyons des personnes délirantes exiger leur sortie de prison ou franchir des portes intérieures. Il est même arrivé qu'un directeur ait dû s'interposer physiquement. Des internés refusent toute médication en invoquant le fait que le traitement n'a pas été imposé par le président de la commission de défense sociale (CDS). Et dans l'hypothèse où ce dernier en arrive un jour à une telle injonction, l'interné ne nous donne pas encore l'assurance de son acceptation... La charge de l'imposition d'une médication précise devra-elle un jour revenir au juge ?

La scission entre la fonction du soin et la fonction de l'expertise : plus problématique qu'autre chose ?

La politique de scission entre des fonctions de soin et d'expertise ainsi que les modalités de fonctionnement institutionnelles qui en découlent peuvent, sur papier, tendre à l'aboutissement d'un idéal démocratique en milieu carcéral, que portent plusieurs lois récentes, comme la loi sur les droits du patient, de 2002 ou la loi du 12 janvier 2005 sur l'administration des établissements pénitentiaires et le statut juridique externe des détenus (loi « Dupont »).

Cependant, trois ans après leur mise en fonction, les difficultés sur le terrain s'avèrent considérables, le malaise

et l'insécurité vont croissant. Je voudrais souligner ici quelques difficultés et effets pour le moins paradoxaux de cette politique de scission.

a) La scission entraîne d'abord un morcellement du travail et une plus grande complexification administrative.

Deux équipes sont amenées à s'occuper en parallèle des internés : soit 10 intervenants au moins par personne. Le dédoublement de la prise en charge c'est un peu comme si une équipe était chargée de s'occuper de la partie « malade » du sujet et l'autre de la partie délinquante.

L'équipe soins gère le quotidien de la détention et n'a aucun avis à émettre quant à l'orientation future de l'interné ni sur les perspectives de réinsertion. Les « soins » sont ainsi extraits de la réinsertion sociale, comme exclus de la perspective globale de la vie en société. Les membres de l'équipe soins travaillent sous l'égide du secret professionnel partagé. Même si l'annexe à la circulaire 1800 a quelque peu assoupli l'interdit de communication entre les deux équipes, des directives strictes et contraignantes brident cette dernière et inhibent bien souvent la possibilité de concertation efficace. Les outils de communication imposés sont inopérants ; par exemple, le dossier informatisé de transmission sensé contenir des « données médicales objectives » est vide. Les modalités de fonctionnement induisent un clivage et vont dans le sens d'une déshumanisation tant au niveau du personnel qu'au niveau de l'interné. Ainsi, le SPS n'est pas toujours informé du mauvais déroulement d'un congé, de violences ou des tentatives de suicide. Cela peut donner à l'interné l'impression d'une certaine indifférence de la part de l'intervenant.

L'équipe psycho-sociale, quant à elle, travaille de façon globale dans des missions d'accueil, d'évaluation et d'orientation de l'interné (et des autres détenus), en tenant compte de l'aspect criminologique, de l'aspect psychologique et psychiatrique, de la possibilité de réinsertion dans la société, des victimes ... Elle vise la mise en place d'un projet personnalisé permettant la réinsertion. Cependant, le fait d'orienter les équipes du service psychosocial (SPS) de façon prioritaire vers des fonctions d'évaluation ne tient pas suffisamment compte des effets potentiels de la parole. En effet, l'élaboration de la criminogénèse, la reconstruction de l'histoire personnelle peuvent dans un certain type d'écoute s'avérer humanisantes et avoir certaines conséquences pré-thérapeutiques. L'objectivation, très en vogue, qui consiste à tout évaluer, mesurer, tester, quantifier, ré-évaluer et tenter de contrôler réduit la mission

du SPS à une mission d'expertise effaçant l'accompagnement. Pour les membres de cette équipe, elle est loin de favoriser la relation humaine.

Sur le terrain, on peut encore souligner les conséquences problématiques suivantes de ce dédoublement fonctionnel : d'une part, une division du travail et une complexification administrative ; d'autre part, un éclatement de la prise en charge avec des échecs consécutifs, une défaillance dans le recadrage adéquat, des hésitations et confusions de rôles chez les intervenants. Tout ceci sans oublier les importants retards décisionnels ou l'existence des discordances parfois majeures dans les discours tenus par les uns et les autres. Tous ces éléments s'avèrent en réalité plutôt délétères. Plus personne n'a une idée d'ensemble ou globale de la situation de l'interné. Ce morcellement renforce la déshumanisation.

b) la scission entraîne également un certain nombre d'effets paradoxaux, parmi lesquels je retiens les suivants :

La réinsertion d'un interné passe par des soins extérieurs au milieu carcéral, alors que la proposition du plan de reclassement vers le secteur externe du soin revient à l'équipe du service psychosocial en charge de l'expertise. Le SPS, qui s'occupe de la dimension délinquante du patient, doit donc proposer un reclassement « soins » alors qu'il est en fait coupé du travail thérapeutique mis en place pendant l'incarcération. Par ailleurs, les intervenants extérieurs saisissent mal la distinction entre les deux services et ne savent plus à qui s'adresser. Une information issue de l'extérieur ne passe pas toujours très bien non plus d'une équipe à l'autre.

Pour éviter la paralysie du système, ou certaines impasses, nous sommes amenés à transgresser ces règlements rigides imposant ce fonctionnement en parallèle. A l'interdiction de réunions cliniques entre les deux équipes, répondent des échanges informels d'informations dans les couloirs... La question de la transgression par le personnel sensé rappeler la loi et la respecter pose évidemment problème..., d'autant plus qu'il s'agit de travailler avec des délinquants.

Si la libération à l'essai est souvent associée à des conditions ou à une contrainte de suivi, un séjour en prison, en tant que privation de liberté, constitue une punition effective sans contrainte de suivi. Cette punition effective n'est pas reconnue dans le discours, elle est même déniée. A ce propos, un interné qui refuse de collaborer à un traitement et qui, en conséquence, tarde à se stabiliser, peut voir son

séjour en milieu carcéral dépasser celui d'un condamné pour des mêmes faits (un paranoïaque incarcéré pour harcèlement par exemple).

L'interné peut à tout moment refuser son traitement. S'il est calme, s'il ne met la sécurité de personne en jeu, rien ne lui sera imposé. Cette grande liberté face à la thérapie constitue un déni de la pathologie mentale et de l'injonction de soins. Or, cette liberté reste bien factice, puisque c'est de l'évolution de son état que dépendra la libération...

Ces deux derniers points discréditent la décision d'internement. Les conséquences en sont une augmentation de la stigmatisation du malade mental, un allongement des périodes de décompensation, des difficultés de reclassement... Nous pouvons même nous poser la question de savoir si la contestation violente que nous pouvons constater chez certains internés ne devient pas une modalité d'expression privilégiée consécutive à un manque d'efficacité des limites données à la personne et à l'allongement des durées d'incarcération.

c) La transmission de données en vue de la comparution devant la commission de défense sociale (CDS) est un autre problème posé par la scission soin-expertise.

Si sous l'égide d'une directive ministérielle, l'enseignant n'était plus autorisé à vous communiquer le bulletin de votre enfant qu'avec l'accord de celui-ci et que le contenu du bulletin devait être soumis à son approbation avant toute autorisation de transmission, qu'en penseriez-vous ? Vous resteriez par ailleurs le responsable de votre enfant et légalement et dans l'éducation. Au-delà du côté caricatural de la comparaison enfant / interné, c'est selon de telles modalités que la circulaire 1800 préconise de transmettre des informations - par psychiatres interposés - à la commission de défense sociale.

En vertu du supposé libre arbitre, l'interné serait sensé décider lui-même de son traitement : selon la directive, tout acte du psychiatre doit être soumis et approuvé par l'interné tant pour la médication que pour la transmission des « données médicales objectives » au médecin de la commission. Le psychiatre en arrive alors à soumettre son jugement clinique et son indication thérapeutique à l'interné. Ceci donne à l'interné un pseudo-pouvoir imaginaire qui renforce ses revendications et sa révolte parfois violente lorsqu'il n'obtient pas gain de cause.

La nouvelle loi de 2007 sur l'internement : Un paradoxe basé sur un double déni

Aux termes de la loi nouvelle de 2007 - dont l'entrée en vigueur est postposée à 2012, voire 2013 -, l'interné jugé non responsable de son acte et donc non punissable, se présentera néanmoins dépendant d'un tribunal d'application des peines, instance judiciaire au sein de laquelle ne siègera plus aucun psychiatre, aucun médecin. L'interné se retrouvera devant cet organe judiciaire sans avoir été condamné - donc de façon pratiquement illégitime.

Si, au sein de cette instance, on exclut le psychiatre, cela revient à en évacuer la psychiatrie et la maladie mentale... Cet état de fait ne sera au fond que la confirmation de ce qui se pratique déjà. Même si nous tentons de les soigner, en fait nous punissons les malades mentaux. Et si actuellement nous les punissons par manque de structures-relais alternatives à la détention (en raison de l'engorgement des établissements de défense sociale - je pense à la surpopulation de l'EDS de Tournai, par exemple -), la peine effectivement subie par l'interné sera à ce moment reconnue dans le nom même donné à l'autorité dont ils dépendront, c'est à dire un Tribunal d'Application des Peines.

Tout détenu, qu'il soit interné ou condamné, sera placé sur un pied d'égalité face à cette instance. Il n'y aura quasi plus de différence de « traitement » entre interné et condamné. Au nom d'un certain égalitarisme, les malades mentaux, exclus de la société, risquent de se retrouver un peu plus « enfermés » encore, étant donné la lourdeur administrative et la complexification déshumanisante de la prise en charge carcérale. Ne s'agirait-il pas là d'un processus de ségrégation qui méconnaît la maladie mentale ?

Conclusions

Je conclus cette intervention en quatre points.

1. Pour l'équipe psychosociale, sans vision globale du parcours en détention, comment se positionner sur la question de la dangerosité, du risque de récurrence, sur le pronostic psychiatrique ? Comment orienter l'interné de façon adéquate, sachant qu'il séjournera en prison presque deux ans avant d'avoir la possibilité d'un transfert en établissement de défense sociale ?

2. Une injonction judiciaire de soins ne devrait-elle pas impliquer le médecin soignant en tant qu'acteur de cette peine qui consiste à obliger l'interné à se soigner ? Le mé-

decin appliquerait alors la « peine de soins ». Ceci autoriserait entre autre la médication non entièrement consentie sans pour autant en arriver à la contrainte.

3. L'annexe psychiatrique ne devrait-elle pas reprendre sa destination d'origine, à savoir être un lieu d'accueil transitoire où seraient mis en observation les détenus qui décompensent ou les internés en vue d'une orientation rapide vers des lieux de soins adaptés en dehors des établissements pénitentiaires ?

4. Si, comme j'ai tenté de l'expliquer, le morcellement de la prise en charge s'avère délétère de par la déshumanisation qu'il renforce, ne serait-il pas judicieux d'axer la politique carcérale sur l'accompagnement et l'interpellation du détenu dans sa position subjective en travaillant sur les ruptures de liens, sur le mécanisme de répétition et sur la réinsertion plutôt que de s'axer sur l'évaluation, les testings et les statistiques ? En quelques mots, il s'agirait de privilégier la relation humaine malgré l'enfermement au sein d'une institution qui traiterait la délinquance en tenant compte de la maladie mentale.

Monique Lefebvre
Psychiatre, psychanalyste

L'internement en Défense Sociale : entre soins et sécurité

L'internement au sein de l'annexe psychiatrique

La loi de défense sociale prévoit que l'internement ait lieu provisoirement dans l'annexe psychiatrique du centre pénitentiaire où se trouve le détenu au moment où l'internement est ordonné.

Toutefois, les listes d'attente pour accéder à l'établissement de défense sociale désigné par la Commission ont pris une telle ampleur que le détenu demeure parfois plus d'un an et demi à l'annexe psychiatrique.

Les détenus se retrouvent alors dans des conditions inacceptables du point de vue du droit à la santé. L'annexe n'est qu'une section d'une prison surpeuplée et souvent vétuste. Les locaux ne sont pas adaptés à la prise en charge psychiatrique, le personnel soignant est réduit à sa portion congrue, les patients sont gardés par des agents pénitentiaires sans formation pour la plupart. Au mieux, les patients sont stabilisés. Les plus fragiles d'entre eux, par l'intermédiaire de leur conseil, introduiront une action en Référé devant le Tribunal de Première Instance afin d'obtenir le transfert immédiat sous peine d'astreinte à l'encontre de l'Etat belge (et de la Région Wallonne pour l'EDS de Tournai), à condition de prouver que l'incarcération au sein de l'annexe entraîne la dégradation de l'état de santé mentale du détenu.

L'internement à l'EDS de Tournai

La loi de défense sociale ébauche, trop succinctement certainement, un statut peu enviable en Belgique : le patient – détenu. L'interné est à la fois une personne qui souffre et un danger pour la société.

La question de l'internement se situe aux frontières de trois droits fondamentaux : le droit à la sécurité publique, le droit à la santé du patient et la liberté du détenu.

Le législateur a entendu refléter l'équilibre de ces droits en confiant l'appréciation des modalités de l'internement aux commissions de défense sociale composées d'un Magistrat professionnel, d'un médecin psychiatre indépendant et d'un avocat.

Parallèlement, les acteurs principaux des débats lors des séances des Commissions sont le Ministère public, le médecin psychiatre de l'unité et le conseil de l'interné.

Toutefois, les acteurs ne se limitent pas à ce cadre. Le service social de l'établissement peut être amené à intervenir. La loi de défense sociale prévoit d'ailleurs que la libération définitive ou à l'essai de l'interné dépend non seulement de l'amélioration de son état mental mais également de la réunion des conditions de sa réadaptation sociale, le plus souvent un lieu de vie stable et l'assurance d'un revenu en cas de libération.

Le personnel soignant (éducateurs, infirmiers et psychologues) joue également un rôle important. Le rapport confidentiel adressé à la Commission par le psychiatre inclut le point de vue de l'équipe sous le titre de « rapport nursing ».

Du point de vue des patients, le psychiatre n'est pas perçu comme un membre du personnel soignant. Ils ne le rencontrent qu'une ou deux fois par an à l'occasion de l'évaluation précédant une séance de la Commission de défense sociale.

Dans le modèle sans scission, le rôle de soin du psychiatre disparaît au profit de son rôle d'expert. Les soins à proprement parler sont délégués à l'équipe soignante.

En ce qui concerne les modalités de l'internement, les différentes Commissions de défense sociale francophones, dans le cadre des détentions à l'établissement de défense sociale de Tournai ont développé un système d'individualisation de la mesure, en-dehors de tout prescrit légal. La loi de défense sociale ne prévoit en effet que deux mesures alternatives à la détention : la libération à l'essai et la libération définitive. A Tournai, l'interné peut bénéficier de différentes mesures sous couvert d'une décision de la Commission : sorties accompagnées du personnel pour les activités sportives, sorties accompagnées d'un membre de la famille, sorties seul pour aller travailler, sortie seul à fin de s'adonner à des loisirs, ... Les différentes mesures sont le plus souvent envisagées successivement. Elles constituent différents paliers à atteindre, avant de solliciter une libération à l'essai. Les critères déterminant pour obtenir de telles autorisations dépendent principalement de l'appréciation du personnel soignant quant au comportement du patient et au respect des traitements médicaux.

Me Geoffroy HUEZ,
Avocat au Barreau de Tournai

L'administration provisoire des biens des malades mentaux

L'administration provisoire et son contrôle : propos introductifs

Pour introduire la discussion, je propose de revenir sur les grands axes du régime de l'administration provisoire, en balisant son régime quant au fond et quant à la procédure. Après avoir évoqué le cadre légal et les objectifs de la mesure, je reviendrai sur ses étapes processuelle, le régime de l'administrateur, les modifications et la fin de la mesure.

Le cadre légal de l'administration provisoire ; la loi du 18 juillet 1991

La loi du 18 juillet 1991 relative à la protection des biens des personnes totalement ou partiellement incapables d'en assumer la gestion en raison de leur état physique ou mental a suivi la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux. Ces deux lois sont entrées en vigueur de concert.

Elle mettent fin à la loi du 18 juin 1850 sur le régime des aliénés qui a connu un record de longévité et devance de quelques jours la loi française du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de leurs troubles mentaux, remplaçant l'ancienne loi française de 1838, le tout dans la continuité de la déclaration des droits du déficient mental adoptée par l'Assemblée Générale des Nations Unies le 20 décembre 1971.

Entre les lois du 26 juin 1990 et du 18 juillet 1991 existe une complémentarité certaine autour du pivot central qu'est le Juge de Paix. Elles sont pourtant bien distinctes. La loi du 26 juin 1990 peut protéger des personnes qui ne sont pas des malades mentaux ou qui ne sont dangereuses ni pour elles-mêmes, ni pour autrui et qui ne pourraient donc pas être retenues dans un service psychiatrique. La loi du 18 juillet 1991 relative à la protection des biens a permis, quant à elle, d'insérer l'article 488 bis dans le Code Civil. Cette place n'est pas anodine dès lors que cette disposition suit forcément l'article 488 du Code Civil, lequel dispose que « La majorité est fixée à 18 ans accomplis ; à cet âge, on est capable de tous les actes de la vie civile ».

Tous les auteurs l'ont souligné et rappelé : la capacité est

la règle, l'incapacité est l'exception, tout comme en matière pénale, la liberté est la règle et l'enfermement est l'exception, tout comme pour la protection des mineurs, le maintien en famille est la règle et le placement est une exception. Ce rappel est indispensable, puisque la capacité de poser tous les actes de la vie civile, en d'autres temps et en autres lieux, ne va pas toujours de soi. On se souvient, dans l'histoire, des listes interminables des grandes et petites incapacités qui ont frappé progressivement les Juifs d'Allemagne et les Juifs de France. On pense encore aux citoyens de couleur noire aux Etats-Unis jusque dans les années 1960 ou encore aux populations indiennes au Mexique, encore aujourd'hui interdites - en tout ou en partie - de posséder ou d'exploiter leurs terres pour survivre.

Améliorer la protection des biens des malades mentaux : un objectif atteint

Après 20 ans d'existence, on peut dire que l'objectif d'amélioration de la protection des biens des malades mentaux visé par la loi du 18 juillet 1991 est atteint. La modernité de cette loi est ainsi confirmée. Le champ d'application du régime de la protection des biens a en effet été considérablement élargi, s'appliquant à toute personne majeure dans l'incapacité de gérer son patrimoine en raison d'une affection de nature médicale.

Le régime de l'administration provisoire n'a pas supprimé les autres mesures de représentation légale telles que l'interdiction judiciaire ou la minorité prolongée, mais on peut affirmer que l'administration provisoire incarne aujourd'hui le droit commun des incapables majeurs dont le Juge de Paix est devenu le juge naturel. Parier sur un juge de proximité contre le lointain et parfois lourd Tribunal de Première Instance s'est révélé une réussite. La souplesse du régime de l'administration provisoire évite une interdiction vécue souvent comme infamante.

Le succès de cette loi est par ailleurs confirmé par les chiffres et démontre qu'elle répondait à un besoin important. Les interdictions qui étaient encore en moyenne d'une

certaine chaque année jusqu'en 1991, sont tombées aujourd'hui à moins de 5 par an tandis que depuis 20 ans – et ce dès les premières années – le chiffre des administrations provisoires publiées au Moniteur Belge n'est plus descendu en-dessous de la barre des 5.000 désignations par an.

On peut parler ici d'une révolution copernicienne puisque le législateur a organisé l'incapacité des personnes inaptes à gérer leurs biens dans leur propre intérêt et non plus dans l'intérêt de la société. Pour rappel, l'ancien régime de 1850 visait, très restrictivement, à protéger les citoyens contre des tiers insensés laissés en liberté. La loi de 1991, au contraire, part de la personne en détresse pour lui tailler un costume de protection sur mesure.

On peut souligner, au passage, que l'article 488 bis du Code Civil œuvre bien, par ailleurs, aux intérêts de la collectivité et les pouvoirs conférés au Parquet en sont le signe. Mais le souci de la personne est tel que la mission de l'administrateur, pourtant limitée à la gestion des biens de la personne protégée, doit œuvrer à l'amélioration de ses conditions de vie. Cette mission touche ainsi, et c'est le paradoxe, à la vie privée alors que l'administrateur en est en principe exclu...

Enfin, on rappellera que, aux termes de la loi, le maintien d'un capital financier n'est plus un objectif en soi. Le capital doit uniquement être préservé pour garantir, dans le temps, l'indépendance matérielle de la personne protégée ainsi que le respect de ses obligations à l'égard des tiers.

La transmission successorale n'est plus non plus un objectif que l'administrateur provisoire impose à tout prix à la personne protégée.

Les étapes préliminaires de la procédure : requête, certificat médical circonstancié et attestation de résidence

Pour initier la procédure, trois documents de base sont indispensables : la requête et un certificat médical circonstancié. Une attestation de résidence est désormais également exigée.

a) Pour ce qui est de la requête, la loi dispose que : « A sa requête, à celle de toute personne intéressée ou du Procureur du Roi, la personne à protéger peut être pourvue ... d'un administrateur provisoire ».

Le requérant peut donc être la personne elle-même, toute personne intéressée ou le Procureur du Roi. A noter toute-

fois que le Juge de Paix peut initier d'office une procédure de protection de biens lorsqu'il est saisi d'une demande sur base de la loi du 26 juin 1990 relative à la protection des malades mentaux (mise en observation, et.).

La requête doit être adressée au Juge de Paix du lieu de résidence de la personne à protéger ou, à défaut, du lieu de son domicile. La résidence est le lieu où l'on vit habituellement, le domicile est le lieu où on est inscrit dans le registre de l'état civil. La requête doit en outre contenir certaines mentions. La loi du 3 mai 2003, qui complète et corrige la loi de 1991, y a ajouté la liste des membres de la famille et la possibilité de contenir une proposition de choix de l'administrateur ainsi que la nature et l'étendue de ses pouvoirs.

b) Une attestation de résidence est également exigée puisque, depuis les modifications introduites par la loi du 3 mai 2003, la requête - au départ unilatérale - est devenue contradictoire à l'égard de la personne à protéger. Celle-ci doit être convoquée, ce qui entérine en fait une pratique déjà répandue dans plusieurs Justices de Paix.

c) Un certificat médical circonstancié doit encore être produit. Ce certificat médical ne doit pas dater de plus de 15 jours. Depuis la loi du 3 mai 2003, il doit en outre préciser, d'une part, si la personne à protéger peut se déplacer et dans l'affirmative s'il est indiqué qu'elle se déplace ; d'autre part, si elle est encore à même de prendre connaissance du compte-rendu de la gestion.

