



HAL
open science

**L'évolution juridique des soins psychiatriques sans
consentement en France de l'Ancien régime à la loi du
05 juillet 2011**

Georges Alex Germain

► **To cite this version:**

Georges Alex Germain. L'évolution juridique des soins psychiatriques sans consentement en France de l'Ancien régime à la loi du 05 juillet 2011. Médecine humaine et pathologie. 2011. dumas-00696479

HAL Id: dumas-00696479

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00696479>

Submitted on 11 May 2012

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ JOSEPH FOURIER
FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Année 2011

N° D'ORDRE

**L'ÉVOLUTION JURIDIQUE DES SOINS PSYCHIATRIQUES
SANS CONSENTEMENT EN FRANCE
DE L'ANCIEN RÉGIME A LA LOI DU 05 JUILLET 2011**

THÈSE

PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE
DIPLOME D'ÉTAT

GERMAIN Georges Alex
Né le 10 mars 1957

Thèse soutenue publiquement à la Faculté de Médecine de Grenoble
le 19 décembre 2011 à 18 heures

Devant le jury composé de :

Président du jury : Mr le Professeur Thierry BOUGEROL

Directeur de Thèse : Mr le Dr Jean Bernard LEMMEL

Membres : Mr le Professeur Patrice MORAND
Mr le Professeur François PAYSANT
Mr le Dr Jean Bernard LEMMEL
Mr le Dr Pierre LAMOTHE
Mr le Dr Alain GIRARD

Remerciements

A Monsieur le Professeur Thierry BOUGEROL,

*Vous nous faites l'honneur de présider cette thèse,
je vous remercie de votre confiance et de votre soutien.
Soyez assuré de mon profond respect.*

A Monsieur le Professeur Patrice MORAND,

*Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail et de votre engagement pour
la réalisation de cette thèse.*

A Monsieur le Professeur Patrice PAYSANT,

*Je vous remercie pour tous vos conseils et remarques,
je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail et de l'intérêt que vous y avez
porté.*

A Monsieur le Docteur Jean Bernard LEMMEL,

*Je vous remercie d'avoir accepté d'apporter votre contribution pour cette thèse.
J'ai pu bénéficier de votre enseignement au sein de votre service de psychiatrie.
Je vous remercie également pour votre soutien efficace dans les démarches
concernant mon avenir professionnel. Je vous adresse ici toute mon estime.*

A Monsieur le Docteur Pierre LAMOTHE,

*Je vous remercie d'avoir accepté votre contribution à ce jury avec votre regard
« extérieur ». Je vous adresse ici toute mon estime et ma considération.*

A Monsieur le Docteur Alain GIRARD,

*Je vous remercie pour votre engagement dans ce travail de thèse.
Je vous remercie bien évidemment pour votre enthousiasme et votre perpétuel intérêt
pour la réflexion tant clinique, diagnostique, thérapeutique que dans le domaine
historique. J'ai beaucoup appris à travailler à vos côtés.
Je vous adresse donc ici toute mon estime.*

Messieurs les Docteurs Djelloul BOUAKEL, Abdeljelil MAMMERY, Zaccharia KAMAND, Bogdan STANESCU, Madame le Docteur Élisabeth PELLEREY, pour leur enthousiasme, leur sympathie, durant ces années passées aux USN – hôpitaux du Léman.

Madame le Docteur Marlies DI-MÉGLIO, pour son enthousiasme et sa disponibilité pour me faire partager son expérience, pour son soutien et sa collaboration.

Je remercie bien évidemment les équipes des USN des hôpitaux du Léman, infirmières et aides-soignantes, Madame Monique ZARA, Madame Anne DUPONT – assistantes sociales, Madame Nathalie SACHE, Madame Catherine DI-GLÉRIA – psychologues. Olivier DUBOIS, moniteur d'atelier pour sa disponibilité et son investissement au sein des USN.

Je remercie les secrétaires, Lydie RINGOT et Sylviane BILLARD pour leur soutien et leur collaboration ainsi que leurs compétences tout au long de mon travail en psychiatrie aux hôpitaux du Léman.

Je remercie le Docteur Philippe ROMAND, pneumologue, pour sa participation active pour que je réalise cette thèse.

Enfin, je remercie sincèrement Monsieur Jacques LESIMPLE, Directeur des HDL, Monsieur Philippe GUILLEMELLE, DRH des HDL, Madame Sylvie CARRAUD, Affaires Médicales des HDL.

Je pense bien sûr, et tout particulièrement, à ma femme Françoise GERMAIN pour tout ce qu'elle m'a apporté, pour sa patience et son soutien inébranlables tout au long de ces années.

Ainsi qu'à mes deux fils Simon et Lionel GERMAIN.

PLAN DÉTAILLÉ

Introduction :

⇒ L'irresponsabilité pénale pour troubles mentaux - origine de la naissance de la Psychiatrie

Chapitre I :

⇒ L'hospitalisation sans consentement de l'Ancien Régime à la loi du 30 juin 1838

- I - Première partie :
 - sous l'Ancien Régime
 - lieux de détention
 - procédures d'hospitalisation

- II - Deuxième partie :
 - de la Révolution de 1789 à la loi de 1838
 - abolition des lettres de cachet
 - circulaire du 12-17 septembre 1804
 - influence et pouvoir croissant des médecins

Chapitre II :

⇒ La loi du 30 juin 1838 ; ses effets et l'évolution jusqu'à la loi du 27 juin 1990

- préparation de la loi
- contenu de la loi avec son examen critique
- effets et évolution de la pratique de la loi de 1838 à 1990 en 4 phases :
 - 1) Croissance de la population détenue : l'âge d'or de l'aliénisme : 1850 – 1920
 - 2) La contestation de l'asile d'aliénés : 1920 – 1945
 - 3) L'ébranlement de la culture asilaire : 1945 – 1990
 - 4) La loi du 27 juin 1990 – Examen critique
- Conclusion

Chapitre III :

⇒ De la loi du 27 juin 1990 à la loi du 05 juillet 2011

- la loi du 27 juillet 1992
- les U.M.D
- législation préparatoire : la loi du 28.02.2008
- le précédent de la loi de 1954 sur les alcooliques dangereux
- la loi du 31 décembre 1970 - l'injonction thérapeutique
- Conclusion

Chapitre IV

⇒ Texte de la loi du 5 juillet 2011 paru au Journal Officiel

Chapitre V

⇒ Présentation et commentaires critiques de la loi du 5 juillet 2011

Annexe VI

« Liberté, Aliénation, et Responsabilité » :
Quelques considérations philosophiques – Bibliographie

Conclusions Générales

Conclusion signée

Annexe 1

Bibliographie

Annexe 2

Mots-clés

Serment d'Hippocrate

Liste des Maîtres de Conférence des Universités et Professeur des Universités

INTRODUCTION

Le cadre juridique des soins psychiatriques sans consentement a été récemment modifié par la loi du 05 juillet 2011. Les changements qu'elle entraîne ont fait l'objet de débats et de polémiques assez vives de la part des praticiens de la psychiatrie publique – qu'ils soient médecins, infirmiers ou membres d'autres professions travaillant dans les institutions publiques de soins psychiatriques. Les associations des familles de malades mentaux, en particulier l'U.N.A.F.A.M, ont été plutôt favorables aux modalités de la nouvelle loi quand elles n'en étaient pas elles-mêmes demandeuses.

La vivacité des réactions à la promulgation de cette loi, assez bien relayée d'ailleurs par les médias, se comprend aisément si l'on prend la mesure de ce qu'elle met en jeu dans notre société – et peut-être même dans toute société – par rapport à des interrogations cruciales concernant la liberté individuelle, la responsabilité individuelle, le rôle de l'autorité publique, la place du juge, du médecin, des familles, l'influence sans doute décisive dans notre démocratie d'opinion des représentations et émotions collectives soigneusement entretenues et mises en scène par notre système médiatique.

Parmi ces émotions, deux prédominent : la compassion pour les malades et le besoin de sécurité.

L'apparition, puis le développement de la psychiatrie dans la société occidentale sont en effet profondément inscrits dans son histoire mentale, culturelle, idéologique et juridique. Elles en sont en quelque sorte une des expressions les plus fondamentales comme si on pouvait lire, à livre ouvert, la société occidentale à travers sa conception anthropologique de la «folie», de la «maladie mentale».

Les notions de liberté et d'autonomie individuelle – telles qu'elles en sont dégagées en Europe occidentale entre l'humanisme de la Renaissance, le sujet cartésien, les Lumières puis l'avènement des formes politiques de la démocratie au 19^e siècle, ont permis d'établir la responsabilité juridique de chaque sujet face à ses actes.

A priori, tout sujet est responsable et est amené à répondre devant la justice de son comportement en tant qu'individu libre et conscient de ce qu'il fait. En d'autres termes, comme il était déjà établi dans le droit romain, il n'y a d'acte délictueux (de crime) que s'il y a intention de le commettre.

Pour le dire de manière familière, «quand on fait quelque chose on sait ce qu'on fait» - ce qui est la définition la plus commune de la raison.

Être membre d'une société c'est être en mesure de conduire son comportement de manière raisonnable et donc de pouvoir être considéré comme responsable. La qualité de citoyen est inséparable de la possibilité d'être jugé et puni. Cette possibilité est un des critères les plus sûrs d'appartenance à une société et l'expression la plus claire d'être un homme libre – même si, à la suite d'un procès, on peut être condamné à une détention, on ne perd pas son statut d'homme libre : l'efficacité de la peine de prison suppose que ce sentiment de liberté, de responsabilité, ne soit pas perdu.

Cette notion de responsabilité a toujours buté contre la question de la «folie». Face à une catégorie d'individus dont le comportement n'obéit manifestement plus aux critères de la raison, la société occidentale a dû inventer des dispositions juridiques qui vont toujours à l'encontre de ce qu'elle estime devoir être les rapports entre individu et société (chacun ayant ses devoirs propres – ayant chacun une dette vis-à-vis de l'autre).

