

La mise en observation et les soins sous contrainte : une conversation entre le droit et la médecine

The setting in observation and involuntary treatments : a conversation between the Law and Medicine

S.J. Leistedt

Département de Psychiatrie, Hôpital Erasme

RESUME

La loi du 26 juin 1990 (mesure de protection des malades mentaux) a remplacé l'ancienne loi de collocation de 1850. Conçue dans la lignée des principes de la Convention européenne des droits de l'homme, elle constitue une réforme importante du traitement involontaire des malades mentaux et rappelle, sans nul doute, que le malade est sujet de droit.

L'article décrit le champ d'application de la loi du 26 juin 1990 et les modalités d'initiation d'une mesure de protection. Ensuite, sont abordées dans leurs décours la mesure en milieu hospitalier (procédure ordinaire et procédure urgente) ainsi que la mesure en milieu familial. Cet article se veut également critique par rapport à certaines modalités d'application de cette loi du point de vue du médecin et reflète de manière objective le dialogue souvent complexe entre deux mondes que tout sépare : la médecine et le droit.

Rev Med Brux 2013 ; 34 : 380-7

ABSTRACT

The law of June 26, 1990 (protection measure of the mental patients) has replaced the old law of collocation of 1850 (review in 1873). Conceived in the line of the principles of the European Convention of the Humans right, it constitutes an important reform of the involuntary treatment of the mental patients and recalls, without any doubt, that the patient is prone of right.

The article describes the scope of application of the law of June 26, 1990, and the methods of initiation of a protection measure. Then, the measure in a hospital environment (ordinary procedure and urgent procedure), as well as the measure in a family environment are approached in their waning.

Furthermore, the author discusses the networks between physicians and lawyers and the difficulty to communicate between these two worlds, such as Justice and Medicine.

Rev Med Brux 2013 ; 34 : 380-7

Key words : forensic psychiatry, unvoluntary treatments, crisis, emergency psychiatry

INTRODUCTION¹⁻⁴

Le 26 juin 1990, les Chambres votaient la nouvelle loi relative à la protection de la personne du malade mental. Depuis plus de dix ans, la Confédération des Ligues de Santé Mentale et la Ligue Bruxelloise pour la Santé Mentale œuvraient pour voir abandonnée la vieille loi de collocation du 18 juin 1850, qui, depuis 150 ans, régissait les mesures d'internement volontaire.

Dès lors, à cette législation se substituait un système 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 a été particulièrement attentif dans le nouveau texte légal aux garanties relatives à 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 ASPECTS POSITIFS DE LA NOUVELLE LOI

L'amélioration du statut et des droits du malade mental¹⁻⁵

Sur les questions les plus fondamentales, la nouvelle loi transpose de manière tout à fait satisfaisante les droits et les libertés consacrés par la Convention des droits de l'homme en ce qui concerne les malades mentaux privés de leur liberté.

Contrairement à l'ancienne loi de collocation de 1850, la nouvelle loi permet au malade de se défendre grâce au choix d'un médecin psychiatre, d'un avocat, et d'une personne de confiance.

Les débats contradictoires organisés par le juge de paix permettront à tous les interlocuteurs de s'exprimer et une décision aussi importante pour le patient ne sera plus décidée à la " va-vite " comme c'était souvent le cas avec l'ancienne procédure.

L'arbitraire et les abus seront ainsi évités.

La place privilégiée du juge de paix¹⁻⁵

La loi de 1850 donnait une place essentielle au bourgmestre, place que ce dernier n'occupait guère : documents signés à l'avance, procédure purement administrative ..., le bourgmestre suivant, dans la plupart des cas, l'avis du médecin, le plus souvent requis par les forces de l'ordre ou par des proches souvent débordés et dépassés par le comportement du patient.

Le bourgmestre n'organisait pratiquement jamais de débat contradictoire. Seule, finalement, la décision du médecin avait force de loi. Dans la nouvelle loi, un médecin doit toujours fournir un rapport circonstancié ajouté à la demande des proches, mais c'est le juge de paix qui est le seul habilité à décider et il a 10 jours pour le faire.