Dans diverses publications, le Juge de Paix Warlet rappelle avec son franc parler habituel qu'il doit effectivement s'agir d'un certificat circonstancié. Quelques lignes rédigées à la hâte sur un formulaire ne répondent manifestement pas aux vœux de la loi. Le contenu du certificat doit être un texte clair, complet, lisible et compréhensible pour un non-professionnel de la médecine, souligne encore le magistrat, non sans un clin d'œil à l'égard de l'écriture des médecins que bine souvent seuls les pharmaciens Champollion parviennent à décrypter...

La procédure de désignation de l'administrateur provisoire et ses étapes : audition, décision et publicité de la mesure

a) l'audition est une étape indispensable. A une date et en un lieu qu'il fixe, le Juge de Paix entend la personne à protéger. Il entend également toutes personnes qu'il estime aptes à le renseigner. La modification de la loi du 3 mai 2003 impose la convocation du père ou de la mère, du

conjoint, du cohabitant légal ou la personne vivant maritalement.

Le calme et la discrétion qui devraient entourer cette audition sont parfois malmenés par le nombre de personnes présentes : si on y ajoute le greffier, l'avocat, l'assistante sociale, parfois le médecin, cela peut faire beaucoup de monde dans certains cas...

b) Le Juge de Paix prend sa décision dans une ordonnance qui doit être motivée. Cette motivation exclu, à mon sens, la qualification de « gracieuse » pour cette décision justice qui doit répondre à toutes les exigences du contradictoire, de la motivation et des recours possibles.

Du monde médical ou administratif, le pouvoir de décider a donc basculé entièrement entre les mains d'un Juge de Paix dont la tâche n'est pas aisée. Il doit en effet se prononcer sur une inaptitude mentale au sens de l'article 488bis du Code Civil, soit sur une insuffisance ou un trouble du caractère ou de l'esprit. Fort bien, mais que recouvrent ces notions ?

Edouard Vieuxjean citait les déficiences dans la perception de la réalité, le manque de discernement, le dérèglement du mécanisme de la pensée, l'aliénation mentale et l'arréation mentale, les dépressions graves, certaines psychoses, certaines névroses, certaines psychopathies. Il ne sied pas au juriste d'analyser ou de classer ces troubles ou infirmités comme il sied au médecin de s'abstenir de tout avis juridique.

La sénilité est mentionnée partout. Mais en regard de ce critère, le juge doit à la fois déjouer les manœuvres des proches qui seraient uniquement soucieux de réduire un vieillard à leur merci et éviter de temporiser trop longtemps, d'attendre le dernier degré de la sénilité. Comme le soulignait le Professeur Vieuxjean, il s'agit moins de déterminer si la personne est encore bien pour son âge que de vérifier si elle « est bien tout court », c'est-à-dire apte à gérer son patrimoine.

Le cas du toxicomane doit se régler, à notre avis, de la même manière. La question est de savoir si l'assuétude et les troubles qui en résultent ou ceux qui ont causé la toxicomanie mettent ou non le sujet hors d'état de gérer ses biens.

Plus difficile encore est l'évaluation du mal physique qui empêcherait une personne de manifester sa volonté, ne fût-ce que pour un temps limité. Si la notion d'état phy-

sique ne se retrouve pas dans le libellé de l'article 488bis du Code Civil, il est pourtant bien expressément cité dans l'intitulé même de la loi, l'état physique côtoie l'état mental.

Dans le domaine de la santé, on pense encore aux situations de paralysie ou de coma. J'ai, personnellement, été confronté à une malade victime d'un accident cérébral qui avait entraîné une perte de la parole et une hémiplegie, au moins temporaire. Cette personne n'était plus capable que d'exprimer un « oui » ou un « non » par le mouvement des paupières. Les proches avaient interjeté appel contre la décision du Juge de Paix. Le Tribunal de Première Instance de Dinant a confirmé la mesure, au motif que l'état de santé de la dame ne lui permettait pas de gérer son patrimoine avec « précision et rigueur », principalement en raison de ses difficultés d'exprimer avec les nuances voulues, ses souhaits et ses volontés d'administration et de disposition de ses biens.

En clair, la réalité de la vie ne se prête pas toujours à une lecture en noir et blanc et appelle parfois des évaluations plus nuancées qu'un choix entre « oui », il est capable, ou « non » il ne l'est pas... Une décision du Juge de Paix de Roulers du 22 juillet 2004 le souligne encore : « L'état mental est d'autant plus critique qu'il apparaît que les troubles de communication avec des personnes non familiarisées peuvent conduire à des accords qu'elle n'aurait vraisemblablement pas conclus dans son environnement familial. De simples affections corporelles ne justifient pas comme telle une administration provisoire, sauf si le mal empêche le maintien de ressources mentales intactes et l'expression de la volonté. »

c) Enfin, une certaine *publicité* doit être assurée à la mesure. Sitôt que l'administrateur a accepté sa mission, une copie de la décision est transmise au Procureur du Roi, notifiée à la partie requérante, à la personne protégée, aux parties intervenantes et, le cas échéant, à la personne de confiance.

A la diligence du greffier, la décision est insérée par extrait dans les quinze jours au Moniteur Belge. Elle est encore notifiée au Bourgmestre du lieu de résidence pour être consignée dans le registre de la population.

Cette publicité est la garantie des tiers en raison de la nullité relative des actes que la personne protégée pourrait poser seule à dater du dépôt de la requête initiale.

Mission, contrôle et rémunération de l'administrateur provisoire

a) La *mission* de l'administrateur provisoire consiste à gérer les biens de l'administré en « bon père de famille ». La loi énonce qu'il se concerte personnellement à intervalles réguliers avec la personne protégée ou avec la personne de confiance de celle-ci.

L'administrateur représente la personne protégée, sauf les limites imposées par la décision elle-même, soit dans le temps, soit pour certains actes seulement. Je pense à une personne gravement accidentée de la route qui bénéficierait d'un administrateur provisoire pour la gestion et la récupération de ses dommages.

Ensuite, dans le mois qui suit l'acceptation de sa mission, l'administrateur doit rédiger un premier rapport à l'attention du Juge de Paix, lequel peut dispenser de transmettre ce rapport à la personne protégée si celle-ci n'est pas à même d'en prendre connaissance. Il en est de même du rapport écrit annuel dont le contenu a été précisé par la loi du 3 mai 2003, dès lors que la loi initiale de 1991 était relativement muette sur cette question. Le rapport doit désormais contenir, par exemple, un récapitulatif des recettes et des dépenses et un résumé de l'état du patrimoine. La communication de ce rapport à la personne protégée peut être source de difficultés et de risques de tensions que je ne peux traiter ici et pour lesquelles je renvoie aux diverses études publiées sur le sujet.

Pour le surplus, l'administrateur provisoire doit encore indiquer les dates auxquelles il a eu un contact personnel avec la personne protégée ou avec sa personne de confiance. Il a l'obligation, notamment, de conserver aussi longtemps que possible le logement et le mobilier, objets et souvenirs à caractère personnel, de régler les frais d'entretien et de traitements dans les limites des revenus et de mettre à disposition de la personne les sommes jugées nécessaires à l'amélioration de son sort, de requérir l'application de la législation sociale en sa faveur.

Toute une série d'actes sont cependant soumis à une autorisation spéciale préalable du Juge de Paix. Ainsi, pour les actions en justice (sauf en matière de bail), de législation sociale et de constitution de partie civile dans un procès pénal, pour les aliénations, les acquiescements, les transactions. Pour tous ces actes, le Juge de Paix peut - mais ne doit pas - recueillir l'avis de la personne protégée et de

toutes personnes qu'il estime utile.

En matière de vente d'immeuble enfin, la vente publique est de règle sauf autorisation de vente de gré à gré dans l'intérêt de la personne protégée.

b) Le contrôle de l'administrateur provisoire et sa rémunération est du ressort du Juge de Paix. Ce dernier exerce une mission générale de contrôle. Il reçoit le premier rapport et les rapports annuels.

La gestion implique nécessairement et régulièrement que l'administrateur s'informe, de manière précise, du sort de la personne protégée elle-même. Il est bon de rappeler que le choix du lieu de vie continue d'appartenir à la personne protégée elle-même et non à son administrateur qui sera, néanmoins, consulté en fonction des possibilités financières.

D'une manière générale, la loi du 3 mai 2003, qui est une loi de bilan après 10 ans de pratique de la loi de 1991, poursuit clairement l'objectif d'ouvrir une possibilité de dialogue permanent entre le Juge de Paix, l'administrateur provisoire et la personne de confiance.

Aucune sanction spécifique n'est prévue à l'égard de l'administrateur provisoire qui ne remplirait pas ses obligations ou ne se soumettrait pas aux contrôles. La seule possibilité dont dispose le Juge de Paix consiste dès lors à retirer sa confiance à l'administrateur en le remplaçant.

c) En matière de rémunération, la vieille loi de 1850 permettait d'allouer à l'administrateur « général » ou spécial une rémunération ne pouvant dépasser 5% . La loi de 1991 a réduit ce plafond à 3%. La loi de 2003 a apporté quelques éclaircissements, notamment sur les frais réels exposés.

Certains « devoirs exceptionnels » justifient une rémunération en sus des trois petits pourcents initialement prévus. La vigilance des Juges de Paix est ici de mise pour éviter les abus.

Les modifications de la mesure et sa fin

L'article 488bis du Code Civil permet une constante adaptabilité du régime de l'administration provisoire à la situation de la personne protégée. On a ainsi parlé, à propos de cet article, de modernité, de souplesse et de générosité. Ainsi le texte précise-t-il que : « Le Juge de Paix peut à tout moment, soit d'office, soit à la demande de

la personne protégée ou de toute personne intéressée, ainsi qu'à celle du Procureur du Roi ou de l'administration provisoire, mettre fin à la mission de ce dernier, modifier (étendre ou restreindre) les pouvoirs qui lui ont été confiés, ou le remplacer ».

Par une procédure très souple, dans laquelle l'administrateur est entendu, le Juge de Paix peut porter remède à toutes difficultés et faire coïncider la mesure de protection avec l'amélioration ou la dégradation de l'état de santé et de la situation personnelle concrète de la personne.

La mesure de protection prend fin en cas de décès, sur décision du Juge de Paix, soit d'office, soit sur requête et il appartient donc à l'administrateur provisoire d'informer le Juge de Paix de tout changement ou évolution.

Il est à noter encore que de manière générale, les recours prévus par le Code Judiciaire, et notamment l'appel devant le Tribunal de Première Instance, sont ouverts à toutes les personnes qui sont judiciairement intervenues et principalement le requérant ou la personne protégée. Les autres parties intervenantes peuvent faire appel ou opposition si elles n'ont pas pris part au débat initial, voir tierce opposition s'elles n'ont pas été appelées à la cause.

Conclusion

Pour terminer, je voudrais souligner que le régime de l'administration provisoire est un régime d'incapacité « à géométrie variable ». C'est en fonction directe des possibilités concrètes de chaque personne concernée de gérer partiellement ou non ses biens que le Juge de Paix organise la protection que le législateur a conçue.

Personnalisée et donc plus moderne, cette mesure de

protection n'en est pas moins forte puisque, si la personne protégée venait à prendre des engagements, ils pourraient – dans l'intérêt de la personne – être frappés de nullité.

La publicité légale des décisions offre un cadre, tant pour les personnes que pour les tiers

Mesdames, Messieurs,

Un siècle et demi fut nécessaire pour aboutir à cette législation. Cette loi est perfectible et a déjà fait l'objet de quelques aménagements après dix ans de pratique en 2003. Elle fait appel à l'humanité de chacun des professionnels, magistrats, avocats, médecins et intervenants sociaux. J'espère que dans 150 ans, lors de la prochaine refonte de la loi, on n'en dira pas tout le mal que nous pouvons dire aujourd'hui de la loi de 1850.

Frédéric UREEL,
Avocat au Barreau de Charleroi

L'administration provisoire : point de vue d'un avocat et d'un administrateur

Les articles 488 et suivants du code civil permettent à toute personne intéressée de demander au juge de paix de placer une personne sous administration provisoire en raison de son état de santé. Il est indispensable, sous peine d'irrecevabilité, qu'un certificat médical atteste de cette incapacité.

Si le juge fait droit à cette demande, les biens sont gérés partiellement ou totalement par un tiers membre de la famille du malade ou un professionnel qui agit sous le contrôle du Juge.

A partir de nos expériences professionnelles respectives, comme avocat et comme administrateur, nous voudrions souligner quelques difficultés posées par cette loi. Elles ont trait à l'ampleur (totale ou partielle) du régime de l'administration, au recours parfois excessif à ce régime, à la rémunération de l'administrateur et à l'aide juridique qu'il serait peut-être souhaitable d'imposer à l'administrateur dans certains cas.

L'administration, entre gestion totale et autonomie relative du patient

Le Juge de Paix qui constate que la personne n'est plus apte temporairement ou définitivement à gérer son patrimoine, lui désigne un administrateur pour l'aider à vivre moins mal, pour le soulager là aussi du poids et du danger que représente pour lui-même cette incapacité de gestion.

Qu'elle soit partielle et limitée à certains actes seulement ou totale, cette incapacité n'est cependant pas incompatible avec le maintien par l'administrateur provisoire d'une autonomie relative de gestion. Laisser la gestion d'un compte bancaire avec une trésorerie limitée, permettre la perception d'une partie des revenus et le paiement de certaines factures, sous la responsabilité et le contrôle de l'administrateur, maintient en éveil la personne à protéger et évite l'infantilisation ou la poussée vers plus de débilite par manque d'ancrage dans la réalité. Poser quelques petits gestes du quotidien sur le plan financier et administratif participe au maintien de l'éveil et donc de la dignité. Cette approche implique un dialogue et un partage entre l'administrateur et l'administré avec du temps partagé.

A l'inverse, il est souvent plus simple pour un administrateur provisoire de tout gérer et tout prendre en charge et de ne laisser aucune autonomie avec moins de risque, moins de temps et moins de coût. Comme pour le rôle de l'avocat défenseur, le rôle de l'administrateur qui maintient de l'autonomie, doit partager avec le corps médical la question de l'intérêt du patient : est-il vraiment si bon que cela ou, au contraire, ne génère-t-il pas plus de stress donc plus de mal, ce maintien en autonomie ?

Faut-il limiter le recours au régime de la gestion des biens ?

Le régime de la gestion des biens doit rester un régime de protection en matière de santé. Or, bien souvent, des proches bien intentionnés, des bailleurs bienveillants, voire même des administrations surtout au niveau local, poussent à la mise sous administration provisoire lorsqu'une difficulté de gestion touche au surendettement.

Autrement dit, régulièrement, des créanciers même bien intentionnés sont tentés par le régime de l'administration provisoire plus facile à obtenir et plus souple à gérer, alors qu'une médiation de dettes devant le Tribunal du Travail devrait s'imposer. C'est la dérive à laquelle il faut s'opposer.

La rémunération de l'administrateur : recourir à l'assistance judiciaire ?

Le régime des honoraires prévoit un décompte des frais et, en sus, un honoraire calculé sur une base de 3% de tous les revenus divers. Sur les petits revenus qui représentent la grande majorité des administrations provisoires, le montant de 3% représente moins de 400 euros par an pour l'ensemble des prestations.

Ce montant est trop faible pour l'administrateur et souvent trop élevé pour l'administré. Il pourrait être pris en charge par l'assistance judiciaire (article 664 du code judiciaire) comme sont pris les honoraires des experts par exemple.

De plus, trop d'administrateurs provisoires ont tendance à facturer des frais et des prestations en dehors des 3% prévus par la loi en invoquant des « prestations extraor-

dinaires », alors qu'il s'agit parfois simplement d'actes accomplis par l'administrateur en raison de l'incapacité de l'administré. On pense par exemple aux termes et délais d'une facture...

Imposer l'aider juridique à l'administrateur ?

Si la personne protégée est dans les conditions de l'aide juridique de seconde ligne (prodéo) le Juge de Paix devrait imposer aux administrateurs de travailler dans ce cadre, lorsqu'ils accomplissent des prestations exceptionnelles, agissant dans ce cas, comme l'avocat de la personne protégée.

Dans ce cas, les frais de secrétariat, téléphone... ne pourraient être réclamés par l'administrateur à l'administré comme c'est la règle pour tout avocat travaillant dans le cadre de l'aide juridique de première ou de seconde ligne.

De même, le Juge de Paix ne devrait-il pas contrôler d'office les conditions de l'aide juridique lorsqu'il octroie une autorisation spéciale d'agir en justice ?

Enfin, il serait intéressant de connaître les pratiques concernant la transmission du rapport de l'administrateur à l'administré. Dans notre expérience, l'administré ne reçoit pas toujours les rapports malgré le prescrit de l'article 488bisC§2.

Isabelle de Viron

Avocate au barreau de Bruxelles

Frédéric Ureel

Avocat au barreau de Charleroi

L'administration provisoire des biens: « Mesure à prendre avec Mesure »

C'est en tant que référent social au CHJ Titeca que j'aborde la matière de l'administration provisoire des biens et les questionnements qui en découlent, ceci surtout à partir du vécu des patients que je rencontre dans ma pratique quotidienne.

C'est dans le décours de la gestion des situations sociales, particulièrement complexes, de patients hospitalisés dans la plupart des cas sous contrainte (loi du 26/6/90 ou loi de Défense Sociale) , que je suis régulièrement amenée à demander au Juge de paix du canton du lieu où est situé le Centre, de désigner un administrateur provisoire de biens .

Les patients que nous accueillons ont de par leur parcours, leur maladie, leur désocialisation souvent un décrochage social important: une absence ou une perte de revenus, des dettes importantes, des non réponses à leurs courriers administratifs...

Ce qui fait qu'à la lecture de leur situation une seule chose s'impose : tenter d'arrêter cette désocialisation, retrouver des revenus et essayer de garantir une gestion administrative et financière à plus ou moins longue échéance, garantissant le maintien de leur dignité et de leur place dans la

société.

La population du CHJ Titeca est dans ce contexte une population très marginalisée.

C'est seulement après avoir essayé par d'autres moyens (médiations de dettes, contacts de réseau..) que la décision de demander pour un patient l'administration provisoire de ses biens s'impose, et c'est une démarche discutée avec le patient et avec l'équipe pluridisciplinaire.

Dans la pratique, la requête est rédigée dans la plupart des cas par l'assistant social, parfois par le patient lui-même, par le médecin, parfois encore par les proches.

Un médecin extérieur à l'hôpital rencontre le patient et rédige le certificat médical circonstancié et le dossier est envoyé au Greffe de la Justice de Paix.

Une date d'audience est fixée et le Juge de paix rencontre le patient et le requérant le plus souvent dans notre Centre mais parfois au sein de sa Justice de Paix.

Il rencontre également conformément à la loi les membres de la famille du patient quand ils peuvent être présents.

Revient alors par pli judiciaire la décision du Juge de paix de nomination ou non d'administration provisoire de biens.

Ceci pour vous éclairer un peu sur la manière dont la demande est introduite dans le cadre d'une hospitalisation sous contrainte et puis également des interrogations que cela peut susciter.

Vient alors le temps de la prise de contact avec l'administrateur de biens désigné, l'explication de la situation sociale à l'AP et l'explication du rôle de l'AP au patient. Moment de rencontre particulièrement délicat et déterminant dans la suite des relations entre l'administré et son administrateur de biens.

S'en suivent des contacts administratifs très réguliers entre le service social de l'hôpital et l'AP parfois au détriment de la place de sujet du patient dans la gestion à retrouver de sa situation sociale, une gestion autonome. Le patient a souvent l'impression que c'est toute la gestion qui lui échappe.

J'avais envie de reprendre à présent certaines pratiques, non pas généralisées mais très présentes dans mon cadre de travail et qui posent souvent problème.

1. C'est dans le décours de l'hospitalisation et de l'aménagement de projets de sorties de l'hôpital que le rôle de l'administrateur provisoire de biens me pose parfois question. Le projet de sortie du patient est évalué en concertation avec l'équipe thérapeutique. La faisabilité financière du projet est évaluée avec l'administrateur de biens et un amalgame a souvent lieu entre ces deux démarches.

S'occuper de la gestion financière est-ce aussi gérer un peu la trajectoire de la personne, ses projets de vie ?

2. Dans notre pratique et depuis les modifications de la loi, le juge de paix peut également nommer une personne de confiance, comme personne tierce pour les contacts entre l'AP et l'administré, démarche qui devient pour le moment assez systématique.

Mon questionnement actuel est que la personne de confiance proposée l'est par le Juge ou par l'AP et ne répond pas spécialement à un choix de patient.

Dans la plupart des cas, le patient ne connaît pas sa personne de confiance !

3. En ce qui concerne la rémunération de l'AP, c'est un sujet très sensible pour les patients qui n'ont pas fait eux mêmes la demande d'être aidés et qui ne reçoivent que rarement le relevé de leur gestion annuelle même si cette obligation est prévue par la loi.

70% de mes patients ne reçoivent pas le relevé de leur gestion. Doivent-ils chaque année le redemander ?

Même si des questions restent ouvertes et s'imposent à la discussion, de nouvelles demandes d'administrations de biens sont encore en cours et représentent pour le moment le seul aménagement possible pour des patients dont la souffrance psychique les a sans doute égarés dans le ou du lien social.

Quelques questions restent pour moi ouvertes et peuvent faire l'objet d'un débat, d'une discussion et d'aménagements possibles:

- La place de l'assistant social comme requérant est une position parfois difficile
- Le positionnement de l'administrateur de biens dans le projet du patient est parfois questionnant
- Quel pourrait être le rôle de la personne de confiance comme véritable tiers allié du patient dans son parcours ?
- Dans ma pratique, peu d'autonomie est laissée au patient pour la gestion de ses biens même si le certificat médical stipule que la gestion peut être partielle
- ...

Corinne Josson

Référent Social Centre Hospitalier Jean Titeca

Administration provisoire, malades mentaux et internés : de la théorie à la pratique

En réaction aux interventions de Frédéric Ureel, de Corine Josson et d'Isabelle de Viron, je souhaiterais formuler diverses observations tirées de ma pratique professionnelle de l'administration provisoire des biens des malades mentaux, au sens de la loi du 26 juin 1990.

A titre de remarque préliminaire, il est utile de savoir qu'en ma qualité de juge de paix du second canton de Tournai, sur le territoire duquel sont implantées deux institutions psychiatriques – dont le Centre Hospitalier Régional « Les Marronniers » - je gère en permanence entre 1.050 et 1.100 dossiers d'administration provisoires de biens, et suis saisi, chaque année, de 175 à 200 dossiers fondés sur les dispositions de la loi du 26 juin 1990. C'est évidemment beaucoup trop, en regard notamment des autres compétences dévolues à un juge de paix, et cela me conduit certainement à développer une pratique différente de celle de la grande majorité des juges de paix.