Cette nécessité de dispositions d'exception a été à la source de débats incessants depuis des siècles. Deux problèmes sont particulièrement vifs :

- 1) Qui, et comment, établit qu'un sujet n'est pas ou n'est plus «raisonnable». En d'autres termes qui est fou et qui ne l'est pas. Qui peut être jugé responsable de ses actes et qui ne l'est pas.
- 2) Une fois établie la non-responsabilité, donc la non-punissabilité d'un individu reconnu comme «fou» ou «malade mental», que faire de lui ?

Il n'est pas question de le laisser «aller et venir» comme il l'entend. Depuis toujours, le lien entre la folie et dangerosité a été fait par l'opinion publique et les divers pouvoirs successifs.

Il convient donc d'éviter qu'il commette un nouveau crime («récidive») en prévoyant des mesures de détention et de contention. Dans bien des périodes historiques, même si le «fou» n'avait pas commis de crime, il était considéré qu'il pouvait en commettre, on allait alors jusqu'à le détenir à titre préventif.

Nous verrons que ce souci de prévention a été prédominant en Europe entre 1850 et 1950 (siècle qui correspond à ce qu'on a appelé l'âge d'or de l'aliénisme).

Déjà les lois romaines, comme l'écrivaient en 1785 COLOMBIER et DOUBLET dans «Instruction sur la manière de gouverner les insensés», «avaient pourvu à la conservation et à la subsistance des insensés sans perdre de vue les moyens d'empêcher qu'ils ne troublent la société» - (on peut penser que cette phrase admirable de clarté résume en fait toute la problématique de la psychiatrie depuis qu'elle est apparue et encore de nos jours).

Le droit romain, dès le 1^{er} siècle de la République, précisait la question dans des termes assez clairs : «est responsable toute personne qui peut être convoquée devant un tribunal parce que pèse sur elle une certaine obligation, que sa dette procède ou non d'un acte de sa volonté libre».

De même chez St Augustin : «la conscience d'avoir une volonté propre est à l'origine du péché». On peut en déduire, en forçant peut-être un peu le texte, que s'il n'y a pas de conscience, il n'y a pas de péché.

Plus tard, à la fin du Moyen Âge et à la Renaissance, les autorités religieuses se trouvaient en particulier dans les procès en sorcellerie devant la nécessité de distinguer entre ceux qui étaient possédés par le démon et ceux qui étaient considérés comme malades mentaux.

A cet égard, sont particulièrement éclairantes les œuvres de JANWIER (1515-1588) :

DE PRAESTIGIS DAEMONUM (des délires diaboliques) – et DE LAMIS (des sorciers) que FREUD et MARX connaissaient et admiraient. Médecin flamand ayant exercé aux Pays-Bas, il est considéré comme l'un des fondateurs de la psychiatrie, dégageant en particulier la notion cruciale d'irresponsabilité.

Cette notion est en effet selon nous à la base de la constitution de la psychiatrie comme spécialité médicale.

Pendant toute la période qui va de la Renaissance à la Révolution française, on observe un dessaisissement progressif des juges au profit des autorités administratives et des médecins.

L'évolution fut lente car, comme nous le verrons, sous l'Ancien Régime les juges conservaient la possibilité de « séquestrer » un individu considéré comme «insensé».

Il a fallu la Révolution pour changer radicalement la répartition des pouvoirs.

C'est ainsi que dans le Code pénal du 27 septembre 1791 on peut lire au titre V :

- **Article 1** : Lorsqu'un accusé déclaré coupable par le jury aura commis le crime pour lequel il est poursuivi avant l'âge de seize ans accomplis, les jurés décident dans les formes ordinaires de leur délibération de la question suivante : « Le coupable a-t'il commis avec discernement ? ».

- **Article 2** : Si les jurés décident que le coupable a commis le crime sans discernement, il sera acquitté.

On trouve des dispositions proches dans le Code pénal du 30 au IV. Mais le point final de cette évolution vers un dessaisissement fut le fameux article 64 publié en 1810 dans le Code des délits et peines et qui devait rester en vigueur jusqu'en 1994 (avec des modifications progressives pendant cette longue période).

Cet article, dans sa formulation, est particulièrement explicite : «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».

La deuxième partie de la phrase est souvent mal comprise : la force à laquelle on ne peut résister n'est pas une force intérieure contrairement à ce qui était généralement entendu, mais une force extérieure comme par exemple le fait de commettre un crime sous la menace d'un tiers.

La première partie de l'article utilise le terme «démence» qui n'a bien sûr pas le sens psychiatrique actuel, mais comprend toutes les manifestations cliniques de la folie telles qu'elles étaient décrites à l'époque de la promulgation du Code pénal de 1810.

Cet article 64 est en fait le texte fondateur de la psychiatrie moderne. On y sent l'influence marquée de Philippe PINEL qui écrivait peu de temps auparavant : «ces aliénés, loin d'être coupables qu'il faut punir, sont des malades dont l'état pénible mérite tous les égards dûs à l'humanité souffrante », et plus loin de manière encore plus précise : «les aliénés qui jusqu'alors ont été traités beaucoup plus en ennemis de la sécurité publique qu'en créations déchues et dignes de pitié doivent être soignés dans des asiles spéciaux». Cette phrase préfigure en fait tous les développements ultérieurs de la psychiatrie et invite à des rapprochements avec les législations du début du 21e siècle. Le dessaisissement des juges dans les cas d'aliénation mentale allait être accentué par les préconisations d'Esquirol et de

GEORGES (1795-1828), son élève préféré. Celui-ci avance l'impérieuse nécessité d'une expertise psychiatrique pour évaluer la responsabilité pénale de tout criminel. Cette pratique de l'expertise psychiatrique a été instituée en 1825 et reste toujours en vigueur. Treize ans après était votée sous l'influence (de type lobbying) d'ESQUIROL la loi du 30 juin 1838 qui précisait que les malades mentaux jugés irresponsables devaient être internés d'office pour un asile d'aliénés par l'autorité administrative.

Les juges n'ayant plus qu'un contrôle a posteriori de cette décision. Il est à remarquer que ce dessaisissement des juges et son remplacement par le représentant de l'État ne s'est pas produit de la même manière dans les autres démocraties occidentales. Dans la plupart des pays occidentaux, seuls les juges ont le pouvoir de décider de la détention d'un patient dans un établissement spécialisé. Au regard des libertés individuelles, ce pouvoir de l'État en France était en contradiction avec l'intégration européenne. Et c'est sans doute une des raisons des lois de 1990 et 2011 qui ont redonné un peu de pouvoir aux juges, comme nous l'examinerons plus tard.

Nous nous proposons donc d'étudier dans ce travail les modalités de l'hospitalisation sans consentement.

- I - Dans mon premier chapitre, nous présenterons succinctement les modalités d'hospitalisation des malades mentaux sous l'Ancien Régime ; les bouleversements de la période révolutionnaire ; les modalités de la séquestration entre la Révolution et la loi de 1838.
- II - Le deuxième chapitre sera consacré à la loi de 1838 : ses dispositions essentielles, sa signification et son évolution ultérieure entre 1838 et 1990 – soit plus de 150 ans qui ont vu la psychiatrie évoluer en des phases très contrastées qui ont entraîné des pratiques assez différentes de cette loi.
- III - La troisième partie sera consacrée à l'étude des trois lois qui ont modifié sensiblement les modalités voire l'esprit de l'hospitalisation sans consentement, ces trois lois sont :

1- la loi de 1990

2- la loi du 28 février 2008 sur la rétention de sûreté

3- la loi du 05 juillet 2011 qui retiendra plus particulièrement notre attention dans la mesure où elle semble être une rupture par rapport à la pratique psychiatrique qui s'était peu à peu généralisée depuis la moitié du 20e siècle. Cette rupture, ou menace de rupture, a provoqué une sorte de «levée de boucliers» de la part des professionnels de la psychiatrie.

Par ailleurs, la complexité de ses procédures pose assez souvent des problèmes pour son application.

CHAPITRE I

De L'Ancien Régime à la loi de 1838

I – PREMIÈRE PARTIE

L'hospitalisation sans consentement dans l'Ancien Régime

Elle était assez complexe étant donné la diversité des acteurs, des procédures et des lieux de détention. Il n'y a en effet à l'époque aucune législation spécifique pour les malades mentaux, aucun lieu de soins spécifiques, avec souvent confusion entre les soins et la détention.

a) Lieux de détention

Selon la thèse classique et popularisée par Michel FOUCAULT (Histoire de la folie à l'âge classique), la pratique de l'enfermement a été codifiée en 1656 par la création de l'hôpital général, en fait le regroupement d'établissements hospitaliers parisiens notamment La Pitié, Bichat, La Salpêtrière. Destiné à éliminer la mendicité, l'hôpital général regroupait une population extrêmement diverse. C'est ainsi qu'en 1701 à La Salpêtrière sur une population de 4 646 femmes, on comptait :

- 1 894 enfants de moins de 14 ans
- 329 filles de moins de 16 ans.
- 594 vieilles, aveugles ou paralytiques
- 262 vieux, mariés de plus de 70 ans
- 380 correctionnaires, libertines ou prostituées
- 465 gueuses ordinaires et vagabondes
- 330 femmes en enfance d'une extrême vieillesse
- 300 folles ou innocentes
- 92 épileptiques de divers âges.

De manière générale, la proportion d'Insensés dans les hôpitaux généraux ne dépassera pas 5 à 10 %.

Dans les maisons de force (les prisons militaires de l'Ancien Régime) la présence des insensés est plus grande puisqu'on l'estime à 20 %.

Les insensés appartenant à des classes plus riches, c'est-à-dire en mesure de payer les frais de leur hébergement, sont accueillis dans des établissements privés, mais en règle générale fondés et gérés par des religieux.

Le plus célèbre est l'hôpital des Petites Maisons créé en 1557 et qui dépendait du bureau des Pauvres.

Deux autres établissements parisiens sont très connus : la Maison de St Lazare créée en 1632 par St Vincent de Paul et la Charité de Charenton tenue par les frères de St Jean de Dieu depuis 1670.

Des établissements religieux de ce type se retrouvent dans les diverses régions françaises.