Le choix du juge de paix nous apparaît particulièrement intéressant : il s'agit de l'instance judiciaire la plus proche du citoyen et qui n'est pas assimilée dans l'esprit de la population à la " justice ", synonyme de palais de justice, de procédures compliquées et de procès.

Le délai de 10 jours - certes fort court dans la pratique - devrait permettre au juge de paix d'éviter le piège de la décision rapide : il devra rencontrer le malade, si possible dans son environnement ; il a la possibilité d'entendre l'avis de l'entourage et du médecin expert désigné par lui ; enfin, il pourra faire

réaliser une enquête psycho-médico-sociale concernant le malade.

Au terme de 10 jours, l'existence de ce débat contradictoire nous semble essentielle. Il permettra au patient de se défendre mais évaluera aussi si la mesure en question est bien la seule envisageable, " à défaut de tout autre traitement approprié " (art. 2).

Le psychiatre expert ou l'avocat ne manqueront pas de le signaler si, par exemple, aucun traitement ambulatoire n'a été proposé au patient.

La tenue du débat contradictoire évitera le piège de l'urgence qui peut souvent amplifier et dramatiser la situation du patient, comme c'était souvent le cas avec l'ancienne loi de 1850.

Enfin, le juge de paix constituera une nouvelle référence pour les familles désemparées par le comportement de leurs proches. Ces familles pourront, en dehors de l'urgence, interpellier le juge de paix et espérer ainsi débloquer des situations souvent très pénibles pour elles.

Tous les services psychiatriques agréés sont concernés¹⁻⁵

L'ancienne loi a fait longuement rimer collocation et asile. La notion de lits dits " fermés " n'est plus reprise dans la nouvelle loi, ce qui est également heureux.

Tous les services agréés A*, d'hôpital psychiatrique mais aussi d'hôpital général, pourront être utilisés. De même, les services K** pourront prendre en charge les mineurs d'âge sous le coup d'une mesure de protection.

D'autre part, en cas de pathologie risquant de s'accompagner de problème somatique ou de mesure de protection à l'encontre d'un patient souffrant d'une affection organique grave, le patient peut être dirigé vers un hôpital général susceptible de prendre en charge tant les aspects psychiatriques que les aspects somatiques.

Le rôle fondamental du psychiatre " chef de service ", encore appelé " médecin aliéniste " ¹⁻⁵

Beaucoup de médecins ont reproché à cette loi de restreindre les pouvoirs du médecin. C'est certes vrai dans la mise en route de la procédure puisque le seul rapport médical ne suffit plus.

Par contre, à tout moment de la mise en observation ou de la période de maintien, le psychiatre chef de service ou médecin aliéniste peut décider *seul*

* Lit A : Service Neuro-psychiatrique d'observation et de traitement adulte (A).

** Lit K : Service Neuro-psychiatrique d'observation et de traitement enfant (K).

de lever la mesure et de laisser sortir le patient, ce qui lui confère un pouvoir certain au service du malade.

Par contre, la décision du maintien ou de reconduction du maintien ne lui incombe pas à lui seul mais fera l'objet d'un nouveau débat contradictoire.

Ce pouvoir du médecin-chef de service de lever la mesure sans l'autorisation de qui que ce soit nous paraît extrêmement important et dans l'intérêt du patient.

Des repères clairs dans le décours de la procédure¹⁻⁵

A tous les moments clés de la procédure, le patient doit recevoir copie de toutes les pièces par pli judiciaire et ses droits lui sont précisés.

Toutes les mesures ont un terme : 10 jours pour la première décision du juge de paix, 40 jours pour la mise en observation, 2 ans pour la durée maximale du maintien. L'arbitraire n'est pas laissé au médecin hospitalier, comme dans l'ancienne loi de collocation de 1850.

Il n'est dès lors plus possible " d'oublier " un malade mental dans un asile avec la nouvelle loi du 26 juin 1990.