Pour le reste, je voudrais attirer l'attention sur le régime de l'administration provisoire des biens et les questions qu'il suscite en tant qu'il concerne le patient mis en observation d'une part, l'interné d'autre part. S'il existe nombre de points communs entre les régimes prévus pour ces deux catégories d'administrés, certaines spécificités distinguent également le régime de l'administration provisoire appliqué à ces deux figures.

L'administration provisoire des biens du patient mis en observation

Hormis quelques différences d'ordre procédural – tenant notamment à l'obligation pour le juge de paix de solliciter la désignation d'un avocat d'office lorsqu'il envisage une mesure d'administration provisoire concomitamment à une décision de mise en observation -, il n'y a, à mes yeux, que peu de différences entre le traitement des dossiers d'administration provisoires classiques et celui des dossiers touchant les personnes internées.

Toutefois, dans le contexte d'une mise en observation doublée d'une mesure d'administration provisoire, il est peu recommandé de désigner comme administrateur provisoire un membre de la famille du patient ou l'un de ses proches ; la mesure de gestion des biens du patient doit en effet lui permettre de se focaliser sur l'amélioration de son état de

santé - si possible avec le soutien de ses proches, ce qui n'est pas évident – but qui ne pourrait qu'être difficilement atteint si on l'expose à un risque potentiel – mais bien réel – de conflit avec un administrateur provisoire choisi dans le cercle de ses proches.

En réponse à l'observation d'Isabelle de Viron, suivant laquelle il serait opportun que le conseil de l'individu visé par une demande d'administration provisoire de ses biens soit assisté de son conseil personnel dès l'origine de la procédure, je précise qu'il n'y a aucune objection de fond à cela – le respect des droits de la défense est primordial – mais bien un obstacle d'ordre purement pratique : si les nom et coordonnées du conseil de la personne concernée ne figurent pas dans la requête, ou si son conseil ne se manifeste pas spontanément, on voit mal comment le juge de paix et/ou son greffe pourraient en connaître l'intervention ; ce n'est ni le rôle du greffe, ni celui du juge de paix, de procéder d'initiative à des recherches quant à ce, et il incombe dès lors à l'avocat éventuellement consulté de signaler son intervention, et de comparaître à l'audience fixée.

Une fois prise la décision de pourvoir le patient d'un administrateur provisoire, se pose la question de savoir s'il faut lui désigner une personne de confiance, ce qui peut être fait à sa demande, ou d'office par le juge de paix. Il faut évidemment le faire si la demande émane de la personne protégée elle-même. Il est par contre totalement anormal – pour ne pas dire plus - que certains juges de paix désignent systématiquement, et sans l'accord des administrés, une personne de confiance, en particulier si cette dernière est inconnue des administrés. Cette pratique, rapportée par Madame Corine Josson, ne peut en aucun cas être admise, car elle constitue une intolérable atteinte au libre arbitre du patient et à sa dignité.

Enfin, d'importantes décisions doivent être prises à l'issue de la période d'hospitalisation sous la contrainte du patient – dans le cadre de ce que la loi du 26 juin 1990 qualifie de « postcure » - et se pose alors la question de savoir si l'administrateur provisoire doit être associé à ces décisions. C'est à juste titre que Madame Josson estime ici que l'intervention de l'administrateur provisoire dans ce processus de « resocialisation » du patient doit se limiter aux aspects financiers qu'il induit (par exemple, le paie-

ment d'un loyer). Les professionnels de la santé mentale ayant accompagné le patient au cours de son hospitalisation sont, en effet, plus aptes à prendre les décisions qui s'imposent, en concertation avec l'intéressé.

L'administration provisoire des biens de l'interné

La loi de Défense sociale (DS) du 1er juillet 1964 organise deux mécanismes de protection de l'interné en matière de gestion de ses biens.

D'une part, la Commission de défense sociale (CDS) peut désigner un administrateur provisoire choisi au sein du personnel de l'établissement dans lequel l'individu est interné, et, d'autre part, elle peut inviter le juge de paix du domicile de l'interné à procéder à une telle désignation.

Ce choix laissé à la CDS appelle de ma part deux observations.

Il n'y a pas de difficulté particulière si la Commission de Défense Sociale demande au juge de paix de désigner un administrateur provisoire ; le juge de paix peut en effet cadrer comme il l'entend le rôle de l'administrateur provisoire, et mettre en place les mécanismes de contrôle qu'il souhaite.

La désignation d'un administrateur provisoire par la Commission de Défense Sociale soulève en revanche davantage de difficultés, et pose la question de l'absence de passerelles entre la loi de Défense Sociale et l'article 488bis du Code civil ; il me paraît à cet égard important d'épingler ce qui suit :

L'article 29, § 1er, de la loi de DS stipule que la CDS peut désigner comme administrateur provisoire un membre du personnel de l'établissement dans lequel l'individu est interné ; ceci n'est évidemment pas sain, d'autant que l'article 488bis proscriit formellement ce type de désignation ;

La loi de Défense Sociale définit les pouvoirs de l'administrateur provisoire d'une personne internée, et ceux-ci sont pratiquement les mêmes que ceux de l'administrateur provisoire désigné sur pied de l'article 488bis du Code civil ; il n'existe en revanche aucun mécanisme de contrôle ou d'autorisation, de sorte que l'administrateur provisoire agit comme il l'entend, sans que son intervention soit supervisée d'aucune manière ;

Lorsque l'interné est libéré à l'essai, la loi de DS stipule que les pouvoirs de l'administrateur provisoire sont « suspendus » (art. 29, § 2) ; un individu qui a été désocialisé pendant un certain nombre d'années est donc considéré apte, du jour au lendemain, à reprendre la gestion de ses biens ; c'est peut-être généreux, mais totalement utopique !

Dans la foulée de ce qui précède, se pose dès lors la question de savoir ce qu'il faut faire, à titre provisoire tout au moins, en vue de la protection du patrimoine de l'interné libéré à l'essai ; faute pour le législateur de 1991 d'avoir solutionné le problème, qui n'était pourtant pas très difficile à résoudre, je suggère deux pistes :

La première consiste à suggérer aux CDS d'exiger le maintien des pouvoirs de l'administrateur provisoire au rang des conditions de la libération à l'essai ; même s'il n'existe aucun contrôle si l'administrateur provisoire fut désigné par la CDS, il y aurait au moins l'assurance de ce que son patrimoine serait géré par un tiers ;

La seconde, que je pratique couramment, consiste à suggérer à toute personne intéressée qui suit l'interné libéré à l'essai de déposer une requête sur pied de l'article 488bis du Code civil ; au terme de cette nouvelle procédure, l'individu aura peut-être deux administrateurs provisoires, mais l'un d'eux aura au moins la faculté de gérer ses biens sous le contrôle du juge de paix, et la mission de lui réapprendre à les gérer.

Pour conclure, j'émettrai le regret que le législateur de 1991 ne se soit aucunement penché sur les questions qui précèdent, ce qui, en pratique, pose de réels problèmes. Il faut souligner ici que la loi du 21 avril 2007 relative à l'internement ne prévoit plus aucun mécanisme de protection des biens de la personne internée. L'avenir nous dira ce qu'il se passera en pratique, mais bon nombre de difficultés s'annoncent.

Damien Chevalier
Juge de Paix à Tournai

La libération de l'interné

La libération de l'interné : remarques introductives

Comme pour les deux autres exposés introductifs concernant le volet « défense sociale » de ce colloque, on prend ici appui sur les enseignements d'une recherche récente de terrain consacrée à l'internement en Belgique (francophone).

Pour rappel, on soulignera que lorsqu'une personne est internée, et pendant tout le temps que dure son internement, les décisions qui la concernent (sorties, libération à l'essai, libération définitive) relèvent d'une instance mi-judiciaire, mi-administrative, la commission de défense sociale, rattachée à l'annexe psychiatrique de la prison. Cette commission est composée d'un président, magistrat en exercice, et de deux assesseurs, l'un psychiatre, l'autre avocat.

La loi nouvelle de 2007 prévoit le remplacement de cette instance « mi-administrative, mi-judiciaire » par le tribunal de l'application des peines, mais ce changement n'est pas encore entré en vigueur dans la pratique. Actuellement, en 2011, ce sont donc toujours les commissions de défense sociale qui statuent sur les demandes de libération des internés.

Cela étant précisé, nous voudrions mettre l'accent sur un certain nombre de questions qui touchent au processus de libération et, indirectement, à la réintégration de l'interné libéré lorsque la libération pose problème. On sera ici très synthétique, renvoyant pour le reste le lecteur intéressé à la recherche susmentionnée.

Le processus de décision de mise en liberté

La mise en liberté peut être définitive ou à l'essai. Elle est prise d'office, à la demande du procureur du Roi, de l'interné ou de son avocat par la commission de défense sociale, à une double condition examinée par cette commission : il faut que l'état mental de l'inculpé se soit suffisamment amélioré et que les conditions de sa réadaptation sociale soient réunies (art. 18 de la loi de Défense Sociale (LDS)). Si l'interné est l'auteur d'une infraction à caractère sexuel sur un mineur, l'avis motivé d'un service spécialisé dans la guidance ou le traitement des délinquants sexuels est requis (art. 20bis LDS).

Par ailleurs, si la mise en liberté est ordonnée à l'essai, l'interné est soumis à une tutelle médico-sociale (art.20 LDS). S'il est l'auteur d'une infraction à caractère sexuel, l'interné libéré est soumis à l'obligation de suivre une guidance et un traitement dans un service spécialisé et, éventuellement, au respect de certaines conditions (art. 20bis).

En cas de non-respect des conditions ou d'un comportement révélant un « danger social », l'interné mis en liberté à l'essai peut être réintégré en annexe psychiatrique (art. 20, al. 7).

Des libérations au compte-goutte : quand le souci sécuritaire l'emporte sur le soin

Les commissions de défense sociale font preuve d'une extrême prudence en matière de libération. Alors qu'une décision de réintégration peut se prendre « en trois heures », toute décision allant dans le sens inverse (sortie, libération à l'essai ou définitive) n'intervient qu'« au compte-gouttes ».

Les critères pris en compte pour la libération sont les suivants : l'écoulement minimum d'un certain délai, la gravité des faits commis, le risque de rechute sanitaire, souvent lu comme un facteur prédictif de récurrence, l'impératif de sécurité publique ou le souci de protection des victimes, la dangerosité de l'interné, évaluée à l'aide d'éléments objectifs mais aussi fondée sur une impression globale plus subjective, les possibilités concrètes de placement dans d'autres types d'institutions. On est tenté de la résumer à trois éléments essentiels : la question de la dangerosité (déterminante), la question de la sanction (nécessaire malgré tout) et celle de la réintégration et de ses possibilités concrètes, qui se heurtent à l'extrême frilosité des institutions-relais à l'égard de patients étiquetés « défense sociale ». À noter, en outre, le poids du diagnostic d'expertise d'entrée en défense sociale, qui semble peser sur toute la trajectoire de l'interné, jusques et y compris le stade de la décision sur la libération.

La composition actuelle des commissions, incluant un médecin psychiatre, est appréciée comme garantissant un relatif équilibre entre le souci du soin et celui de la sécurité,

même si la dimension sécuritaire semble l'emporter. La présence du psychiatre jouerait un « rôle pédagogique » et favoriserait la prise de relais par des structures thérapeutiques externes. Certains déplorent toutefois le peu d'implication des psychiatres dans le travail des commissions. Prévue par la loi de 2007, la disparition du psychiatre dans le nouvel organe appelé à statuer sur la libération – le tribunal de l'application des peines – est un motif d'inquiétude globalement partagé par les intervenants.

La commission de défense sociale, un lieu de débat ?

La commission est-elle, par ailleurs, un lieu de débat ? Elle décide sur la base d'auditions, d'un rapport provenant de l'EDS ou de l'annexe psychiatrique, de l'audition du psychiatre de l'institution... Le psychiatre siégeant en commission peut ne pas être d'accord avec le rapport ou avec les conclusions du psychiatre de l'institution. Il semble ici qu'en cas de désaccord, la tendance serait à jouer le principe de précaution : plutôt que de débattre, la dissension serait utilisée pour refuser la libération.

Le débat en commission ne serait pas le même selon que l'interné provient ou non d'un établissement pratiquant la scission soin-expertise. La situation de « non-scission », qui se traduit par une place plus importante faite au psychiatre de l'établissement aux audiences de la commission, donnerait un poids plus important à l'avis de l'EDS.

L'interné provenant d'une institution pratiquant la scission, avec un psychiatre absent à l'audience, verrait ses intérêts plus pris en compte, via son avocat.

La réintégration de l'interné ou la fonction asilaire de la défense sociale

La réintégration des internés mis en liberté à l'essai est plus que fréquente. Elle intervient pour plusieurs motifs : non-respect des conditions (par exemple, l'interruption de la médication), nouvelle infraction (parfois totalement bénigne), appel à l'aide des familles ou impossibilité de se réinsérer à l'extérieur après des années de vie asilaire : « Les seuls qui ne reviennent pas chez nous, ce sont ceux qui vont au cimetière... »

Brice Champetier

Chercheur au centre interdisciplinaire de Recherche «Travail , Etat et Société» UCL

Yves Cartuyvels

Professeur aux FUSL

Libérer... pour réintégrer

Le rôle de la Commission de Défense Sociale face à la décision d'internement

L'article 14, §1, de la loi de défense sociale de 1930 dispose que l'internement a lieu dans l'établissement désigné par la Commission de défense sociale. Ainsi, lorsqu'un interné se présente pour la première fois devant la Commission de Défense Sociale, une décision judiciaire coulée en force de chose jugée a déjà été prise : cette décision a décidé que la personne qui se présente devant la commission est l'auteur de faits délictueux mais qu'en raison soit de son état de « démence », soit de son « état grave de déséquilibre mental », soit de son « état de débilité mentale » le rendant « incapable du contrôle de ses actions », elle doit être internée. Il y a donc une vérité judiciaire qui s'impose d'emblée à la Commission, laquelle est chargée de l'exécution de l'internement.

Si l'interné comparaît privé de liberté, se pose la question de la désignation d'un établissement de défense sociale. Tout est évidemment fonction du cas d'espèce mais il est vrai que, face à des actes d'une gravité extrême, la désignation d'un établissement de défense sociale s'impose, en raison notamment des conditions de sécurité qui y existent.

Ceci étant, les commissions sont confrontées aux conditions de surpeuplement des annexes psychiatriques ainsi qu'à l'attente interminable du transfert de l'annexe psychiatrique à l'établissement de défense sociale. La durée moyenne du transfert est en effet de 18 mois à deux ans. Cette situation intolérable nous incite - c'est le cas de la Commission de Défense sociale de Jamioulx - à rechercher, rapidement, des solutions alternatives dans le cadre d'une prise en charge psychiatrique, soit ambulatoire, soit

en milieu hospitalier, quand cela est nécessaire. Nécessaire et, faut-il le dire, « possible » tant les hôpitaux paraissent parfois « frileux » quand il s'agit d'accueillir des internés. Ceux-ci ne sont pourtant que des malades qui, par un passage à l'acte, ont clairement révélé qu'ils présentaient, à des degrés divers, une certaine dangerosité... Or, ce critère se retrouve aussi dans la loi de 1990 sur la protection de la personne des malades mentaux, loi qui soulève elle aussi de nombreux questionnements notamment d'ordre éthique conduisant à repenser non seulement les dispositions légales mais aussi les approches thérapeutiques.

La décision judiciaire qui a abouti à l'internement est le résultat d'un processus parfois long en raison des devoirs d'enquêtes et de la procédure. Il n'est pas rare que l'interné se présente pour la première fois devant la Commission après avoir passé déjà de nombreux mois en détention. Au cours de cette période, un traitement lui a parfois été administré et des démarches ont pu être effectuées : qu'il s'agisse, pour l'interné, souvent pour son entourage et avec l'aide des services sociaux et de soins, de mettre en place ou favoriser la reprise d'un suivi thérapeutique, de rechercher des conditions décentes et adaptées d'hébergement soit en famille, soit dans des institutions, soit même en autonomie, ou encore de lui procurer des aides diverses.

La Commission de Défense Sociale et la décision de libération de l'interné

La Commission de défense sociale est également en charge de la problématique d'une éventuelle libération. Celle-ci ne peut avoir lieu que sur la base des critères définis par la loi, à savoir l'amélioration suffisante de l'état mental de l'interné et la réunion des conditions de sa réadaptation sociale.

Lorsque la situation de l'interné permet de considérer que les conditions légales de sa mise en liberté sont réunies, la Commission, dans un premier temps, libère à l'essai. Autrement dit, elle assortit cette libération de conditions dont certaines sont spécifiques à l'interné (on peut ainsi prévoir qu'un interné dont la dangerosité s'accroît par exemple sous l'influence de l'alcool doit fréquenter une association du type « les alcooliques anonymes ») et d'autres plus générales et prévues par la loi, telles la tutelle médicale ou la tutelle sociale qui se réalise par l'intermédiaire des assistants de Justice (art. 20 de la loi de défense sociale).

La recherche d'une solution alternative à l'enfermement

perdure jusqu'au moment où les conditions d'une libération semblent réunies. Ceci est valable, que l'interné se trouve dans une annexe psychiatrique en attendant son transfèrement ou qu'il se trouve dans un établissement de défense sociale.

La décision de libération est souvent complexe et, pour les internés qui ont séjourné dans un établissement de Défense sociale, l'aboutissement d'un long chemin parcouru à petits pas. Bien évidemment, elle se fonde sur les conditions légales dans lesquelles s'inscrit implicitement la gravité des faits comme révélateurs du degré de dangerosité de l'individu. Et si elle se nourrit d'avis médicaux parfois divergents et de rapports sociaux, sortes de photographies de la personne et de son environnement, elle n'est pas non plus dépourvue d'une certaine subjectivité qui parfois, selon l'air du temps, privilégiera ou non l'aspect sécuritaire.

La décision est le fruit d'une délibération entre les trois membres de la commission, composée d'un avocat, d'un psychiatre et d'un magistrat. L'échange de vues entre ces trois personnes permet, notamment avec l'aide du psychiatre, de mieux appréhender l'opportunité ou non d'une libération, de ses chances de réussites ou des risques qu'elle implique.

La commission décide notamment sur base des informations qui lui sont fournies en amont. A cet égard, la scission entre équipe de soins et expertise dans les établissements dépendant de la Justice me paraît de nature à appauvrir l'information portée à la connaissance des commissions et par conséquent, à compromettre la justesse des décisions prises en ce qu'elles s'appuient en partie en tous cas sur des données médicales.

Un rapport d'expertise peut être demandé. Il reste néanmoins un rapport et il s'enrichit nécessairement des explications et précisions du psychiatre de la Commission. Cet apport échappera désormais aux Tribunaux d'application des peines et je crois qu'il faut le regretter.

Libérer pour réintégrer ?

Le titre un peu provocateur de cet atelier, « libérer pour ... réintégrer », pose d'une part, les questions de l'opportunité de libérer, de la nécessité de réintégrer l'interné libéré et de l'appréciation des circonstances qui justifient cette réintégration ; d'autre part, le problème de l'efficacité des décisions de libération prises par les commissions de défense sociale et, de manière sous-jacente, de l'efficacité des suivis médicaux et des suivis sociaux. Se pose encore ici le

problème de la nécessaire collaboration entre médecine, services sociaux et Justice.

Le « jeu » libération – réintégration est un peu celui de la carotte et du bâton. La comparaison est certes réductrice mais en réalité, si l'interné accomplit correctement ses petits pas, il sera libéré; s'il trébuche alors qu'il est en liberté, il sera réintégré. Certes chaque accroc n'entraîne pas, ipso facto, la réintégration et il arrive que, soit à la demande du Parquet, soit à la demande des assistants de Justice, la Commission de Défense sociale se transforme en une espèce de « père fouettard » qui admoneste, gronde... et menace de réintégration. Bref, la Commission agite le bâton, tout en rassurant l'interné s'il promet d'être sage. C'est ce que, pudiquement, nous appelons un « recadrage ». C'est là un rôle qui pose problème au magistrat que je suis. Outre le fait que je ne suis pas formée pour ce genre d'exercice, ce rôle repose sur une infantilisation totale de l'interné et table sur sa peur de retrouver un enfermement, qui, s'il se justifie par des raisons de sécurité, ne fait qu'ajouter de la souffrance à la souffrance du malade qu'est l'interné.

Cela fait plus de quinze ans, je crois, que je préside la Commission de Défense Sociale de Jamioulx. Si nous avons connu des succès, nous avons aussi connu des échecs, procédant ici de réintégrations incessantes suivies de libérations tout aussi fréquentes, résultant là de réintégrations suivies de tentatives de suicide ou encore, de réintégrations avec retour à l'établissement de défense sociale, avec la longue attente préalable en annexe psychiatrique que l'on connaît. De cette expérience, je retiens les difficultés suivantes.

En ce qui concerne les circonstances qui justifient la réintégration, bien souvent il s'agit de faits nouveaux commis par l'interné, des coups, des menaces, des faits de harcèlement, de vols, de trafic de drogue, etc. Lorsque l'interné comparaît devant la Commission dans le cadre de sa réintégration, celle-ci dispose souvent de très peu d'éléments sur ces nouveaux faits, parfois contestés par l'interné et pour lesquels aucune poursuite n'est engagée. L'interné n'est-il pas ici victime de la faiblesse inhérente à son statut ? La réalité des faits nouveaux invoqués à l'appui de la réintégration sont-ils suffisamment établis? Il est évident que si la Commission a un doute sur la réalité de ceux-ci, elle décidera d'une nouvelle libération de l'interné. Ce dernier aura tout de même à nouveau passé plusieurs jours derrière les barreaux.

Parfois aussi, l'interné est réintégré car il ne respecte pas les conditions qui lui ont été imposées dans le cadre de sa libération à l'essai. Là aussi, je crois qu'il faut être souple et ne recourir à la réintégration que si il y a réellement mise en danger.

Il est maintenant évidemment des cas difficiles, où tant l'interné que la Commission s'inscrivent dans une spirale libération-réintégration de laquelle ni l'un ni l'autre n'arrivent à sortir. Ceci se traduit en fin de compte par une décision de retour à l'Etablissement de Défense Sociale que l'on sait d'avance inappropriée au cas d'espèce. Le risque est ici d'institutionnaliser l'individu pour le rendre définitivement inoffensif, par son éloignement forcé de toute vie en société. La manque d'institutions relais et leur frilosité à l'égard des internés pose ici aussi question.

