

CONTRIBUTION À L'ÉTUDE DE L'ÉVOLUTION DE L'HOSPITALISATION PSYCHIATRIQUE EN FRANCE, DE 1838 À NOS JOURS.

par

Philippe BERNARDET
Chargé de recherches au C.N.R.S.¹

A. INTRODUCTION :

A l'occasion de cet article nous voudrions concourir à défricher le terrain d'une étude historique qui ne partirait pas du texte scientifique et de l'histoire des idées, fût-elle celle des diverses polémiques, mais des applications et des résultats d'une pratique se voulant scientifique pour remonter jusqu'au discours académique qui les soutient et qui en est, en vérité, indissociable. Sous ce rapport, l'histoire de l'évolution de l'hospitalisation psychiatrique, en France, depuis la promulgation de la loi du 30 juin 1838, nous paraît être un terrain expérimental approprié, dans la mesure où la psychiatrie est une science jeune, toujours étroitement dépendante, dans ses applications, et dans son organisation même, des pouvoirs publics et des politiques de sécurité et de maintien de l'ordre.

Il nous a paru par ailleurs nécessaire de limiter l'étude à la période postérieure au 30 juin 1838 dans la mesure où cette législation inaugure un retour à l'internement administratif, connu sous l'Ancien Régime par le biais des « Lettres de cachet », mais qui, en dehors du cas d'urgence, connaissait également l'enfermement des insensés à la suite d'un jugement d'interdiction, seule procédure légale qui subsista de 1788 à 1838. Cette législation de 1838 définit ainsi une unité contextuelle pour toute la période considérée. En outre, l'établissement d'une démographie hospitalière, propre au domaine, avant 1838, apparaît très problématique et demeure, aujourd'hui encore, hors de notre portée. Débuter l'étude à cette date charnière nous paraît donc d'autant plus légitime.

Une actualité particulière motive également ce travail de synthèse.

Répondant le 12 mai 2003 à la question écrite du député Arnaud Montebourg, le ministre de la santé a récemment fait savoir que le dispositif législatif propre à l'hospitalisation psychiatrique sera soumis à la discussion parlementaire dans le courant de l'année 2004.

Nous espérons donc contribuer à enrichir les débats. Au contraire de Jacques Roger, nous pensons en effet, comme Cédric Grimoult qu'« aucune « objectivité » historique ne peut être atteinte avec une méthode qui vise la neutralité » (2003, p. 159), pas plus que nous ne pensons que l'historien des sciences devrait s'abstenir d'user du savoir actuel dans l'appréciation des idées périmées.

¹ Centre d'Etudes Africaines, CNRS-EHESS, 54, bd Raspail, 75006 Paris

Pour Jacques Roger « l'histoire des sciences ne peut prétendre à aucune valeur normative : elle ne dit pas ce qui doit ou aurait dû être, elle dit ce qui a été, en essayant de comprendre pourquoi les choses ont été ainsi, et pas autrement » (1995, p. 58). Elle n'aurait pas davantage à prononcer des jugements de valeur.

Or, si l'histoire des sciences prétend énoncer quelques propositions pertinentes sur la réalité des choses, donc accéder à une certaine vérité scientifique, elle ne saurait s'abstenir ni d'un jugement rétrospectif, sur ce qui a été, ni de certaines hypothèses prospectives, non sur ce qui devrait être, mais sur ce qui pourrait advenir si toutes choses étaient égales par ailleurs où si certains facteurs, reconnus comme déterminants dans le passé, devaient maintenir leur influence. D'une façon général, d'ailleurs, l'histoire n'a d'intérêt que dans la mesure où la connaissance du passé permet de comprendre le présent et, par suite, d'éclairer l'avenir par la perception des dynamiques et des évolutions en cours, donc de déterminer l'action. La science et l'expérience acquise permettent, elles-mêmes, une action et une transformation de la matière autre que strictement aléatoire ou hasardeuse.

Nous voudrions encore préciser qu'à l'inverse du scientifique qui ne révèle pas ce que l'histoire des sciences tient habituellement pour anecdotique, cet article n'aurait jamais vu le jour, du moins sous sa forme actuelle, si un événement fortuit ne s'était pas produit et qui, au regard de la recherche et de la méthode suivie jusqu'alors, pourrait bien relever du hasard.

Le professeur Denis Buican devait en effet nous contacter par téléphone, en 1989, peu de temps après la publication de l'un de nos précédents ouvrages : Les Dossiers Noirs de l'Internement Psychiatrique. Il nous informait des tentatives d'internement dont il avait été l'objet de la part de la police parisienne qui, à plusieurs reprises, l'avait convoqué à l'Infirmierie Psychiatrique de la Préfecture de Police de Paris (IPPP) et au dispensaire d'hygiène mentale de son quartier. Ce qu'il nous raconta ne nous surprit guère, compte tenu des informations rassemblées depuis déjà de nombreuses années sur l'abus et l'arbitraire en ce domaine. La dimension politique de son affaire nous étonna cependant ; car si l'hypothèse d'une utilisation directement politique de la psychiatrie ne pouvait être écartée, même en France, en ce début de l'année 1981 où se situaient les faits dont il nous entretenait, cette hypothèse ne paraissait toutefois envisageable que pour l'avenir. Cette utilisation politique de la psychiatrie dans l'ancien bloc soviétique avait déjà été assez largement dénoncée dans les années 70-80. Elle semblait cependant relever de la science-fiction, concernant la France, à moins de considérer la politique particulière de gestion des marginalités et exclusions de toutes sortes, voire de la petite délinquance et de certains conflits quotidiens, par psychiatrie interposée.

A partir des informations que nous avons recueillies, une utilisation directement politique de la psychiatrie, tendant à réprimer l'expression politique, ne semblait pas pouvoir être confirmée pour le présent ou pour le passé proche. Depuis, d'autres preuves d'une telle utilisation ont cependant pu être rassemblées (Derivery et Bernardet, 2002) et le harcèlement policier dont le professeur Buican fut et continue d'être l'objet allant jusqu'à la tentative d'internement, a pu être fermement établi. En 1994, le tribunal administratif de Paris devait annuler comme illégale sa séquestration de près de 24 h à l'IPPP. En 1996, le préfet de police de Paris dut reconnaître l'existence de la « surveillance rapprochée », officiellement mise en place en 1980, et dont n'avait cessé de se plaindre le professeur Buican. Les services de police l'avait toujours niée pour mieux suggérer que l'intéressé se faisait des idées. Elle semble en réalité bien antérieure, puisqu'une note blanche des Renseignements généraux de décembre 1980, adressée à l'IPPP, mentionne des faits remontant à 1975. Les services spéciaux de la police lui reprochaient, entre autres, d'avoir participé à un meeting d'Amnesty International

de soutien à Sakarov et d'avoir écrit plusieurs articles dans le journal Le Monde... Ces provocations policières et cette velléité d'interner, n'étaient autres qu'une véritable tentative d'assassinat moral et politique d'un chercheur de renom international qui avait eu le malheur de déplaire en critiquant, dans la presse française, certaines pratiques des services de police.

De ces faits est née une collaboration qui devait nous conduire à nous intéresser plus sérieusement à l'histoire de la psychiatrie, en reliant les faits jusqu'alors collectés aux doctrines et théories sous-jacentes. Ce qui suit se limite néanmoins à mettre en lumière l'évolution de la démographie hospitalière psychiatrique de 1838 à nos jours en la rapportant aux conceptions juridiques et politiques qui la supporte, réservant l'étude des grands courants de pensée qui ont traversé la science psychiatrique et qui en constitue le corpus à un autre ouvrage.

B. EVOLUTION DE LA DEMOGRAPHIE HOSPITALIERE EN PSYCHIATRIE ET PLACEMENTS SOUS CONTRAINTE :

Le 30 juin 1838, la Chambre des Pairs de France adopte la première loi spécifique aux aliénés. Elle définit deux modalités d'internement. L'une sur ordre du préfet (placement d'office, actuellement hospitalisation d'office ou HO), l'autre à la demande d'un tiers au vu d'un certificat médical rédigé par un médecin extérieur à l'établissement d'accueil, se prononçant sur les particularités de la maladie, l'état d'aliénation de la personne et la nécessité de la maintenir enfermée.

Pour l'années 1847, les Annales Médico-psychologiques (juil.-déc., 1872) font état de 7 686 internements. Leur croissance est particulièrement nette durant tout le Second Empire. Ils triplent en sept ans pour dépasser 30 000 personnes internées en 1860 et semblent se stabiliser autour de 60 000 à 75 000 personnes dès 1 890. Il convient de remarquer que ces chiffres sont cohérents avec un rythme de nouvelles admissions de 1000 par an entre 1850 et 1870, et d'environ 1 700 à 2 000, à partir de 1870 avec des sorties limitées dues, pour l'essentiel, aux décès. Il faut en effet attendre la fin du XIXe siècle pour voir progresser de façon sensible le nombre des sorties par guérison.

Une seconde rupture apparaît durant l'entre deux guerres, période durant laquelle on voit la population internée passer de plus de 92 500 personnes en 1920 à plus de 150 000 en 1940.

La seconde guerre mondiale permet, avec plus de 40 000 morts dans les hôpitaux psychiatriques, de retrouver les chiffres du début du siècle.

Une troisième envolée du nombre de personne admises s'observe au sortir du dernier conflit mondial.

Toutefois, comme l'on sait, cette reprise n'est plus due à la croissance des internements, mais à celle des hospitalisations dites libres ; croissance spectaculaire à partir de 1970. A la vérité, de 1950 à 1970, le nombre de personnes admises, chaque année, d'office, ou à la demande d'un tiers, oscille entre 70 000 et 90 000 et la durée des séjours continue largement de décroître, confirmant un phénomène amorcé avant même la première guerre mondiale.

A partir des années 60, le nombre des admissions annuelles tend à l'emporter sur le nombre des personnes présentes au 31 décembre de l'année. En 1971, le nombre de

personnes présentes à l'hôpital psychiatrique culmine ainsi à près de 123 000 personnes, pour près de 172 000 admissions. Par la suite, le nombre des présents ne cesse de décroître pour atteindre 82 550 personnes en 1984.