Il faut signaler aussi à partir du 18e siècle, la création de Maisons de santé strictement privées tant à Paris qu'en province.

b) Procédures d'hospitalisation

Contrairement à ce qui est en vigueur depuis la loi du 30 juin 1838, la décision de séquestrer un «aliéné» peut venir de trois autorités : l'une administrative, les autres judiciaires :

- 1) **La première** est la Maison du roi, qui est à peu près l'équivalent de l'actuel ministère de l'Intérieur. La décision de détenir quelqu'un est passée sous forme de «lettre de cachet» contresignée par le roi et le plus souvent à la suite d'une demande de la famille.

Cette procédure n'est réservée que très minoritairement aux personnes considérées comme «insensées». Bien d'autres motifs, essentiellement concernant la conduite sociale, pouvaient être invoqués.

- 2) **Les deux autres** sont judiciaires. Il s'agit du procureur général du Parlement de Paris et du lieutenant général de police.

L'une et l'autre autorité, à la suite de procédures codifiées dans les textes, ont le pouvoir décisionnel de faire détenir une personne qui présente des troubles manifestes du comportement social : violence – injures - menaces, etc..

La demande de l'intervention à l'autorité judiciaire est faite en général par la famille, mais aussi par des tiers en contact avec le malade.

La décision est prise à la suite d'un examen soit dans l'Hôtel du commissaire, soit dans un hôpital. Il est à remarquer que dans cette procédure il n'est le plus souvent pas fait appel à un médecin.

Malgré quelques similitudes avec les législations ultérieures, une des grandes différences est justement celle du très faible rôle médical dans une procédure qui, nous le rappelons, mélange en fait des personnes atteintes de troubles mentaux, des vagabonds et des délinquants.

Les troubles du comportement social (qu'on appellera plus tard «atteinte à l'ordre public») ne fait pas réellement l'objet d'une différenciation entre malades et non-malades – d'où la faiblesse du rôle des médecins dans le processus de détention.

Progressivement toutefois, dans la seconde partie du 18e siècle, sous l'effet des idées des Lumières et de l'idéologie de la bienfaisance, il sera demandé que les fous soient traités dans des lieux spécifiques selon des modalités appropriées à leur état.

«L'instruction sur la manière de gouverner les insensés et de travailler à leur guérison dans les asiles qui leur sont destinés», rédigée en 1785 par J. COLOMBIER et F. DOUBLET est très révélatrice de cette évolution philanthropique.

Toute la naissance de la psychiatrie est déjà en germe dans ce texte fondateur.

Nous voulons citer quelques phrases de ce texte, qui ne sont pas sans évoquer la situation contemporaine :

- «Des milliers d'insensés sont renfermés dans des maisons de force sans qu'on songe seulement à leur administrer le moindre remède»

- «Le sentiment dont on est pénétré pour les insensés est d'un genre différent : s'il existe une pitié plus profonde par l'image de la misère affreuse dont ils sont accablés, et par l'idée du sort qui leur est préparé on est, pour ainsi dire, porté à les fuir ; et d'ailleurs, la crainte de leurs violences éloigne d'eux tous ceux qui ne sont pas obligés de les contenir».

Et enfin :

- «Mais quelque avantageux que paraissent ces établissements (les asiles), ils ne soulagent que la crainte publique et ils ne peuvent satisfaire la pitié qui réclame non seulement la sûreté mais encore des soins et des traitements qui sont généralement négligés».

On voit là les prémisses des bouleversements que provoquera la Révolution française dans les modalités de séquestration et dans les soins aux aliénés.

II – DEUXIÈME PARTIE

De la Révolution de 1789 à la loi de 1838

Dans les mois qui suivirent la Révolution de 1789, les lois et décrets régissant la détention des aliénés furent abolis.

☞ **En janvier 1790 fut ordonné un recensement des personnes détenues par lettre de cachet.**

☞ **En mars 1790 fut promulgué un décret ordonnant la libération de toutes les personnes détenues «par lettre de cachet ou par ordre du pouvoir exécutif».**

Avec toutefois une exception pour les personnes atteintes de démence,

Celles-ci devront être examinées par un médecin qui déterminera en fonction de leur état :

- si elles ne sont pas ou plus démentes et doivent donc être libérées.

- ou si elles sont démentes et doivent être adressées à un hôpital où elles seront soignées.

☞ **Enfin, par le décret du 12-16 mars 1790, les lettres de cachet furent définitivement abolies.**

«Dans l'espace de six semaines à partir du présent décret, toute personne détenue dans les châteaux, maisons religieuses, maisons de force, maisons de police ou autres prisons quelconques, par lettre de cachet ou par ordre du pouvoir exécutif seront remises en liberté».

«Les personnes détenues pour cause de démence seront, pendant l'espace de trois mois à compter de la publication du présent décret, à la diligence de nos procureurs, interrogées par les juges dans les formes usitées et en vertu de leurs ordonnances, visitées par des médecins qui, sous la surveillance des directoires de district, s'expliqueront sur la véritable situation des malades afin que, d'après la sentence qui aura statué sur leur état, ils soient élargis ou soignés dans les hôpitaux qui seront indiqués à cet effet».

En fait, du fait du très faible nombre de médecins à cette époque, beaucoup de déments détenus ne furent pas élargis.

D'ailleurs, le souci de l'ordre public resta entier comme l'indiquent les décrets du 16-24 août 1790 et du 19-22 juillet 1791.

- **Article 3**

Les objets de police confiés à l'autorité des corps municipaux sont :

- le soin d'obvier ou de remédier aux événements fâcheux qui pourraient être occasionnés par les insensés et les furieux laissés en liberté, et par la divagation des animaux malfaisants ou féroces (l'assimilation fou-animal est là particulièrement frappante).

Plus révélatrice encore de ce souci de maintenir l'ordre public, est, au début du premier empire (17 septembre 1804) la circulaire du ministère de l'Intérieur à Messieurs les préfets des départements concernant la réclusion d'insensés.

«J'ai remarqué, Monsieur, dans les comptes analytiques des préfets, que plusieurs ont fait de leur propre autorité arrêter des insensés pour être, sur leur ordre, enfermés dans des maisons de force. Je crois devoir, pour prévenir ces abus, vous rappeler les principes et les règles de cette matière.

Suivant la loi du 22 juillet 1791, conforme à ce sujet aux anciens règlements, les parents des insensés doivent veiller sur eux – les empêcher de divaguer – et prendre garde qu'ils ne commettent aucun désordre. L'autorité municipale, suivant la même loi, doit obvier aux inconvénients qui résulteraient de la négligence avec laquelle les particuliers rempliraient un devoir.

Les furieux doivent être mis en lieu de sûreté. Mais ils ne peuvent être détenus qu'en vertu d'un jugement que la famille doit provoquer».

On voit donc, formulé, dans cette circulaire du ministère de l'Intérieur de Napoléon, les rôles respectifs de la famille – des juges – et de l'administration tels qu'ils seront encore plus codifiés dans les lois ultérieures et tels qu'ils se présenteront à nouveau à notre époque.

Dans sa deuxième partie, la circulaire du 12-17 septembre 1804, contrebalance son souci de maintenir l'ordre public par une injonction à respecter la liberté individuelle et à se prémunir des excès de l'administration.

D'une manière explicite, elle précise :

«En substituant à ces procédés réguliers une décision arbitraire de l'administration, on porte atteinte à la liberté personnelle et aux droits civils de l'individu que l'on fait détenir».

Et plus loin :

«L'administration n'est pas plus fondée à remettre en liberté et en possession de leur état, des individus détenus comme insensés par ordre de justice : d'abord parce qu'il ne lui appartient point de suspendre l'effet des décisions judiciaires et, de plus, parce que l'état civil des individus n'est ni mis à sa disposition ni placé sous sa surveillance».

On voit donc que quinze ans après la Révolution française, la situation est loin d'être encore conforme aux souhaits des autorités postrévolutionnaires.

Certes, le sort des insensés s'est amélioré ; certes comme l'a mis en scène sous la IIIe République, le récit de la libération des aliénés par Philippe PÎNEL et son surveillant PUSSÎN (Mythe fondateur fabriqué par le fils de PÎNEL, SCIPÎON, comme l'a bien montré Jacques POSTEL) ; mais dans l'ensemble «sur le terrain», les lieux de détention des aliénés sont encore très hétérogènes et les dispositions juridiques pour les y détenir encore assez mal appliquées malgré le caractère très volontariste des décrets et circulaires des assemblées révolutionnaires du Conseil et de l'Empire.

Sur le plan théorique, la psychiatrie – nom donné par le neurologue, peintre et poète J.C REIL – était constituée depuis le traité médico-philosophique de PÎNEL (1800) ainsi que le fait remarquer Jacques POSTEL en citant HEGEL – «le véritable traitement psychique s'en tient à cette conception que la folie n'est pas une perte de la raison ni du côté de l'intelligence, ni du côté de la volonté, mais un simple dérangement d'esprit – une contradiction dans la raison qui existe encore».

«PÎNEL a droit à la reconnaissance la plus grande pour tout ce qu'il a fait à cet égard – suppose le malade raisonnable et trouve là un point d'appui solide pour le prendre de ce côté» - (Encyclopédie des sciences philosophiques).

Mais tout restait à faire sur le plan pratique et législatif.

Il a fallu entre la fin de l'Empire et la loi du 30 juin 1838, un intense travail «idéologique» de la part des grands médecins aliénistes français, essentiellement JB. ESQUIROL (1772-1840) et Guillaume Marie André FERRUS (1784-1861).

Il faut dire que le pouvoir et l'influence des médecins s'étaient considérablement accrus dans la période révolutionnaire et impériale, ce qui correspond à l'âge d'or de la médecine parisienne, alors la plus réputée dans le monde.

On peut dire que c'est de cette époque que naît le personnage du médecin comme notable et comme figure de la société bourgeoise triomphante.

Le rôle de J.B ESQUIROL est bien connu : élève de PINEL à La Salpêtrière puis médecin chef à la Maison royale de Charenton de 1825 à sa mort, formateur des grands aliénistes français du 19e siècle, il conçut le cadre administratif et législatif de la loi de 1838, qu'on appelait parfois la loi ESQUIROL.

Celui de FERRUS, bien que moins connu, est peut être aussi crucial. Nommé Chef à Bicêtre en 1826, il visita, avant sa prise de fonctions, les asiles d'aliénés d'Angleterre et de France et devait en tirer des enseignements. A son arrivée à Bicêtre, il fit démolir par les aliénés eux-même 96 loges insalubres.