Je voudrais donner un exemple. Nous avons pour l'instant un interné que nous connaissons depuis près de 10 ans : un homme courageux dans son travail, avant qu'il ne le perde, mais violent, surtout quand il a bu : il a été interné pour des coups donnés à son entourage familial sous l'effet de la boisson. Tous les intervenants sont d'accord pour admettre que sa place n'est ni en prison, ni dans un établissement de défense sociale... De libération à l'essai en cures de désintoxication, de reprise du travail, en reprise de la boisson, de rechutes en non respect des conditions, de réintégration en libération, il a fait des allers-retours incessants entre la prison de Jamioulx, l'établissement des Marronniers où il avait été transféré en désespoir de cause, et un état de liberté vécu dans différents espaces dont il a épuisé la patience. Aujourd'hui, cet homme paraît s'enfoncer dans son mal, lequel reste assez flou. Il est à nouveau en prison et aucune solution autre que son transfèrement dans plus d'un an aux Marronniers ne se profile : les institutions « appropriées » qui ont été contactées refusent de le prendre en charge.

Nous avons connu un cas similaire avec un usager de drogues, à la personnalité dite « borderline ». Lui aussi, après avoir épuisé toutes les institutions susceptibles de l'accueillir, s'incruste aux Marronniers à défaut de pouvoir et même peut-être de vouloir être accueilli ailleurs.

Et Je n'évoque pas ici le cas particulier des internés auteurs de délits à caractère sexuel. La législation qui leur est applicable rend beaucoup plus difficile leur libération, notamment en raison du suivi spécialisé qui doit être le leur. Ici aussi se rencontre une difficulté importante de trouver un centre spécialisé, le plus proche possible de leur lieu

de résidence, acceptant la prise en charge d'un délinquant sexuel interné.

Conclusion

Je voudrais, en conclusion, mettre l'accent sur deux choses. Tout d'abord, ces échecs ne doivent pas à mon estime remettre en cause les efforts entrepris pour permettre l'insertion ou la réinsertion des internés dans la vraie vie. Il faut ici souligner le travail considérable accompli notamment par les maisons de Justice dont les assistants accompagnent les internés libérés dans leurs parcours de vie bien souvent difficile. Ceci est d'ailleurs également vrai du travail accompli par les services sociaux en général, qu'ils relèvent d'associations particulières ou de services publics et cela, en collaboration avec certains médecins psychiatres qui acceptent de transmettre des informations utiles sur l'évolution de l'état mental de l'interné, sa com-

pliance au traitement, sa régularité dans les entretiens. Il y a là autant d'éléments qui, non seulement rassurent, mais qui, s'ils se poursuivent positivement, conduisent à une libération définitive.

Par ailleurs, je crois qu'un certain nombre de réintégrations pourraient être évitées moyennant deux conditions. Il faudrait, d'une part, que les internés aient un accès plus aisé aux hôpitaux psychiatriques ou aux services psychiatriques des hôpitaux généraux, en dépit parfois de la présomption de grande dangerosité qui pèse sur eux résultant de leur pauvre nom d'interné. Mais éviter des réintégrations passe, d'autre part, par la nécessaire mise en place de structures d'accueil appropriées.

Annie Philippart

Présidente de la Commission de défense sociale de Jamioulx

La libération de l'interné

S'il y a un sentiment partagé par l'ensemble des intervenants (assistants sociaux, avocats, psychologues,...) gravitant, dans leur fonction respective, autour de la situation, préoccupante à maints égards, des internés, c'est sans doute la frustration.

Frustration de ne pouvoir que trop rarement parvenir à offrir à l'interné, au sortir de l'annexe psychiatrique, le cadre idéal, celui qui correspondra vraiment, sinon à ses attentes, à tout le moins à ses fragilités. Frustration de devoir attendre, souvent bien trop longtemps, que ce projet, parfois un peu bancal, faute d'autre solution plus adaptée, se concrétise enfin, l'interné n'ayant d'autre choix que de patienter, dans l'attente, dans l'annexe psychiatrique d'une prison des mois, voire des années. Frustration, enfin et surtout, d'avoir à fonctionner avec un système qui veut que les projets visant à dégager des solutions quant à une prise en charge thérapeutique, une éventuelle réinsertion socio professionnelle, une reprise de contact avec la famille, qui a parfois pris ses distances, se construisent, précisément, à partir d'un milieu qui reste avant tout carcéral...

Cela dit, nous voudrions préciser, à partir de notre point de vue d'avocat, un certain nombre de problèmes que soulève la pratique de l'internement, les difficultés de la libération ou encore de la réintégration.

Les impasses d'un diagnostic en noir et blanc.

L'importance accordée aux expertises psychiatriques dans le processus de décision judiciaire est sans doute compréhensible mais n'en reste pas moins déjà très contestable au regard des conditions dans lesquelles elles sont réalisées. Si parfois le diagnostic est évident et peut être posé rapidement, dans d'autres cas, en revanche, seule une vraie « mise en observation » pourrait permettre de répondre aux questions posées et c'est loin d'être toujours le cas. Mais par ailleurs, l'expertise, telle qu'elle est pratiquée actuellement, fonctionne sur la dichotomie obsolète, « responsable » versus « irresponsable ». Aussi renvoie-t-elle le délinquant vers la catégorie « totalement responsable » ou « pas du tout responsable » de ses actes, sans réelles distinctions, mettant un peu, pour être trivial mais clair, « tous les internés dans le même sac ».

Cette absence de nuances, particulièrement quant au degré de dangerosité et de responsabilité de l'individu, participe sans doute à la crainte qu'inspire de plus en plus l'étiquette d'interné auprès, non seulement, de la population mais aussi des structures diverses (hôpitaux, maisons d'accueils, centres de jour, habitations protégées, centres de santé mentale,...) qui pourraient potentiellement jouer

un rôle dans le cadre d'une libération à l'essai.

Si rendre compte « à la justice » de l'évolution de l'interné constitue vraisemblablement un frein important, cette peur de l'inconnu, de « plus compliqué » (dans la prise en charge globale de cette population hétérogène, mais aussi dans le lourd processus d'admission qui dépend nécessairement de diverses autorisations de la Commission de défense sociale) rend, à l'évidence, également très frileux les différents établissements.

Le relais thérapeutique : aux abonnés absents ?

Derrière l'argument parfois fallacieux du « désolé, mais il n'est pas possible, dans le cadre d'une tutelle médicale, d'avoir à la fois la casquette du thérapeute et celle du référent auprès de la justice » il semble assez clair que se cache souvent, plus prosaïquement, un choix de patientèle a priori plus facile à gérer. Il est sans doute moins risqué de s'engager à assurer le suivi de névrosés, dépressifs, victimes de troubles du sommeil que de malades ayant déjà franchi la ligne rouge, celle qui sépare les « malades ordinaires » des « malades délinquants ». Peut-on, pour autant, laisser sur le bas-côté de la route ces... malades ? Quid du fameux serment d'Hippocrate ?

Quand, dans mon rôle d'avocat, je cherche un thérapeute qui puisse assurer le suivi ambulatoire d'un interné pour lequel la Commission de défense sociale elle-même donne un accord de principe pour une libération à l'essai, et que le centre de guidance proche de son domicile m'indique que tous les psychiatres rattachés à ce centre ont pris la décision collective de ne plus suivre d'internés, ou qu'un centre hospitalier spécialisé en psychiatrie, disposant même d'ailes fermées, refuse une prise en charges au motif qu'il s'agit d'un interné ou que celui-ci... « ne va pas assez bien », je ne peux que faire le constat amer que le système actuel ne fonctionne pas.

S'il ressort d'études récentes que de nombreux lits en Belgique sont occupés par des malades en service psychiatrique, il est clair que les internés n'y sont pas les bienvenus.

Ce dysfonctionnement est d'autant plus choquant que personne ne peut ignorer, dans le milieu, que, dans l'attente, l'interné stationnera des mois, voire des années, sur le parking de l'annexe psychiatrique d'une prison où son état, loin d'aller toujours en s'améliorant, risque, au contraire, de s'aggraver, ce qui n'est guère étonnant au vu de la qualité de la prise en charge dans ces lieux de détention.

L'absence de relais externes compensée par l'amélioration du soin à l'intérieur des annexes ?

Il faut reconnaître que, depuis quelques années, de réels efforts ont été réalisés pour améliorer le sort des internés dans les annexes psychiatriques (avec l'effet pervers que, pour certains, il n'y a plus d'urgence à leur chercher un autre lieu de vie). Ainsi, il y a désormais dans les annexes une équipe pluridisciplinaire constituée de psychiatres, psychologues, assistants sociaux, ergothérapeutes. Tous ces intervenants se répartissent les tâches en fonction de leur position d'experts ou de dispensateurs de soins, sans que les informations puissent toujours passer entre eux, ce qui peut parfois conduire à des situations ubuesques.

A côté de cette équipe interne à la prison, il faut souligner le rôle de plus en plus essentiel, car très efficace et concret, des assistants sociaux extérieurs qui rencontrent régulièrement l'interné et participent de près à la recherche puis à la mise en place de projets de sortie, prenant tantôt directement contact avec les structures, tantôt accompagnant les internés lors des sorties spéciales organisées dans le processus de candidature.

Faire sortir les internés de l'annexe psychiatrique : une priorité.

D'autres changements me semblent augurer d'une dynamique nouvelle qu'il faut souligner. Ainsi, depuis quelques temps la Commission de défense sociale de Bruxelles permet, sauf rare exception, à l'interné d'assister à l'ensemble des débats lors des séances examinant son dossier. Quant aux délais de fixation, ils ont également été considérablement réduits.

Un chemin immense reste néanmoins à faire pour rendre de la dignité à ces personnes qui, avant d'être des délinquants, sont avant tout des malades, et, accessoirement, pour rendre les décisions judiciaires plus cohérentes et enfin exécutées dans un délai raisonnable... La toute première étape de ce chemin consiste évidemment à faire sortir les internés des annexes psychiatriques prévues, au départ, pour permettre une brève mise en observation ou une transition entre la décision d'internement et le transfert vers la structure ad hoc. S'il est évidemment très clair que tous les internés ne peuvent pas, dès la mesure d'internement prononcée, réintégrer la société via un accueil en structure ouverte ou en famille avec un simple suivi ambulatoire, fussent-ils accompagnés d'une activité occupationnelle, d'autres ne profitent en rien d'une quelconque forme de privation de liberté.

Tout étant souvent, avant tout, question de moyens financiers, il faut bien constater que si les internés végètent tellement longtemps dans les annexes psychiatriques, c'est d'abord la conséquence du manque de moyens injectés pour la construction de structures adaptées à leurs pathologies, à leur dangerosité. Une question d'argent, donc, mais aussi, en amont, de courage et d'envie du monde politique.

Car c'est une évidence que les internés, à l'instar par exemple des mineurs d'âge, n'ont pas leur place dans les prisons. Comment peut-on, en effet, imaginer mettre en place pour ces malades des projets de réinsertion constructifs à partir d'un milieu carcéral ? Comment imaginer un vrai travail thérapeutique en profondeur dans un tel lieu, où les internés, dans une promiscuité insupportable, sont « entassés les uns sur les autres », où, faute de place, certains dorment sur un matelas à même le sol, où « on pare au plus pressé », où les conditions a minima d'un début de travail (en termes d'hygiène, de logement décent, de possibilités de sorties à l'extérieure ou d'activités essentielles d'un point de vue thérapeutique, d'encadrement par des infirmiers en lieu et place d'agents en uniforme,....) font défaut ?

La Belgique a souvent, à cet égard, été pointée du doigt pour ses manquements. Encore très récemment, le CPT (Centre européen de Prévention non pas du Confort mais bien de ... la Torture) dénonçait, via diverses recommandations, une situation qualifiée d'intolérable. Force est toutefois de constater qu'en matière de torture, c'est au rythme d'une tortue (bien fatiguée) que la Belgique avance.

Au-delà du caractère choquant de voir des individus jugés irresponsables de leurs actes détenus en prison, comment ne pas se rendre compte aussi que la stigmatisation de ces malades détenus rend tellement plus compliquée encore la mise en place de projets constructifs de sortie ? Comment ne pas comprendre, ne fût-ce qu'un peu, que les refus des structures contactées dans le cadre d'une candidature s'expliquent souvent par l'étiquette « détenu » qui est la pire des barrières ? Combien de ces structures d'accueil, en effet, ne disent pas sans détour, sans faux-fuyant, qu'« on envisagera éventuellement sa candidature quand il ne sera plus détenu » ou que « c'est d'accord, on peut l'accueillir, mais après qu'il soit passé par une structure intermédiaire, de transition » ?

Légiférer c'est bien..., créer des places adaptées ce serait mieux...

De nombreux projets de réforme législative sont envisagés. Depuis 2007, une nouvelle loi régissant la matière a même été votée, un peu dans la précipitation, puisque consécutive à un fait divers ayant défrayé la chronique. On le sait, trois ans et demi après sa publication au Moniteur Belge, cette loi nouvelle n'est toujours pas d'application. Est-ce un problème ? Je reste assez sceptique quant aux améliorations réelles que des législations nouvelles, aux vues souvent sécuritaires, peuvent apporter concrètement, « sur le terrain ». A mon sens, Légiférer n'était pas la priorité. La loi de défense sociale de 1964, toujours d'application, est d'ailleurs plutôt bonne. C'est sa mise en application qui pose problème. Ce sont, encore une fois, les moyens financiers qui font défaut.

Où est la vraie priorité ? il faut de toute urgence créer plus de places dans les structures ad hoc. Donc, plus de places du type « établissement de défense sociale » où la Commission de défense sociale puisse poursuivre sa compréhensible « politique des petits pas ». Mais aussi, sinon surtout, créer, à défaut de pouvoir suffisamment compter sur les structures privées existantes, d'autres types de structures, plus légères, de court ou moyen séjour, dépendant du pouvoir Fédéral ou des Régions et qui puissent répondre à une « politique des grands pas », pour les internés au profil plus rassurant, qui, par exemple, présentent un moindre degré de dangerosité, une meilleure conscience morbide et donc une meilleure compliance au traitement (la fin de la phrase n'est pas claire). Tu peux supprimer le dernier exemple si tu veux, c'est un terme souvent employé (un néologisme??) dans le jargon médical qui renvoie à l'alliance thérapeutique entre le docteur et le patient.

La réintégration de l'interné libéré (à l'essai) : trop rapide ?

Dans l'attente de ces investissements attendus depuis tant de temps, certaines solutions apportées à des difficultés structurelles pourraient permettre de vider d'ores et déjà quelque peu les annexes psychiatriques. Parmi celles-ci, il y a la politique de réintégration des internés.

Si certains nouveaux délits justifient bien sûr une réintégration dans l'urgence, beaucoup d'autres, d'une gravité moindre, mériteraient un autre sort : plutôt qu'une réintégration immédiate, signifiant souvent la faillite du projet d'insertion mis en place et de l'équilibre retrouvé, il serait souhaitable que l'interné compare au plus vite devant la commission de défense sociale, mais libre... qu'il puisse s'expliquer, dans le respect de la présomption d'innocence

et aux côtés de son avocat, dans le cadre d'un débat contradictoire. Or, à Bruxelles notamment, il est clair que la tolérance du Parquet est minimale face aux libérés à l'essai qui « font un pas de travers » et que la réintégration en annexe est immédiate.

A ce propos, quand on compare la situation des internés, souvent réintégrés malgré l'absence de nouveaux défis, à celle des individus « ordinaires » placés sous mandat d'arrêt pour des faits souvent bien plus graves, on ne peut que s'étonner : ces derniers auront en effet la possibilité de se défendre en chambre du conseil, dans les cinq jours qui suivent la délivrance du mandat d'arrêt. Ils pourront même espérer que, dans les jours qui suivent, le juge d'instruction accepte un projet de libération sous conditions. Sans oublier que l'arrêt Salduz, récemment prononcé par la Cour européenne des droits de l'homme, impose dorénavant que dans toute enquête pénale l'audition des suspects se fasse en présence d'un avocat... Rien de tout cela pour les internés qui sont, eux, tributaires du pouvoir discrétionnaire du Parquet. Or, les conséquences d'une réintégration, notamment en termes de durée et d'impact sur la santé mentale, sont souvent bien plus lourdes que celles d'un mandat d'arrêt.

Parmi les nombreux internés qui font l'objet d'une mesure de réintégration en annexe, nombreux sont d'ailleurs ceux qui subissent la réintégration au seul motif que leur « état mental se dégrade ». Leur situation pourrait, certes, parfois justifier une rapide (re)prise en charge thérapeutique sous la contrainte. Mais, pourquoi ne pas les aiguiller alors vers le circuit, beaucoup plus souple et efficace, de la mise en observation tel que régi par la loi du 26 juin 1990 ? Ce circuit est, il est vrai, lui aussi déjà largement saturé, mais les éventuels cas de réintégration d'internés seraient ici exceptionnels. Et puis, pourquoi ne pourraient-ils pas, eux aussi, bénéficier de ce type de soins ? Au nom de quel principe ? Si à Bruxelles, une centaine de personnes, en moyenne, est mise en observation dans le cadre de la procédure urgente par mois, ces réintégrations d'internés dans le circuit de civil de protection des malades mentaux se compteraient, pour la même période, sur les doigts d'une main... Mais quelle main tendue alors pour eux ! Quel gâchis évité pour ceux à qui il faut juste donner un petit coup ... de main pour les remettre sur les bons rails !

La transmission de dossiers du parquet à la Commission de défense sociale : pourquoi de tels délais ?

On ne voudrait pas stigmatiser ici l'action du Parquet sans doute en manque d'effectifs, mais une autre difficulté est

posée par l'incompréhensible et scandaleux laps de temps qui sépare la date de décision définitive d'internement (prise par le juge du fond) de celle du jour où le dossier arrive « physiquement » au greffe de la Commission de défense sociale. Or, le greffe doit forcément attendre cette arrivée pour fixer le dossier à l'agenda de la Commission de défense sociale, ce qui entraîne des retards considérables dans un processus de décision important pour la trajectoire du futur interné.

Cette lenteur est d'autant plus choquante que rien ne l'explique. Pendant ce « temps mort », le Parquet ne réalise qu'un petit résumé des faits, le plus souvent quelques lignes qui se limitent souvent à une mise en forme des préventions et/ou de la petite motivation reprise dans la décision d'internement. Que de temps perdu pour les internés... et quel coût pour les citoyens qui financent ces jours de détention parfaitement inutiles. A quand donc un délai, drastiquement réduit, prévu à peine de nullité ou de remise en liberté, faute d'un titre valable de détention en cas de non respect ?

Conclusion

D'autres projets simples et pragmatiques pourraient être porteurs, sinon de solutions, d'améliorations en vue d'un désengorgement des annexes psychiatriques. Comme celui, un temps évoqué, de la création d'un ombudsman pour tenter de faire le lien entre le monde du judiciaire et celui de la santé.

Ce dernier pourrait tenter de dégager, au cas par cas, des places dans des structures adaptées dans des dossiers en particulier, voire, au-delà, tenter de créer de réelles passerelles, via la mise en place d'un vrai réseau de soins en concertation avec les différents établissements, entre ces deux univers qui ne se comprennent pas forcément, faute d'objectifs toujours proches.

A ce propos, il serait sans doute plus constructif et cohérent d'envisager que tout le secteur de la défense sociale puisse totalement dépendre du ministère de la Santé.

Jean-Christophe Van den Steen
Avocat au Barreau de Bruxelles
Assistant à St Louis

Conclusions

Avez-vous remarqué le privilège qui m'a été octroyé dans le programme ? Je suis le seul contributeur de ce colloque dont la durée de l'intervention ne soit ni mentionnée explicitement ni même calculable. L'indétermination de la durée de mes propos vous place donc dans une situation proche des incertitudes de l'internement.

Vous accepterez, je l'espère, que ces conclusions ne soient qu'un brouillon et que les conditions dans lesquelles je les soumets à votre expertise méritent que vous suspendiez un temps votre diagnostic relatif à la santé mentale de leur auteur. Et j'espère aussi que vous comprendrez que je ne peux traiter ici des questions précises et concrètes que j'ai découvertes en écoutant toutes les contributions très informées de ces deux jours : je ne peux pas conclure de façon narrative et synthétiser scolairement tous les propos entendus. L'exercice des conclusions à chaud fait par ailleurs toujours courir le risque de manquer de respect aux contributeurs du colloque, soit par l'ingratitude de l'oubli de certains soit par l'injustice de la mise en exergue des propos de certains autres. Déjà ingrate et injuste, ma propre expertise sera aussi subjective que celles dont on a parlé au cours de ces deux journées, mais j'essaierai cependant de respecter les règles de l'exercice et de mettre en évidence les traits saillants et transversaux des contributions...

De quoi avons nous donc parlé ? De cinq formes d'action – décision, expertise, soin, administration, défense — rencontrant la folie dans des procédures civiles et pénales. Je commencerai par la folie. Je reviendrai ensuite sur les formes d'action, sur leurs tensions éthiques et sur leurs consensus discrets. Je consacrerai enfin un dernier détour de ces conclusions à la temporalité de ces actions...

Etat d'exception.

Un hommage ambigu.

Je voudrais rendre hommage au dispositif de recherche participative et à l'ensemble des orateurs qui ont fait un effort significatif de communication. Cette journée contribue à la valorisation d'une collaboration entre universitaires et acteurs de terrain. Ce dispositif donne sens à l'idée de « science démocratique » ou de démocratie de la connaissance. Ceci dit, la démocratie — je ne peux m'empêcher

de citer Jacques Rancière¹ — c'est le désir structuré que « ceux qui ne comptent pas comptent ». Et le pari démocratique (son horizon) consiste, dans un processus de reconstruction infini, à faire compter ceux qui ne comptent pas dans toutes les enceintes où ils ne comptent pas. A cet égard, le souci de « dépsychiatriation de la société » associé à celui d'une interrogation sur le lien social, qui marquait d'une empreinte forte les propos de Gérald Deschietere, semble s'orienter sur le même horizon. Il reste que — le psychiatre le sait bien, sans quoi il ne ferait pas ce métier — la psychiatrie peut aussi, au cas par cas, produire cet effet de faire compter quelqu'un qui ne comptait pas jusque-là.

Ebloui par cette utopie, je constate que, comme souvent, le « client » (le justiciable, le patient, l'interné, la personne mise en observation...) manque au dispositif. La folie exclut-elle la « collaboration » à la connaissance, comme la délinquance le fait aussi, le plus souvent ? La dimension expérientielle de la défense sociale par ceux qui la subissent manque, même si quelques allusions ont pu témoigner indirectement de cette dimension. Elle fait souvent défaut dans les pré-supposés des discours tenus lors de ces deux journées. Maître Deman-Mukenge a souligné que le mot « protection » ne signifie pas grand-chose dans l'expérience vécue du justiciable ; j'ajouterai que ce n'est pas nécessairement le trouble mental qui explique cette distance entre le noble signifiant de la protection et l'expérience de l'enfermement indéfini.