Au 31 décembre 1995, la capacité hospitalière en lits d'hospitalisation complète (établissements publics et privés confondus) était tombé à 75 777 (Strohl et Clément, 1997, p. 88). Elle n'est plus que 71 280 en 1997 (Piel et Roelandt, 2001, p. 14) et serait inférieure à 50 000 en 2003 (Sylvie Péron, Libération, 6 juin 2003), de sorte qu'il est possible d'évaluer, de nos jours, à environ 40 000 personnes, le nombre de celles présentes, à l'hôpital à la fin de l'année. En effet, de nombreuses fermetures de lits d'hospitalisation complète ont encore eu lieu ces dernières années, alors que le taux d'occupation atteint 83 %. Inversement, les admissions annuelles connaissent, dans le même temps, un essor extraordinaire, passant de 172 000 en 1971 à plus de 298 000 en 1984 pour atteindre près de 487 000 admissions, en 1999.

En 1985 les admissions sous contraintes représentaient moins de moins de 9,8 % du total des admissions. Ce taux est passé à 11 % dès 1990, puis à 13 % au milieu de la décennie pour atteindre 13,7 % en 1999 et dépasser aujourd'hui les 14 %. Entre 1980 et 2000 le nombre des hospitalisations sous contrainte s'est accru de près de 150 %. Si le nombre total des admissions a connu une croissance également très importante, elle demeure cependant moins forte que celle des placements sous contrainte. Durant les vingt dernières années, le taux de croissance est de l'ordre de 50%. Ainsi, alors que depuis la seconde guerre mondiale, le nombre des mesures autoritaires avait brusquement chuté sur une décennie, passant d'environ 90 000, en 1970, à moins de 28 000, en 1980, un phénomène exactement inverse s'observe, surtout depuis 1985 et ne cesse de se renforcer, au point qu'il est possible d'estimer aujourd'hui à plus de 80 000, le nombre des admissions sous contrainte et à près de 600 000 le nombre total des admissions en 2003.

C. DE L'« ALIENATION MENTALE » AUX « TROUBLES MENTAUX » :

L'évolution de la démographie hospitalière correspond évidemment à une évolution des pratiques qui n'ont cessé de se développer toujours davantage dans l'illégalité et l'arbitraire le plus total puisqu'elles ont très vite largement débordé le cadre légal de l'internement psychiatrique tel qu'organisé par la loi du 30 juin 1838.

I. PORTEE DE LA LOI DU 30 JUIN 1838 :

1°) Définition juridique de l'aliénation mentale et gestion des médico-légaux:

La loi de 1838 ne légiférait que pour les « aliénés », non pour l'ensemble des supposés malades mentaux et moins encore pour les personnes atteintes de simples troubles mentaux ou présentant seulement des troubles du comportement plus ou moins importants. L'ancien article L. 336 du Code de la santé publique, issu de l'article 11 de la loi, prévoyait en effet que le certificat de quinzaine devait indiquer « le retour plus ou moins fréquent des accès ou des actes de démence ». Ainsi, l'internement psychiatrique, y compris le placement volontaire, ne pouvait-il concerner que les « aliénés » définis comme les malades mentaux les plus graves, c'est-à-dire ceux sujets à de fréquents accès ou actes de démence.

La grande innovation de la loi de 1838 fut de créer une obligation pour les départements de se doter d'établissement spécialement réservés aux aliénés ou de traiter spécialement à cet effet avec des établissements privés. L'autorité ministérielle, par le biais du règlement modèle type, également prévu par la loi, était chargée de déterminer les normes spécifiques à ces établissements et les rapports internes à ces nouvelles structures. Cela permettait, d'une part, de séparer de la clinique une population qui encombrait l'hôpital général et les prisons, d'autre part, d'assurer la gestion des personnes objets de l'article 64 du Code de pénal de 1810, lequel disposait : « il n'y a ni crime ni délit, lorsque le prévenu était en état de démence, au temps de l'action ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister ». De fait, ce n'est qu'à partir de 1852, que des ordonnances de non-lieu fondées sur cet article furent prises de façon plus systématiques (Piernikarch, 1989). Il fallait en effet qu'au préalable, l'application de la loi de 1838 ait abouti à la création des établissements qui leur seraient réservés et que cette population puisse y être prise en charge, sans divaguer sur la place publique. En toute logique, donc, seules les personnes ayant été l'objet au moins une fois d'un article 64 du Code pénal et présentant un comportement montrant qu'elles pouvaient être fréquemment sujettes à ce genres d'actes, auraient dû se voir appliquer les mesures de placement prévues par la loi du 30 juin 1838. Au début du XXe siècle, le nombre des placements d'office l'emportait encore largement sur les placement à la demande d'un tiers : 56 286 P.O., contre 15 271 P.V., soit 79 % de P.O contre 21 % de P.V.

Demeure néanmoins une difficulté : qu'est-ce que l'état de démence de l'article 64 du Code pénal ? En 1865, Linas répondit à cette délicate question dans un article du Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales. Ce n'est évidemment pas celle de la nosographie psychiatrique lorsqu'elle parle, notamment, de « démence précoce » ou de « dementia paralytica » (paralysie générale), phase ultime de la syphilis. Linas se félicitait, de l'acception très large donnée dans le Code pénal qu'il commentait ainsi :

« Tout le monde maintenant s'accorde à proclamer la sagesse de la loi qui, en empruntant à la vieille terminologie juridique l'expression alors vague et générale de démence (...) a pris tâche de ne rien spécifier, afin de ne point circonscrire les appréciations du juge dans le cercle étroit et infranchissable d'une définition limitative (...). « Par démence, disent MM. Adolphe Chauveau et Faustin Hélie, on doit entendre, puisque aucun texte n'en a restreint le sens, toutes les maladies de l'intelligence, l'idiotisme et la démence proprement dite, la manie délirante et la manie sans délire (c'est-à-dire la manie affective), même partielle. Toutes les variétés de l'affection mentale, quelles que soient les dénominations que leur applique la science, quelque classification qu'elles aient reçue, revêtent la puissance de l'excuse et justifient l'accusé, pourvu que leur influence sur la perpétration de l'acte puisse être présumée ». Ainsi, il importe peu que l'égarement ou la perte de la raison soient absolus ou incomplets, que la folie soit permanente ou passagère, générale ou partielle. Ce que la loi exige, pour dégager l'agent de sa responsabilité, c'est qu'il soit atteint d'une maladie mentale quelconque, sans distinction de nature, de forme, ni de durée ; c'est que cette maladie ait été assez puissante pour suspendre ou aveugler son discernement, enchaîner son libre arbitre et exercer sur sa volonté une contrainte à laquelle il n'a pu résister » (Linas, 1865, pp. 133-134). Dès la seconde moitié du XIXe siècle, l'acception est donc assez large et se résume pour l'essentiel à la pathologie mentale « assez puissante » pour ôter le discernement et exercer une contrainte irréprouvable sur la volonté.

2°) La logique du texte :

Les débats à la Chambre des Pairs, comme les discussions dans lesquelles les aliénistes tels Ferrus, Falret, Esquirol et Favre sont intervenus, montrent que la logique du texte n'était pas de créer deux régimes distincts d'internement concernant deux populations présentant des troubles mentaux particuliers : le placement volontaire, d'une part, qui aurait été réservé aux malades mentaux les moins atteints, ne présentant aucune dangerosité particulière, et, de l'autre, le placement d'office, limité aux seuls aliénés dangereux. La loi ne visait en réalité qu'une seule et même population : les aliénés sujets à de fréquents actes ou accès de démence et par suite, présentant un danger pour l'ordre public ou la sûreté des personnes s'ils étaient laissés en divagation sur la chaussée. Cette notion de fréquence suppose même que les personnes susceptibles de relever de l'internement dans quelque asile d'aliénés auraient dû bénéficier, à plusieurs reprises des dispositions de l'article 64 du Code pénal, pour que l'on puisse sérieusement envisager leur internement. Un acte de démence isolé motivant une ordonnance de non-lieu sur le fondement de l'article 64 du Code pénal était à l'évidence insuffisant pour considérer la personne comme aliénée au sens de l'ancien article 11 de la loi.

Celle-ci réservait en outre une primauté à la décision des familles, lesquelles se voyaient confirmer la possibilité de provoquer le placement de leurs membres aliénés dans l'un des établissements établis à cette fin, par la loi. Par la création de ces asiles, le département venait également en aide aux familles pour porter assistance à leurs membres atteints par l'aliénation mentale. Par surcroît, elle garantissait aux familles, même en cas d'hospitalisation d'office, un droit de choix de l'établissement d'accueil, et notamment de l'établissement privé, sous réserve que cet établissement soit habilité par l'autorité ministérielle et le préfet du département, à recevoir de tels aliénés. L'avis que le préfet devait donner à la famille, en cas de placement d'office, permettait à celle-ci d'intervenir pour obtenir le placement de leur membre dans l'établissement de leur choix, notamment privé.

En dehors de l'intervention de l'administration, muni d'un certificat médical d'un médecin extérieur à l'établissement d'accueil et en formulant une demande expresse, manuscrite, un membre de la famille, voire tout proche ou ami de l'intéressé, pouvait obtenir du chef d'établissement, l'internement et la prise en charge de l'aliéné avant même que l'administration préfectorale ait à se prononcer.

Il est évident que lorsque l'aliéné était ainsi secouru, il ne pouvait pas compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes, l'entourage, éventuellement familial, ayant fait le nécessaire pour éviter l'apparition d'un tel danger en provoquant son internement « volontaire ». Le danger ne pouvait apparaître que si ce dernier n'était pas assisté et si le désintérêt familial ou l'absence de tout proche susceptible de l'aider, risquaient de le laisser divaguer sur la place publique. C'est alors que l'autorité municipale ou préfectorale disposait, par le biais des mesures provisoires ou du placement d'office direct, de la possibilité d'agir. La police administrative intervenait ainsi à titre subsidiaire, pourrait-on dire, en lieu et place de la famille et du voisinage défaillant. Le danger ne résultait pas, à proprement parler, d'une pathologie mentale particulière, mais de l'absence de prise en charge familiale ou de l'entourage laissant l'aliéné à son triste sort.