Mais c'est surtout en tant qu'inspecteur général des asiles d'aliénés (premier poste français d'inspecteur général des asiles pour aliénés) à partir de la fin de l'année 1835 qu'il put contribuer de manière décisive à l'élaboration de la loi du 30 juin 1838. Il visita pendant deux ans et demi tous les établissements accueillant des malades mentaux et c'est à partir de ses observations, consignées dans des rapports, que la chambre des pairs et celle des députés aboutit à la rédaction de la loi, qu'il qualifia lui-même de «législation protectrice devenue pour les autres États un modèle et qui constitue une des plus belles conquêtes modernes de la raison et de la charité».

CHAPITRE II

La loi du 30 juin 1838

Ses effets et son évolution jusqu'à la loi de juin 1990

Cette loi fut discutée et amendée pendant quinze mois.

Dans les projets et discussions préparatoires, il faut noter :

- ☞ L'enquête du 25 juin 1836 : questions relatives aux aliénés.
- ☞ Le projet de loi amendé par la chambre des députés.
- ☞ Le projet de loi amendé par les pairs.
- ☞ L'explication du nouveau projet de loi par le Ministre de l'Intérieur devant la chambre des pairs (15 janvier 1838).
- ☞ Le projet de loi amendé par la chambre des députés (2ème version).
- ☞ Les observations faites par quatre grands aliénistes français, dont l'avis était sollicité :
 - **G. FERRUS** : Des aliénés – 1834
 - **P. FALRET** : Observation sur le projet de loi relatif aux aliénés – 1837.
 - **ESQUIROL** : Examen du projet de loi sur les aliénés – 1838
 - **A. FAÏVRE** : Examen critique du projet de loi sur la séquestration des aliénés – Lyon 1838.

Sans pouvoir reproduire ici l'ensemble de ces textes, nous ne pouvons que souligner l'incroyable minutie avec laquelle cette loi fut élaborée. Pratiquement aucun détail n'est oublié. Ceci explique peut-être pourquoi cette loi fut appliquée, pratiquement sans modifications, pendant 152 ans, sous les cinq ou six (si on inclut l'administration de Vichy) régimes qu'a connus la France depuis lors.

L'étude minutieuse, après enquêtes, la longueur des débats, la compétence juridique des députés et pairs, la clarté extraordinaire du texte, expliquent sans nul doute sa longévité.

Le contraste n'en est que plus grand avec les lois plus récentes qui ont organisé les soins sans consentement et qui n'ont fait réellement ni l'objet d'enquêtes minutieuses, ni de débats prolongés avant leur promulgation.

Il faut dire que l'opinion publique était totalement désintéressée contrairement à ce qui se passait avant 1838.

Il faut rappeler que cette loi, dans sa plus grande partie, concerne la gestion des biens des aliénés ainsi que leur capacité civile.

Cette partie fut abrogée en 1968 et remplacée par la loi du 3 janvier 1968 sur les incapables majeurs. Celle-ci, qui a institué des régimes beaucoup plus souples de protection des Incapables, est toujours en application.

Le point essentiel pour notre sujet est que cette loi de 1968 introduit une séparation entre l'hospitalisation sans consentement et la nécessité d'une mesure de protection.

La loi de 1838, à cet égard, ne le prévoyait pas. Au contraire, selon elle toute personne placée d'office ou par la volonté de la famille était automatiquement privée de la plupart de sa capacité civile.

On peut voir dans ces dispositions le souci de l'époque de protéger au maximum la propriété et la famille ; conçues toutes les deux comme le fondement de l'ordre social.

Nous allons maintenant reproduire et commenter les articles ou extraits d'articles de la loi qui précisent les modalités de placement, de sortie et de surveillance.

Le titre I

est intitulé «Des établissements d'aliénés»

Article 1^{er} : «Chaque département est tenu d'avoir un établissement public, spécialement destiné à recevoir et soigner les aliénés ou de traiter, à cet effet, avec un établissement public ou privé soit de ce département, soit d'un autre département».

Ce fut la partie de la loi la plus difficile à appliquer. En 1945, bien des départements (Corse, Haute-Savoie, Seine-et-Oise, Seine-et-Marne, Loire, etc..) n'avaient pas d'hôpital psychiatrique. Les derniers construits en France le furent après la Seconde Guerre mondiale : tels par exemple CHARCOT à Plaisir (78) en 1959 – Barthélémy DURAND à Etampes (1963), PIERREFEU (83) ou CASTELLUCIO (Ajaccio).

En Haute-Savoie, il était prévu de construire un hôpital psychiatrique de 1 100 lits. Projet abandonné en 1973.

Auparavant, Hausmann à Paris avait constaté lors de sa prise de fonction de préfet de la Seine en 1860 «Le service des aliénés de la Seine se faisait dans des conditions indignes d'un tel département».

Il fut à l'origine, avec GIRARD DE CAILLEUX, de la création des asiles historiques de Ste Anne, Ville Evrard et Vaucluse, sur le modèle architectural de PARCHAPPE – et qui sont le témoin architectural le plus pur de l'âge d'or de l'aliénisme -

Article 2 : Les établissements publics consacrés aux aliénés sont placés sous la direction de l'autorité publique.

Article 3 : Les établissements privés consacrés aux aliénés sont placés sous la surveillance de l'autorité publique.

Article 4 : Le préfet et les personnes déléguées à cet effet par lui ou par le ministre de l'Intérieur, le président du tribunal, le procureur du roi, le juge de paix, le maire de la commune, sont chargés de visiter les établissements publics ou privés consacrés aux aliénés.

Commentaire :

Ces trois articles illustrent remarquablement le rôle majeur joué par l'administration d'État. Les autorités judiciaires et les élus n'ont qu'un rôle d'inspection, auquel d'ailleurs il leur est enjoint de se conformer, comme s'ils étaient eux-mêmes soumis à l'autorité de l'État. Ni les juges ni les élus ne sont indépendants.

Article 7 : Les règlements intérieurs des établissements publics consacrés, en tout ou en partie, au service des aliénés, seront, dans les dispositions relatives à ce service, soumis à l'approbation du ministre de l'Intérieur.

Commentaire :

Dans cet article également, on peut voir l'autorité absolue confiée à l'État.

A remarquer aussi que la tutelle n'est ni celle d'un quelconque ministre de la Santé (qui n'existe alors pas), ni du ministre de la Justice – mais du ministre directement responsable de l'ordre public.

A signaler aussi dans un article précédent, l'article 5 que nous ne reproduisons pas, l'injonction de traiter les malades mentaux dans des lieux spécifiques lorsqu'ils sont placés dans des établissements privés consacrés au traitement d'autres maladies

Le titre II

Il traite en 2 sections : l'une sur les placements volontaires, l'autre sur les placements ordonnés par l'autorité publique – sur les dispositions juridiques qui doivent être appliquées pour le traitement des aliénés.

La section I – Des placements volontaires

Article 8 : Précise que les établissements consacrés aux aliénés ne pourront recevoir une personne atteinte d'aliénation mentale que s'il ne leur est remis :

1) Une demande d'admission contenant les nom, profession, âge et domicile, tant de la personne qui la formera que de celle dont le placement sera réclamé – et l'indication du degré de parenté ou, à défaut, de la nature des relations qui existent entre elles.

2) Un certificat de médecin constatant l'état mental de la personne à placer et la nécessité de faire traiter la personne désignée dans un établissement d'aliénés et de l'y tenir renfermée.

Il est précisé plus loin : «En cas d'urgence, les chefs des établissements publics pourront se dispenser d'exiger le certificat du médecin».

Commentaire :

Cette procédure d'urgence permet donc à un membre de la famille ou à un tiers avec lequel le patient a une relation quelconque, de faire interner une personne sans autre formalité.

Toutefois, le troisième alinéa de l'article 8 corrige cette apparente facilité pour n'importe qui de faire interner quelqu'un en demandant aux chefs des établissements d'envoyer dans les 24 heures un certificat au préfet du département.

c'est le fameux «certificat 24 heures» dont la rédaction a été la tâche primordiale des médecins psychiatres depuis la loi de 1838.

Article 10 : Enjoint au préfet de notifier au procureur le placement d'une personne dans un établissement public et privé.

Article 11 : Impose au directeur de l'établissement d'adresser au préfet un nouveau certificat quinze jours après le placement d'une personne. C'est le «certificat de quinzaine».

Article 13 : Déclare que «toute personne cessera d'y être détenue aussitôt que les médecins de l'établissement auront déclaré que la guérison est obtenue».

Cet article donne donc beaucoup de pouvoir au médecin, en cas de placement volontaire et semble indiquer que la folie est guérissable et est plutôt une maladie aigüe que chronique.

Article 14 : Retire beaucoup de pouvoir au médecin d'empêcher une sortie, même chez un malade non «guéri» puisqu'il stipule : «qu'avant même que les médecins aient déclaré la guérison, toute personne placée dans un asile d'aliénés cessera également d'y être retenu dès que la sortie sera requise par l'une des personnes ci-après désignées : le curateur, l'époux ou l'épouse, les ascendants, les descendants, la personne qui aura désigné la demande d'admission.

Le médecin peut toutefois, s'il estime que l'état mental du malade pourrait compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes, en prévenir le maire de la commune qui pourra ordonner un sursis provisoire avec notification au préfet dans les 24 heures. Si le préfet ne prend pas un arrêté dans les quinze jours, la sortie du patient est impérative.

Article 16 : Donne également au préfet le droit «d'ordonner la sortie immédiate» des personnes placées volontairement dans les asiles d'aliénés.

Commentaire :

On mesure aussi dans cet article l'importance du pouvoir conféré au préfet – c'est-à-dire directement au pouvoir en place.

La section II – Des placements ordonnés par l'autorité publique

Article 18 : «A Paris, le préfet de police et dans les départements les préfets, ordonneront d'office le placement dans un asile d'aliénés de toute personne, interdite ou non interdite, dont l'état d'aliénation compromettrait l'ordre public et la sûreté des personnes».

Commentaire :

Cet article, fondamental, donne tous les pouvoirs à l'Etat et fait clairement le lien entre dangerosité sociale et aliénation mentale. On peut dire qu'il s'agit de la base du principe de l'internement telle qu'elle fut et est encore perçue dans la conception populaire.