Ainsi l'idée (que j'emprunte à Jean-Paul Beine) qu'il ne faut pas punir le malade mental parce qu'il ne faut pas ajouter du malheur au malheur est sans doute très juste, mais elle me paraît si loin de l'épreuve vécue par les internés : qu'en pensent les personnes placées en annexe psychiatrique d'une prison ou en établissement de défense sociale ? L'une d'entre elles a dit, dans le brillant raccourci du désespoir, à une étudiante qui recueille la parole d'internés sur leur situation et sur les procédures qui les y ont conduits et les y maintiennent : « donc si t'es interné, c'est fini quoi, c'est pas la peine »... Les significations du « c'est fini » contiennent aussi bien son contraire (c'est infini) ; « c'est pas la peine » résonne dans son sens juridique et dans son sens abandonnique. Je persiste à soutenir, moi aussi, l'idée

¹ Jacques Rancière, *La méésentente*. Politique et philosophie, Paris, Galilée, 1995.

qu'il ne faut pas ajouter du malheur au malheur, mais pourquoi cette position éminemment humaniste serait-elle réservée au malade mental et non au délinquant ordinaire ? Celui-ci, disposant d'une « pleine » subjectivité, serait-il, pour cette seule raison, légitimement éligible au malheur ajouté ? Ou bien serait-il (trop) heureux, jusqu'à ce que la punition le ramène au malheur ordinaire ?

L'absence du patient dans le dispositif du colloque et de la recherche n'est jamais que le reflet de certains aspects discutés hier du dispositif juridique limitant le contradictoire. Cette limitation repose sur le présupposé que le justiciable n'est pas tout-à-fait sujet. Autrement dit, la clinique ou le souci de la parole ne produisent pas leurs effets dans le champ juridique. Pourquoi ne pas présupposer que nous avons toujours affaire à un sujet et constater par l'expérience que la discussion est possible ou non ? Je ne peux m'empêcher de faire référence à la position de Louis Althusser² sur ce point. Si l'on croit à la parole, alors on doit croire que la folie n'exclut pas la possibilité de parler et l'obligation d'entendre... sous prétexte qu'elle exclut normativement cette fiction juridique que l'on appelle responsabilité.

Le droit et l'exception

La folie est un état d'exception pour le droit, alors qu'elle est cependant omniprésente dans la vie quotidienne, comme l'a rappelé le docteur Michel-Henry Martin. Cet état d'exception est paradoxalement un état de vérité. J'entends par vérité l'existant qui échappe aux catégories ou qui y est enfermé à l'étroit, dans un forçage que l'on a bien ressenti dans les communications et les échanges d'hier. Les cliniciens³ peuvent parfois s'approcher de ses bords vertigineux. Cette vérité tient en ceci que personne n'est totalement responsable ou irresponsable de ses actes. La responsabilité est une assomption subjective de catégories morales ou juridiques ou une attribution forcée de ces mêmes catégories. Un peu moins loin que Michel van de Kerchove, je vais remonter un instant dans l'histoire. Je ne peux m'empêcher de penser que nos catégories n'ont guère évolué depuis 1864. Lasègue publie à cette date un texte qui met fin à quelques vingt années de débat entre juges et aliénistes sur la question de la nécessité ou non d'évaluer psychiatriquement la responsabilité pénale des

criminels fous⁴. Lasègue indique significativement la raison pour laquelle il est impossible d'accorder le savoir psychiatrique et les catégories juridiques qui semblent s'y appuyer, et pour laquelle le débat sera toujours difficile et jamais clos. Alors que le magistrat se penche sur des faits, le médecin va puiser son information où personne d'autre que lui n'a le droit de la puiser et pour répondre à une question qui n'a rien à voir avec les faits (celle de la subjectivité d'un patient). Lasègue soutient que le psychiatre peut répondre à la question de savoir si quelqu'un est fou. Le problème est que la société a imposé à la folie un attribut (qui n'a rien de médical) : l'irresponsabilité. Il paraît significatif de relever ici que cette question de l'irréductibilité juridique des catégories est également tributaire de la construction pénale : si l'enjeu du procès n'était pas de punir, la nécessité d'évaluer, de façon binaire, la responsabilité se dissoudrait d'elle-même. Lasègue a lui-même indiqué que si l'on lui demande si quelqu'un est fou, il est parfois contraint de dire qu'il est en train de le devenir, indiquant le caractère évolutif de la pathologie, son caractère processuel ou dynamique, auquel les catégories juridiques sont peu réceptives. Un débat jamais clos, un attribut juridique embarrassant, le dynamisme de la pathologie... voilà au moins trois enjeux, reconduits pendant ces deux journées, de la rencontre entre psychiatrie et rationalité juridique moderne.

Il me paraît important de mentionner Lasègue, non seulement pour souligner la récurrence des débats, mais aussi pour une autre raison dont des traces ont percolé dans certaines contributions de ce colloque : il y a plusieurs psychiatries. Lasègue, aussi futé soit-il, est le psychiatre qui a fait obstacle aux avancées cliniques de Pinel et Esquirol en réadossant la psychiatrie sur une médecine positiviste, moyennant un « virage organiciste » de l'expertise : une lésion cérébrale doit être prouvée pour que l'irresponsabilité puisse être décrétée. Comment ne pas conclure de cette évocation historique que la vérité de Lasègue l'a conduit à faire taire les patients, à exclure une clinique de la parole au profit d'une écoute des organes ? L'équivalent contemporain de ce virage organiciste (régression de la pensée et passion objectivante) est double : il s'entrevoit dans une psychiatrie remédicalisée et dans une psychiatrie rassurée par son « équipement », les confortables échelles apportant le même confort — objectiviste, probabiliste mais virtuel — que la lésion cérébrale. Ceci me permet une mise en garde : la vérité n'a pas nécessairement des effets politiquement ou socialement heureux, au

2 Louis Althusser, *L'avenir dure longtemps* suivi de *Les faits*, Paris, Stock, 1993.

3 Je donnerai plus loin une définition élargie de ce mot.

4 On trouvera plus de précisions sur ce sujet dans Christian Debuyst, Françoise Digneffe, Jean-Michel Labadie, Alvaro P. Pires, *Histoire des savoirs sur le crime et la peine*, tome 1, Bruxelles, Larcier, Coll. Crimen, 1995 (rééd. 2008).

regard de certaines valeurs qui, si on veut les défendre, exigent qu'on n'appelle pas un chat un chat... Ainsi, la maltraitance — que Sébastien Jacmin a évoquée comme effet de l'association entre le paternalisme et une théorisation classificatoire (sans continuum entre santé et maladie) — pourrait bien renaître, en dépit de la disparition présumée du paternalisme, la théorie classificatoire servant non plus le soin, mais l'entreposage actuariel et moins bienveillant des « dérangeants »⁵.

Le droit ne peut supporter la vérité de l'exception pour au moins trois raisons.

1°) La vérité de l'exception dérange la dimension binaire du droit. L'homo juridicus ressemble à la machine cybernétique dont la programmation relève d'une série de positions toutes exprimables par 1 ou 0. La vérité est que ni 1 ni 0 n'existent — Jean-Christophe Van Den Steen l'a souligné — et que les positions intermédiaires (entre 1 et 0, au-delà ou en deçà ?) sont fluctuantes chez un même sujet. Il s'agit là des « nuances exaspérantes » (selon les mots très justes de Geneviève Tassin) que certains magistrats vivent mal quand ils lisent les rapports d'expertise. Je prendrai pour symptômes de l'impossible réduction de l'exaspération la variabilité historique du vocabulaire (dont Michel van de Kerchove nous a donné l'écho) et l'absence de définition des signifiants utilisés pour désigner la folie⁶. Je ne me permets d'ailleurs de l'appeler folie que par abus et facilité de langage.

2°) La vérité dérange la dimension objectiviste du droit. Le juge n'est pour rien dans son diagnostic ; la réflexivité n'est pas de mise pour celui qui doit trancher. La logique psychiatrique (malgré les écoles de pensée fortement conflictuelles et parfois inquiétantes) est ternaire, évolutive et intersubjective. En 1957, le docteur Etienne De Greeff a exprimé à ce sujet, à propos de l'examen pré-sentenciel, une idée forte : « Un examen de personnalité bien fait serait en pratique inutilisable par le juge... Dans la mesure où il s'approche de la personnalité réelle, cet examen percevra sa complexité, mettra en évidence les incertitudes, les hésitations. Un magistrat surtout s'il est compétent, saura que, s'il prend une décision, il devra réserver l'avenir, de

même qu'il devra se réserver une possibilité de changer »⁷.

Les seules assimilations possibles entre les logiques de santé mentale et de droit (aussi radicalement divergentes) se tiennent dans l'instrumentalisation immunitaire (le jeu de parapluies est réciproque entre psychiatrie et justice) et dans l'instrumentalisation symbolique de la « science » (sacralisée par les magistrats) et de la « loi » (sacralisée parfois par la psychanalyse et inconsciemment soutenue par les psychiatries). L'évolution comportementaliste et organiciste de la psychiatrie, évoquée par certains orateurs, facilitera hélas ces types d'assimilation.

3°) L'exception semble déranger enfin les partages disciplinaires du droit : les procédures civiles et pénales sont chacune entachées de traits de l'autre. Un enfermement civil (la mise en observation) et la contrainte (pénale) consentie embrument les belles divisions du droit. La singularité de l'objet qui nous a réunis en dit long aussi sur le sort commun du droit applicable à la névrose...

Des procédures exceptionnelles

Il n'est peut-être pas étonnant qu'à l'état d'exception que j'appelle vérité répondent des « procédures exceptionnelles ». Ainsi, les internés se trouvent en prison, à l'annexe psychiatrique pendant 18 à 24 mois plutôt qu'en établissement de défense sociale ; on trouve aussi en prison de nombreuses personnes qui sont manifestement dans un état de déséquilibre mental non reconnu. Christian Kottler (chef de service du SMPR de Caen) témoigne dans un texte publié très récemment⁸ des faux positifs et des faux négatifs des expertises préalables à la condamnation et à l'internement. Il me semble que l'on peut déjà tirer de cette observation la conclusion suivante : une évaluation photographique (selon les termes utilisés par Anne Wyvekens) ou une expertise instantanée constitue de profondes anomalies dans les dispositifs juridiques sous examen.

Dans le même ordre d'idées, la procédure d'urgence de la mise en observation est la règle (la norme statistique), permettant de contourner (volontairement ou non) les garanties juridiques affectées à la procédure normale de la loi de 1990 (qui est déjà exceptionnelle et qui répond déjà à l'urgence). Les contributions de Thierry Marchandise et de Véronique Sevens, ainsi que celle de François-Joseph

⁵ Je fais allusion ici au jeu de mots attribué à Michel De Clercq, attirant l'attention sur la confusion entre « dangerosité » et « dérangeosité ».

⁶ Le droit justifie cette absence de définition par l'évolution de la psychiatrie à laquelle il faut laisser la possibilité que ses changements trouvent leur écho dans ses dispositifs juridiques ouverts. Il n'y a donc pas que la pathologie qui puisse être évolutive, mais le droit ne fait pas le même accueil aux transformations de la science et à celles du sujet.

⁷ Voir Christian Debuyst, « L'observation psychosociale avant et après jugement », in Coll., Les interventions psychosociales, Strasbourg, Conseil de l'Europe, 1993.

⁸ Christian Kottler, « Soins psychiatriques en détention », in Sylvain Jacopin (dir.), Le renouveau de la sanction pénale. Evolution ou révolution ?, Bruxelles, Bruylant, pp.211-222.

Warlet, ou de Gérald Deschietere y ont insisté.

L'exceptionnel juridique devient la norme statistique⁹. Autrement dit : les procédures garantes des droits de la personne sont faibles face à la routine professionnelle, devant le souci d'auto-protection des multiples décideurs chacun conforté par la décision de l'autre, devant les risques de confusions de rôles (particulièrement nets dans le domaine de l'administration provisoire des biens), devant les risques opposés de l'étanchéité des rôles, devant les connivences entre acteurs (éminemment compréhensibles mais bien peu protectrices des droits), dans l'ombre des politiques sécuritaires¹⁰, et pour couronner le tout, dans un contexte global néolibéral pour lequel ceux qui ne comptent pas ne comptent pas...

Devant ces déviations de l'économie des lois (très comparables à celle sur la détention préventive par exemple), on peut douter que les droits soient exclusivement un levier d'évolution civilisatrice, même s'il n'y a pas à renoncer à soutenir les droits au nom d'un tel doute. Les droits sont aussi un pare-feu confortable à la disparition des logiques institutionnelles lourdes qui savaient pour les sujets ce qu'il fallait faire pour eux. Les droits, le consentement, la contractualisation se substituent à la loi, ainsi qu'à ses représentants parfois, lorsque le dispositif est contraint/consenti.

Au terme de ce premier point de conclusion, il est peut-être bon de rappeler que l'exceptionnalité de la folie et de sa gestion est tributaire de la banalisation d'un dispositif dont on oublie souvent de reconnaître la fondamentale ignominie : l'enfermement. Cette banalisation est le piège fondamental auquel tous nos raisonnements restent accrochés ou se déchirent. Si l'enfermement est nécessaire, cette nécessité ne peut pourtant constituer un obstacle à la reconnaissance du scandale qu'il constitue.

Des formes d'action, souvent réduites à deux postures

Plutôt que de distinguer deux discours, ou deux postures, incompatibles (l'un juridique, l'autre psychiatrique), je propose de mettre en évidence trois positions¹¹, non pas

9 On peut trouver d'autres signaux notamment sémantiques d'inversion ou de confusion de la norme et de l'exception dans la rationalité des pratiques de défense sociale, notamment restituée par Annie Philippart. On y use du même mot — réintégration — pour parler de l'issue heureuse du parcours d'un interné et pour désigner le retour en établissement de défense sociale, autrement dit l'effet d'un échec.

10 Je rappelle ici la formule de Marc Nève : « l'expertise semble parfois rédigée à l'ombre du climat des politiques criminelles ».

11 On trouvera une élaboration de cette autre partition des postures profes-

siennes dans Dan Kaminski, « L'examen de personnalité comme élément d'une proposition de libération conditionnelle : limites et possibilités », *Revue de droit pénal et de criminologie*, janvier 1998, n° 1, pp. 69-83.

dans un esprit dialectique ou compromissaire, mais dans un esprit subversif. Une position « juriste », une position « scientifique » (vous sentez la dimension péjorative que j'attribue à ces positions) et une position clinique qui peut autant caractériser le travail des juristes que celui des psys. Cette troisième position que je valorise — loin de nier les enseignements scientifiques ou de se libérer de la référence à la loi — privilégie l'écoute et la parole. La position clinique (qui n'est en rien spécifique à la gestion sociale de la maladie mentale) est une attitude risquée, invitant quelque professionnel que ce soit à s'approcher des bords vertigineux de l'autre — j'entends par là n'importe qui —, cet autre qu'il doit rencontrer et entendre.

J'ai entendu souvent parler, pendant ces deux journées, de la « clinique de la parole », de « l'attitude d'écoute », magnifiant la position psychiatrique, mais je ne voudrais pas être dupe de ce sésame lorsqu'il sert à ouvrir une porte pendant vingt minutes d'expertise et à la fermer pendant des années d'internement ou de mise en observation prolongée. La défiance que j'exprime ici après plusieurs orateurs, invite simplement à considérer que la clinique n'est pas nécessairement l'apanage du psychiatre et à considérer aussi ce qu'elle coûte en temps. L'écoute demande du temps, sinon elle n'est que diagnostic, et à cet égard elle peut être tout aussi bien « juriste » que « scientifique » et n'avoir de clinique que le nom précieux.

La posture clinique devrait être celle du juge, celle de l'expert et celle des praticiens de l'exécution des décisions de mise en observation ou d'internement. La clinique n'est pas l'apanage du psychiatre, elle est transversale aux professions et assure une résistance à l'outillage avec lequel on aborde l'autre (avec lui) : loi, droits, catégories psychiatriques. Je cite Geneviève Tassin dont les propos sont justes, mais sous-tendus par un présupposé qui mérite d'être relevé : « L'expertise offre au justiciable une opportunité de se raconter et d'exprimer sa vérité quant aux faits à un interlocuteur qui revêt un autre statut que l'enquêteur ou le juge. C'est peut-être dans ce cas de figure, laissant la part belle à l'appréciation subjective, que l'expérience humaine et les qualités autres que strictement techniques de l'expert sont le plus mobilisées : qualité d'écoute et de contact, respect de la personne, objectivité, culture générale sensu lato, connaissance de la société, de ses mondes particuliers et de leurs règles, d'autres cultures... ». Pourquoi ces qualités humaines et humanisantes seraient-elles

siennes dans Dan Kaminski, « L'examen de personnalité comme élément d'une proposition de libération conditionnelle : limites et possibilités », *Revue de droit pénal et de criminologie*, janvier 1998, n° 1, pp. 69-83.

donc strictement celles du psychiatre ? Le nom d'Isabella Brandon¹² me vient — en mémoire et en hommage — pour signifier que les compétences clinique, culturelle, sociale... ne sont absolument pas réservées au psychiatre et ne peuvent pas l'être.

L'évocation de l'incapacité des magistrats et des avocats à communiquer avec les patients est, à tort ou à raison, un élément de ma plaidoirie en faveur de la transversalisation de la clinique. La qualité d'écoute n'est pas plus un facteur de confusion des rôles que les effets assourdissants du présumé généralisé d'anormalité des « clients » que seul le psychiatre serait capable d'écouter.

Pourtant, j'ai ressenti la nette impression paradoxale que tout le monde est à l'écoute. Les agents de la décision, de l'expertise, du soin et de la défense, de l'administration des biens tout autant sont tous à l'écoute ; tous sont sensibles. Tout le monde écoute le malade mental. Comme me l'a soufflé Anne Debaar, dans un aparté qui je l'espère ne la trahira pas, « c'est un vrai cauchemar ». Si, me considérant plutôt comme moyennement normal, je devais soudain être autant écouté, par tant de personnes sensibles à ma situation, j'en deviendrais fou de suspicion ! Tant d'oreilles bienveillantes autour du malade mental, soudain, lui dont je ferai l'hypothèse grossière qu'il souffre de n'avoir jamais été écouté jusque-là !

Tensions et consensus

Les formes d'action qui ont dialogué au cours de ces deux journées (décision, expertise, soin, administration, défense) entrent dans des tensions techniques, politiques ou éthiques que je tenterai de refléter ici en trois rapides évocations.

Autonomie

La tension entre bienveillance protectrice et autonomie dans la pratique de soin a été plusieurs fois soulignée, en particulier par Sébastien Jacmin et Marie-Françoise Meurisse. Je voudrais broder sur ce thème un instant. La bienveillance n'est possible que si le supposé savoir médical est conçu comme savoir plein. L'autonomie, au contraire, est l'idéal d'une société dont le savoir est troué, et qui compte sur la façon sigilière de chacun de bricoler son petit remplissage personnel... Cependant, on peut poser l'hypothèse que l'autonomie n'est pas qu'un horizon flam-

boyant ou un splendide guide éthique du soin, mais qu'elle est tout autant la source de la pathologie. Ce paradoxe (qui fait venir l'autonomie dans le diagnostic et non seulement dans le pronostic) complexifie le rapport entre un paternalisme passéiste (à éliminer) et une autonomie conçue comme idéal (non moins mortifère). Une affirmation brève et rude, suivie d'une question : l'autonomie est un idéal de névrosé et pour névrosé. Vaut-il nécessairement pour le psychotique ?

Globalité et totalité

Monique Lefebvre a présenté la délégitimation de l'autorité et l'idéal démocratique de la séparation des pouvoirs (en particulier entre expertise et soin en établissement de défense sociale ou en annexe psychiatrique) comme facteurs centraux d'un morcellement et d'une déshumanisation du patient. Je ne peux cependant m'empêcher de penser que, dans ce diagnostic, l'argument valable de la prise en charge globale vient au secours de l'institution totale. Au nom de la globalité du traitement, on soutient la totalité de l'institution... Je n'ai pas la réponse à cette question, mais existe-t-il une formule qui détotalise l'institution sans déshumaniser le patient ? En tout cas, le pouvoir déshumanisant de la totalisation est, quant à lui, pour le moins bien documenté... Je rejoins ici le paradoxe souligné par Yves Cartuyvels : la confusion des places dans l'expertise préalable à la mise en observation ou à l'internement se renverse en clarification destructurante entre personnel soignant et personnel expert en défense sociale... Je pense qu'il faut se pencher de façon plus précise sur ce paradoxe avant d'en accepter tous les termes. Si la confusion et l'étanchéité sont des modèles extrêmes et néanmoins réels, dont on perçoit aujourd'hui les perversions intimes, je suis convaincu que des formes de communication efficaces et respectueuses existent dans des pratiques qu'il n'est peut-être pas toujours de bon aloi de dévoiler. Sinon, il reste à les inventer.

Dérangeosité et précarité

Nos chers malades mentaux sont-ils dangereux ou dérangeants ? La question a plusieurs fois été effleurée, sans avoir pu être abordée de front pendant ces deux journées. Il n'est pas sûr que nous répondions tous de la même façon à cette question. Je voudrais l'associer à une autre réalité : la précarité des clients de la justice semble se refléter dans la précarité des conditions de fonctionnement de la justice elle-même, évoquée notamment par Isabelle de Viron. Damien Chevalier a lui aussi laissé entendre que le désirable était inaccessible, faute de moyens. Une certaine culture juridique n'hésite pas à considérer le droit du

¹² Juge de paix, tuée le jeudi 3 juin 2010, tout comme son greffier André Bellemans, à la fin d'une audience. Elle avait organisé aux FUSL avec Yves Cartuyvels un colloque passionnant et en avait co-dirigé les actes : Isabella Brandon et Yves Cartuyvels (dir.), Judiciaire et thérapeutique : quelles articulations ?, FUSL, LBFSM, Loi et Société, Bruxelles, La Charte, Coll. Loi et société, 2004.

pauvre comme un droit pauvre, sans technicité, ne méritant donc pas d'étude, ce qui permet ensuite de justifier la pauvreté des moyens mis à la disposition de cette discipline dans les facultés de droit. Le droit des dérangeants, des délinquants et des précaires de tout poil est un droit pauvrement construit et pauvrement considéré. L'attitude clinique, transversalement construite, devrait pouvoir se connecter à la reconnaissance d'un véritable problème politique. Je traduis ce dernier sous forme de question. Comment faire pour que l'administration du droit (civil ou pénal) de « ceux qui ne comptent pas » (et qui ne paient pas) compte ? Je fais le pari que, lorsque cette administration comptera, le danger et le dérangement seront moins confondus qu'aujourd'hui.