Comme nous le verrons plus loin, sous l'effet conjoint, d'une part, du développement des moyens de traitement, d'autre part, d'une organisation toujours plus administrative du soin, la pratique a tendu à accroître le champ d'application de la loi à des personnes que l'on n'aurait auparavant jamais songé à enfermer. Cette extension a également

débouché sur la création des populations distinctes d'aliénés, puis de malades mentaux, sur la base d'une dangerosité intrinsèque à certaines pathologies mentales, par opposition à d'autres censées ne pas présenter de tels risques, mais qui relevaient cependant du placement du fait de l'inconscience de leur état. Le rapport entre placement d'office et à la demande d'un tiers tendit, alors, à s'inverser. D'une loi de sûreté et d'assistance aux aliénés, les praticiens en firent ainsi une loi de contrainte de soins au fur et à mesure que la clinique psychiatrique se diversifia, tant sur le plan théorique que pratique, par la mise en œuvre de moyens nouveaux de traitement et l'affinement corrélatif de la nosographie.

La notion d'aliénation mentale et d'aliéné se dissout alors au point de disparaître pratiquement totalement du discours médical, à partir de la seconde moitié du XXe siècle, à l'exception de la pratique expertale appelée à répondre aux questions du juge, lequel continue de s'y référer. Il s'agit fondamentalement, on le voit, d'un concept juridique directement issu de la loi du 30 juin 1838, approprié par les médecins et aliénistes durant plus d'un siècle. Aujourd'hui, même dans le discours juridique, la notion d'aliénation tend, en France, à disparaître. Mais, pour parvenir à ce terme, il fallut remplacer la loi du 30 juin 1838 par celle du 27 juin 1990, substituant le simple « trouble mental » à l'« état d'aliénation ».

II. ACTUALITE DU CONCEPT D'ALIENATION MENTALE :

Pourtant, l'article 5 § 1 e) de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales renvoie explicitement à la notion d'« aliéné » et ne distingue pas plusieurs catégories de patients pour justifier un internement. Par arrêt Winterwerp contre Pays-Bas du 24 octobre 1979, la Cour européenne des Droits de l'Homme a rappelé ce qu'il fallait entendre par « aliénation » :

« La nature même de ce qu'il faut démontrer devant l'autorité nationale compétente, souligne-t-elle, -un trouble mental réel- appelle une expertise médicale objective. En outre, le trouble doit revêtir un caractère et une ampleur légitimant l'internement. Qui plus est, ce dernier ne peut se prolonger valablement sans la persistance de pareil trouble ».

Ainsi, même du point de vue actuel de la Cour européenne des droits de l'homme, la simple existence d'un trouble mental ne saurait suffire à légitimer un internement psychiatrique. La gravité et la permanence de tels troubles doivent également être constatés.

La jurisprudence nationale s'est elle-même prononcée en ce sens jusqu'à l'orée des années 90. La Cour d'appel de Bordeaux, par arrêt du 2 mars 1987, a ainsi pu ordonner l'élargissement de M. René Chauffour, contre l'avis des experts nationaux désignés par les magistrats, au motif « qu'il n'est pas apporté la démonstration que l'affection mentale de l'appelant aliène celui-ci dans une mesure telle que son état le rend dangereux pour lui-même ou autrui, démonstration nécessaire pour décider que doit être maintenue la mesure privative de liberté décidée par l'arrêté de placement d'office du 18 janvier 1985 ».

Sans nier l'affection mentale constatée par les experts, la Cour souligne ainsi que la preuve du caractère aliénant d'une telle affection n'est pas rapportée. Elle conclut, sur ce seul fondement, à la sortie immédiate ; l'état d'aliénation pouvant seul justifier un internement, non un simple trouble psychique ou neuropsychique.

Dans une ordonnance particulièrement claire, M. d'Alreroche, président du Tribunal de grande instance de Clermont-Ferrand, devait, peu de temps avant d'être promu Premier président de la Cour d'appel de Riom, rappeler que la loi du 30 juin 1838 est une loi

de sûreté et d'assistance, non de contrainte aux soins, et ordonner, sur cette base, l'élargissement immédiat de Mlle Marie-Antoinette Boucheras qui avait été internée alors qu'elle s'opposait de façon véhémente aux menées des chasseurs dans sa propriété. Ce magistrat motiva son ordonnance en ces termes :

« Le rapport des trois experts stéphanois n'apporte nullement la démonstration que l'affection mentale de Mlle Boucheras aliène celle-ci dans une mesure telle que son état actuel la rend dangereuse pour elle-même ou autrui (...).

Mlle Boucheras ne saurait être priée de sa liberté au seul motif que du fait de son comportement provocateur, pourraient survenir des violences réactionnelles de la part de ses voisins ».

Dans une ordonnance du 27 avril 1988 (affaire Miara Luki), le Président du tribunal de grande instance d'Evry, pour fonder sa décision de sortie, contraire à l'avis des experts, rappelle pour sa part : « Il doit être répondu en droit que le placement d'office n'est pas une prescription thérapeutique, mais une mesure de police qui doit être strictement limitée aux cas prévus par la loi ».

Dans une affaire soumise à Thierry Fossier, Président du tribunal de grande instance de Libourne (Mlle C., 15 juin 1989), le procureur de la République a pu s'étonner « de l'usage du placement d'office pour faire suivre un traitement d'office » et conclure à la mainlevée de la mesure de placement. De son côté, le Président de ce tribunal devait souligner que « le recours au placement d'office n'est pas un substitut à une carence ou, en l'espèce, à une difficulté passagère de communication entre un suivi médical et un patient » et a, par suite, ordonné la sortie immédiate.

Cette jurisprudence salubre ne devait cependant pas faire obstacle à l'extension du champ de la contrainte par la prolifération des pratiques tout aussi irrégulières qu'illégitimes de nombreux patients, que la réforme du 27 juin 1990, loin de réfréner, tend à légaliser.

III. LA PORTEE DE LA LOI DU 27 JUIN 1990 :

1°) Les conséquences de la substitution du « trouble mental » à l'« aliénation mentale » :

La loi du 27 juin 1990 substitue le « trouble mental », à « aliénation », sans même en préciser le degré de gravité de l'affection, si ce n'est qu'en cas d'hospitalisation à la demande d'un tiers, les troubles en question doivent rendre impossible le consentement aux soins, alors que des soins immédiats s'imposent sous surveillance constante en milieu hospitalier (art. L. 3212-1 du Code de la Santé Publique). En cas d'hospitalisation d'office, les troubles mentaux doivent être associés à un danger pour l'ordre public ou la sûreté des personnes, sans qu'il soit précisé que ce danger doit résulter de la pathologie mentale de l'intéressé (art. L. 3213-1 du CSP). Ainsi, une situation dangereuse pour n'importe qui, telle qu'un conflit exacerbé provoquant, de la part de la victime, une légitime colère, vaudra à celle-ci d'être internée, dès lors qu'elle souffre, par ailleurs, de troubles mentaux, même légers et que le danger en question ne résulte pas de son état de santé. Ce simple changement de terme met ainsi en jeu la nature de la contrainte. Mais il est vrai que le législateur ne vient ici que valider l'évolution des pratiques coercitives et étendre encore plus, leur champ d'application.

En cas d'« aliénation », en effet, l'intervention administrative demeure légitime et tout à fait compatible avec la mesure de police qu'est tout enfermement. Dans le cadre d'un simple trouble mental, son intervention perd, en revanche, un tel fondement et nécessite une justification médicale exclusive. Ainsi, la loi du 30 juin 1838 prévoyait-elle qu'en cas de danger imminent attesté par un certificat médical ou par la notoriété publique, les commissaires de police à Paris et les maires, dans les autres communes, prendraient toutes mesures provisoires utiles. La notoriété publique suffisait. En cas de placement d'office, décidé par le préfet, la loi n'imposait pas à l'autorité préfectorale de s'appuyer sur un certificat médical, même si l'extension du champ de la contrainte a naturellement conduit l'administration à s'entourer de cette garantie dont la nécessité fut affirmée par le Conseil d'Etat dès 1911 (arrêt dame veuve Fervel).

Mais, dans le cadre d'une telle extension du champ de la contrainte, l'enfermement lui-même, qui ne saurait guère trouver de réelles justifications médicales, perd toute légitimité. Aussi, réformant l'ancien article L. 333 du Code de la santé publique relatif aux modalités de placement volontaire, c'est-à-dire à la demande d'un tiers, le législateur de 1990 a-t-il purement et simplement supprimé dans la loi toute référence à la nécessité de « tenir enfermée » la personne concernée. La loi devient ainsi, d'elle-même une simple loi de contrainte aux soins et non plus seulement de sûreté et d'assistance.

En voulant substituer au « placement d'office », le « placement thérapeutique obligatoire » et au « placement volontaire », le « traitement thérapeutique sur demande », le ministre de la santé, Claude Evin et surtout ses conseillers, M. Bauduret et tout particulièrement M. Jean Claude Chastanet, la cheville ouvrière, en ce domaine, de la Direction Générale de la Santé-, n'avaient pas caché leur intention de transformer, par ce projet de réforme, la vieille loi de 1838 en une loi de contrainte aux soins. Les protestations qui ont suivi la publication du projet l'on dissuadé de préciser aussi nettement le réel objet de sa réforme. Toutefois, malgré la sanction des tribunaux administratifs, la légalisation des sorties à l'essai, assorties d'une « surveillance médicale » (ancien art. L. 350 du CSP), bientôt transformées en un réel suivi médical avec obligation de soin sous menace, autrement, de réinternement, fut l'un des principaux objectifs de la réforme.

Le 15 mai 1990, lors des débats à l'Assemblée nationale, le ministre de la santé, Claude Evin déclarait expressément : « Le texte réalise (...) une autre avancée importante en légalisant une pratique très inégalement utilisée car elle reposait sur une circulaire de 1957 sans fondement légal ». Faut-il rappeler que la pratique dont il est question, ici, est celle du corps médical hospitalier, les sorties à l'essai étant mises en œuvre à la demande de ces derniers, en cas d'H.P., et sur décision de ces médecins, en cas de placement à la demande d'un tiers. La substitution du « trouble mental » à l'« aliénation », et de l'« hospitalisation » à « l'enfermement » va naturellement dans le même sens d'une médicalisation accrue de la contrainte.

En 1990, nous écrivions : « Plutôt que de faire voter en toute hâte un texte ambigu, sous prétexte de l'actualité du bicentenaire, ne vaudrait-il pas mieux organiser une large consultation et susciter les débats sur l'utilité et les dangers de la contrainte de soins ? Car enfin, ne voit-on pas que sont en cause, ici, les libertés fondamentales d'user de son corps et de son esprit ? Une fois de tels textes votés, il sera trop tard pour revenir en arrière.