La notion de soins en dehors de l'hôpital est introduite¹⁻⁵

L'ancienne loi de collocation ne prévoyait que le séjour hospitalier. La nouvelle loi de 1990 envisage à la fois la question de la postcure et - ce qui paraît encore plus intéressant - des mesures de mise en observation et de maintien en milieu familial.

Cette notion de postcure introduit d'abord l'idée que le patient ne doit pas nécessairement rester hospitalisé une fois qu'une mesure de maintien a été décidée, mais qu'une postcure ambulatoire peut être mise en place en prévoyant " les conditions de logement, de traitement médical et l'accompagnement social du malade " (art. 16).

Les ligues et services de santé mentale, dès la sortie de la loi, formulaient l'espoir qu'ils seraient interpellés par les juges de paix pour donner ce suivi, seul gage pour éviter des crises ultérieures et empêcher la chronification du patient. Ces services subsidiés par les pouvoirs publics disposent, en effet, d'une équipe pluridisciplinaire qui, autour du médecin psychiatre, peut prendre en charge ces postcures, chose plus difficile pour la plupart des équipes hospitalières.

La notion de soins en famille (" dans une famille ", art. 23) permet d'aller encore plus loin puisque, dans certaines situations de crise, ou comme mesure alternative à la poursuite d'une mise en observation, par exemple, le juge de paix peut " placer " le patient dans un milieu familial d'accueil, donc pas nécessairement sa

propre famille, sous le contrôle d'un médecin, éventuellement à nouveau un psychiatre d'un service de toute une équipe, plutôt que de laisser le patient hospitalisé.

Les conditions de séjour hospitalier sont clairement définies¹⁻⁵

L'ancienne loi de collocation installait l'arbitraire du pouvoir " absolu " du médecin psychiatre responsable du patient. L'article 32 vise à éviter ces excès où les droits du patient étaient trop souvent bafoués.

Ce dernier doit être traité dans des conditions respectant sa liberté d'expression, ses convictions religieuses et philosophiques et dans des conditions qui favorisent sa santé physique et mentale, ses contacts familiaux et sociaux ainsi que son épanouissement culturel.

Cet article interdit - sans raison médicale grave à démontrer - l'isolement affectif du patient ou toute autre forme de contention physique.

Les requêtes ou réclamations faites par le patient à l'autorité judiciaire ou administrative, la correspondance qu'il adresse à l'extérieur ou qui lui est adressée, ne peuvent être retenues, ouvertes ou supprimées par qui que ce soit.

Dans tout service psychiatrique, le malade peut recevoir la visite de son avocat, du médecin de son choix, de la personne de confiance et, sauf contre-indication médicale, de toute autre personne.

Un rapport médical circonstancié (RMC) est nécessaire¹⁻⁵

L'usage dans l'ancienne loi de collocation voulait que le médecin remplisse un document préalablement établi et qui reprenait les exigences légales pour pouvoir appliquer ladite loi.

Le médecin se contentait de remplir les quelques blancs et de signer, sans aucun détail sur les faits ayant amené la mesure de collocation.

L'article 5 de la nouvelle loi insiste sur l'exigence d'un RMC, qui doit reprendre :

- le motif de la demande ;
- la symptomatologie du patient observé *de visu* dans les 15 jours qui précèdent l'introduction de la requête ;
- la constatation que les conditions de l'art. 2 sont réunies.

Le médecin doit donc " se mouiller " en développant le contexte qui a amené la demande de mise en observation.

On remarquera qu'un diagnostic psychiatrique n'est pas requis, ce qui est heureux étant donné les nombreuses - et souvent divergentes - classifications diagnostiques utilisées par le monde de la psychiatrie moderne.

En conclusion

On le voit, la nouvelle loi de mise en observation permet de pallier de nombreuses imperfections mises en évidence dans la loi de collocation de 1850.

Elle rétablit le malade mental comme sujet de droit et instaure de manière précise des règles du jeu aux mesures d'internement non volontaires.

La loi du 26 juin 1990 privilégie la protection de la personne du malade mental par rapport à la protection de la société.