Sous les tensions, deux consensus

En écoutant les propos des uns et des autres, j'ai senti l'existence de quelques consensus, peu explicites et sous-jacents aux conflits parfois nets entre des codes, des discours, des logiques contrastées. Le consensus le plus manifeste porte justement sur le présupposé qu'il existe bien des sujets pour la justice et des « pas tout à fait sujets » pour la médecine. Ce partage est une construction binaire qui mérite d'être interrogée. Dans le prolongement des propos de Jean-Paul Beine et à la suite de ceux de Jean-Christophe Van Den Steen, rappeler que les internes sont des malades avant d'être des délinquants, par exemple, constitue une proposition stratégique bien compréhensible, mais j'aimerais découvrir, sous cet énoncé, ce que sont les délinquants normaux avant d'être des délinquants...

Le second consensus que j'aimerais interroger rassemble ceux qui s'indignent de la promotion des droits du patient et ceux qui sont capables d'instrumentaliser le « pouvoir imaginaire » (je reprends les mots de Monique Lefebvre) que de tels droits (ou la scission de l'expertise et du soin en annexe psychiatrique ou en établissement de défense sociale) octroie au patient. Bien sûr, les droits sont un progrès et, bien sûr, ils irritent des professions et énervent des déontologies. Mais je voudrais prolonger la réflexion de François Georges évoquant avec ironie le profil juridique de la post-cure : « le médecin décide avec le consentement du patient ». Est-ce bien un pouvoir (heureux ou crispant) du patient qui se manifeste dans cette figure ou bien est-ce au contraire une nouvelle configuration du pouvoir psychiatrique ? Les droits ne sont pas une garantie contre la domination et le consentement est un dispositif

d'allégeance¹³ parfois bien plus fort que la contrainte moins raffinée. Avoir obtenu le consentement à son pouvoir est (tant pour le juge que pour le psychiatre) la condition d'un confort suprême. A cet égard, dans la mise en œuvre de ces dispositifs (contradictaires ou non, consentis ou non) de domination, il n'y a pas lieu de s'étonner que les ruses de la raison et celles de la déraison empruntent des chemins identiques.

Des temporalités affolantes

Le temps a dominé, sous diverses formes, les communications et les discussions de ces deux journées. Nous avons parlé de lois dont la mise en vigueur est reportée, parfois sine die ; nous avons parlé de la rapidité des examens psychiatriques, de la brièveté des rapports d'expertise ; nous avons parlé de la ponctualité et de la discontinuité des événements juridiques décidant du sort du sujet (Marc Nève) ; nous avons parlé des délais et de la difficulté de les respecter (François-Joseph Warlet) ; nous avons parlé de la précipitation des mesures d'urgence (Edith Stillemans) ; nous avons parlé de l'étrange référence mythologique à la quarantaine (déluge ? traversée du désert ? jeûne ?) inscrite dans le dispositif de mise en observation (François Georges) ; François Georges encore a insisté sur l'importance du temps manquant dans la souffrance du malade et de la nécessité de le « retemporaliser » ; nous avons parlé de l'indétermination de la durée de la mesure d'internement et de la scansion du passage bisannuel en commission de défense sociale, ainsi que de la réintégration fréquente des libérés à l'essai (Brice Champetier) ; nous avons parlé de la « politique des petits pas » suivie en établissement de défense sociale (Xavier Hoebanx), de l'incertitude de son exécution laissée « à la discrétion » des soignants (Goefroy Huez) et du mouvement bloqué qui s'en ressent...

Urgence, provisoire, indétermination, allers et retours, longueur du temps, accélération et ralentissement... Sous cet envahissement qui donne le tournis, trois modalités du rapport au temps sont traitées : l'instant, la durée et le mouvement. Chacune de ces formes d'inscription du temps a sa version folle. L'instant est parfois celui du « coup de folie » ; la durée s'exprime par « le temps fou » que peut prendre une activité ; et le mouvement finit parfois par « tourner fou »...

Au cœur de ces questions de temps, la rupture entre l'outillage juridique — des expertises « photographiques », ins-

13 Dan Kaminski, « Un nouveau sujet de droit pénal ? », in Thierry Moreau, Françoise Digneffe (dir.), Responsabilité et responsabilisation dans la justice pénale, Bruxelles, De Boeck-Larcier, 2006, pp. 45-64.

tantanées, ponctuelles, contradictoires — d'une part, et, d'autre part, la folie et le soin présentés tous deux comme processus dynamiques et évolutifs, allongés, infinis. Cette rupture produit des accélérations et des ralentissements extrêmes dans la vie du malade mental, autant d'à-coups, de bloquages et de temps vides dont on ne perçoit guère la valeur protectionnelle ou thérapeutique.

Je ne peux m'empêcher de faire écho ici à la façon dont, parlant de l'expertise dans les procédures de divorce (la transposition au domaine du traitement juridique de la folie est facile à faire), la sociologue française Irène Théry souligne féroce­ment que « la question du savoir scientifique est bien secondaire. Le vrai ou le faux importent peu, parce que l'expertise est une fonction sociale. Voilà pourquoi on ne recherche jamais s'il y a ou non continuité entre ce qui est affirmé à un moment comme la vérité et ce qui le sera à un autre moment. L'autorité des experts n'est jamais mise en cause par la variabilité permanente de leurs assomptions (...). Seule compte la compétence reconnue à qui est un spécialiste (...), lui permettant de faire autorité. Cependant, le 'supposé savoir' la légitime à chaque instant. De là l'apparition d'un dogmatisme de l'instant, qui s'oppose à l'idée classique d'un dogmatisme de la vérité éternelle ». Théry assène, comme une conclusion, que « la dictature des experts n'est pas celle des savoirs, elle n'est que celle du moment »¹⁴.

Le véritable défi démocratique n'est pas dans la dénonciation unilatérale d'une « dictature des experts » ou de « celle du moment » ; en effet la « dictature » de la durée indéterminée et infinie de dispositifs juridiques vagues n'est pas moins problématique. La critique devrait, à mon sens, porter plus adéquatement sur le déséquilibre entre urgence et engluement, entre une trop fugace garantie des droits et une trop longue défense sociale, entre le déni instantané de la subjectivité ici et sa perverse et infinie reconnaissance là-bas, entre une temporalité institutionnelle « adaptée » à la folie et la temporalité de la vie sociale, familiale ou vicinale, exclusive de la folie.

J'inverse maintenant la folle succession de l'instant et de la durée : après avoir fait durer trop longtemps ces conclusions, j'y mets fin abruptement à cet instant. Et je vous remercie pour votre... écoute.

Dan Kaminski
Professeur à l'UCL

14 Irène Théry, « Vie privée et monde commun. Réflexions sur l'enlèvement gestionnaire du droit », *Le débat*, n° 85, mars-août 1995, pp. 137-154.

Bibliographie Psycendoc sur la Justice et la Santé Mentale :

Livres :

Cartuyvels, Yves / Champetier, Brice / Wyvekens, Anne / van de Kerchove, Michel
Soigner ou punir ? Un regard critique sur la défense sociale en Belgique.
 Bruxelles, Publications des Facultés St-Louis, 2010, 297 p.
 (Coll. «Travaux et Recherches», n°57)

sous la dir. de Thierry, Jean
Faut-il juger et punir les malades mentaux criminels ?
 Toulouse : Ed. Erès, 2009, 172 p.
 (Coll. «Les Dossiers du Journal Français de Psychiatrie»)

de Coninck, Fr. / Cartuyvels, Y. / Franssen, Abr. / Kaminski, Dan / Mary, Phil. / Réa, Andréa /
 Van Campenhout, Luc / Toro, Fiorella / Hubert, G. et H.-Ol. / Schaut, Christ.
*Aux frontières de la justice, aux marges de la société. Une analyse en groupes d'acteurs
 et de chercheurs.*
 Gent : Academia Press - Politique Scientifique Fédérale, 2005, 348 p.
 (Série : Problèmes actuels concernant la cohésion sociale).

Cartuyvels, Yves / Van Campenhout, Luc
Judiciaire et thérapeutique : quelles articulations ? Rapport pour la Fondation Roi Baudouin.
 Bruxelles : LBFMS, Facultés Universitaires St Louis, Juin 2002, 105 p.

Fondation Roi Baudouin (rapport annuel)
Rapport annuel 2010 de la Fondation Roi Baudouin. Agir ensemble pour une société meilleure.
Activités de la Fondation et bilan à Bruxelles sur :
 - la pauvreté & justice sociale : 2010, année europ. de lutte contre la pauvreté, les nouvelles problématiques, enfance et précarité,
 lutte contre la pauvreté, pers. âgée et précarité
 - la migration : (migration et intégration, migration dans les médias, le rôle de la société civile
 - la santé : inégalités de santé, participation et information des patients, qualité de vie, santé mentale
 Bruxelles : Fondation Roi Baudouin, Mars.2011, 247 p.

Toute la revue :

Pieret, J. / Perrouy, P.-A. / Dachy, A. / Deswaef, Al. / Charles, M. / de Buisseret, M.-P. / Nagels, C. /
 Boutaffala, K. / Villée, Cor. / Ringelheim, J. / Backes, S. / van der Plancke, V. / Lambert, M. /
 Vandenbogaerde, A. / Beys, Mat. / Behin, Jul. / de Béco, Rég. ...
 Etat des droits de l'Homme en Belgique. Rapport 2010-2011.
 Sécurité - dangerosité - peur - violences urbaines - l'Accueil des migrants et des sans-papiers - l'Ecole -
 la précarité - les prisons
 In *Revue Nouvelle*, Févr.2011

Kwaschin, J. / Mincke, Christ. / Malmendier, C. et J.-P. / Mahy, J.-M. / Janssens, E. / Gailly, Phil. / Mahieu, Christ. / Moreau, Val. /
 Landenne, Phil. / Lemmone, A. / Claes, B. / Van Doosselaere, Al.
 Justice restauratrice, justice d'avenir ?
 In *Revue Nouvelle*, Mars 2011, n°3

Goldbeter-Merinfeld, Ed. / Maestre, Mich. / Mugnier, J.-P. / Denis, C. / Seron, Cl. / Mainguet, C. / Mousnier, Et. / Vanneste, Fr. /
 l'équipe du Sairso / Nielsen, P. / Beytrison, P. / Croquette Krokhar, M. / Borghesio, Béatr. /
 Defilippi, P.G. / Oswald, P. / Cirillo, Stef.
 Aide contrainte & psychothérapie.
 In *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 2011, n°46

Articles :

Dupuis, Pascale

Réflexions : Santé et justice sociale : qu'est-ce qui a changé ? Les inégalités sociales de santé.
In *Education Santé*, Oct.2011, n°271, pp.12-13

Roelandt, J.-L.

Pour en finir avec la confusion entre psychiatrie et justice, hôpital psychiatrique et prison, soins et enfermement.

In *Information Psychiatrique*, Vol 85, Juin/Juill. 2009, n°6, pp.525-535

Botbol, M. / Choquet, L.H. / Grousset, J.

Eduquer et soigner les adolescents difficiles : la place de l'aide judiciaire contrainte dans le traitement des troubles des conduites.

In *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, Juin 2010, Vol 58, n°4, pp.224-233

Eglin, Mur.

Mesures éducatives, mesures répressives qu'en est-il aujourd'hui ? (justice des mineurs)

In *Rhizome*, Avril 2010, n°38, pp.7-8

Adou, Isab.

Psychiatrie et justice, des débats d'actualité.

L'obligation de soins - la solitude de l'expert psychiatrique - le regard de la société - la prison en cas de maladie mentale - l'hôpital-prison

In *Soins Psychiatrie*, Mai/Juin 2011, n°274, p.5

Moens, Fr.

Les pouvoirs publics se déchargent-ils de leur responsabilité ? Réflexions à partir du secteur de l'insertion socioprofessionnelle.

In *Santé Conjuguée*, Juill.2011, n°57, pp.72-75

Chansseau, J.-C.

L'expertise mentale et ses contraintes. Ses spécificités générales en pédopsychiatrie.

In *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, Oct./Nov.2009, Vol 57, n°7-8, pp.549-566

Hémery, Y.

Irresponsabilité pénale (pour maladie mentale), évolutions du concept.

In *Information Psychiatrique*, Oct.2009, Vol 85, n°8, pp.727-733

De Mey, Denis

"La politique des oubliettes".

Internement des personnes handicapées mentales et/ou malades mentales.

(Conclusion du Colloque organisé par l'Anahm, Similes et le Centre pour l'Egalité des Chances, le 25 févr.2011).

In *Similes Bruxelles*, Sept./Oct.2011, n°100, pp.13-17

Patural, Christ. / Bleirad, Aur.

Incitation aux soins : apports et «dérives» (obligation et injonction de soins en prison).

In *Santé Mentale. Mensuel des équipes soignantes en psychiatrie*, Mai 2011, n°158, pp.14-18

Beghin, Jul. / Dufaux, Flor.

Les internés : «déchets» de notre société ?

In *Echos Bruxelles Laïque*, 1er Trim. 2011, n°72, pp.22-25

LES SERVICES DE SANTE MENTALE BRUXELLOIS FRANCOPHONES ET LA REFORME DES SOINS EN SANTE MENTALE

Texte rédigé par la Fédération des Services de Santé Mentale Bruxellois francophones à l'intention des différents acteurs du secteur social/santé et des intervenants politiques concernés concernant la nouvelle réforme des soins de santé mentale en Belgique.

(www.psy107.be)

Table des matières

Introduction	p. 83
Partie I : historique	p. 84
1. La création des services de santé mentale	p. 84
2. Les services de santé mentale aujourd'hui	p. 85
3. Les services de santé mentale et la psychiatrie hospitalière	p. 86
Partie II : les services de santé mentale et les fonctions décrites dans la réforme	p. 88
Avant-propos	p. 88
Introduction	p. 88
1. Les services de santé mentale et la première fonction de la réforme	p. 88
2. Les services de santé mentale et la deuxième fonction de la réforme	p. 90
a) Obstacles rencontrés par les SSM dans les suivis à domicile	p. 90
b) Expertise développée par les SSM dans les suivis à domicile	p. 91
3. Les services de santé mentale et la troisième fonction de la réforme	p. 92
Réhabilitation et services de santé mentale	p. 92
Partie III : quelques enjeux pour la santé mentale à Bruxelles	p. 93
1. Le travail en réseau	p. 93
2. Un blocage socio-économique	p. 94
3. Une sortie possible du blocage	p. 94
Conclusions	p. 95

Introduction

La Fédération des Services de Santé Mentale Bruxellois (FSSMB) en collaboration avec la Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale (LBFMSM) souhaite développer sa position face à la réforme des soins en santé mentale en présentant les spécificités de l'approche ambulatoire et ses articulations avec les dispositifs proposés par la réforme. Ce texte situe le travail des services de santé mentale en rapport avec les différentes fonctions (F1, F2 et F3) constituant la partie ambulatoire de ladite réforme. La phase actuelle de la réforme s'adressant aux patients âgés de 16 ans et plus, le travail des services de santé mentale présenté ci-dessous est centré exclusivement sur celui des équipes recevant des patients adultes.

La clinique et les interventions auprès d'adolescents demandent une approche spécifique et complexe où il est nécessaire de travailler étroitement avec un système familial et un contexte propre à chaque adolescent. Dans les services de santé mentale, ce travail relève des équipes infanto-juvéniles et ne peut comme tel entrer dans la présente réforme. La question même du diagnostic chez des adolescents mérite un débat important. Une réforme se prépare pour les soins destinés aux enfants et aux adolescents. La FSSMB et la LBFMS y réagiront en temps voulu. Néanmoins, il est important de différencier les soins destinés aux

adolescents des soins destinés aux adultes. Enfin, il serait nécessaire de penser le passage de la minorité à la majorité et ses implications tant pour les patients que pour les professionnels.

Ce texte développera le travail des SSM avec les patients psychiatriques chroniques et aigus qui, il nous semble incontournable de le relever, ne représente qu'une partie des demandes reçues par ses services dont les missions s'adressent à toute personne aux prises avec une difficulté relevant de la santé mentale.

Partie I : historique

1. La création des services de santé mentale

L'arrêté royal de 1975 organisait les activités des services de santé mentale en tant que services publics ouverts, accessibles à tous et implantés dans les lieux de vie de la population. La volonté des responsables de la santé et des législateurs des années 70 allait dans le sens de l'humanisation des prises en charge et de la promotion d'une psychiatrie sociale dans les mains d'équipes pluridisciplinaires, moins centrées sur les symptômes et l'exclusion que sur une compréhension intrapsychique, relationnelle et sociologique des situations et sur la réinsertion des personnes.

L'organisation des soins de santé au niveau mondial, suite principalement aux accords d'Alma Ata en 1978, favorise les structures de prise en charge des patients dans leur milieu de vie. En ce sens, le service de santé mentale s'intéresse à une population liée à un territoire déterminé. La connaissance qu'il a du contexte social et culturel de sa patientèle lui permet d'avoir une vision plus globale des problèmes rencontrés, d'amener un suivi dans la continuité en tenant compte du support social du sujet (famille, entourage). Il est aussi bien placé pour réaliser un travail en partenariat avec de nombreux intervenants de première ligne (médecins traitants, éducateurs de rue, assistants sociaux de quartier...). Les équipes sont pluridisciplinaires, ce qui permet d'envisager les difficultés des personnes au point de vue psychiatrique, psychologique et social et ce à partir d'une conception psychodynamique du psychisme et dans

une perspective d'analyse contextuelle.

Depuis 1975, les services de santé mentale ont acquis une maturité qui leur vient de la rencontre quotidienne avec le mal-être, la souffrance psychique, la folie et la précarisation psycho-sociale. Ils ont dû confronter leurs pratiques au contexte des crises socioéconomiques traversées par les sociétés occidentales. Il est intéressant de noter que la date de leur création correspond à la fin des « trente glorieuses » marquée par la première crise pétrolière en 1973. Depuis lors, la répétition des crises économiques entraîne des conséquences sociales graves : chômage, précarité matérielle, nouvelle pauvreté, discrimination raciale, augmentation de la violence, perte des repères symboliques traditionnels et érosion de la confiance dans les valeurs habituelles. Des années 90 à nos jours, ce mouvement n'a cessé de s'accélérer et de s'amplifier. Les équipes de santé mentale ambulatoires ont dû s'adapter à ces modifications et doivent aujourd'hui répondre à des demandes nouvelles, dans un contexte différent.

Parallèlement à la création des services de santé mentale, les maisons médicales et les services de planning familial ont été reconnus comme institutions sociales et de soins. Par la suite, d'autres services (Centre d'Action Sociale Globale, Soins à domicile, Aide aux victimes, les services actifs en matière de toxicomanie, ...) se sont ajoutés à l'offre d'aide dans le domaine du social et de la santé et sont maintenant regroupés au sein du nouveau décret de la COCOF. Le tout se complète par de nombreuses

initiatives d'accueil et socioculturelles ainsi que par des associations de patients et de leur famille. Au sein de cette richesse associative qui est une force de notre pays, les services de santé mentale ont développé une offre spécifique de soins en articulation avec leurs partenaires.

2. Les services de santé mentale aujourd'hui

Le décret de la Cocof de 2009 précise que les services de santé mentale doivent obligatoirement « assurer un accueil, une évaluation de la demande, une réponse immédiate et une orientation adéquate ». En outre, ils doivent « poser un diagnostic qui tienne compte des aspects psychologique, psychiatrique et social du consultant et assurer un traitement. Ils visent à maintenir ou à restaurer les capacités du patient afin qu'il puisse les utiliser de façon optimale quel que soit son milieu de vie ».

Les services de santé mentale sont pluralistes, généralistes et au service de tous. La santé mentale concerne tout le monde, y compris mais pas uniquement les patients psychiatriques chroniques et aigus. Les fonctions psychiatriques, psychologiques et sociales y sont intégrées dans une approche pluridisciplinaire pour l'ensemble d'une population sur un territoire donné. Les patients qui consultent un service de santé mentale ne peuvent généralement pas bénéficier de soins en privé, en partie pour des raisons financières mais aussi parce qu'une approche intégrée et pluridisciplinaire s'avère nécessaire à leur situation. Le suivi des patients s'effectue également en collaboration avec toutes personnes ou institutions concernées par la situation, dans le respect de leur liberté de choix et du secret professionnel.

Les activités de prévention sont également inscrites dans le décret régissant les services de santé mentale. Celles-ci visent la réduction de l'incidence des problèmes de santé mentale en s'attaquant aux facteurs de risques et aux conditions pathogènes. Elles consistent notamment dans l'information, la sensibilisation et l'éducation en matière de santé mentale de la population et des travailleurs du réseau socio-sanitaire. Des interventions particulières de prévention envers des groupes cibles peuvent être également organisées.

Enfin, par sa qualité de service public, le service de santé mentale vise à l'accroissement du bien-être personnel et collectif et développe des projets de promotion à la santé

mentale. Ceux-ci consistent à favoriser des réseaux de soutien social, à travailler à l'amélioration des conditions de logement, d'éducation, de travail afin de les rendre favorables à la santé mentale.

Ces derniers aspects sont d'autant plus prégnants que les questions de la paupérisation de la population et de l'afflux de réfugiés se posent sans cesse avec plus d'acuité dans une grande ville comme Bruxelles. Ces nouvelles données ont un impact particulier sur le psychisme et demandent des réponses adaptées. De plus, elles ne cessent de faire augmenter les consultations en santé mentale, souvent à bon escient, mais aussi parce que ce qui ne peut plus se dire dans le social revient s'énoncer à travers le corps et la psyché des individus. Les intervenants en santé mentale sont ainsi amenés à créer des espaces de pratiques spécifiques, articulées avec la dimension sociale de chaque patient.

Si la précarisation et la mixité croissante de la population posent de nouveaux défis dans nos pratiques, elles réclament également une politique publique de soins adaptée. Le durcissement des conditions d'accès aux aides sociales que l'on constate actuellement tend à exacerber le problème plutôt qu'à le résoudre. Des actions concertées entre les responsables politiques, les acteurs médico-psycho-sociaux et les usagers pourraient permettre la constitution de solutions créatives ancrées dans le tissu social. Par exemple, la possibilité de partager une habitation à plusieurs bénéficiaires d'un revenu d'intégration du CPAS permettrait de recréer du tissu social, d'accéder à un logement décent et de donner des conditions de vie propices à un mieux être, sans avoir recours à une institution de soins. Hélas, la législation ne permet pas une telle démarche qui entraînerait automatiquement une diminution des allocations d'aide.