Il aura fallu plus de 150 ans pour réformer la loi du 30 juin 1838. Craignons qu'il en faille autant pour réformer un texte qui légaliserait la contrainte de soins et conférerait à l'administration le pouvoir d'en décider.

Les effets pervers d'une telle conception se retrouvent dans le texte même du projet ministériel, notamment à l'article L. 332 où il est écrit :

« Lorsqu'un malade hospitalisé dans un établissement autre que ceux mentionnés à l'article L. 331 est atteint d'un trouble mental lui retirant le contrôle de son comportement, il doit être transféré dans les quarante huit heures dans l'un des établissements habilités mentionné à l'article L. 331 selon l'une ou l'autre des procédures décrites au chapitre III ».

Ainsi, quelqu'un atteint de méningite, hospitalisé dans un service de médecine générale et qui, du fait de son affection présentera des troubles mentaux « lui retirant le contrôle de son comportement », devra obligatoirement être transféré, d'office ou à la demande d'un tiers. Dès lors, la contrainte de soin ne s'applique pas seulement au malade mais également au médecin ! La liberté de traitement se dissout totalement.

La contrainte de soins ainsi conçue conduit à la négation de toute liberté pour le patient, mais elle porte également atteinte à celle du médecin. Voilà, en vérité, une bien curieuse façon de fêter le bicentenaire de la Déclaration des Droits de l'homme et du Citoyen et de promouvoir les droits des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux.

2°) La mise en place de la contrainte aux soins ambulatoires par la législation et le détournement des sorties d'essai :

L'évolution des pratiques qui suivit la promulgation de la loi du 27 juin 1990 devait malheureusement confirmer la justesse de nos inquiétudes. En effet, depuis l'adoption de ce texte, il n'y a pratiquement plus de sortie d'HO directe. La plupart des personnes admises sous ce régime sortent de l'hôpital, non en sortie directe, mais sous le régime de la sortie à l'essai. Ce mode de sortie se généralise également pour les personnes initialement admises en HDT (hospitalisation à la demande d'un tiers). Sur 46 départements ayant fourni des chiffres sur le sujet, pour l'année 1999, 11 186 mesures de sortie d'essai sous HDT avaient été prononcées.

Concernant les HO, sur 75 départements ayant fournis des données pour la même année, 7 575 mesures de sortie d'essai sous HO avaient été prises alors que pour l'ensemble national l'on avait enregistré 8.931 admissions sous HO. Autant dire que, depuis cette date, il n'y a pratiquement plus de sortie directe sous HO.

L'HO se dessine ainsi comme la voie royale d'accès à la contrainte de soins ambulatoire. Nous verrons, plus loin, l'importance d'une telle remarque, lorsqu'il s'agira de rendre compte à grand traits, des actuels projets de réforme.

3°) Les nouvelles pratiques illégales, induites par la loi du 27 juin 1990 :

A son tour, la loi du 27 juin 1990 a permis de développer de nouvelles pratiques tout à fait illégales. Toutes les CDHP (Commissions départementales des hospitalisations psychiatriques) notent un envol des admissions sous HDT en urgence, procédure permettant de se dispenser de recueillir l'avis d'un médecin extérieur à l'établissement. Cette « urgence » ne correspond bien souvent à aucune situation concrète, si ce n'est celle de contourner la loi et de se dispenser du regard extérieur que représente l'avis du médecin non attaché à l'établissement, habituellement requis en cas de procédure d'admission sous HDT.

La généralisation des sorties à l'essai, transformées petit à petit en suivi psychiatrique obligatoire ambulatoire, durant des années, voire en contrainte irrégulière de soins à domicile avec menace éventuelle de réinternement lorsque la personne refuse de

coopérer, est certainement le phénomène le plus massif de ces détournements prévisibles de la loi par la pratique.

Comme il fallait s'y attendre, ces nouvelles dérives, en réalité suscitées par l'administration centrale qui, depuis fort longtemps cherche à implanter un système de contrainte de soin à domicile pour assurer, au moindre coût, et par la chimie, le contrôle des populations marginales ou à risque, furent bientôt l'objet d'une nouvelle validation ou légalisation, par le truchement des réformes annoncées depuis 1997.

IV. LES REFORMES ANNONCEES :

Lors des Etats Généraux de la Psychiatrie qui se sont tenus à Montpellier, en juin 2003, le Ministre de la santé a précisé que la question de la réforme de la loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation serait bientôt examinée sur la base, notamment, du bilan réalisé en septembre 1997 par le Groupe National d'Evaluation, composé de membres de l'administration centrale, de divers psychiatres et de représentants du personnel soignant, des familles et des patients.

1°) Les propositions du Groupe National d'Evaluation de mars 1997 :

Pour l'essentiel, ce Groupe proposait :

-la création de ce qui a été appelé une « garde à vue sanitaire » de 72 heures, consistant à permettre aux directeurs des établissements hospitaliers d'admettre, sans aucune formalité, toute personne qui leur serait adressée, présentant des troubles mentaux et comportant un danger pour elle-même ou autrui, à charge, pour les médecins hospitaliers, de recueillir le consentement aux soins, dans le délai de 72 h.

-en l'absence de consentement, après ces 72 h de traitement intensif, l'autorité préfectorale aurait la faculté d'ordonner la prolongation du traitement sous hospitalisation d'office.

Le Groupe National d'Evaluation proposait ainsi la suppression pure et simple de l'hospitalisation à la demande d'un tiers, et de concentrer entre les mains du préfet, tous les pouvoirs de contrainte, ce dernier agissant désormais comme autorité sanitaire et non plus seulement comme chef de la police.

Il préconisait également, la possibilité d'une mise en œuvre d'un traitement ambulatoire obligatoire, ordonné par le préfet après l'hospitalisation d'office. Il préconisait enfin de limiter, dans le temps, les sorties à l'essai, dont la durée n'a cessé de s'allonger depuis la réforme du 27 juin 1990. Nous retrouvons donc ici l'hospitalisation d'office, voie royale du traitement ambulatoire obligatoire, qui s'est dessinée tout au long de la décennie des années 90.

Ces propositions centrent ainsi l'ensemble du dispositif sur l'urgence. Pourtant, dans l'urgence, on ne peut guère affiner la prise en charge, ni approcher la singularité du patient. Tous les urgentistes le savent : dans l'urgence on traite des masses. On ne peut atteindre l'individu, alors que la fonction même de la psychiatrie est de permettre le traitement du patient, dans ce qu'il a de plus intime et dans ce qui le touche le plus profondément.

Organiser le soin psychiatrique en partant de l'urgence, c'est donc vicier tout le dispositif de soin, comme rendre impossible un soin psychiatrique de qualité. C'est, à l'évidence, vicier la médecine. C'est donc dire aussi que, dans l'organisation du soin psychiatrique et dans la définition de la norme juridique, entrent en ligne de compte des éléments radicalement étrangers à la clinique. C'est même dire qu'en France ces impératifs, extérieurs à la clinique sur lesquels il nous faudra revenir, priment sur l'organisation médicale du soin et que la science demeure étroitement soumise et dirigée par des intérêts qui lui sont étrangers. Mais, n'est-ce pas le propre de toute discipline scientifique nouvelle ? L'histoire de ce lent accouchement de la science pour gagner son autonomie relative reste à écrire.

2°) Les propositions du rapport Piel et Roelandt de juillet 2001 :

C'est pourtant la même démarche que celle du Groupe National d'Evaluation, qu'ont repris les experts Eric Piel et Jean-Luc Roelandt dans leur rapport de mission de juillet 2001, établi à la demande des ministres Gillot et Kouchner. Il est vrai que, comme les rapporteurs l'indiquent en page 57 de leur rapport, ils se sont contentés, pour l'essentiel, de reprendre à leur compte les « propositions présentées par le bureau de la santé mentale de la DGS ».

Tout en adoptant le principe d'une observation informelle de 72 h avec soins contraints, les Drs. Piel et Roelandt ont cependant entendu substituer le juge des tutelles au préfet, pour décider, ensuite, de la prolongation de l'hospitalisation sous contrainte. A juste titre relevaient-ils que l'hospitalisation sous contrainte constituait une atteinte à la liberté individuelle, dont le juge judiciaire est le naturel gardien. Aussi convenait-il selon eux de retirer définitivement à l'administration le pouvoir d'en décider. Position courageuse qui, manifestement ne fut pas du goût de tout le monde. Mais les experts n'ont pas vu que ce retrait du pouvoir de décision de l'administration au profit d'un contrôle judiciaire automatique est le seul moyen du renforcement de l'indépendance du médecin et de l'autonomie relative de la science, alors que celle-ci demeure, aujourd'hui encore en psychiatrie, largement sous tutelle de l'administration.

Cette judiciarisation du projet de réforme a fortement déplu à la DGS qui a publié le rapport des Drs. Piel et Roelandt, en en supprimant la conclusion à partir de la page 93, intitulée : « Une loi cadre », bien qu'annoncée dans le sommaire du rapport... Puis, l'autorité ministérielle sollicita du Dr. ROELANDT la rédaction d'un nouveau rapport, en 2002, qui n'y fera plus référence bien qu'elle traitât de La Démocratie Sanitaire dans le Champ de la Santé Mentale. Parler en l'occurrence de « démocratie sanitaire », lorsqu'on en a ôté la pierre angulaire est un triste exemple de manipulation idéologique.

Notons que la substitution du juge des tutelles à l'autorité préfectorale avait déjà été proposée au Sénat par la Commission des lois, présidée à l'époque par M. Dreyffus-Schmidt, vice-président du Sénat (avis n° 241, seconde session ordinaire de 1989-1990). Mais cette proposition avait été rejetée à 12 voix près bien que l'ensemble des sénateurs socialistes et communistes, ainsi que certains sénateurs de droite et du centre eussent voté pour cette contre-proposition. Le projet de loi gouvernemental émanait cependant d'un gouvernement socialiste. En cette matière, en effet, les votes ne suivent pas nécessairement les clivages politiques habituels, car de nombreux intérêts sont en jeu sur lesquels il nous faudra revenir.