Pour ce faire, l'introduction du tiers entre le malade et son entourage qui demande la mise en observation apparaît comme essentielle. Ce tiers n'est plus le médecin mais le juge de paix. Le médecin, quant à lui, est réintégré dans ses prérogatives : celles d'un expert médical qui doit statuer sur les conditions cliniques d'application de la loi.

EN PRATIQUE ?

Les critères d'application de la loi du 26 juin 1990⁴⁻⁸

L'article 2 stipule que trois conditions cumulatives doivent être absolument réunies :

- la personne doit être atteinte d'une maladie mentale ;
- il est nécessaire que son état requière une telle mesure, soit que la personne mette gravement en péril sa santé et sa sécurité ou qu'elle constitue une menace grave pour la vie ou l'intégrité d'autrui, ou les deux simultanément ;
- elle ne peut être prise qu'à défaut de tout autre traitement approprié.

Tout d'abord, il faut constater que la loi ne contient aucune définition du malade mental ou de la maladie mentale. Le législateur a sciemment omis de donner une telle définition.

“ Pour le diagnostic de maladie mentale, on peut actuellement se référer utilement à des répertoires de maladies mentales, tels que le DSM-IV-TR (*Diagnostic and Statistic Manuel*) ou encore ICD-10 (*International Classification of Disease*). Ces répertoires qui, depuis plusieurs années, ont obtenu un large consensus d'utilisation dans le milieu de la profession psychiatrique, permettent, par l'identification de signes et de symptômes, l'établissement d'un diagnostic d'une pathologie entrant dans le cadre d'une maladie mentale ”.

Néanmoins, le concept de “ trouble mental ”, tel que repris dans le DSM-IV et dans l'ICD-10, est large et recouvre tout le champ de la nosographie psychiatrique ... Les décisions de placement et de traitement involontaires ne doivent pas concerner l'ensemble des personnes présentant une pathologie psychiatrique. Ce répertoire de classification doit être apprécié en fonction de la gravité des symptômes que le sujet présente, et c'est finalement toujours au

médecin que revient le soin de déterminer s'il y a maladie mentale.

Certains tableaux cliniques sont évidents et rallient tous les avis. Citons notamment les états psychotiques aigus avec idées délirantes, phénomènes hallucinatoires et troubles du comportement, les états dépressifs majeurs avec comportements suicidaires, les mélancolies anxieuses avec risque de passage à l'acte auto et hétéro-agressif, etc.

Par contre, d'autres tableaux cliniques amèneront à des jurisprudences très variables : troubles majeurs de la personnalité (essentiellement aujourd'hui la personnalité de type *borderline*), les problématiques neurodégénératives de type démences, l'épilepsie, la dépendance éthylique, les autres formes de dépendance, etc. De plus, la notion de comorbidité dépressive, psychotique, peut être prise en compte.

Le concept de dangerosité, autre critère de l'article 2, est, de son côté, particulièrement subjectif et très difficile à interpréter. Il sera abordé de manière plus détaillée à la fin de cet article.

Enfin, la loi met l'accent sur la notion d'absence d'alternatives à la mesure de protection.

Il faut souligner ici toute l'importance de ce temps permettant d'évaluer si les critères légaux sont remplis et si la recherche d'autres abords thérapeutiques a été effectuée.

Deux grandes procédures : l'article 5 et l'article 9⁴⁻⁸

Le législateur a prévu deux procédures différentes, à savoir une procédure ordinaire et une procédure d'urgence.

La procédure ordinaire (article 5)

La personne requérante adresse au juge de paix compétent une requête écrite qui doit être accompagnée d'un rapport médical circonstancié. Les conditions légales relatives au rapport médical circonstancié seront abordées plus loin.

La procédure urgente (article 9)

Ici, la procédure est initiée en faisant appel au procureur du roi.

Dans le cadre de la procédure ordinaire, une audience, préalable à toute privation de liberté, permettra au juge de paix d'évaluer si l'application de la loi se justifie. Ainsi, le malade ne sera privé de sa liberté qu'après jugement. Par contre, dans le cadre de la procédure urgente, le procureur du roi, si l'avis médical requis par lui est positif, ordonnera l'hospitalisation immédiate du malade dans un service d'un établissement psychiatrique, et ce sans qu'il y ait eu débat contradictoire.