La réalisation des missions qui nous sont imparties se heurte à différents obstacles. En effet, face aux problèmes sociétaux nouveaux décrits ci-dessus, les services de santé mentale sont parfois considérés comme la solution ultime quand les services sociaux ne savent plus à quel saint se vouer. Ils reçoivent alors des demandes pour des problèmes où le facteur santé mentale est principalement la conséquence de la précarité des conditions de vie. Traiter le problème uniquement sous cet angle revient alors à mettre un emplâtre sur une jambe de bois. Ce dont a besoin une personne qui vient de perdre son logement ou

son emploi n'est pas nécessairement un antidépresseur ou une psychothérapie.

Le recours de plus en plus important au psychologique peut être entendu comme l'illustration de l'inscription intrapsychique dans l'individu de la charge sociale. Nous soutenons que les réponses qui ne prennent en compte que le seul aspect psychologique ou social dans ces situations sont inopérantes. L'enjeu est de réussir l'articulation des regards et des actions à mener. Nous avons à construire des réponses collectives qui ne laissent pas la compréhension du mal-être, des symptômes et des soins à y apporter, du seul côté de la santé mentale ou du seul côté du social.

Les services de santé mentale reçoivent aussi des patients d'un type nouveau pour qui consulter n'est plus uniquement une démarche pour aller mieux, mais une manière d'obtenir une aide financière, une sortie de prison anticipée ou une régularisation administrative. Ces situations nouvelles où la demande n'est pas portée par le patient, exigent un travail de réseau important et contribuent à la saturation des services.

Entre psychiatrie, accompagnement psychologique, aide sociale, demande de la justice, etc., les services de santé mentale se trouvent à la croisée des chemins, témoins privilégiés de la complexification du social et de ses effets sur la santé mentale. Leur travail n'est pas souvent reconnu à sa juste mesure. D'une part, cela tient à la nature complexe et multiple de leurs interventions qui ne sont pas aisément représentables et d'autre part, à ce que leurs effets sont souvent de nature préventive. Ce travail permet ainsi à de nombreux patients d'éviter une désinsertion sociale, un surendettement, une hospitalisation en psychiatrie, une perte d'emploi, etc. Ces effets préventifs sont difficilement chiffrables par des statistiques qui mettent en avant ce qui est mesurable et laissent tomber des pans entiers de réalisations qui entrent mal dans une logique calculable.

3. Les services de santé mentale et la psychiatrie hospitalière

Les services de santé mentale ont été créés dans les années 70 comme alternatives à l'hospitalisation psychiatrique. La Belgique a choisi à l'époque une solution intermédiaire entre celle de l'Italie qui a fermé les hôpitaux psychiatriques au profit de petites structures ambulatoires locales et celle de la France qui a créé des Centres médico-psychologiques (CMP) liés aux hôpitaux psychiatriques.

En Belgique, les services de santé mentale (centres de guidance à l'époque) sont restés indépendants des structures hospitalières. Cette séparation s'est creusée lors de la fédéralisation de la Belgique, les hôpitaux restant une compétence du gouvernement fédéral et la santé mentale ambulatoire devenant une compétence communautaire.

Cette indépendance des services de santé mentale les a aidés à promouvoir des projets de soins du patient dans son milieu de vie, adaptés aux différentes réalités locales rencontrées. Ces projets ont amené les services de santé mentale à s'occuper conjointement des problèmes psychiques et des problèmes sociaux de leurs patients. Leurs actions se sont naturellement élargies et ont rapidement concerné des populations en difficultés psycho-sociales qui ne faisaient pas partie de la patientèle des hôpitaux psychiatriques. Dans la foulée de la création des services de santé mentale, d'autres structures ont vu le jour et sont venues compléter l'offre de soins ambulatoires, notamment les centres de jour et les centres de nuit.

Au début des années 90, la réforme des soins en santé mentale permettait la création de nouvelles structures de soins, les habitations protégées, initiatives qui devaient résulter d'un partenariat entre un hôpital psychiatrique et un service de santé mentale. Les maisons de soins psychiatriques voyaient également le jour. Les budgets permettant l'instauration de ces nouvelles structures étaient dégagés sur la base de conversions de lits psychiatriques. A la différence des services de santé mentale, ces nouvelles institutions sont restées dépendantes du ministère de la santé publique et donc du gouvernement fédéral.

Au début des années 2000, la réforme pris un nouveau tournant avec la « Note de politique relative aux soins de santé mentale », proposée par la ministre de la santé publique de l'époque, Magda Aelvoet. Il n'était plus question de créer des nouvelles structures mais de mieux faire fonctionner entre elles les institutions existantes. Les circuits de soins étaient nés, du moins sur papier. Leur mise en œuvre amena de nombreuses réticences des travailleurs de terrain qui y opposèrent deux critiques importantes. La première était liée à leur longue expérience du travail en réseau où pour chaque patient, un réseau qui lui est propre est élaboré, constitué des travailleurs et des services qu'il a rencontrés dans le décours de sa maladie et avec lesquels il a pu nouer des liens de confiance. Les circuits de soins en santé mentale étaient basés sur une logique inverse : un ensemble d'institutions auraient établi des conventions entre elles et le patient se serait vu confié à un circuit ins-

titutionnel en fonction de sa pathologie, démarche faisait fi de sa singularité et de sa participation à la construction d'un réseau qui lui soit propre. La seconde critique portait sur la classification des patients en public cible (jeunes, adultes, personnes âgées, toxicomanes, personnes internées et handicapés présentant des problèmes de comportement). Celle-ci fut jugée réductrice et stigmatisante, risquant d'enfermer les patients sous une étiquette ne désignant au mieux qu'un trait de leur personnalité. Les réactions négatives du secteur et d'autres acteurs concernés par ces propositions contribuèrent à l'échec d'un accord politique global qui entraîna l'arrêt du projet.

Quelques années plus tard, cette idée refit surface avec les projets thérapeutiques. L'idée était de se centrer sur les patients présentant une pathologie chronique et complexe et d'organiser leur prise en charge sous la forme de circuit de soins. Une démarche d'évaluation contraignante et irrespectueuse de la vie privée mit fin prématurément à ces initiatives qui ne dépassèrent pas le stade de projets pilotes .

L'actuelle réforme des soins en santé mentale perpétue la logique de création de nouveaux services financés par la fermeture de lits psychiatriques. Elle tient compte également des leçons laissées par l'échec des projets thérapeutiques, en n'imposant plus un cadre contraignant aux travailleurs de terrain mais en les laissant élaborer des projets en phase avec la réalité qui est la leur. L'idée de travail en réseau est au centre du projet et la souplesse nécessaire à la construction d'un circuit propre à chaque patient semble possible à mettre en œuvre.

Parallèlement à ces réformes, d'autres institutions, souvent à l'initiative de quelques personnes concernées par la problématique, se sont créées pour améliorer la situa-

tion de patients souffrant d'une pathologie psychiatrique. Il s'agit de diverses initiatives socioculturelles où les bénéficiaires peuvent créer des liens sociaux et développer leurs potentialités créatives et artistiques. Souvent, elles s'adressent à un public plus large ce qui permet d'intégrer les personnes malades mentalement sans les stigmatiser. Elles contribuent grandement à créer des liens entre ces personnes et le reste de la société.

Malgré son hétérogénéité, cet ensemble de dispositifs a constitué petit à petit un en deçà et un au-delà de l'hôpital psychiatrique. En amont, il a permis à bon nombre de patients d'éviter une hospitalisation en psychiatrie et en aval, les séjours hospitaliers ont pu être moins longs grâce aux possibilités d'orientation du patient à la sortie vers un véritable réseau de soutien. Le passage d'un patient du réseau ambulatoire vers l'hôpital et à la sortie de celui-ci est resté un moment délicat où une collaboration active entre l'hospitalier et l'ambulatoire s'est avéré indispensable. Il est à noter que quand ces collaborations ont pu se mettre en place efficacement, elles ont été le fait d'initiatives prises par les travailleurs des différentes institutions impliquées plus que celui d'une politique pensée et soutenue dans ce sens par les pouvoirs organisateurs desdites institutions.

Actuellement, l'ensemble du système des soins en santé mentale est en crise. Les hôpitaux psychiatriques ne trouvent pas de place pour leurs patients dans les structures post-hospitalières ambulatoires et résidentielles qui sont débordées par les demandes. Une des raisons de cette crise réside dans la saturation du système de soins liée à une augmentation importante du nombre de détresses psychiques nécessitant une hospitalisation. La réforme des soins en santé mentale telle qu'elle est pensée aujourd'hui, est-elle en mesure de répondre à ce problème ?

Partie II : les services de santé mentale et les fonctions décrites dans la réforme

Avant-propos

La formalisation de la réforme en cinq fonctions organisationnelles présente plusieurs risques dont la prise en compte pourrait prévenir certains effets délétères pour les patients, leurs familles et les professionnels. Le plus important d'entre eux étant la construction d'un système rigide où le patient perdrait toute responsabilité et toute liberté par rapport aux soins.

Ces fonctions ne rendent pas compte de toutes les dimensions de vie des usagers des soins psychiatriques et il serait dommageable de les y réduire. Ce découpage proposé par la réforme a bien entendu un intérêt formel et organisationnel mais ne peut pas rendre compte de l'ensemble du travail réalisé par les services de santé mentale et encore moins de la vie des personnes, de leurs relations et de la complexité de leurs troubles.

La réforme s'appuie également sur la notion de territoire qui est essentielle pour peu qu'on ne la limite pas à sa seule définition géographique. Elle doit également prendre en compte la façon dont cet espace est habité. A Bruxelles, la réalité sociodémographique est différente du reste du territoire belge. Ses spécificités ont des répercussions sur l'offre de soins en santé mentale. La plateforme bruxelloise de concertation pour la santé mentale a réalisé un travail sur ces spécificités bruxelloises qu'il est utile de prendre en compte.

Introduction

Après ces remarques préalables, nous présentons une articulation possible des services de santé mentale avec la formalisation proposée par la réforme. Nous analysons ci-dessous les trois premières fonctions qui forment l'articulation ambulatoire de la réforme en précisant d'emblée que si certaines missions des services de santé mentale décrites dans le décret de la Cocof (2009) s'accordent avec ces fonctions, elles ne se limitent pas à celles-ci. Les fonctions 4 et 5 concernant les hospitalisations et le résidentiel touchent moins directement le travail des services de santé mentale. Ils peuvent néanmoins être amenés à solliciter la mise en place de ces deux fonctions si la situa-

tion du patient le réclame ou a contrario, être sollicités par des structures résidentielles pour accompagner des personnes pendant ou après leur hospitalisation.

Dans un souci de clarté et pour décrire les possibles collaborations des services de santé mentale au sein de la réforme, nous avons choisi de présenter cette partie en nous référant à ce cadre fonctionnel qu'elle propose, tout en gardant nos spécificités et en nommant nos limites. En effet, les fonctions reprises par la réforme ne correspondent pas univoquement aux pratiques des services de Santé Mentale. Si la plupart de nos interventions concernent la fonction 1, nous opérons également dans la fonction 2 en suivant des patients chroniques à domicile et en intervenant parfois dans des situations de crise et dans la fonction 3 en participant au processus de réhabilitation. Notre travail traverse donc le découpage proposé par la réforme qui devra veiller à préserver les spécificités de chacun et nous enrichir de nos différences.

Nous remarquons également des accents différents dans la manière de concevoir la réalisation de ces missions qui s'enracine dans une culture des soins ambulatoires nécessitant le maintien constant de l'articulation entre le pôle social et le pôle psychiatrique. Notre tâche est d'accompagner chaque personne aux prises, temporairement ou plus durablement, avec une souffrance relevant de la santé mentale, les choix du patient étant au cœur du processus de prise en charge. Notre approche reste animée par l'écoute du patient dans sa globalité en évitant de le rendre objet de soins déterminés par des normes administratives ou par une sémantique stigmatisante et restrictive. Ainsi, dans la rencontre d'un patient avec un professionnel, il est essentiel d'éviter toute forme d'obligation préétablie ou de contrôle social. Outre l'impossibilité de créer une alliance thérapeutique, cela s'apparenterait à un enfermement du patient, non plus à l'hôpital, mais dans son propre milieu de vie.

1. Les services de santé mentale et la première fonction de la réforme

La première fonction de la réforme des soins en santé mentale s'énonce comme suit :

« Activités en matière de prévention, de promotion des soins en santé mentale, détection précoce, dépistage et pose d'un diagnostic. La première fonction concerne les missions de base de l'aide et des soins. Il s'agit d'actions qui se développent dans l'espace communautaire et qui concernent autant des actions de prévention, de détection précoce ou de première intervention. Cela sous-entend un accueil de la demande accessible, l'organisation d'une réponse de proximité, basée sur un diagnostic qui permettra de donner une réponse adaptée aux difficultés psychiques ou psychologiques de la population du territoire concerné en assurant, si nécessaire, la continuité thérapeutique sur le long terme. Dans ce cadre, il faudra aussi associer la première ligne généraliste dans la prise en charge des soins en santé mentale. »

On constate le parallèle évident entre la définition de cette première fonction dans la réforme des soins en santé mentale et la première partie du décret (cf. page 2) qui régit les services de santé mentale. En ce sens, nos services sont des partenaires naturels au sein de la réforme, au même titre que les médecins généralistes et les autres institutions de première ligne.

Notre travail consiste principalement à recevoir une demande formulée par l'utilisateur ou par un tiers tout venant. Cette demande peut s'avérer explicite ou au contraire prendre des formes moins directes auxquelles nous accordons l'attention nécessaire. Au départ de cette demande, il sera utile d'élaborer avec la personne, son entourage éventuel et le réseau existant une indication de soins qui répondent aux spécificités de sa situation singulière en tenant compte des niveaux intrapsychiques, relationnels et contextuels. C'est donc un travail, au cas par cas, à construire avec la personne et/ou ses proches et qui réclame bien souvent une approche pluridisciplinaire. Il vise à une amélioration de la vie des personnes en mobilisant leurs ressources dans un souci de continuité des soins, dans le respect de la temporalité, de la liberté et de la singularité de chacun en lien avec la possibilité de s'inscrire dans le social.

L'accessibilité des soins est essentielle aux interventions. Elle requiert une visibilité et des collaborations au sein du territoire où se situe le service de santé mentale. Elle implique un repérage des besoins de la population environnante et une adaptation de l'offre et des collaborations possibles à ceux-ci. Chaque service de santé mentale, en plus de répondre aux exigences décrétales, a développé des pratiques et parfois même des projets spécifiques is-

sus de la rencontre avec les besoins de la population et du réseau vivant sur son territoire.

Les collaborations avec des acteurs du réseau psychosocial et plus largement de la cité permettent de sensibiliser chacun aux notions de santé mentale, de soutenir la possibilité pour tous d'améliorer celle-ci individuellement et collectivement et à être interpellés rapidement lorsque des signes de souffrance psychique apparaissent chez des personnes. En ce sens, nous œuvrons avec d'autres aux activités de détection et de prévention nécessaires.

Au regard de ce que nous venons de décrire, la psychiatrie hospitalière est l'un de nos partenaires de réseau privilégié lorsqu'il s'agit de suivre des patients vivant un effondrement passager ou au contraire souffrant d'une pathologie psychiatrique avérée.

Nous pouvons noter ici que l'articulation entre la psychiatrie hospitalière et les services de santé mentale a déjà une longue histoire derrière elle. Histoire faite d'élaboration de travail en réseau et d'expériences de bonnes pratiques pour les orientations d'un patient d'un service de santé mentale vers un hôpital psychiatrique ainsi qu'à la sortie du patient vers le service de santé mentale. Ces collaborations ont toujours été le fait d'initiatives des travailleurs autour de situations singulières de patients mais n'ont pas été formalisées structurellement. Malgré cette bonne volonté de collaboration des intervenants, des difficultés nombreuses ont été rencontrées.

Dans la collaboration avec les hôpitaux, nous sommes souvent confrontés à des passages qui s'organisent, au mieux, dans les derniers jours de l'hospitalisation. Il s'agit d'un effet contreproductif des hospitalisations de courte durée. Le patient n'a pas le temps de faire un accrochage avec l'hôpital qui, lui, n'a pas le temps de penser à la continuité des soins. Le suivi se passe mieux avec des patients qui ont eu le temps d'entamer un travail thérapeutique dans les murs de l'hôpital et pour lesquels un passage correct a pu s'organiser. On pourrait dire que plus l'hospitalisation est courte, moins il y a de continuité des soins. Dans le cadre de la réforme, on va vers des hospitalisations de crise, encore plus courtes. Il sera alors indispensable que l'hôpital se considère comme un maillon de la chaîne et tienne compte d'emblée de l'insertion dans leur réseau psychosocial, des patients qu'il reçoit.

2. Les services de santé mentale et la deuxième fonction de la réforme

La deuxième fonction de la réforme des soins en santé mentale s'énonce comme suit :

« Equipes ambulatoires de traitement intensif, aussi bien pour les problèmes psychiques aigus que chroniques. La deuxième fonction concerne les équipes de traitement à domicile. D'une part, celles qui s'adressent aux personnes en situation aiguë ou subaiguë et d'autre part, celles qui s'adressent aux personnes qui présentent des difficultés psychiatriques chroniques. La nouveauté de cette fonction sera d'explorer une nouvelle forme de soins en santé mentale plus rapidement accessibles aux personnes et de leur offrir des soins adaptés là où elles vivent. L'originalité est donc d'offrir une alternative à l'hospitalisation en créant une offre mobile, avec intervention immédiate et intensive pour les situations aiguës et dont la variabilité en intensité et en durée sera adaptée pour les personnes qui présentent des problématiques chroniques. Cette nouvelle forme de ressources organise son action en complémentarité avec la première en y ajoutant une mobilité et une expertise. Le partenariat est structuré et s'inscrit dans une approche globale. Dans un souci de continuité, les ressources des autres fonctions seront utilisées de manière individuelle. »

Cette deuxième fonction comporte deux volets : l'intervention à domicile pour les urgences psychiatriques et le suivi à domicile des situations psychiatriques chroniques. La partie concernant les urgences, avec ses interventions 24h/24 et 7j/7 est entièrement nouvelle et demande à être pensée comme telle. La deuxième partie, par contre, est pratiquée depuis de nombreuses années par les services de santé mentale. Mais ces interventions au domicile des patients psychiatriques chroniques ne représentent qu'une faible partie de leurs activités et sont inégalement réparties entre les services. Il faut noter à leur décharge dans que l'équipe de base des services de santé mentale, réduite à quatre équivalents temps plein, composée de psychiatres, de psychologues, d'assistants sociaux et de secrétaires, il manque la fonction d'infirmier, psychiatrique ou social. En outre, les conditions de travail proposées aux médecins psychiatres sont peu attractives par rapport à celles proposées dans l'hospitalier. Les services de santé mentale peinent donc à étoffer leurs équipes de psychiatres qui sont, par ailleurs, peu nombreux sur le territoire belge.

Or, ce travail devient de plus en plus nécessaire, d'une part, vu l'augmentation des situations psychiatriques en région bruxelloise et d'autre part, vu la politique de désinstitutionnalisation. Celle-ci nécessite le développement de prises en charge en réseau où la notion de continuité des soins est centrale, notamment via les soins à domicile. Cette continuité peut être soutenue par le déplacement des intervenants psycho-sociaux au domicile des patients, ce qui est approprié pour les patients en décompensation qui auraient autrefois été orientés vers une hospitalisation ou pour des personnes souffrant de lourdes pathologies chroniques. Pour les autres situations, la prise en charge en réseau et la continuité des soins peuvent être assurées au sein des institutions de première ligne, comme évoqué dans la première fonction. Cette option, plus respectueuse de la liberté individuelle mais au détriment parfois de la continuité des soins, présente l'intérêt de s'appuyer davantage sur la motivation du patient.

La carence des possibilités de soins psychiatriques à domicile se fait donc sentir et de nouveaux services font de ce travail leur objet social : les SPAD (Soins Psychiatriques A Domicile). La réforme de la psychiatrie ajoute encore du poids dans cette direction en proposant de créer, sur base de suppressions de lits hospitaliers, des nouvelles équipes centrées sur les soins à domicile.

a) Obstacles rencontrés par les services de santé mentale dans les suivis à domicile

Dans cette situation, plusieurs questions se posent aux services de santé mentale : Pourraient-ils augmenter leurs prestations à domicile avec les patients psychiatriques ? Si, oui, au détriment de quelles autres missions ? Comment conserver ce pan de leurs activités qui va de plus en plus être réalisé par d'autres également ?

Plusieurs éléments rendent compte des difficultés structurelles des services de santé mentale par rapport aux suivis de patients psychiatriques chroniques à domicile :

Les services de santé mentale sont débordés par les demandes de consultations thérapeutiques. Ils ont développé une expertise avérée pour les personnes dont la situation nécessite une prise en charge pluridisciplinaire, notamment pour les patients plus vulnérables dont la pathologie requiert un accompagnement souple et modulable, parfois de longue durée, que le cadre d'une prise en charge thérapeutique classique ne permet pas. Dans certaines situations, les services de santé mentale constituent ainsi une alternative à l'hospitalisation psychiatrique. Ils ont

également une expertise dans les suivis thérapeutiques de patients qui ne peuvent pas payer de telles consultations en privé. Additionnées aux autres missions des services de santé mentale (prévention, ...), les interventions à domicile, coûteuses en temps de travail, y trouvent difficilement leur place.

En région bruxelloise, les services de santé mentale ont construit leurs pratiques en fonction des quartiers dans lesquels ils sont insérés. Cela donne une grande pertinence à leur action locale mais aussi une grande hétérogénéité. Certains services ont développé une culture du suivi psychiatrique à domicile, par contre d'autres ne l'intègrent pas à leurs actions. Les responsables politiques ont dès lors des difficultés à se représenter l'action des services de santé mentale qui semblent à la fois être présents sur de nombreux terrains par la multiplicité de leurs projets spécifiques et être absents de nombreux autres car chaque projet reste local et a dès lors peu de visibilité au niveau de l'ensemble de la région.

Les situations psychiatriques chroniques qui sont visées par la réforme de la psychiatrie demandent des prises en charges pluridisciplinaires. La pluridisciplinarité est parfois mise à mal dans les services de santé mentale. D'une part, il est difficile de trouver des psychiatres et le pôle médical se réduit petit à petit. D'autre part, les assistants sociaux qui ont une place cruciale en tant qu'agent de pluridisciplinarité, doivent trouver un équilibre difficile entre leur fonction sociale et une approche clinique indispensable en santé mentale.