Confier au juge des tutelles le soin de décider d'une mesure aussi exorbitante qu'un internement psychiatrique, ne paraît pas compatible avec la meilleure défense des droits

de l'homme, dans la mesure où la garantie fondamentale doit être ici le débat contradictoire, d'ailleurs assuré, depuis la réforme du 2 février 1981, en cas de procédure de sortie judiciaire. Le juge des libertés et de la détention, saisi d'une telle demande de sortie doit, en effet, organiser un débat contradictoire selon les termes de l'actuel art. L. 3211-12 du Code de la santé publique (ancien art. L. 351). Donner au juge des tutelles, le soins de décider des placements, c'est se priver du débat contradictoire. Le juge des tutelles a toujours statué en matière gracieuse, donc sans organiser de débat entre des parties adverses. C'est donc loin d'être le magistrat le plus à même d'organiser une telle procédure. En matière de tutelles, il s'agit seulement d'organiser la protection de la personne qui, de ce fait, est censée n'avoir aucun adversaire. Elle peut même ne pas être informée de la procédure en cours et l'avocat ne peut obtenir copie du dossier. Il s'agit là d'une juridiction aux petits pieds qui ne répond absolument pas aux nécessités de protection des droits de l'Homme.

Les experts Piel et Roelandt se prononçaient par ailleurs clairement pour la suppression de l'Infirmerie Psychiatrique de la préfecture de police, alors que le Groupe National d'Evaluation, notant les critiques que l'on pouvait diriger à l'encontre de cette institution, entendait la réserver à la gestion des médico-légaux.

L'IPPP fut en effet la cause d'un grand nombre de dérives dont le professeur Denis Buican fut l'une des plus célèbres victimes. Il est peu probable que le doublement des hospitalisations d'office sur Paris, ces dernières années soit étranger à une politique sécuritaire renforcée au niveau de la préfecture de police. Déjà, Champenois-Marmier et Sansot avaient noté le lien entre la variation des admissions à l'IPPP et, par suite, des placement d'office ordonnés par le préfet de police de Paris, et la conjoncture politique. Rappelons que depuis quelques années, les hospitalisation d'office représentent désormais 20% des admissions sur la capitale, contre 1 à 3 % dans tous les autres départements !...

3°) Les propositions du rapport Cléry-Melin de septembre 2003 :

A la suite des déclarations de l'actuel ministre de la santé aux Etats Généraux de la Psychiatrie de Montpellier de juin dernier, le Dr. Cléry-Melin a déposé le 15 septembre 2003, un nouveau rapport, établi à la demande de l'autorité ministérielle. Il rapport insiste surtout sur la prétendue nécessité d'insérer, dans la loi du 27 juin 1990, une obligation de soin ambulatoire sous conditions. Il prévoit en outre une nouvelle procédure d'urgence en cas d'hospitalisation à la demande d'un tiers, qui consiste, pour l'essentiel, à supprimer purement et simplement le tiers demandeur au placement, au prétexte que le recours à du personnel administratif des hôpitaux, en cas d'absence d'un tel tiers, a été sanctionné, dans certains cas, par les tribunaux administratifs. Pourtant, en cas de « péril imminent », lorsqu'il est impossible de trouver un tiers, non attaché à l'établissement, pour provoquer l'hospitalisation en urgence sans le consentement de la personne, il est toujours possible de recourir au maire afin qu'il prenne toutes les mesures provisoires utiles, conformément à l'article L. 3213-2 du Code de la santé publique. L'on voit d'ailleurs mal le sens du subtil distingo opéré par le législateur de 1990 entre le « péril imminent » de l'article L. 3212-3 du CSP, permettant l'admission en urgence sous HDT, et le « danger imminent » de l'article L. 3213-2 permettant l'admission sous contrainte sur réquisition du maire. « Le danger imminent » inclut en effet le danger pour les personnes et concerne aussi bien le danger pour soi-même que pour autrui. Dire que les mesures provisoires prises par le maire ne conviennent pas, c'est ne pas en avoir compris la portée.

Le préfet, alerté dans les 48 h de la décision du maire, peut fort bien renoncer à la prise d'un arrêté d'HO s'il est informé, dans l'intervalle, qu'un tiers a été trouvé, extérieur à l'établissement d'accueil, voire à celui d'origine ; tiers ayant donné son accord pour signer une demande conforme et permettant, cette fois, l'admission régulière sous HDT.

Il importe ici de rappeler que la loi du 30 juin 1838 prévoyait, en cas de placement à la demande d'un tiers, la remise d'une demande manuscrite émanant de ce tiers et un certificat médical d'un médecin extérieur à l'établissement. En cas d'urgence, elle permettait également l'admission à la demande d'un tiers sans avoir à produire de certificat à l'appui de la demande. L'administration n'étant pas encline à décider sans pouvoir s'appuyer sur un avis technique derrière lequel elle pourrait se réfugier en cas de problème ultérieur, avait alors peu utilisé l'admission en urgence à la demande d'un tiers.

Pour mieux protéger les libertés, le législateur du 27 juin 1990 a prévu qu'en cas d'admission en HDT, soit remis au chef d'établissement non seulement une demande émanant d'un tiers, mais encore deux certificats médicaux, dont un émanant d'un médecin extérieur. Mais, en cas de péril imminent, il a disposé que l'admission pourrait avoir lieu au vu d'une demande accompagnée d'un seul certificat médical. Il a ainsi tendu la perche à l'administration. Une telle disposition ne pouvait que déboucher sur l'envol des admissions en urgence, au vu d'un certificat médical hospitalier .

Nous l'avons vu, toutes les commissions départementales de l'hospitalisation psychiatrique devaient ainsi constater l'accroissement considérable des admissions en urgence sous HDT depuis la promulgation de la réforme du 27 juin 1990. La mise en œuvre de cette réforme avait ainsi conduit, dans la pratique, à exclure la seule garantie prévue, en ce domaine, par la loi de 1838 : le certificat médical d'un médecin extérieur à l'établissement d'accueil. Résultat paradoxal pour une législation qui voulait mieux assurer les droits et la liberté des patients et limiter le nombre des admissions sous contrainte, alors qu'elle n'a fait qu'accompagner leur envol et pervertir davantage la médecine en l'incitant à un exercice contraint du soin, là où il est essentiel de recueillir l'adhésion du malade pour en préserver l'effet curatif. Il est vrai que, dans le même temps, l'objectif de parvenir à la guérison du malade est passé au second plan des préoccupations, au profit d'une stabilisation des troubles et un amoindrissement des symptômes rejetant ainsi, à l'extérieur de l'hôpital, la gestion de la chronicité, par médicaments à effet retard interposés, pour ne conserver, intra muros, que le traitement des affections aiguës.

4°) Prospective et projets politiques de l'administration centrale:

Le rapport Cléry-Melin semble cependant estimer qu'un tel résultat paradoxal ne suffise pas, bien que les dérives soient en l'occurrence très nombreuses et dénoncées par les CDHP. Il entend faire disparaître, désormais, non plus le certificat médical du médecin extérieur, mais la demande de placement elle-même. Il est vrai qu'il réintroduit l'exigence d'un certificat médical d'un médecin extérieur. Pourtant, le pli ayant été pris durant ces dix dernières années, d'admettre en urgence au vu d'un certificat médical d'un médecin de l'établissement, il est fort probable qu'une telle modification de la loi déboucherait, si elle était admise, sur des admissions en urgence irrégulières sans nombre, sans certificat de médecin extérieur et sans demande de tiers, au seul vu de l'avis du médecin hospitalier. L'on serait ainsi placé dans la situation de l'admission informelle de 72h, préconisée par le Groupe National d'Evaluation de 1997, qui est cependant loin d'avoir recueilli l'adhésion des

associations de patients, comme des familles et des professionnels. Et l'on serait également placé devant la généralisation de la suppression du tiers demandeur au placement qui représente, sans aucun doute, une importante atteinte au droit des familles.

Si de telles propositions devaient être adoptées, les admissions en urgence, seraient alors encore bien plus nombreuses qu'elles ne le sont aujourd'hui et dépasseraient, bientôt, le nombre des admissions en HDT, effectuées selon la procédure normale. Il suffirait alors de trouver un nouvel expert, désigné par le ministre, pour constater la nouvelle évolution des pratiques et l'illégalité de celles-ci, et proposer de les légaliser en instituant la suppression de l'admission sous HDT, devenue obsolète, pour ne garder que la mesure de « garde à vue sanitaire de 72h », suivie, le cas échéant, de l'HO.

Ainsi la proposition du Groupe National d'Evaluation de 1997 aura-t-elle fini par s'imposer d'elle-même sans que le législateur et bien des praticiens aient compris quoi que ce soit à la manipulation et sans qu'ils aient jamais été saisi de ces propositions dont la radicalité aurait risqué de choquer et provoquer des résistances, si elles avaient été soumises au Parlement dans un seul et même texte et si l'on avait permis aux professionnels d'en discuter librement. Tout s'opère ici, de façon progressive et sournoise, sous prétexte de pragmatisme, alors que le but est clair : renforcer, petit à petit, les pouvoirs de l'administration dans la gestion des personnes. Tout se fait par glissements successifs et réformes ponctuelles légalisant a posteriori des pratiques, suscitées par les réformes antérieures.

Le projet de supprimer le placement à la demande d'un tiers au profit de la seule hospitalisation d'office est en réalité une vieille lune. Une expérience fut menée en ce sens à Paris, après la Commune. Le Dr. Emile Blanche devait ainsi critiquer l'interventionnisme de l'Etat en 1874 en réclamant le rétablissement du « placement volontaire » dans le département de la Seine. Cette suppression avait déjà eu pour conséquence que les aliénés ou supposés tels devaient d'abord être examinés à l'Infirmierie du dépôt de la préfecture de police, alors basée dans les locaux de la Conciergerie. Ils étaient ensuite envoyés à Sainte-Anne avant d'être adressés dans les asiles parisiens qui pouvaient les accueillir. Il faut attendre 1878 pour voir rétabli le placement volontaire dans le département de la Seine. Dans un texte postérieur, Emile Blanche rappelle « l'importance capitale » de cette victoire contre cette réforme dénoncée comme visant à accroître la surveillance de l'autorité publique sur le secteur privé

Sans que le législateur en ait mesuré toutes les conséquences, le Juge des libertés et de la détention, a ainsi été substitué, en cas de procédure de sortie judiciaire, au président du tribunal de grande instance, par la loi du 15 juin 2000, prenant effet au 1^{er} janvier 2001; ce qui a fait perdre, dans bien des cas, la possibilité d'une audience publique, acquise depuis 1981. Le juge des libertés et de la détention statue, en effet, « dans son cabinet », donc, généralement à huis clos.