Dans l'esprit du législateur (et du médecin), le recours à la procédure urgente devait rester exceptionnel. Cependant, il apparaît que, dans tous les arrondissements judiciaires, l'application de l'article 9 est nettement prépondérante.

Plusieurs explications peuvent être avancées quant à cet état de fait : la difficulté pour le requérant d'obtenir le rapport médical circonstancié prévu par la loi, la situation délicate pour le médecin traitant rédacteur d'un tel rapport l'amenant par là à mettre en péril l'alliance thérapeutique établie avec le patient, la crainte pour une famille de se porter partie requérante, démarche qui peut être source de perturbation des liens familiaux, le déclenchement aigu de certains troubles psychiques, leur intensité et l'importance des troubles du comportement associés.

Dans les deux cas, si le magistrat donne suite à la demande de mise en observation, il désignera un établissement psychiatrique agréé (agréé pour recevoir des patients sous le joug de la loi du 26 juin 1990) dans le cadre de la loi pour accueillir et soigner la personne. Le médecin attirera l'attention du magistrat sur certains points particuliers. Ainsi, si le malade souffre d'une affection somatique associée ou si des soins médicaux sont nécessaires (tentative de suicide par exemple), il suggérera plutôt le service psychiatrique d'un hôpital général. De même, il orientera vers un hôpital psychiatrique un malade particulièrement agité ou violent. En outre, il sera également tenu compte du lieu du domicile du malade, du contexte linguistique, d'éventuels antécédents de séjour ou de traitements pouvant favoriser la continuité des soins.

Dans le cadre de la procédure urgente, le procureur du roi avise de sa décision dans les 24 heures le juge de paix du canton où se trouve l'établissement psychiatrique. Le magistrat fixe alors la date de sa visite à la personne qui doit se situer dans les dix jours du dépôt de la requête. Lors de cette audience, il entend la personne, assistée obligatoirement de son avocat et éventuellement d'une personne de confiance, qui peut par exemple être un membre de la famille ou le médecin traitant. Le cas échéant, un médecin expert désigné par le magistrat ou sollicité par le malade sera également entendu. Le médecin choisi par le malade pourra consulter le dossier médical en présence d'un médecin du service.

In fine, le juge de paix jugera la mesure de protection non fondée ou ordonnera la mise en observation de la personne dans un établissement qu'il désigne. La durée ne peut excéder 40 jours.

Dans la procédure ordinaire, le juge de paix rend visite au " malade " et statue lors d'une audience selon les mêmes modalités que celles décrites ci-dessus. La liberté du malade ne sera donc pas restreinte avant toute éventuelle décision de mise en observation de la personne dans un établissement psychiatrique. C'est également à ce niveau que peut intervenir de manière

fondamentale le médecin généraliste. En effet, par la connaissance qu'il a de la personne, de son histoire personnelle, de ses antécédents psychiatriques et de ses interactions avec son environnement, il pourra au travers de ces éléments apprécier si la demande s'inscrit dans une situation de crise nécessitant une prise en charge spécialisée et immédiate. Afin de conforter son évaluation, le généraliste peut faire appel à des intervenants susceptibles, par ailleurs, de l'éclairer sur le champ des alternatives et des ressources thérapeutiques existantes.

Au terme fixé par le juge de paix, la mise en observation prend fin sauf si l'état du malade justifie son maintien au-delà de cette période. Dans cette situation, un rapport circonstancié du médecin-chef de service, mettant en évidence cette nécessité, doit parvenir au greffe de la justice de paix compétente quinze jours avant l'expiration du délai fixé. Dès lors, une nouvelle audience sera tenue par le juge de paix qui peut, éventuellement, décider du maintien de la mesure dont la durée maximale est de deux ans (renouvelable).