Il n'est même pas besoin de certificat médical : la responsabilité de détenir un aliéné dangereux, ou potentiellement dangereux, n'incombe qu'au représentant de l'État.

Article 19 : « En cas de danger imminent attesté par le certificat d'un médecin ou par la notoriété publique, les commissaires de police à Paris et les maires dans les autres communes, ordonneront à l'égard des personnes atteintes d'aliénation mentale toutes les mesures provisoires nécessaires, à la charge d'en référer dans les vingt-quatre heures au préfet qui statuera sans délai».

Commentaire :

Il s'agit d'une délégation provisoire du pouvoir de placer un aliéné.

On peut remarquer la mise sur le même plan du certificat médical et de la notoriété.

Article 20 : Il prévoit la nécessité d'adresser au préfet tous les six mois un certificat médical précisant l'état de chaque personne retenue.

Il incombe au préfet d'ordonner le maintien dans l'établissement ou la sortie.

Article 23 : Il stipule que si les certificats médicaux prévus aux articles 8 et 11(certificat de 24 heures et certificat de quinzaine) dans le cas de placements volontaires permettent d'ordonner la sortie, le préfet doit statuer sans délai.

Pour la sortie, c'est le médecin qui en formule la demande.

Celle-ci n'est effective qu'après décision du préfet.

Commentaire :

En conclusion de cet examen des principales dispositions de la loi du 30 juin 1838, concernant les soins sans consentement, nous voudrions insister sur la rapidité et la facilité avec lesquelles elle permet l'internement des malades mentaux.

La demande est faite soit par la famille, soit par l'autorité publique. La décision est prise dans les 24 heures par le préfet qui s'appuie sur l'avis des médecins pour maintenir ou lever la rétention.

La simplicité de ces procédures fait que la loi a été appliquée sans difficulté par les générations successives et qu'elle a assuré un contrôle de la maladie mentale pendant plus de 150 ans.

Néanmoins, au cours de cette longue période, son application pratique a connu des évolutions elles-mêmes dues à des pratiques psychiatriques qui n'ont cessé de se modifier. C'est ce que nous voudrions examiner brièvement dans le paragraphe suivant.

Conséquences sur la population détenue en asile d'aliénés

La statistique des aliénés en France remonte à 1835. Depuis cette date jusqu'à la diversification des pratiques psychiatriques avec la politique de secteur, nous disposons de données à peu près fiables sur le nombre de malades présents dans les établissements psychiatriques au 31 décembre de chaque année.

En 1835, il y avait 11 524 présents, soit un taux de 34,2 pour 100 000 habitants.

La montée de ce nombre fut d'abord lente après la promulgation de la loi. C'était en effet la période du traitement moral et la conception que la folie était essentiellement un problème aigu et curable.

Mais après 1848, l'aliénation mentale fut plutôt considérée comme un problème chronique et organique. C'est aussi la période où la notion de «dégénérescence» fut développée par Horace Bénédict MOREL (1809-1879) – inventeur aussi du concept de «démence précoce». Les transformations de la vie sociale (l'explosion urbaine) expliquent peut-être aussi en partie l'accroissement de la population détenue dans les asiles.

En 1939, la population atteint 106 327, soit un taux de 278 pour 100 000.

On voit donc la remarquable efficacité de la loi de 1838 puisque la proportion de personnes internées dans un asile a été multipliée par 8 en un siècle.

Il y avait alors huit fois plus de personnes dans les asiles que dans les prisons.

Toutefois ce nombre devait s'effondrer entre 1940 et 1944 quand on ne relève plus que 59 503 présents (nous ne nous étendons pas sur les raisons de cette chute qui peuvent aller d'une mortalité accrue, ce qu'on a appelé l'euthanasie douce, à une meilleure tolérance de la société, voire à une sorte d'efficacité des conditions de guerre dans la prévention des troubles mentaux).

Dans la période suivante, de 1944 à 1968, on assiste à une remontée spectaculaire du nombre de présents en hôpital psychiatrique jusqu'à 119 500, maximum historique atteint en France.

Cette augmentation de 60 000 en 24 ans, à comparer avec la même augmentation en 70 ans de 1835 à 1905 – n'est pas sans devoir contester le lien habituellement fait entre le 19^e siècle et le «grand renfermement» : ce serait plutôt en fait le 20^e siècle qui le serait.

Depuis 1968, la baisse est continue : 101 400 en 1976 et 88 000 en 1981.

On ne dispose plus de statistiques fiables depuis, mais le nombre actuel de «lits psychiatriques» ne doit pas dépasser quarante mille.

La grande majorité des hospitalisations en service de psychiatrie se fait d'ailleurs aujourd'hui en service libre – environ 80 % des admissions. Il y a tout de même encore 70 000 admissions sans consentement.

Évolution de l'application de la loi de 1838

On peut la diviser en quatre phases historiques :

- 1) L'âge d'or de l'aliénisme – de 1838 à 1920
- 2) La contestation de l'asile – de 1920 à 1940
- 3) L'ébranlement de la culture asilaire – 1945 à 1990
- 4) La fin de l'asile et de la loi de 1838 – de 1990 à 2011

1) L'âge d'or de l'aliénisme

C'est aussi celui de la société des «bourgeois triomphants» (Charles MORAZÉ) et de la «Belle Époque».

La loi de 1838 est appliquée, ainsi que l'article 64, dans toute leur rigueur. Le personnage du médecin chef des asiles est un véritable notable, et certains atteignent une réelle célébrité tel Henry MAGNAN à Ste-Anne, qui fut couvert de tous les honneurs.

Il est vrai que les psychiatres n'étaient que 120 en 1900 contre plus de 10 000 à la fin du 20^e siècle (dont 4 000 exercent dans le public).

Si la loi de 1838 ne leur donnait pas le pouvoir légal d'admettre et faire sortir les patients, leur influence était telle qu'ils étaient in fine en possession de ce pouvoir.

2) La contestation de l'asile d'aliénés

Après la guerre de 1914, la contestation fut assez vive, si bien que l'image de l'asile puis des médecins des fous s'en trouve de plus en plus dégradée.

Le dernier psychiatre notable fut peut-être G. de CLÉREMBAULT (1872-1934), maître de l'infirmierie psychiatrique et de Jacques LACAN dont le suicide spectaculaire et médiatisé, est

peut-être emblématique de la mort de l'asile. Cette contestation fut très bien illustrée par le succès populaire du reportage d'Albert LONDRES (1884-1932) – «Chez les fous» publié en 1925.

Après une enquête dans divers asiles de France, il s'attaque violemment tant à l'article 64 qu'à la loi de 1838 et au personnage du psychiatre.

C'est ainsi qu'il écrit : «la loi de 1838 n'a pas pour base de soigner et de guérir des hommes atteints d'une maladie mentale, mais la crainte que ces hommes inspirent à la société – c'est une loi de débarras».

Et plus loin «la loi de 1838, en déclarant le psychiatre infaillible et tout puissant, permet les internements arbitraires et en facilite les tentatives sous la loi de 1838, les deux tiers des internés ne sont pas de véritables aliénés».

Il dit avoir ressenti «effroi, horreur, consternation, dégoût, écœurement, devant Monsieur Psychiatre qui joue de la médecine comme d'autres jouent du cor de chasse».

Cette dénonciation du psychiatre se retrouve aussi dans le beau roman d'André BRETON, NADJA (1928), dans lequel il reproduit une photo du Professeur CLAUDE, médecin chef de Ste-Anne avec ce commentaire acerbe : «avec ce front buté et ignare qui le caractérise».

Face à cette dégradation de l'image de l'asile et des conditions de détention des patients, un mouvement s'organise peu à peu. C'est ainsi qu'est créé en 1922 le premier service ouvert dans un asile par Henri ROUSSELLE (1860-1925), président du Conseil Général de la Seine.

Le premier médecin chef en est Édouard TOULOUSE (1865-1947) qui créa aussi La Ligue française de prophylaxie et d'hygiène mentale, ainsi qu'une consultation ambulatoire à Ste-Anne – ancêtre des dispensaires et centres médico-psychologiques actuels.

Sur un autre plan, ce fut aussi l'époque de la création de «l'Évolution Psychiatrique» autour de Henri EY et l'introduction des théories freudiennes en France.

D'autres initiatives thérapeutiques, l'électrochoc par BIMBI et CERLETTI, la cure d'insuline par SAKEL et la lobotomie par E. MONIZ, allaient accentuer le caractère médical des thérapies psychiatriques.

De lieu de détention, l'asile allait devenir un hôpital où l'on soignait.

La traduction en fut le changement de nom de l'asile devenu «hôpital psychiatrique» en 1938 – et du gardien de «fous» devenu «infirmier psychiatrique» à la même époque. Mais le caractère très agressif des traitements à la base de cette transformation accentua encore l'image de la dégradation de l'asile.

Il suffit de se souvenir de la «Fosse aux serpents» - ou de «Vol au dessus d'un nid de coucou» pour en prendre la mesure.

Dans le public, partout en Occident, l'hôpital psychiatrique n'était pas un lieu de soins mais un lieu de détention pire que la prison, avec en plus des méthodes de soins plus proches de la torture que réellement bénéfiques.

La période la plus noire de l'histoire de la psychiatrie fut caractérisée par la stérilisation des malades mentaux (inaugurée en Suède), puis le massacre des aliénés sous la dictature nazie et orchestrée par le tiers des professeurs de psychiatrie allemands (sous le prétexte d'euthanasie – Gnadetod en allemand) et l'abandon des patients en institution en France pendant l'occupation- avec peut- être 50 000 malades morts prématurément.

L'ensemble de ces crimes provoqua un violent choc en retour, et le désir par beaucoup de psychiatres de révolutionner totalement leurs pratiques.

3) L'ébranlement de la culture asilaire – 1945-1990

La conscience de la «misère de la psychiatrie» - pour reprendre le numéro de décembre 1952 de la Revue Esprit - fut à l'origine d'innovations radicales :

- ⇒ **La psychothérapie Institutionnelle** – d'inspiration psychanalytique et sociogénétique.
- ⇒ **La politique dite de secteur** – toutes les deux aboutissent à une humanisation des conditions de vie des patients.