Il y a 10 ou 20 ans, la psychothérapie était considérée comme la panacée à tous les problèmes, y compris sociaux. Maintenant que le nombre des difficultés sociales et leur ampleur ne cessent de croître, l'accent se porte plus nettement sur le travail social. Nous sommes amenés à nous recentrer sur cet aspect du travail en maintenant notre spécificité, c'est-à-dire un travail social qui tienne compte des difficultés psychiques et du système relationnel propres à chaque patient.

b) Expertise développée par les services de santé mentale dans les suivis à domicile

Malgré ces difficultés, les services de santé mentale ont, aux cours des dernières décennies, accumulé un savoir et un savoir-faire dans les situations de suivis psychiatriques à domicile. Ce savoir est précieux et devrait permettre aux nouvelles équipes qui seront créées par la réforme, d'en bénéficier et de ne pas devoir, soit tout réinventer, soit se

tourner uniquement vers des modèles de pays voisins.

Les services de santé mentale ont établi des repères cliniques utiles aux suivis des patients ayant une pathologie psychiatrique, que ce soit à domicile ou dans les lieux de consultations. Le premier d'entre eux est de considérer le patient dans sa singularité. Le travailleur psycho-social ne traite pas une pathologie, il accompagne une personne sur son chemin de vie, quelle que soit l'importance des perturbations psychiques de celle-ci. Le terme « accompagner » a ici toute son importance. Il ne s'agit pas de précéder le patient au nom d'un savoir général sur sa pathologie. On risquerait alors de l'enfermer dans les lignes directrices de cette pathologie en passant à côté des ressources propres à sa créativité. Le professionnel doit laisser de côté son savoir pour être dans une écoute, la plus ouverte possible, de la singularité de la personne avec qui il est en relation.

Cette position est également à la base de la conception du travail de réseau par les services de santé mentale. Il y a autant de réseaux que de patients. Chaque patient a un réseau singulier, composé de professionnels et de relations privées. C'est le patient qui indique au professionnel comment travailler avec son réseau : avec qui il veut travailler, à qui il veut bien que l'on parle de sa maladie de ses projets, de telle difficulté, etc. Cette conception du réseau permet au patient de rester aux commandes de sa vie, de ne pas être uniquement le jouet de désirs que d'autres ont pour lui ou l'objet d'une formalisation de réseau trop rigide. L'amélioration du travail en réseau visée par la réforme ne sera féconde que dans la mesure où elle permettra au patient de tisser ses propres liens et de mobiliser ses propres ressources, sans qu'ils soient institutionnalisés.

Cet accompagnement personnalisé demande patience et humilité au professionnel. De plus, il présente l'inconvénient pour les personnes en charge de l'organisation des soins à l'échelle d'une région, d'être peu modélisable. Depuis les années 70, les services de santé mentale ont contribué à la construction d'une articulation originale entre la psychiatrie et le social. Si le modèle est en crise maintenant, ce n'est pas parce que ce modèle est inadéquat mais parce qu'il est surchargé de demandes dans un contexte de limites budgétaires et qu'il ne peut plus croître comme il le devrait. Vouloir le changer de fond en comble au nom de difficultés actuelles auxquelles il peine à répondre risque de balayer des années de pratiques et d'expériences accumulées pour les remplacer par de

nouveaux modèles qui mettront d'autres nombreuses an-

nées à trouver leur adéquation avec la réalité de la santé mentale bruxelloise.

3. Les services de santé mentale et la troisième fonction de la réforme

La troisième fonction de la réforme des soins en santé mentale s'énonce comme suit :

« La troisième fonction s'inscrit dans le secteur de la réhabilitation sociale. Il s'agit d'offrir des programmes particuliers à des personnes qui présentent des problématiques psychiatriques à un stade spécifique de leur maladie. La réhabilitation psychosociale est un processus dynamique qui s'inscrit dans une logique de temporalité permettant aux personnes d'accéder à la réinsertion sociale et professionnelle dans la société et qui nécessite une approche politique transversale. C'est un programme particulier qui prendra en considération le développement des capacités permettant une autonomie suffisante dans la vie journalière, des capacités sociales par la participation à une vie communautaire, culturelle, et aussi par l'élaboration d'un projet professionnel adapté. Ces programmes particuliers peuvent s'inscrire à la suite ou complémentarément aux missions de base remplies par les ressources de la première fonction ou dans la continuité des interventions réalisées dans le milieu de vie par les équipes mobiles. »

La réhabilitation se définit comme l'action de rendre apte à nouveau. Pour un patient, il s'agirait de retrouver les capacités qui étaient les siennes avant la maladie.

Le Décret de 2009 précise les missions des services de santé mentale comme suit : « Poser un diagnostic et assurer le traitement psychiatrique, psychologique, psychothérapeutique et psychosocial de problèmes de santé mentale. Le diagnostic et le traitement des problèmes de santé mentale intègre les aspects médicaux, psychiatriques, psychologiques et sociaux. Ils visent essentiellement à améliorer le bien-être psychique du patient dans ses milieux habituels de vie. » Cette dernière phrase inscrit le travail des services de santé mentale dans la troisième fonction de la réforme de la psychiatrie, décrite ci-dessus. Nous entendons cette troisième fonction comme l'accompagnement de personnes ayant vécu une période de décompensation psychique avec ou sans hospitalisation. Cet accompagnement a des effets sur l'autonomie, les capacités sociales et la vie communautaire et culturelle des patients. L'élaboration d'un projet socioprofessionnel

adapté peut en faire partie.

Pour certaines pathologies psychiatriques - nous pensons à la schizophrénie, aux psychoses en général et aux troubles bipolaires – le déclenchement de la maladie constitue une rupture dans la vie du patient où l'après n'est plus jamais comme l'avant. Pour ces pathologies, il s'agit plutôt d'aider à la meilleure adaptation possible compte tenu des aspects invalidants à long terme de la maladie. Dans le travail de réhabilitation, il s'agit dès lors, à la fois de permettre au patient de retrouver le plus de compétences possibles pour une vie autonome mais aussi de développer de nouvelles aptitudes qu'il n'avait pas auparavant. Souvent celles-ci se développent dans le domaine de la création artistique, qui au-delà de son aspect occupationnel possède de véritables vertus thérapeutiques.

Réhabilitation et services de santé mentale

Les services de santé mentale, dans leurs accompagnements ambulatoires pluridisciplinaires de ces patients, contribuent à cette réhabilitation. Un des premiers enjeux du suivi de ces patients consiste à leur permettre de s'approprier leur maladie, de l'accepter. Ce qui peut sembler une évidence dans les pathologies somatiques est loin de l'être pour les pathologies mentales dans la mesure où le regard que l'on porte sur la maladie fait partie des processus mentaux qui sont souvent endommagés par la pathologie elle-même.

Le travail de l'équipe pluridisciplinaire en santé mentale s'articule autour de trois pôles qui correspondent à ses trois fonctions de base, tout en permettant des zones de recouvrement entre celles-ci. Il consiste en une co-construction entre le patient et l'équipe pluridisciplinaire, spécifique à chaque personne.

- Le pôle psychiatrique concerne les aspects médicaux de la maladie mentale, le suivi médicamenteux, les pathologies somatiques associées, etc. La formation du psychiatre à la psychothérapie permet d'entendre ces difficultés médicales au-delà de leurs aspects contingents, dans l'ensemble de la problématique psychique et relationnelle du patient. C'est à cet endroit que sont élaborées avec le patient, ses difficultés de compliance au traitement.

- Le pôle psychologique offre un lieu d'écoute régulier au patient que celui-ci utilise librement. C'est dans ce travail d'écoute et d'élaboration que le patient peut, entre autres, accepter petit à petit, la réalité de sa pathologie mentale. Parfois, il s'agit de patients dont la conscience

morbide et les capacités d'autonomie s'avèrent très limitées et dont le contact avec la réalité est gravement altéré. Il s'agit alors d'interpeler, voire de postuler chez lui des capacités à penser et élaborer entre autres, un réseau soutenant au quotidien.

Le pôle social se focalise sur la réinsertion sociale et citoyenne en s'appuyant sur la prise de conscience, par les patients, de leurs forces, fragilités et besoins. Ces principes sont mis en œuvre en alliance avec le patient, alliance qu'il s'agira de construire en fonction de ses singularités, de sa problématique et de ses désirs.

Ce suivi par l'équipe ambulatoire pluridisciplinaire en santé mentale aide au développement de la capacité d'autocritique nécessaire à l'autonomie, notamment par la com-

préhension des enjeux ayant suscité la décompensation psychiatrique. Il s'agit d'un travail de promotion de la personne comme actrice de sa vie, ayant prise sur celle-ci et retrouvant le sentiment de sa propre valeur.

L'accompagnement de patients souffrant d'une pathologie psychiatrique s'inscrit dans un travail de réseau dont le service de santé mentale constitue un maillon parmi d'autres. Il s'articule d'un côté aux institutions résidentielles (hôpitaux psychiatriques, services psychiatriques, MSP, HP, ...) et de l'autre aux services sociaux et culturels dans lesquels le patient peut trouver aide et soutien (CPAS, maisons médicales, logements sociaux, centres de jour, ...). En ce sens, la réhabilitation n'est pas l'apanage d'un service en particulier mais la résultante du travail articulé de plusieurs.

Partie III : quelques enjeux pour la santé mentale à Bruxelles

1. Le travail en réseau

La complexité des pathologies rencontrées et leurs nombreux déterminants - santé mentale, précarité sociale, isolement, problèmes somatiques, etc. - ont amené les acteurs du social et de la santé à collaborer depuis de nombreuses années. Ce travail qui résultait d'une nécessité de terrain s'est petit à petit affiné et permet maintenant à ses protagonistes d'en dresser quelques repères cliniques essentiels à son bon fonctionnement.

Chaque patient construit au gré de ses rencontres professionnelles, un réseau qui lui est propre et qui est fait des liens qu'il a pu nouer avec les personnes qui travaillent dans les différentes institutions approchées. C'est l'ensemble de ce réseau singulier qui le soutient dans les aléas de sa vie. Ce qui implique que chaque travailleur se mette au service du patient tout en restant conscient de l'importance égale du travail de ses collègues. Les ressources du réseau sont utilisées et articulées comme des outils au service de la singularité du projet.

Dans cette mesure, il importe que chaque travailleur qui rencontre le patient soit soucieux de la qualité de ce réseau. Celle-ci réside entre autres dans l'équilibre difficile à trouver entre deux nécessités : d'une part, la collaboration entre les membres du réseau avec l'échange d'informations que cela suppose et d'autre part la discrétion quant

aux dires du patient adressés à chacun en particulier pour lui permettre de rester libre de ce qu'il met en jeu dans ces relations. Une solution possible à cette situation antinomique consiste à associer le patient à tous ces contacts entre membres du réseau, c'est-à-dire à parler avec lui et à ne pas parler de lui.

Dans ce travail de collaboration avec le réseau, une spécificité des services de santé mentale consiste à assurer un continuum dans les accompagnements à long terme. Cela offre au patient un fil rouge qui témoigne de l'histoire et du sens des aléas de son parcours individuel. Un tel travail de réseau a des effets de contenance psychique pour le patient qui permettent de réduire la fréquence des hospitalisations psychiatriques et leurs effets de désinsertions sociale et professionnelle.

D'autre part, il ne faudrait pas considérer ce travail comme la nouvelle panacée qui viendrait solutionner l'ensemble des problèmes auxquels nous sommes confrontés. Pour les patients, l'important reste la construction d'un lien individuel avec une personne de confiance. Les contacts entre ses interlocuteurs et d'autres peuvent être vécus comme une trahison et détruire le lien en train d'être ébauché. La pratique de réseau peut ainsi venir en complément à des pratiques individuelles mises en difficulté. Il ne faudrait pas

que le processus s'inverse et que la pratique en réseau devienne un préalable à toute prise en charge.

2. Un blocage socio-économique

Nous pensons que la raison principale des problèmes rencontrés actuellement par les soins en santé mentale est économique. D'une part, l'état fait face à une situation financière tendue qui ne lui permet pas de développer de nouvelles initiatives, ni d'augmenter les capacités des institutions existantes et d'autre part, les situations de détresses psychiques augmentent considérablement, du fait entre autres de la précarisation de la population.

Dans cette situation, les séjours hospitaliers se raccourcissent pour libérer plus rapidement des lits de manière à faire face à cet afflux de demandes. Les services ambulatoires sont surchargés et les délais d'attente pour trouver une place dans un centre de jour, un hébergement spécialisé ou un service de santé mentale ont considérablement augmenté. Les hôpitaux se retrouvent donc avec des patients à peine stabilisés pour lesquels ils doivent trouver des structures d'accueil intermédiaires qui n'ont plus de place à proposer.

En ce sens, on pourrait émettre la critique suivante à l'encontre de la réforme des soins en santé mentale : fermer des lits psychiatriques pour dégager des budgets en vue de la création d'équipes de suivis à domicile reviendrait à creuser un trou pour en boucher un autre, ce qui est d'autant plus vrai à Bruxelles, région sous-équipée en lits psychiatriques par rapport aux deux autres régions du pays. Les nouvelles équipes ainsi créées donneront un peu d'air frais à l'ensemble du réseau ambulatoire mais seront rapidement débordées par des demandes dont nous constatons chaque jour l'augmentation.

La réforme des soins en santé mentale répond à cette objection en s'inscrivant dans la suite logique des projets thérapeutiques dont l'échec a été porteur de nombreux enseignements. Mieux travailler en réseau avec le patient, coordonner les soins autour d'un référent, inclure les associations de patients dans le dispositif, etc. sont des objectifs avec lesquels nous pouvons travailler pour peu qu'ils ne soient pas considérés comme pertinents pour toutes les situations et ne fassent ainsi l'objet d'une pratique uniformisée et imposée.

Dans la situation de saturation des services à laquelle

nous sommes de plus en plus confrontés, il est important de souligner le coût important en temps de travail, des pratiques de réseau. Si mobiliser plusieurs travailleurs pour des réunions, qui auront été précédées de contacts téléphoniques et nécessitent différents déplacements, peut améliorer la qualité de la prise en charge, ce sera toujours au détriment de la capacité globale d'accueil de chacun des services concernés.

3. Une sortie possible du blocage

L'insertion du patient dans son milieu de vie est un des axes qui ont présidé à la création des services de santé mentale dans l'esprit de l'antipsychiatrie des années 70. Chaque patient a un réseau personnel, parfois extrêmement pauvre, mais rarement inexistant. Ce réseau se constitue de son intégration dans son quartier, des voisins, des commerçants, de certaines associations locales plus ou moins formelles, de groupes religieux, etc. Il s'agit non seulement de tenir compte de ces insertions mais d'aller à leur rencontre, voire de les susciter.

Le maintien de patients psychiatriques à domicile implique qu'ils ne soient pas abandonnés aux affres de la solitude et il ne suffit pas pour cela qu'ils reçoivent la visite chaque semaine d'un, voire de plusieurs intervenants psychosociaux aussi bien intentionnés et compétents soient-ils. Au-delà des compétences des nombreuses institutions professionnelles, il importe de travailler avec toutes les ressources et la créativité relationnelles parfois surprenantes de nos patients. Il s'agit d'un travail qui n'est jamais acquis une fois pour toutes, qu'il faut entretenir, régulièrement élaborer avec les personnes concernées, etc., tant la pathologie du patient et son environnement sont en constante évolution. De cette manière, on peut envisager que le dispositif de soins autour du patient s'allège avec le temps, la possibilité des liens créés avec les professionnels se transférant dans une insertion rendue possible dans le social. Comme le dit Jean Furtos, la santé mentale devient alors la capacité de vivre avec autrui en restant en lien avec soi-même, tout en pouvant investir et créer dans son environnement, y compris des productions atypiques et non normatives.

Ce travail est difficile et aléatoire. Il n'est pas toujours possible d'intégrer une personne souffrant d'une pathologie psychiatrique dans son environnement. Cela dépend de la pathologie elle-même et de ses aspects relationnels invalidants mais aussi de l'environnement de la personne.

Malgré quelques succès remarquables, force est de constater que ce beau projet n'a pas suffi. La création des nombreux services « post-psychiatriques » (habitations protégées, maisons de soins psychiatriques, centres de jour, centres de nuit, etc.) peut être interprétée comme la nécessité de pouvoir compter, au-delà de l'environnement du patient, sur des structures professionnelles compétentes. Néanmoins, nous pouvons nous demander si le réflexe de faire appel à ces structures professionnelles n'a pas pris trop de place au détriment de l'environnement

du patient. En effet, il est plus rassurant et moins coûteux en investissement de faire appel à des collègues, plutôt que de travailler avec les aléas d'un voisinage inconnu. Les limitations actuelles des moyens financiers disponibles viennent peut-être nous obliger à reconsidérer et à intensifier ces projets d'intégration dans le milieu de vie.

Conclusions

La réforme des soins en santé mentale s'enracine dans une volonté d'amélioration des accompagnements et prises en charge thérapeutiques et nous invite à une construction créative de nouvelles formes d'interventions au bénéfice des patients. Elle nous incite également à la prudence dans la mesure où elle risque de (re)psychiatriser notre secteur alors qu'il est né d'une volonté de désenclaver l'hôpital psychiatrique en permettant aux patients de rester inscrits dans leur milieu de vie en favorisant les ressources qui sont les leurs.

Une telle réforme demande une collaboration accrue entre les services psychiatriques et ambulatoires en veillant particulièrement à la continuité des soins. Il s'agit de construire avec les patients, le réseau de leur choix en tentant de ne pas être pris dans l'urgence de la crise mais en considérant la personne dans sa globalité et sa temporalité. En ce sens, il est essentiel que ce soit les intervenants qui accompagnent les patients dans la singularité de leur parcours et non les patients qui soient absorbés par la segmentation et la rythmicité des institutions.

Au delà de cette nécessaire collaboration entre les professionnels du secteur ambulatoire et du secteur hospitalier, cette réforme nécessite une construction de réseau avec l'ensemble des ressources d'un territoire donné en ce compris les familles et les acteurs du social au sens large afin que les personnes puissent y trouver une place sans être considérées par les seuls biais de leur pathologie et des aspects négatifs qui y sont associés tels que, par exemple, la dangerosité ou les comportements dérangeants.

Les services de Santé Mentale sont concernés par la réforme des soins en santé mentale à plus d'un titre. Leurs pratiques les ont conduits à développer une approche pluridisciplinaire centrée sur une volonté de favoriser le

réseau personnel du patient au sein de son environnement, que celui-ci soit ou non composé de professionnels. Accompagner et soutenir la construction d'un tel réseau en maintenant de la continuité, là où souvent la discontinuité s'impose, est indispensable avec les patients psychiatriques aigus et chroniques. Cette expérience des services de santé mentale peut aider la réforme à ne pas butter trop rapidement sur l'augmentation constante des demandes et les limites des subsides alloués.

Les services de santé mentale s'inscrivent dans cette réforme en partenariat avec tous les acteurs concernés. Ils y apportent leur expérience de travail de terrain dans le respect de la singularité du patient dont les choix sont au cœur du processus d'accompagnement thérapeutique intégrant le travail de réseau et communautaire. Toutefois et à l'instar des autres structures saturées par l'augmentation des demandes et le blocage des budgets, ils ne peuvent pas se leurrer quant à leurs capacités structurelles et économiques à répondre à toutes les demandes relevant des patients psychiatriques aigus et chroniques.

La réforme des soins en santé mentale devra, après sa phase d'expérimentation, être soumise à une analyse en profondeur de sa mise en œuvre, relevant tant ses contributions que ses limites, ses ouvertures que ses impasses, afin que l'offre de soins reste, dans le futur, pertinente et respectueuse des patients. Cette évaluation devra mesurer la capacité de la réforme à être congruente non seulement avec les réalités de terrain mais également avec des soins qui respectent le patient dans son humanité quelques soient ses différences avec les normes ambiantes.

Bibliographie sur La Réforme de la santé mentale, l'article 107 :

Tous ces documents sont présents au Psycendoc.

Voir le guide de la réforme téléchargeable sur www.psy107.be.

Grassart, Jacques

Projet 107 - Rappel et point sur la question.

In *Similes Bruxelles*, nov./déc.2011, n°101, pp.13-15

Wyngaerden, François

Vers une réforme de la psychiatrie ?

In *Confluences*, juin 2010, n°24, pp.2-3

Wyngaerden, François

Article 107 : Vers une réforme de la psychiatrie ?

In «*Mouvement*» pour une psychiatrie démocratique dans le milieu de vie, janv./févr./mars 2011, n°4, p.3

Evolution d'un projet 107.

In *Similes, Trim. de la Fédér. des Assoc. Similes Francophone*, janv./févr.2011, n°63, pp.8-12

Réforme 107, suite ... Cinq fonctions, une finalité / La construction du réseau.

In *Psytoyens*, juin 2011, n°23

Lengelé, Sarah

Réforme de la santé mentale : les risques du 107.

In *Les Spécialistes*, 12 Juill.2011, n°62, p.4

Verrijken, Geert

La psychiatrie à un tournant

In *Les Spécialistes*, 20 Avril 2010, n°32, p.4

Bailly, El. / Croufer, Oliv. / Della Giustina, Vanni

La fonction psychiatrique et les maisons médicales (suite).

La réforme 107 et la reconversion des moyens hospitaliers dans le milieu de vie. La médecine générale.

In *Mouvement pour une psychiatrie démocratique dans le milieu de vie*, juill./ août / sept. 2011, n°6, pp.2-3

Verrijken, Geert

Toute peine mérite (un meilleur) salaire (le salaire des professionnels en psychiatrie et le projet 107).

In *Les Spécialistes*, 6 sept.2011, n°64, p.2

Delvaux, Joëlle

Réforme de la santé mentale : Un réseau de soins autour du patient.

In *En Marche*, 20 oct.2011, p.8

L'ÉQUIPE

Eric Messens - Directeur

Pascal Banzira - Informaticien

Ariane Coppens - Documentaliste

Michèle De Bloudts - Coordinatrice - Animatrice

Mirella Ghisu - Coordinatrice - Animatrice

Véronique Qouidbach - Secrétaire

Philippe Hoyois - Sociologue - Chercheur

Sophie Tortolano - Assistante à la coordination générale

Psycendoc

Centre de documentation de la L.B.F.S.M.
53, rue du Président - 1050 Bruxelles, 1er étage

Horaires

Lundi et mardi de 12h30 à 16h30
Mercredi de 10h30 à 13h30

Libre accès au public et demandes par téléphone

Renseignements : Ariane Coppens
Tél: 02/501 01 20

Fax: 02/511 52 78
email: psycendoc.lbfsm@skynet.be

MENTAL'IDÉES

N° 17

Le numéro 18 paraîtra en mai 2012

Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale



53, Rue du Président - 1050 Bruxelles

Tél : 02/511 55 43

email : lbfsm@skynet.be

Editeur responsable : Eric Messens - Directeur

Site web : www.lbfsm.be

Organisme agréé par la Commission Communautaire Française de la Région de Bruxelles-Capitale