La postcure⁴⁻⁸

Il s'agit d'une décision prise par le médecin-chef de service qui, durant la période de maintien, autorise le patient à poursuivre son traitement hors du service psychiatrique désigné en précisant les conditions de résidence (domicile, habitation protégée, communauté thérapeutique, etc.), de traitement médical (tutelle médicale assurée par un psychiatre ou un médecin traitant), ou d'aide sociale. La durée maximale de la postcure est d'une année, sans pouvoir dépasser la durée fixée pour le maintien.

La mesure de protection peut prendre fin :

- à tout moment par décision du médecin-chef de service ;
- par décision du procureur du roi tant que le juge de paix n'a pas statué ;
- par décision du juge de paix à chaque audience prévue par la loi ou lors d'une révision sollicitée par le malade ou toute autre personne intéressée ;
- de plein droit à l'échéance de la mise en observation ou du maintien ;
- suite à une décision de justice dans le cadre de recours (appel, cassation).

Ces termes prévus par le législateur et les procédures d'appel garantissent au malade une hospitalisation contrainte dont la justification est susceptible d'être débattue à plusieurs moments de son décours.

La mesure de protection en milieu familial⁴⁻⁸

Dans cette situation, le législateur a permis d'offrir un cadre de soins contraints au malade, tout en ne le privant pas de sa liberté, et ce pour autant que son état le permette.

Le plus généralement, un milieu familial est entendu comme étant un lieu dans lequel le malade se sent comme dans sa famille (famille, communauté thérapeutique, habitation protégée, etc.).

Le juge de paix donne mission à une personne déterminée de veiller sur le malade et à un médecin de le traiter. Comme dans le cadre du traitement en milieu hospitalier, la mesure sera jugée pour une période de 40 jours, éventuellement suivie d'un maintien. Le médecin traitant reçoit le malade ou lui rend visite régulièrement, et lui dispense, ainsi qu'à la personne désignée pour veiller sur lui, tout conseil et instruction. Il adresse au juge de paix au moins une fois l'an un rapport dans lequel il déclare avoir prodigué les soins requis. Force est de constater que, malheureusement, le recours à cette mesure est (trop) peu utilisé, suite notamment à la difficulté rencontrée pour nombre de familles d'assumer une telle prise en charge.

Qui peut demander une mise en observation ?⁴⁻⁸

Cette demande peut être initiée par toute personne ayant intérêt (dans le sens de " se soucie ") à la mise en observation du malade, que cette personne fasse partie ou non de l'entourage familial, par un médecin (éventuellement le médecin traitant), un avocat, le procureur du roi qui n'agirait pas dans l'urgence, ou tout autre professionnel des soins de santé.

Le rapport médical circonstancié (RMC)⁴⁻⁸

Tout détenteur d'un diplôme de docteur en médecine, chirurgie et accouchement peut demander la mise en observation d'un malade ou rédiger le rapport médical circonstancié prévu par la loi.

Dans la procédure urgente, le médecin sera, le cas échéant, désigné par le Procureur du Roi (psychiatre d'un service d'urgence psychiatrique, psychiatre de service de santé mentale, médecin légiste, médecin généraliste interpellé par les services de police et particulièrement sensibilisé à cette problématique).

Néanmoins :

- le rapport médical circonstancié ne peut être rédigé par un médecin attaché à un titre quelconque à l'établissement où le malade se trouve. Dans la pratique, un médecin généraliste attaché à un établissement psychiatrique ou à un hôpital général ne pourra rédiger un rapport médical circonstancié pour un patient hospitalisé dans un des services de ces hôpitaux ;
- le médecin ne peut être parent (dans le sens : membre de la famille biologique, en principe jusqu'au deuxième degré [oncle et neveu]) ou allié (membre de la même famille par les liens du mariage) du malade ou du requérant ;
- le médecin rédacteur du rapport médical circonstancié ne peut agir en tant que requérant ;
- dans le cas particulier du médecin traitant, il peut

être souhaitable que celui-ci s'abstienne de rédiger le rapport médical circonstancié afin de préserver la relation thérapeutique avec le patient. Ce médecin peut néanmoins s'adresser au procureur du roi, et lui faire part de la situation. Le procureur désignera alors un médecin tiers pour examiner la personne.