Nous ne pouvons citer tous ces médecins psychiatres de l'après guerre qui ont révolutionné la psychiatrie, son organisation et sa législation.

Dans le livre de Jean AYME (1924-2011) – Chroniques de la psychiatrie publique – nous trouvons un récit détaillé sur les acteurs et les luttes qui ont permis à la psychiatrie publique entre 1965 et 1990 de connaître un véritable âge d’or dont malheureusement le souvenir s’estompe devant les difficultés du présent.

Puisque notre travail consiste à étudier, essentiellement à examiner, les législations successives des soins psychiatriques, nous voulons citer les principales circulaires, décrets et lois, qui ont orchestré la naissance de la psychiatrie de secteur entre 1960 et 1985.

Il s’agit de :

La circulaire du 15 mars 1960

Inspirée par Philippe PAUMELLE (1923-1973), fondateur du 1^{er} secteur français en 1958 : le secteur du XIII^e arrondissement.

Cette circulaire, essentielle, était pendant 12 ans la seule base légale du secteur. Elle prévoyait quatre dispositions :

- 1) Des hospitalisations aussi brèves que possible
- 2) Assurer la postcure
- 3) Organiser des structures extra-hospitalières et des dispensaires
- 4) La même équipe est chargée des soins hospitaliers et extra-hospitaliers.

La circulaire N° 12

Du 24 janvier 1962 sur la mixité des services

L’arrêté du 14 mars 1972

Véritable naissance du secteur psychiatrique qui reprend la circulaire de 1960 et permet la généralisation des pratiques du XIII^e arrondissement à l’ensemble du territoire.

La circulaire N° 443

Du 16 mars 1973, complétée par celle du 09 mai 1974, précise l’application à la pédopsychiatrie.

La circulaire du 15 juin 1979

Sur l'accueil des urgences.

La loi N° 85772 du 25 juillet 1985 - Qui donne une base au secteur psychiatrique.

Le secteur psychiatrique étant généralisé et légalisé, la loi de 1838 sur les soins sans consentement continuait de s'appliquer mais on assistait à une rapide diminution des lits dans les hôpitaux psychiatriques et à une chute des admissions en placement volontaire et d'office.

Bien que le mouvement de «désinstitutionnalisation» fût moins rapide qu'en Italie (loi 180 - fermeture des hôpitaux psychiatriques) ou aux États-Unis, la loi de 1838 ne pouvait plus s'appliquer telle quelle.

Les discussions furent vives parmi les membres des professions psychiatriques pour déterminer par quelle nouvelle loi la remplacer.

Les plus radicaux préconisaient une loi non spécifique ; les malades mentaux ayant le même statut que les autres malades des hôpitaux généraux.

Cette préconisation ne fut pas adoptée par les pouvoirs publics. La loi de 1990 fut conçue explicitement comme provisoire puisqu'elle devait être «réévaluée dans les cinq années qui suivent sa promulgation».

Cette évaluation qui aurait dû être établie sur la base des rapports des commissions départementales, prévues à l'article L 332.3 du Code de la santé publique, ne sera jamais faite.

Les commissions départementales prévues ne s'étant jamais réunies à cet effet.

La loi du 27 juin 1990

Est une loi de compromis entre le souci des libertés individuelles et la nécessité de protéger l'ordre public.

Son intitulé : «**La loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux, et à leur condition d'hospitalisation**», tranche bien sûr avec celui de la loi du 30 juin 1838.

Mais le chapitre III concernant les hospitalisations sans consentement n'apporte que peu de modifications par rapport au placement volontaire et au placement d'office de la loi de 1838.

La première partie de la loi - (Des articles L 326.1 à L 330.1)

Précise les droits et garanties légales des personnes hospitalisées.

Relevons en particulier les formulations suivantes :

- «Nul ne peut être, sans son consentement, hospitalisé ou maintenu en hospitalisation dans un établissement accueillant des malades atteints de troubles mentaux».
- «Toute personne hospitalisée avec son consentement pour des troubles mentaux est dite en hospitalisation libre. Elle dispose des mêmes droits que ceux qui sont reconnus aux malades hospitalisés pour une autre cause».
- «Lorsqu'une personne atteinte de troubles mentaux est hospitalisée sans son consentement en application des dispositions du chapitre III du présent titre, les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être limitées à celles nécessitées par son état de santé et la mise en œuvre de son traitement».

Il était en effet important de rappeler que les malades hospitalisés en service libre disposent des mêmes droits que ceux des autres patients – puisque 80 % des patients admis en service ou hôpital psychiatrique l'étaient selon cette modalité.

En fait, ces articles reprennent les articles L 1112.2 du Code de santé publique et l'article L 1111.4.

- «Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement, hors les cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir» - «Toute personne prend avec le professionnel de santé, et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé».

Toutes ces dispositions ont été reprises dans la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Pour les personnes hospitalisées sans consentement, la loi s'efforce à ce qu'elles conservent le maximum des droits accordés aux autres patients.

On peut d'ailleurs considérer le non-consentement comme une application de l'article L 1112.2 précédemment cité, et qui fait d'ailleurs partie du code civil (article 16.3) : «l'intervention thérapeutique hors consentement est permise par le fait que certains malades ne sont pas à même de consentir».

Les conditions d'hospitalisation sans consentement dans la loi de 1990 sont un peu modifiées par rapport à la loi de 1838 :

1) Hospitalisation à la demande d'un tiers : la principale modification par rapport à la loi de 1838 est la nécessité de deux certificats de médecin, dont l'un par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement.

Même en cas de péril imminent, un certificat médical est exigé, contrairement à la loi de 1838.

Il peut être fait par un médecin de l'établissement d'accueil.

Une disposition essentielle de la loi de 1838 est reprise dans la loi de 1990 :

- l'article L 347 précise en effet : «A l'égard des personnes relevant d'une hospitalisation sur demande d'un tiers, et dans le cas où leur état mental pourrait compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes, le préfet peut prendre un arrêté provisoire d'hospitalisation d'office».

Il n'est pas précisé, qui dans ce cas, est le juge du risque à l'ordre public.

Selon notre interprétation, et en fait selon la pratique, il s'agit du médecin traitant de l'établissement qui se voit là confier un très grand pouvoir, mais non explicité.

2) L'hospitalisation d'office :

Également peu de dispositions nouvelles par rapport à la loi de 1838.

- la principale est la nécessité d'un certificat médical circonstancié d'un médecin n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil. Nécessité qui n'existe pas en cas de danger imminent pour la sûreté des personnes – puisque la notion de «notoriété publique» est reprise de la loi de 1838.

- un autre assouplissement est, dans l'article L 345, la limitation de la durée de l'hospitalisation d'office.

A la suite du 1^{er} mois, un avis psychiatrique est nécessaire pour le maintien d'HO pour trois mois. Au delà de cette durée, un certificat doit être adressé au préfet tous les six mois.

Toutefois, l'innovation la plus importante de la loi de 1990 est l'institution d'une Commission départementale des hospitalisations psychiatriques chargée d'examiner la situation des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux au regard du respect des libertés individuelles et la dignité des personnes.

Cette commission, composée d'un magistrat, d'un psychiatre et deux personnes qualifiées, est une instance de recours.

Elle est informée de toute hospitalisation sans consentement, visite et reçoit, à leur demande, les personnes hospitalisées, assistées éventuellement d'un conseil (une autre innovation de la loi). Elle peut saisir le procureur ou le préfet sur la situation des personnes hospitalisées.

Et surtout, elle peut « proposer au président du tribunal de grande instance d'ordonner la sortie immédiate de toute personne hospitalisée sans son consentement ».

Quoique le pouvoir ultime soit donné au président du tribunal, on peut penser qu'il peut difficilement s'opposer à une proposition de cette commission.

En conclusion

La loi du 27 juin 1990 est dans l'ensemble dans l'esprit de la loi de 1838, mais l'accent est beaucoup plus mis sur les libertés individuelles et la dignité des personnes.

En ce qui concerne le souci d'ordre public, elle avance très prudemment vers une limitation au maximum de la durée des hospitalisations sans consentement.

La promesse d'une révision tous les cinq ans laisse envisager que la détention d'une personne pour troubles mentaux ne soit plus que tout à fait exceptionnelle.

Les soins ambulatoires consentis devant être la règle – et que le lien multi-sécuritaire entre dangerosité et maladie mentale soit dénoué.

Depuis 1990, l'évolution de la psychiatrie, de l'opinion publique, les préoccupations des pouvoirs publics, ne sont pas allées dans le sens de ce qu'espérait pour le futur la loi du 27 juin 1990.

Les préoccupations de sécurité publique ont été à la source de dispositions légales, dont la loi du 05 juillet 2011 est l'expression la plus aboutie.

CHAPITRE III

De la loi du 27 juin 1990
à la loi du 05 juillet 2011

Pendant cette période de 30 ans, et contrairement à la précédente (1960-1990), la psychiatrie a connu une période de stagnation – sinon de régression.

Sur le plan thérapeutique et théorique, ce fut le déclin de la psychanalyse, la fin du mouvement de psychothérapie institutionnelle ; par contre ce fut l'époque de développement des théories cognitivo-comportementales, de la culture de l'évaluation et des classifications psychiatriques purement symptomatiques – inspirées par la série des D.S.M.

Le mouvement de «désinstitutionalisation» s'est poursuivi sans que les structures dites alternatives (foyers, appartements thérapeutiques, ateliers protégés) aient été nécessairement créées.

La profession d'infirmier psychiatrique spécialisé disparut en 1992 ; la spécialité psychiatrique pour les médecins obtenue après un concours d'internat général.

Le mouvement de libéralisation des mœurs, ainsi que de l'économie connaît alors son maximum d'intensité aboutissant à une limitation des hospitalisations sans consentement à soixante-dix mille par an en France – dont onze mille en HO pour l'année 2003. Soit 13% du total des hospitalisations – chiffre stable depuis cette date.

La durée de séjour hospitalier s'est littéralement effondrée – si bien qu'un grand nombre de malades mentaux graves se trouvait être hors des murs, dans la cité, conformément à l'idéologie du «Dés-aliénisme» de Lucien BONNAFÉ (1912-2003).