De même, sans que le législateur semble y avoir prêté attention, l'ordre des articles du Code de la santé publique a lui-même été modifié à l'occasion de la nouvelle codification de la loi; ce qui a contribué à amorcer l'infléchissement du sens de la loi du 27 juin 1990.

Ainsi la procédure de sortie judiciaire se trouve-t-elle désormais au début de la loi, et non plus à la fin, de sorte que les dispositions spéciales relatives à la procédure de sortie des médico-légaux, figurant à l'article L. 3213-8, ont pu être interprétées, depuis, comme des dispositions s'ajoutant à celles de la procédure de sortie judiciaire, rendant celle-ci encore plus complexe et aléatoire².

² Sur cette question particulière, voir notamment, Cour d'appel de Nîmes, 19 février 1999 et 9 mars 2000, et Cour cass. 1^{re} civ., 11 juin 2002, Jean Bénazet ; Cour d'appel de Nîmes, 11 octobre 2002, Joëlle Duveau.

Les sorties à l'essai ne figurent plus, pour leur part, après les procédures de placement, mais avant, à l'article L. 3211-11; ce qui est contraire à toute logique. Il apparaît en effet plus normal de traiter des procédures exceptionnelles de sortie, après avoir traité des procédures habituelles, et surtout, des procédures d'admission. On sort rarement d'un établissement avant d'y être entré... Mais cela renforce la cohérence du projet politique sous-jacent, évidemment non évoqué, qui est d'introduire petit à petit la notion d'obligation de soin ambulatoire, à partir d'une réforme de la procédure des sorties à l'essai, et d'engager le processus qui conduira, à terme, à la légalisation de toute contrainte de soin, sans même qu'il y ait eu, préalablement, hospitalisation sous contrainte. Terme ultime que n'annonce pas encore le rapport Cléry-Melin, mais qu'annoncera le rapport suivant en 2009 ou 2010, lorsque la mise en œuvre des dispositions du rapport Cléry-Melin aura déjà permis de légaliser la contrainte de soin ambulatoire, après une hospitalisation sous contrainte.

Avoir placé la procédure de sortie à l'essai avant d'aborder les procédures de placement sous contrainte permettra bientôt d'intégrer la question de la contrainte aux soins avant les modalités d'hospitalisation. La séparation de cette contrainte de toute hospitalisation s'en trouvera d'autant plus facilitée que la logique du texte l'appellera alors d'elle-même, au point que la pratique se chargera de développer, dans l'illégalité d'abord, avant son ultime légalisation, le recours à la contrainte aux soins à domicile, sans hospitalisation préalable, en tirant parti de la logique du texte, ainsi modifiée de façon totalement artificielle par des concepteurs qui savent manifestement ce qu'ils font, mais qui ne paraissent pas animés d'un impérieux souci de développer la démocratie. Le projet politique qui sous-tend cet ensemble est d'accroître toujours davantage l'emprise de l'administration sur la personne souffrant de troubles mentaux et susceptible de perturber l'ordre social, comme sur le médecin chargé de la traiter afin d'assurer l'ordre public par l'intermédiaire d'un Etat fort et d'une administration la plus puissante possible. Il n'est pas certain que la science et la démocratie en ressortent grandies et que la liberté en soit mieux garantie.

D'une loi relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisée, l'on sera ainsi passé, sans que jamais personne ne s'en rende compte, à une loi de contrainte aux soins en psychiatrie, principal objectif de cette loi nouvelle en attente qui se présentera comme une législation de prévention visant à éviter l'hospitalisation par la contrainte aux soins à domicile. Cette contrainte légale permettra, par la chimie, et au plus grand bénéfice des trusts pharmaceutiques, d'éviter de mettre en place de véritables alternatives à l'hospitalisation, et de réelles mesures de prévention, par l'amélioration des conditions de vie et de prise en charge des patients, hors les murs de l'hôpital. Elle maintiendra la soumission de la science aux exigences du maintien de l'ordre.

Une telle procédure d'élaboration des normes législatives par les services de la Direction Générale de la Santé, et par delà les autorités ministérielles qui se succèdent en entérinant le travail de conseillers techniques inamovibles, revient ainsi à imposer une prévention par la chimie, au détriment d'une prévention par la mise en place de mesures socio-sanitaires utiles, sans jamais avoir mis en mesure l'Assemblée Nationale d'en discuter réellement et sans que la science ait eu son mot à dire.

La loi du 4 mars 2002, relative au droits des malades et à la qualité du système de santé, a elle-même introduit, en matière d'hospitalisation d'office, la précision que les troubles mentaux compromettant l'ordre public doivent être des « troubles nécessitant des soins ». Cet ajout, en apparence anodin et légitime, prépare en réalité le fait que l'autorité préfectorale, dans les projets à venir, sera censée ne plus être prise comme simple autorité de

police, mais, avant tout, comme autorité sanitaire, comme l'indiquait déjà le rapport du Groupe National d'Evaluation de 1997.

L'objectif final est d'autant plus clair que le rapport Cléry-Melin, qui prévoit une obligation de soin ambulatoire après l'hospitalisation sous contrainte, préconise, en cas de réadmission pour refus de soins ou nouvel incident, que celle-ci aura lieu sur simple décision du médecin hospitalier ; ce qui aboutit ainsi à la disparition subséquente du certificat médical du médecin extérieur comme de la demande du tiers.

Lorsqu'à l'origine, la personne aura été admise en HDT, elle pourra de nouveau l'être sur seule décision du médecin hospitalier et, cette fois, non plus pour 72 h, mais pour un mois renouvelable, et cela, le cas échéant, durant des années ! Il n'y aura plus aucune garantie. Ni contrôle automatique du juge, ni même du préfet. Le chef d'établissement décidera seul de la contrainte au vu d'un certificat de l'un de ses médecins. Toutes les garanties de la loi de 1838, comme de celle de 1990, auront ainsi disparu.

Mais il semble que cette dernière proposition du rapport Cléry-Melin soit un leurre, car l'administration n'entend pas étendre de façon aussi démesurée les pouvoirs du médecin hospitalier. Elle entend, au contraire l'encadrer encore plus étroitement qu'avant par les décisions de l'autorité préfectorale. Pour l'administration centrale, l'important est, pour le moment, d'attaquer sous un nouvel angle la disparition du médecin extérieur et du tiers demandeur au placement pour laisser le patient seul face à l'administration, réalisant ainsi le grand rêve jacobin de suppression de tout tiers dans la relation du citoyen à l'administration.

Le but recherché par l'administration est en effet redoutable puisque, conformément aux propositions du Groupe National d'Evaluation de 1997, il conduit:

-d'une part, à une admission informelle de 72 h avec neuroleptisation massive pour tenter d'arracher le consentement aux soins au patient. Sur lui portera la menace de la poursuite du même régime, mais cette fois sur ordre du préfet si, de lui-même, il ne consentait pas au soin. Quelle valeur pourra avoir un tel consentement recueilli en de telles circonstances, sous la pression et le chantage ?

-d'autre part, l'hospitalisation sous contrainte sur ordre exclusif du préfet, pris davantage ici comme autorité sanitaire que comme autorité de police ; ce qui médicalisera encore plus la mesure de police, laquelle deviendra presque invisible... à force d'être discrète. Cette disposition, supprimant l'admission sous HDT supprimera, du même coup, le regard particulier que le tiers pouvait représenter, dans certaines situations. Il s'agit en fait, ni plus ni moins, que d'écarter les familles qui, parfois, gênent l'action de l'administration dans la gestion des personnes. L'hospitalisation sous contrainte ne sera plus une question de famille, mais une affaire d'Etat !

-enfin, la contrainte pourra se poursuivre, sur ordre du préfet, au titre d'une obligation de traitement ambulatoire. A chacun donc, sa piqûre à effet retard, à domicile, sur ordre du représentant de l'Etat !

Pour l'heure, compte tenu du rapport Cléry-Melin, il n'est question que de faire admettre à l'Assemblée Nationale, la disparition du tiers demandeur, en cas d'admission en urgence, et la légalisation des sorties avec obligation de soin ambulatoire. Mais il faut savoir ce que cela cache et ce qui suivra plus tard :

Le renforcement, à terme, des pouvoirs du préfet qui agira désormais davantage comme autorité sanitaire que comme autorité de police, alors qu'il est particulièrement grave de donner au préfet un pouvoir de gérer les soins des particuliers ;

La possibilité, pour l'administration préfectorale de s'immiscer jusque dans la chambre à coucher du domicile du malade, et cela non plus seulement pour l'interner, mais encore pour le traiter chez lui, le cas échéant sous la contrainte et durant des années ;

La médicalisation des mesures de police et, par conséquent, la difficulté accrue d'en contrôler la nécessité ;

La perversion de la médecine, de plus en plus appelée à se substituer à la police dans le maintien de l'ordre public et la sûreté des personnes.

5°) La proposition de loi n° 366 et la judiciarisation :

A l'inverse de cette logique digne du Meilleur des mondes, les associations de patients tendent aujourd'hui à préconiser la judiciarisation des modalités de placement. Elles ont, en partie, été dernièrement entendues, nous l'avons vu, par les Drs. Piel et Roelandt, comme par près de la moitié des sénateurs, au moment du vote de la loi du 27 juin 1990. De son côté, en octobre 1997, le Groupe parlementaire communiste et apparentés, a déposé une proposition de loi n° 366 allant dans ce sens. Ce projet est radicalement contraire au renforcement des pouvoirs de l'administration, tel que nous le proposent les différents rapports d'expert commandés par les ministres successifs de la santé depuis 1995.

Nous l'avons souligné, ces rapports cherchent à simplifier les procédures d'admission, tout en maintenant le pouvoir à l'administration, afin d'éviter le développement des sanctions, toujours plus nombreuses, infligées par les tribunaux, aujourd'hui plus vigilants. L'administration ne parvient plus, en effet, à gérer la complexité des procédures d'admission. Or, cette complexité résulte, précisément, des nécessités d'assurer la sauvegarde de la liberté individuelle, alors que le législateur a malheureusement donné à l'administration le pouvoir d'y attenter de façon quasi définitive, sans même organiser de contrôle automatique du juge.