Par ailleurs, l'article 458 du Code Pénal protège le secret médical mais précise en outre, à titre d'exception, qu'il peut être levé dans le cas où la loi le prévoit expressément. De plus, il ne faut pas perdre de vue le prescrit de l'article 422 bis du Code Pénal, à savoir que si le médecin traitant n'agissait pas, il pourrait être poursuivi pour non-assistance à personne en danger.

Le rapport médical doit contenir :

- l'identité complète du malade ;
- la date de l'examen qui ne peut remonter à plus de quinze jours au moment du dépôt de la requête ou de la demande et la signature du médecin ;
- la description des symptômes de la maladie mentale dont souffre le malade ;
- le danger pour lui-même ou pour autrui présenté par le malade ;
- l'absence de tout autre traitement approprié.

En outre, l'urgence doit ressortir du dit rapport dans le cadre de l'article 9.

DROIT ET MEDECINE : DEBAT CONTRADICTOIRE OU DIAGNOSTIC ?⁹⁻¹¹

Bien que la nouvelle loi de mise en observation permette de pallier de nombreuses imperfections mises en évidence dans la loi de collocation de 1850, il reste plusieurs problèmes rencontrés en pratique clinique. Ces problèmes ne sont pas tellement en rapport avec la loi elle-même mais plutôt avec les nombreuses difficultés de communication (et de compréhension) entre deux mondes que tout (ou presque) sépare : le monde judiciaire et le monde médical.

En pratique clinique, ces problèmes de communication se rencontrent surtout entre deux intervenants, le médecin psychiatre et le juge de paix, et concernent régulièrement certains critères, avec au premier plan celui de la dangerosité. En effet, les questions relatives à l'existence d'une maladie mentale, de même que l'absence de toute alternative possible et du contexte de refus de soins, ne constituent pas une problématique majeure et surtout fréquente en termes d'évaluation clinique. Il convient tout de même de nuancer la question de la maladie mentale puisque parfois - et de plus en plus - le clinicien est confronté à des situations de problématiques de consommation de substances psychoactives avec comme résultante des tableaux cliniques complexes de " troubles induits " ...

Après avoir décrit certains symptômes traditionnels de la maladie mentale, il convient en outre de repérer dans chaque cas particulier s'il existe dans

le comportement de l'individu une dangerosité à ce point grave pour lui-même ou pour autrui qu'elle nécessite une mesure de contrainte.

Refuser des soins somatiques, se clochardiser, s'abstenir de percevoir sa pension de vieillesse, choisir de vivre comme un marginal, etc. : est-ce suffisant - même en présence d'une maladie mentale - pour considérer que la personne serait dangereuse pour elle-même ?

L'absence de conscience morbide vicie-t-elle toujours le consentement de la personne quant à son mode de vie ? Peut-il y avoir un lien causal entre la maladie mentale et la dangerosité ?

(Jusqu'il y a quelques années, le vagabondage était encore considéré comme un indice légal de dangerosité - abrogé par la loi du 12 janvier 1993.)

Qu'entend-on par " dangerosité imminente " ?
Quid de la " dérangerosité " ?

Nombreux sont ceux qui se sont déjà inquiétés du caractère incertain des conceptions de l'état dangereux qui varieraient au gré des modes scientifiques et qui ne sont point neutres au point de vue social et politique.

On ne peut s'empêcher de rapprocher la tendance courante à rapprocher la dangerosité de la violence, le récidivisme de la maladie mentale dans le débat sur l'insécurité.

Il existe des indices de l'état dangereux. Ils peuvent être légaux, criminologiques ou encore biopsychosociaux. Tout le problème se situera dans la phase d'évaluation de cette dangerosité du sujet et dans l'appréciation du risque de passage à l'acte auto ou hétéro-agressif.

De manière générale, il faut bien l'avouer, toutes les méthodes de prévision de la dangerosité, qu'elles soient médicales (experts psychiatres) ou légales (systèmes de présomptions) demeurent très subjectives et approximatives.

Reste encore à discuter des problèmes de point de vue. En effet, le discours médical obéit à une logique qui lui est propre et qui concerne exclusivement la santé du patient. Il faut prendre les mesures qui s'imposent afin d'améliorer la santé du malade.