Le bilan de cette politique généreuse n'a pas encore été fait globalement, mais il paraît nettement moins favorable qu'espéré dans les années 1960 et 1970.

Dans bien des cas, les malades mentaux, surtout graves, sont laissés à eux-mêmes. Il s'agit souvent d'une véritable négligence, certes pas aussi dramatique qu'aux Etats-Unis (documenté dans CRAZY IN THE STREET – An American Mental Health Tragedy), mais néanmoins bien réelle.

En l'absence de réelles structures alternatives à l'hôpital, et malgré le très grand travail accompli par les équipes de secteur psychiatrique, beaucoup de psychotiques se retrouvent S.D.F, à la charge des familles ou dans les prisons.

① **En ce qui concerne les S.D.F**

L'attention fut attirée par les travailleurs sociaux, en particulier ceux du SAMU social.

② **Pour ceux à la charge des familles**

C'est essentiellement l'U.N.A.F.A.M qui a protesté contre l'impuissance des familles devant le comportement voire la dangerosité des membres qu'ils devaient accueillir.

Cette association fut d'ailleurs à l'origine des modalités de la loi du 05 juillet 2011 concernant les soins à la demande d'un tiers.

③ **Pour les malades mentaux graves**

La situation a été longtemps dénoncée par le personnel de l'administration pénitentiaire : sans que les chiffres soient fiables, on estime à **8%** le nombre de psychotiques graves dans les prisons et à **30%** ceux présentant des troubles moins graves – essentiellement dépressions avec idées et tentatives de suicide, anxiété - d'où la création des Unités de consultation et de Soins Ambulatoires (UCSA) en 1994 et des Services Médico-Psychologiques Régionaux (SMPR) en 1986.

Dès 2003, la conscience se faisait que la «psychiatrie était en crise» - d'où les plans de santé mentale successifs, 2005, 2008, et celui en cours d'élaboration pour 2011 – on peut considérer que la loi du 05 juillet 2011 est un élément de ce plan, le reste c'est-à-dire les moyens financiers et humains, était encore à définir et à réaliser.

Les modifications législatives de cette période ont été assez nombreuses et portent presque toutes sur les questions médico-légales.

1) **La loi du 27 juillet 1992**

Modifie l'ancien article 64 du Code pénal.

L'article 122.1 précise désormais que « *N'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes* ».

Une des conséquences fut une diminution spectaculaire du nombre de délinquants déclarés comme irresponsables par les experts psychiatres.

C'est ainsi qu'en 2003, sur 47 655 personnes, seulement 285 non lieux pour irresponsabilité furent prononcés, soit 0,005% des personnes mises en examen. Ce qui a contribué à l'augmentation de la population psychiatrique dans les prisons.

Dans la période antérieure où le taux d'irresponsabilité était beaucoup plus grand, les patients étaient accueillis dans des Unités de Malades Difficiles (U.M.D), anciennement Services pour Médico-légaux – dont cinq existent en France - peuvent accueillir 490 patients dont 40 femmes :

- L'U.M.D Henri COLLIN à Villejuif – créée en 1910
- L'U.M.D de Montfavet (84) – créée en 1947
- L'U.M.D de Sarreguemines (57) – créée en 1957
- L'U.M.D de Cadillac (33) – créée en 1963
- L'U.M.D de Plouguernevel (56) – créée en 2008

Elles accueillent à la fois des patients relevant de l'article 122.1 du Code pénal (irresponsables) et des patients dont le comportement est trop dangereux pour les services psychiatriques ordinaires.

Selon un article du 14 mars 1986, la sortie des patients de l'U.M.D se fait par transfert vers l'hôpital psychiatrique du lieu d'origine du patient, à la suite d'une préconisation par une Commission du suivi médical comprenant des médecins psychiatres.

2) La loi du 28 février 2008

Relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental.

Cette loi représente, à notre avis, le jalon fondamental dans l'évolution sécuritaire de l'approche des malades mentaux.

Plusieurs faits divers concernant des crimes commis par des malades mentaux libres de sortir comme ils le voulaient – des affaires de crimes sexuels, essentiellement pédophiliques –

avaient déclenché un mouvement de condamnation très fort dans l'opinion publique, relayé ou entretenu par les médias.

Les pouvoirs publics, pour rassurer l'opinion, ne pouvaient que faire voter une loi qui durcissait les condamnations prévues pour ces crimes.

Dans ces textes, une innovation majeure : la rétention de sûreté, tant critiquée par les avocats qui y voyaient, sans doute à juste titre, une rupture avec l'esprit du Code pénal tel qu'il était en vigueur depuis deux siècles.

Traditionnellement, la peine prononcée et effectuée suffit à exonérer l'auteur d'un crime. La loi sur la rétention de sûreté a un souci de prévention.

Le premier objectif de la loi est de permettre de retenir dans des centres fermés les auteurs de crimes pédophiles qui, ayant été condamnés à 15 ans de réclusion ou plus, seront considérés comme encore dangereux à leur sortie de prison avec un risque persistant de récidive.

Cette mesure de «rétention de sûreté» sera prononcée par une juridiction pour une durée de un an et pourra être renouvelée si la personne est toujours considérée comme dangereuse.

Dans ces centres de rétention, les personnes devront bénéficier d'une prise en charge médicale et sociale particulière.

Cette disposition, qui concerne essentiellement les délinquants sexuels, permet en fait une condamnation à une «peine psychiatrique» par la justice – les expertises permettant la sortie étant certes faites par des psychiatres, mais la décision de rétention étant sous la responsabilité des juges.

A noter que ce type de «placement judiciaire» existait dans les établissements médico-légaux de Grande-Bretagne et de Belgique. Les durées de détention dans le terrible asile médico-légal de Dartmoor n'étaient pas fixées à l'avance mais dépendaient de l'évolution thérapeutique du prisonnier.

Cette confusion entre «soin et peine» avait pu être évitée jusqu'ici en France. Il est vrai que la loi du 25 février 2008 n'était pas totalement sans antécédents :

3) La loi du 15 avril 1954 - sur les alcooliques dangereux

Prévoyait aussi un placement judiciaire de manière explicite : «si le maintien en liberté est impossible, l'alcoolique dangereux est placé par l'ordonnance du tribunal dans un établissement de soins pour une durée de six mois».

Nous ne disposons pas de statistiques sur l'effet réel de cette loi, mais il nous semble qu'elle a été appliquée de manière variable selon les départements et le zèle des Directions de l'Action Sanitaire et Sociale qui étaient chargées de transmettre les dossiers à la justice.

De toute manière, cette loi a cessé d'être appliquée vers la fin des années 70 sans qu'elle ne soit jamais formellement abrogée.

4) La loi du 31 décembre 1970

Sur les toxicomanies, est un autre exemple de soins psychiatriques prescrits par la justice.

L'article 355 dispose en effet que «toute personne usant de produits classés comme stupéfiants est placée sous la surveillance de l'autorité sanitaire».

La confusion entre le judiciaire et le médical est alors à son comble puisque la personne est considérée à la fois comme malade et comme délinquant. Il s'agit soit de le punir, soit de le soigner.

Cette disposition devait être complètement formalisée dans la circulaire du ministère de la Justice publiée le 17 septembre 1984 sous le nom d'injonction thérapeutique.

Il s'agit d'une alternative sanitaire à des poursuites légales – qu'on pourrait considérer comme une sorte de chantage légal qui rencontra, et rencontre toujours, le scepticisme des médecins qui ne comprennent pas très bien comment on peut bénéficier d'un traitement sans le demander ou, au moins, y adhérer.

Il est d'ailleurs à signaler que, quarante ans après, la loi prévoit toujours les mêmes dispositions légales – malgré l'évolution du profil des patients et l'apparition de la substitution à la consommation d'opiacées.

Le principe de l'injonction thérapeutique s'est d'ailleurs étendu à d'autres domaines tels la pédophilie ou les violences familiales.

Il semble que cette fortune du concept «d'injonction thérapeutique» correspond à un besoin très profond de la société, des pouvoirs publics et des magistrats qui se rassurent à bon compte de manière quasi magique.

Pour les médecins, et encore plus pour les psychiatres, cette confusion entre peine et soins, qu'on appelle parfois aussi «**obligation de soins**», n'est pas très rationnelle et même un peu inquiétante. Quoi qu'il en soit, nous retrouverons cette notion d'obligation de soins dans la nouvelle loi du 05 juillet 2011, en particulier dans ses dispositions concernant les soins ambulatoires sans consentement.

- **Une autre disposition de la loi du 28 février 2008** - sur la rétention de sûreté - rompt avec une conception traditionnelle : il s'agit de la modification de la procédure de jugement des personnes considérées comme pénalement irresponsables pour causes de troubles mentaux. Les juges ne pourront plus simplement notifier une ordonnance de non-lieu, mais devront prononcer une déclaration d'irresponsabilité pénale à l'issue d'une audience qui pourra être publique si les victimes le demandent.

Cette déclaration d'irresponsabilité sera inscrite au casier judiciaire.

Cette exigence légale est censée avoir un double but :

- ① Pour les parents de la victime, ou la victime, être confrontés à la réalité.
- ② Pour le criminel lui-même, lui permettre de prendre conscience que l'acte a été effectivement commis par lui – ce qui serait une façon de ne pas l'annuler totalement, comme c'était le cas dans la formulation de l'article 64 : «Il n'y a ni crime ni délit si le sujet était en état de démence au moment de l'acte».

Il y aurait, pour le criminel irresponsable, un intérêt thérapeutique à cette comparution devant un tribunal et d'être confronté à la victime ou à sa famille.

Autre disposition très innovante : «Le juge pourra entre autre prononcer des peines de sûreté contre des personnes déclarées irresponsables (interdiction de rencontrer les victimes ou de se rendre en certains lieux)» – **ceci sera repris dans la loi du 05 juillet 2011.**

En conclusion

La période 1990-2011 est caractérisée par la fin brutale, peut-être sous l'effet des difficultés économiques, de l'âge d'or du «Dés-aliénisme» et de la psychiatrie de secteur.

On peut parler d'une crise de la psychiatrie, ou plutôt des soins psychiatriques.