Ce souci de simplification serait légitime si la question de la sauvegarde de la liberté individuelle ne se trouvait pas au cœur du débat. Celle-ci impose que l'action, tant de l'administration que de la justice, soit strictement encadrée, par des règles de procédure très strictes et parfois assez complexes, pour éviter, le plus possible, l'abus ou l'arbitraire.

On ne saurait échapper, ici, à la complexité, sans porter gravement atteinte à la liberté individuelle, surtout si le pouvoir d'interner devait être maintenu entre les mains de l'administration, voire renforcé par la capacité de décider de la contrainte aux soins en ambulatoire.

En l'occurrence, le premier arbitraire est d'avoir redonné à l'administration, en 1838, le pouvoir d'interner, et d'avoir renouvelé ce pouvoir, en 1990, alors que, depuis 1788, tout internement supposait un jugement d'interdiction.

Même lorsque Louis XVIII a restauré l'Ancien régime, il a dû concéder, par la Charte constitutionnelle du 31 mars 1814, que le juge judiciaire demeurerait le gardien de la liberté individuelle. Aussi, lors de vote de la loi du 30 juin 1838, certains Pairs de France, tel Isambert, se sont insurgés, à juste raison, contre le retour des lettres de cachet. Montant à la tribune, le duc de Laroche foucault-Liancourt tonitruait : « **Vous évincez la famille aussi bien que la magistrature !** ». La monarchie absolue d'Ancien régime, restaurée par Louis XVIII

a, en ce domaine, su mieux faire que la monarchie constitutionnelle de Louis Philippe, laquelle adopta la loi du 30 juin 1838 pour juguler, entre autres les « classes dangereuses » et répondre aux émeutes des canuts de Lyon de 1834. Mais elle sut encore mieux faire que les seconde, troisième, quatrième et cinquième républiques.

Aujourd'hui, par l'hospitalisation psychiatrique sous contrainte, l'administration dispose toujours du pouvoir d'attenter à la liberté individuelle pour des périodes parfois très longues : des semaines, des mois, voire des années. Elle le fera plus encore lorsqu'elle disposera du pouvoir d'ordonner l'obligation de soin ambulatoire et aura totalement évincé les familles en supprimant l'hospitalisation à la demande d'un tiers.

Pourtant, à maintes reprises, notamment en matière de police des étrangers, le **Conseil constitutionnel** a eu l'occasion de rappeler que **toute mesure privative de liberté de plus de trois jours, décidée par l'administration n'est pas constitutionnelle**. Passé ce délai, seul le juge de l'ordre judiciaire peut valablement décider de telles atteintes. Malheureusement, faute d'avoir pu recueillir les soixante signatures de députés ou de sénateurs nécessaires à la saisine du Conseil constitutionnel, la loi du 27 juin 1990 n'a pu être soumise au contrôle de constitutionnalité. Nous fonctionnons donc toujours avec une loi contraire à l'article 66 de la Constitution.

C'est à la lumière de ces données sociologiques et politiques qu'il est désormais possible d'analyser de façon plus précise et critique, l'évolution de la discipline scientifique particulière qu'est la psychiatrie, comme de l'organisation du soin psychiatrique, donc de son exercice. Nul doute, en effet, qu'un contexte aussi lourd et prégnant dans lequel le psychiatre demeure un rouage essentiel, n'ait eu d'importants effets sur l'approche scientifique de la pathologie mentale. Si nous avons ainsi lourdement insisté sur le cadre juridique de l'hospitalisation, c'est parce que l'accès à l'objet de recherche est ici largement déterminé par un tel cadre, même si, en psychiatrie, une partie de la recherche a lieu en C.H.U., non en C.H.S.

Au tout début du XXe siècle, certains aliénistes des hôpitaux de faculté avaient créé des « services ouverts » où pouvaient être admis des patients ne relevant pas du système de contrainte de la loi de 1838 et qui ne pouvaient donc être considérés comme aliénés : Dejérine, Dupré, G. Ballet, Claude à Paris ; Régis à Bordeaux, Lépine à Lyon. Ces services permettaient ainsi l'observation de pathologies moins lourdes que celles prises en charge par les asiles d'aliénés, tout comme certaines maisons de santé privées. C'est à la Maison Bonhomme que le grand Philippe Pinel fit ses premières armes. Et c'est dans celle du bon docteur Esprit Blanche que Nerval, Maupassant, dont le frère cadet, Hervé, mourut également fou en 1889, Charles Gounod, victime d'accès de mélancolie, y feront plusieurs séjours. Les Halévy dont Edmond de Goncourt qualifiait l'intérieur de « petit Charenton » faillirent bien y séjourner tous. Léonie Halévy, la femme du compositeur Fromental, y fut longtemps traitée. Léon y est admis en 1872. Ion Bratiano, dirigeant de la révolution roumaine de 1848, futur premier ministre de son pays, impliqué en 1853 dans un complot contre Napoléon III fut arrêté et conduit à l'Infirmierie du dépôt, la conciergerie, avant d'être conduit à la Maison du docteur Blanche à Passy. Le prince Joseph Poniatowski y fut traité pour délire politique mêlant la compagnie d'assurance l'Union, le pape et Napoléon III. L'écrivain Marie d'Agoult, mère de Cosima qu'elle eut avec Franz Litz et qui épousera Richard Wagner, sera soignée pour hystérie à l'hôtel de Lamballe où Léon Halévy sera de nouveau interné à soixante-dix ans, la famille n'étant pas parvenu à calmer ses crises de fureur et son délire de persécution : on l'accuse sans cesse de vol, de pédérastie, son domestique veut l'assassiner... En 1859, on y trouve encore Juliette Grévy, fille de Jules Grévy, président de la République. En 1890,

victime d'hallucinations, Théo van Gogh, le frère de Vincent y subit une longue descente aux enfers avant d'être transféré à Utrecht, en Hollande, chez le Dr. Moll. Il délire en plusieurs langues, ne reconnaît plus sa femme et ne réagit qu'au nom de son frère. Il meurt le 25 janvier 1891 de « *dementia paralytica* ». Quatre de ses six enfants mourront des suites de troubles psychiques. Son frère Cor, se suicidera en 1900 et sa sœur mourra, en 1941, à l'hôpital psychiatrique après trente-huit ans d'internement. Michel Verne, le fils de Jules, alors en pleine gloire, aurait été admis à l'hôtel de Lamballe, à l'âge de 12 ans avant d'être jeté à la prison de Nantes par « voie de correction paternelle ». A cette époque, Emile Blanche avait succédé à son père à la direction de la maison de santé. Baudelaire sera placé chez le Dr. Duval (sur ces questions, voir notamment, Laure Murat, 2001). Encore faut-il préciser que la Maison du docteur Blanche pouvait recevoir des aliénés au titre de la loi du 30 juin 1838. 15 sur 45 existant au milieu du XIXe siècle étaient dans ce cas. 65 asiles publics existaient à la même époque. Mais, même en faisant échapper la plupart des CHU du système de contrainte, la loi n'en influe pas moins sur la recherche, puisqu'elle barre ainsi l'accès aux cas relevant de l'HO et de l'HDT. Elle a ainsi longtemps imposé que la recherche sur de tels cas ne soit menée que dans le cadre des C.H.S. et, depuis 1990, que dans les établissements spécialement habilités par l'autorité préfectorale pour admettre les malades sans leur consentement. Elle a ainsi une fois encore renforcé l'emprise de l'administration sur la science.

A fort juste titre, J. Postel et C. Quétel (1994, pp. 339-340) notent que les divergences théoriques de Magnan et de Kraepelin s'expliquent, en partie, par le fait que le premier passa l'essentiel de sa carrière au bureau des admissions de Sainte-Anne où il demeura affecté quarante-cinq ans, voyant défiler des milliers de malades dont le devenir lui échappait, alors que Kraepelin, s'installa à Munich de 1903 jusqu'à sa mort où il put observer les mêmes malades durant des années.

Enfin, Leuret calcula, à la fin du XIXe siècle qu'à Bicêtre, il ne peut consacrer que 18 minutes par an par malade (Murat 2001, p. 366) ; ce qui donne un aperçu de la qualité de l'observation et fait mieux comprendre qu'un long discours le caractère purement théorique et spéculatif d'un grand nombre de traités de psychiatrie de l'époque. Aujourd'hui encore, les témoignages de patients qui se plaignent de ne voir que rarement le médecin ou de ne pouvoir réellement discuter avec lui sont très nombreux. Il ne s'agit pas, d'ailleurs, d'une spécificité de la psychiatrie française mais d'une donnée de la pratique psychiatrique qui traverse les siècles partout en Europe. Rolf Himmelberger, membre de l'association suisse de défense des droits des patients en psychiatrie, Pro Mente Sana, écrivait encore tout récemment à propos de la surveillance des patients au H.U.G. de Genève: « Je ne sais pas si vraiment on les surveille mais toujours est-il que j'ai appris dernièrement que, dans les pavillons de la clinique de Belle-Idée, les soignants n'avaient toujours quasiment pas de temps à consacrer aux malades, ils sont toujours en colloque, et les malades se plaignent. C'était ainsi il y a 25 ans et c'est toujours comme ça aujourd'hui » (2003, p. 154).

Cela n'est forcément pas sans répercussion sur la constitution du savoir lui-même, sur sa validité et, par suite, sur son efficacité. Philippe Clément, infirmier psychiatrique, diplômé en anthropologie, écrit ainsi : l'infirmier « se coltine la folie de manière très directe (...), intervient de manière très physique... alors que les médecins, dépositaires du savoir s'effacent dans les situations où le savoir est à l'évidence inopérant » (2002, p. 288).

D. CONCLUSION :

Aujourd'hui, le rapport entre hospitalisation libre et hospitalisation involontaire est totalement inversé en regard de ce qu'il était trente ans plus tôt. En 1970, près de 80 % des personnes traitées l'étaient officiellement sous le mode de l'internement, et 20 % sous celui de l'hospitalisation libre. De nos jours, moins de 20 % d'entre elles sont admises involontairement et plus de 80 % le sont au titre de l'hospitalisation libre, mais, dans l'intervalle, le nombre des personnes concernées a augmenté de près de 60 %. Rapporté au nombre total des admissions, celles sans consentement ne concernaient plus que moins de 10% des effectifs en 1984, soit moins de 30000 internements décidés dans l'année ; mais le renforcement de la contrainte, depuis le milieu des années 90 porte déjà ce taux à plus de 14%. En 2003, le nombre des admissions sous contrainte peut être évalué à 80 000, chiffre comparable à celui des années 70. La chute spectaculaire des admissions sous contrainte entre 1970 et 1984 du fait de la mise en place de la politique de secteur, semble ainsi avoir été entièrement annulé par l'effet inverse de reprise des internements, dès 1985 avec le recentrage du dispositif de soin sur l'hôpital au détriment des alternatives à l'hospitalisation que la pratique extra hospitalière des années 70-84 avait suscitées.