Le discours judiciaire obéit à une logique toute autre : tout individu est libre de se faire soigner ou pas et les soins ne peuvent lui être imposés par la contrainte que dans des cas tout à fait exceptionnels ...

C'est évidemment là le problème principal dans les approches et conceptions différentes d'une notion déjà tellement " plastique " et transdisciplinaire que celle de la dangerosité. Sans oublier les dérives sécuritaires

qui visent à apaiser les intervenants, tant médecins que psychiatres, mais aussi la société (parfois sous le poids de l'opinion publique relayée par les médias) devant l'évaluation d'un risque de passage à l'acte, quel qu'il soit.

CONCLUSION

La loi du 26 juin 1990 rétablit le malade mental comme sujet de droit et instaure de manière précise des règles du jeu aux mesures d'internement non volontaires.

De plus, cette nouvelle loi privilégie la protection de la personne du malade mental par rapport à la protection de la société. Pour ce faire, l'introduction du tiers entre le malade et son entourage qui demande la mise en observation apparaît comme essentielle. Ce tiers n'est plus le médecin mais le juge de paix. Le médecin, quant à lui, est réintégré dans ses prérogatives : celles d'un expert médical qui doit statuer sur les conditions *cliniques* d'application de la loi.

Néanmoins, il reste de nombreuses questions et autres problématiques qui dépassent le cadre strict de la loi elle-même mais sont en rapport avec le dialogue complexe et le manque de compréhension entre les principaux intervenants : médecins et juristes.

BIBLIOGRAPHIE

1. Benoit G : La collocation, la séquestration à domicile et l'imagination jurisprudentielle In : Malades Mentaux : patients ou sujets de droit ? Sous la direction de J. Gillardin. Bruxelles, 1985
2. Loi du 18 juin 1850 sur le régime des aliénés modifiée par les lois du 28.12.1873, du 07.04.1964 et du 07.05.1973
3. Ces législations doivent être complétées par le règlement organique pris en exécution des lois du 18.06.1850, et surtout du 18.12.1873, l'Arrêté Royal du 01.06.1874 contenant la loi sur le régime des aliénés modifié par les A.R. du 31.12.1879, du 16.12.1902, du 12.07.1912, du 29.07.1929 et l'article 8 de l'A.R. du 24.03.1934.
4. Loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, Moni. 27 juillet 1990 : 14807-25
5. Gillardin J : La protection de la personne des malades mentaux. In : Journal des Procès 1990 ; 169 : 8-13
6. Projet de loi, Doc. Parl. Sénat, 1988-1999 ; 733 : 2, 12
7. American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders : DSM IV. Text Rev. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000
8. Pelc I, De Buck R, Lecompte D : Les critères psychiatriques et psychosociaux d'application de la loi. In : Benoit G, Brandon I, Gillardin J, eds. Malades mentaux et incapables majeurs, Emergence d'un nouveau statut civil, Bruxelles. Facultés Universitaires Saint-Louis, 1994 : 185
9. Plate-forme de concertation pour la Santé mentale en Région de Bruxelles-Capitale : La loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, Commentaires et réflexions du groupe de travail " Mise en observation - Intervision ", décembre 2000

10. Debuyst C : Le concept de personnalité dangereuse considéré comme expression d'un point de vue. In : Dangersité et justice pénale : 19 ; Houchon G : La situation dangereuse : aspects microsociologiques ", *ibidem* : 121 ; Syr JH : Punir et réhabiliter, Paris, 1990
11. Robert I Simon, Kenneth Tardiff : Textbook of Violence Assessment and Management.
American Psychiatric Publishing Inc., 2008

Correspondance et tirés à part :

S.J. LEISTEDT
Hôpital Erasme
Département de Psychiatrie
Route de Lennik 808
1070 Bruxelles
E-mail : samuel.leistedt@erasme.ulb.ac.be

Travail reçu le 1^{er} juin 2013 ; accepté dans sa version définitive le 25 juin 2013.