Dans son rapport annuel 2000, la Cour des compte s'inquiétait de cette reprise de l'internement psychiatrique. Elle constatait « que les alternatives à l'hospitalisation sont toujours insuffisamment développées, qu'elles sont réparties de façon très inégalitaire entre les régions et entre les secteurs, et que l'hôpital reste, malgré la diminution des lits d'hospitalisation complète, l'élément central du dispositif d'organisation des soins psychiatriques ».

A Paris, 45% des admissions ont désormais officiellement lieu sous la contrainte. Les chambres d'isolement et les mesures de contention se multiplient un peu partout sous le double effet d'une pénurie de moyens, du tout neuroleptique.

Cette reprise de la contrainte intra hospitalière préfigure en réalité la mise en place d'une contrainte extra hospitalière à venir, organisée, cependant, depuis l'hôpital. D'un hôpital qui n'est plus strictement psychiatrique puisque, de plus en plus, l'hospitalisation psychiatrique sous contrainte a lieu en service psychiatrique des hôpitaux généraux.

Ce phénomène coïncide avec un recentrage du dispositif de soins, y compris des équipements du secteur extra hospitalier, sur l'hôpital, depuis 1985, et avec une intégration accrue de la psychiatrie à la médecine, un recours de plus en plus massif aux neuroleptiques et un renforcement concomitant de l'organicisme. A Paris, la prégnance de l'IPPP, qu'à juste raison les Drs. Piel et Roelandt proposent de supprimer, accentue encore le caractère coercitif du système de soin psychiatrique.

Notant les disparités entre départements et secteurs psychiatriques, la Cour des comptes estime pour sa part que « cette situation particulière ne peut toutefois se justifier par une spécificité de la psychiatrie. Bien au contraire, les liens nécessaires avec les autres disciplines médicales militent pour une planification commune avec le reste du secteur sanitaire » (2000, p. 413). C'est dans un défaut de planification au niveau central qu'elle croit devoir trouver la cause d'une telle disparité et plaide pour une réorganisation plus soutenue de l'administration centrale du ministère de tutelle pour assurer cette planification. Pourtant, le soin psychiatrique présente une spécificité incontournable qui réside notamment dans le fait que le traitement n'est habituellement curatif que s'il recueille l'accord du malade et dépend

ainsi, en grande partie, de l'alliance thérapeutique médecin-patient. Pourtant, de nombreux traitements sont inaugurés à l'occasion de soins contraints qui ne peuvent guère avoir d'effet curatif. Ils n'agissent qu'au niveau des symptômes et, tout au plus, ils ne peuvent aboutir qu'à une stabilisation. L'élément relationnel apparaît ici primordial, plus encore qu'en médecine générale. Tout doit donc être mis en œuvre pour faciliter l'accès aux soins en dehors de la contrainte. Cela n'est généralement possible qu'en dehors de l'hôpital et avant l'apparition de toute crise aiguë. Aussi les principales innovations salutaires en psychiatrie, de 1960 à 1985 ont-elles eu lieu dans le cadre des pratiques de secteur extra hospitalier. C'est donc sur ces dispositifs et ces pratiques extra hospitalières que le soin psychiatrique devrait être organisé pour répondre aux besoins des patients et de leurs familles, non à partir de l'hôpital et d'une planification bureaucratique renforçant encore l'emprise de l'administration sur les personnes. Ce n'est pourtant pas le chemin suivi actuellement par l'administration centrale qui entend centrer le dispositif sur l'urgence et l'hôpital, en développant l'accès aux soins, en psychiatrie, par la contrainte. Il est à craindre que cela pervertisse encore plus la médecine, la justice et la police et ne porte gravement atteinte aux libertés.

-BIBLIOGRAPHIE-

- BAILLARGER, J. : Recherches sur les Maladies Mentales, Paris, Masson, 1890, 2 vol.
- BARUK, H. : « La découverte de la « personnalité profonde » et la révision de la conception Kraepelinienne des maladies mentales autonomes », Annales Médico-psychologiques, 1989, 147, n° 1, pp. 47-56.
- BERNARDET, Ph. : Les Dossiers Noirs de l'Internement Psychiatrique, Paris, Fayard, 1989.
- BERNARDET, Ph., DARMSTADTER, A. et VAILLANT, C. : « Portée de la jurisprudence européenne sur l'internement psychiatrique en France », Revue de Science Criminelle et de Droit Pénal comparé, Paris, avr.-juin 1988, 2, pp. 25-271.
- BERNARDET, Ph. DOURAKI, Th. et VAILLANT, C. : Psychiatrie, Droits de l'Homme et Défense des Usagers en Europe, Toulouse, Erès, 2002.
- BRIERE de BOISMONT : « Appréciation médico-légale du régime actuel des aliénés en France », Annales Médico-psychologiques, 1865.
- BOUMAZA, A. : Hospitalisation Psychiatrique et Droits de l'Homme, 2 vol., Paris, Editions du CTNERHI, 2002.
- CHAMPENOIS-MARMIER, M.-P. et SANSOT, J. : Droit, Folie, Liberté. La protection de la personne des malades mentaux (loi du 30 juin 1838), Paris, PUF, 1983.
- CLERY-MELIN, Ph., KOVESS, V. et PASCAL, J.-Ch. : Plan d'Actions pour le Développement de la Psychiatrie et la Promotion de la Santé Mentale, Rapport d'étape de la mission CLERY-MELIN, remis au ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, 15 septembre 2003, multigr.
- CONSTANS, LUNIER et DUMESNIL : Rapport sur les Services des Aliénés en 1874, Paris, Imprimerie Nationale, 1878, t. 1.
- DERIVERY, C. et BERNARDET, Ph. : Enfermez-les Tous ! Internements : Le scandale de l'abus et de l'arbitraire en psychiatrie, Paris, Robert Laffont, 2002.
- FAVRE, L. : Il Faut en Finir. La loi sur les aliénés (1838-19... ?), Paris, éd. Vaillant et Paris, Favre et Cie éd., 1911.
- GREGOIRE, GROS-DESORMEAUX et TCHERIATCHOUKINE : Note relative à la restructuration des établissements psychiatriques, Inspection Générale des Affaires Sociales, paris, IGAS n° 890094, août 1985, multigr.
- GRIMOULT, C. : Histoire de l'Evolutionnisme Contemporain en France, 1945-1995, Genève-Paris, Librairie Droz, 2000.
- GRIMOULT, C. : L'Evolution Biologique en France. Une révolution scientifique, politique et culturelle, Genève-Paris, Librairie Droz, 2001.
- GRIMOULT, C. : Histoire de l'Histoire des Sciences. Historiographie de l'évolutionnisme dans le monde francophone, Genève-Paris, Librairie Droz, 2003.
- GUILBERT, F. : Liberté Individuelle et Hospitalisation des Malades Mentaux, paris, Librairies Techniques, 1974.
- LAFONT, M. : L'Extermination Douce. La mort de 40.000 malades mentaux dans les hôpitaux psychiatriques en France sous le régime de Vichy, Ligué, Ed. de l'AREFPI, 1984.
- MURARD, L et FOURQUET, F. : Histoire de la Psychiatrie de Secteur, ou le secteur impossible, Recherches, n° 17 (double), mars 1975.
- MURAT, L. : La Maison du Docteur Blanche. Histoire d'un asile et de ses pensionnaires de Nerval à Maupassant, Paris, J. C. Lattès, 2001.

- PIEL, E., et ROELANDT, J.-L. : De la Psychiatrie vers la Santé Mentale, Rapport de Mission, Paris, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Ministère délégué à la santé, juillet 2001, multigr.
- PIERNIKARCH, A. : « Evolution du champ d'application de l'article 64 du Code pénal, de 1810 à nos jours au regard de la notion d'enfermement », in La Santé Mentale comme Observable, Réseau GE.MM.E., P. BEUF (coord.) Colloque INSERM, Paris, 1989, vol. 192, pp. 311-316.
- POSTEL, J. (prés.) : La Loi de 1838 sur les Aliénés, 2 vol. Paris, Frénésie éditions, Coll. Insania Les Introuvables de la Psychiatrie, 1988.
- POSTEL, J. et QUETEL, C. : Nouvelle Histoire de la Psychiatrie, Paris Dunod, 1994.
- RAYNAUD, M., et la participation de J. BERGERET, Soigner la Folie. Approche intégrative des soins aux psychotiques, Paris, Ed. Frison-Roche, 1989, 336 p.
- ROELANDT, J.-L. : La Démocratie Sanitaire dans le Champ de la Santé Mentale. La place des usagers et le travail en partenariat dans la cité, Rapport remis au ministre délégué à la santé, s.l., 12 avril 2002, 60 p. multigr. + annexes.
- ROGER, J. : Pour une Histoire des Sciences à Part Entière, Paris, Albin Michel, 1995.
- SOUBRIER, J.-P. et GOUREVITCH, M. : « Recherches aux archives de la Préfecture de police sur les origines de l'Infirmerie Spéciale », Perspectives Psychiatriques, 1984, II, n° 96, pp. 129-136.
- STROHL, H. et CLEMENTE, M. : Rapport du Groupe National d'Evaluation de la Loi du 27 Juin 1990, Paris, I.G.A.S., Code de mission SA/AC/GT/950013, Rapport n° 97081, septembre 1997, 149 p. + annexes.
- ZAMBROWSKI, F. : Moderniser et Diversifier les Modes de Prise en Charge de la Psychiatrie Française, Rapport au Ministre délégué auprès du Ministre des Affaires Sociales et de l'Emploi, chargé de la Santé et de la Famille, Paris, déc. 1986, 158 p. multigr.
- WELLES, M.-C. (d') : Le Séquestré de Montfavet. L'affaire Baudoin, Monaco, Ed. du Rocher, 1998.