La présence des malades mentaux dans la rue comme S.D.F, dans les prisons et dans leurs familles, a alimenté un certain degré d'inquiétude et d'insécurité à l'origine de la loi n° 2011-803 du 05 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.

CHAPITRE IV

Nous reproduisons dans le chapitre IV, le texte paru au journal Officiel du 05 juillet 2011 – sauf les dispositions du titre IV relatives à l’Outre Mer qui ne sont que techniques.

Par ailleurs, nous reproduisons un commentaire public de la circulaire du 11 août 2011.

LOIS

LOI no 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge (1)

NOR : ETSX1117295L

L'Assemblée nationale et le Sénat ont adopté,
Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

TITRE Ier

DROITS DES PERSONNES FAISANT L'OBJET DE SOINS PSYCHIATRIQUES

Article 1er

I. – Le titre Ier du livre II de la troisième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'intitulé est ainsi rédigé : « Modalités de soins psychiatriques » ;

2° L'intitulé du chapitre Ier est ainsi rédigé : « Droits des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques » ;

3° L'article L. 3211-1 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « être hospitalisée ou maintenue en hospitalisation dans un établissement accueillant des malades atteints de troubles mentaux » sont remplacés par les mots : « faire l'objet de soins psychiatriques » et les mots : « la loi et notamment par les chapitres II et III du présent titre » sont remplacés par les mots : « les chapitres II à IV du présent titre et ceux prévus à l'article 706-135 du code de procédure pénale » ;

b) Au second alinéa, le mot : « hospitalisée » est remplacé par les mots : « faisant l'objet de soins psychiatriques » ;

4° L'article L. 3211-2 est ainsi modifié :

a) A la première phrase, le mot : « hospitalisée » est remplacé par les mots : « faisant l'objet de soins psychiatriques » et les mots : « hospitalisation libre » sont remplacés par les mots : « soins psychiatriques libres » ;

b) A la seconde phrase, le mot : « hospitalisés » est remplacé par le mot : « soignés » ;

c) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Cette modalité de soins est privilégiée lorsque l'état de la personne le permet. » ;

5° Après le même article L. 3211-2, sont insérés des articles L. 3211-2-1 à L. 3211-2-3 ainsi rédigés :

« Art. L. 3211-2-1. – Une personne faisant l'objet de soins psychiatriques en application des chapitres II

et III du présent titre ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale est prise en charge :

« 1° Sous la forme d'une hospitalisation complète dans un établissement mentionné à l'article L. 3222-1 du présent code ;

« 2° Sous une autre forme incluant des soins ambulatoires, pouvant comporter des soins à domicile, dispensés par un établissement mentionné au même article L. 3222-1 et, le cas échéant, des séjours effectués dans un établissement de ce type.

« Lorsque les soins prennent la forme prévue au 2o, un programme de soins est établi par un psychiatre de l'établissement d'accueil. Ce programme de soins ne peut être modifié que par un psychiatre qui participe à la prise en charge du patient, afin de tenir compte de l'évolution de son état de santé.

« L'avis du patient est recueilli préalablement à la définition du programme de soins et avant toute modification de celui-ci, à l'occasion d'un entretien avec un psychiatre de l'établissement d'accueil au cours duquel il reçoit l'information prévue à l'article L. 3211-3 et est avisé des dispositions de l'article L. 3211-11.

« Le programme de soins définit les types de soins, les lieux de leur réalisation et leur périodicité, dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'Etat.

« Art. L. 3211-2-2 – Lorsqu'une personne est admise en soins psychiatriques en application des chapitres II ou III du présent titre, elle fait l'objet d'une période d'observation et de soins initiale sous la forme d'une hospitalisation complète.

« Dans les vingt-quatre heures suivant l'admission, un médecin réalise un examen somatique complet de la personne et un psychiatre de l'établissement d'accueil établit un certificat médical constatant son état mental et confirmant ou non la nécessité de maintenir les soins psychiatriques au regard des conditions d'admission définies aux articles L. 3212-1 ou L. 3213-1. Ce psychiatre ne peut être l'auteur du certificat médical ou d'un des deux certificats médicaux sur la base desquels la décision d'admission a été prononcée.

« Dans les soixante-douze heures suivant l'admission, un nouveau certificat médical est établi dans les mêmes conditions que celles prévues au deuxième alinéa du présent article.

« Lorsque les deux certificats médicaux ont conclu à la nécessité de maintenir les soins psychiatriques, un psychiatre de l'établissement d'accueil propose dans un avis motivé, établi avant l'expiration du délai de soixante-douze heures mentionné au troisième alinéa du présent article, la forme de la prise en charge mentionnée aux 1° et 2° de l'article L. 3211-2-1 et, le cas échéant, le programme de soins.

«Art. L. 3211-2-3. – Lorsqu’une personne remplissant les conditions pour être admise en soins psychiatriques prévues aux chapitres II et III du présent titre est prise en charge en urgence par un établissement de santé qui n’exerce pas la mission de service public mentionnée au 11° de l’article L. 6112-1, son transfert vers un établissement exerçant cette mission est organisé, selon des modalités prévues par convention, dans des délais adaptés à son état de santé et au plus tard sous quarante-huit heures. La période d’observation et de soins initiale mentionnée à l’article L. 3211-2-2 prend effet dès le début de la prise en charge.» ;

6° L’article L. 3211-3 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi modifié :

– à la première phrase, les mots : « est hospitalisée sans son consentement » sont remplacés par les mots :

« fait l’objet de soins psychiatriques », les mots : « cette hospitalisation » sont remplacés par les mots :

« ces soins » et les mots : « limitées à celles nécessitées par son état de santé et la mise en œuvre de son traitement » sont remplacés par les mots : « adaptées, nécessaires et proportionnées à son état mental et à la mise en œuvre du traitement requis » ;

– à la seconde phrase, le mot : « hospitalisée » est supprimé ;

b) Le deuxième alinéa est remplacé par cinq alinéas ainsi rédigés :

« Avant chaque décision prononçant le maintien des soins en application des articles L. 3212-4, L. 3212-7, L. 3213-1 et L. 3213-4 ou définissant la forme de la prise en charge en application des articles L. 3211-12-5, L. 3212-4, L. 3213-1 et L. 3213-3, la personne faisant l’objet de soins psychiatriques est, dans la mesure où son état le permet, informée de ce projet de décision et mise à même de faire valoir ses observations, par tout moyen et de manière appropriée à cet état.

« En outre, toute personne faisant l’objet de soins psychiatriques en application des chapitres II et III du présent titre ou de l’article 706-135 du code de procédure pénale est informée :

« a) Le plus rapidement possible et d’une manière appropriée à son état, de la décision d’admission et de chacune des décisions mentionnées au deuxième alinéa du présent article, ainsi que des raisons qui les motivent ;

« b) Dès l’admission ou aussitôt que son état le permet et, par la suite, à sa demande et après chacune des décisions mentionnées au même deuxième alinéa, de sa situation juridique, de ses droits, des voies de recours qui lui sont ouvertes et des garanties qui lui sont offertes en application de l’article L. 3211-12-1.

« L’avis de cette personne sur les modalités des soins doit être recherché et pris en considération dans toute la mesure du possible. » ;

c) Le 2° est complété par les mots : « et, lorsqu’elle est hospitalisée, la commission mentionnée à l’article L. 1112-3 » ;

d) Le 3° est ainsi rédigé :

« 3° De porter à la connaissance du Contrôleur général des lieux de privation de liberté des faits ou situations susceptibles de relever de sa compétence ; »

e) Les 3°, 4°, 5°, 6° et 7° deviennent respectivement les 4°, 5°, 6°, 7° et 8° ;

f) Au dernier alinéa, les références : « 4o, 6o et 7o » sont remplacées par les références : « 5o, 7° et 8° » ;

7° L'article L. 3211-5 est ainsi rédigé :

« Art. L. 3211-5. – Une personne faisant, en raison de troubles mentaux l'objet de soins psychiatriques prenant ou non la forme d'une hospitalisation complète conserve, à l'issue de ces soins, la totalité de ses droits et devoirs de citoyen, sous réserve des dispositions relatives aux mesures de protection des majeurs prévues aux sections 1 à 4 du chapitre II du titre XI du livre Ier du code civil, sans que ses antécédents psychiatriques puissent lui être opposés. » ;

8° L'article L. 3211-7 est ainsi modifié :

a) A la première phrase du premier alinéa, les mots : « sans son consentement » sont remplacés par les mots : « en application des chapitres II et III du présent code ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale » ;

b) Les deux derniers alinéas sont supprimés ;

9° L'article L. 3211-8 est ainsi rédigé :

« Art. L. 3211-8. – La personne faisant l'objet de soins psychiatriques en application des chapitres II et III du présent titre ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale peut être placée en curatelle ou en tutelle dans les conditions et selon les modalités prévues aux articles 425 et 440 du code civil. » ;

10° L'article L. 3211-9 est ainsi rédigé :

« Art. L. 3211-9. – Pour l'application du II des articles L. 3211-12 et L. 3211-12-1 et des articles L. 3212-7, L. 3213-1, L. 3213-3 et L. 3213-8, le directeur de l'établissement d'accueil du patient convoque un collège composé de trois membres appartenant au personnel de l'établissement :

« 1° Un psychiatre participant à la prise en charge du patient ;

« 2° Un psychiatre ne participant pas à la prise en charge du patient ;

« 3° Un représentant de l'équipe pluridisciplinaire participant à la prise en charge du patient.

« Les modalités de désignation des membres et les règles de fonctionnement du collège sont

fixées par décret en Conseil d'Etat. » ;

11° La première phrase de l'article L. 3211-10 est ainsi rédigée :

« Hormis les cas prévus au chapitre III du présent titre, la décision d'admission en soins psychiatriques d'un mineur ou la levée de cette mesure sont demandées, selon les situations, par les personnes titulaires de l'exercice de l'autorité parentale ou par le tuteur.» ;

12° L'article L. 3211-11 est ainsi rédigé :

« Art. L. 3211-11. – Le psychiatre qui participe à la prise en charge du patient peut proposer à tout moment de modifier la forme de la prise en charge mentionnée à l'article L. 3211-2-1 pour tenir compte de l'évolution de l'état de la personne. Il établit en ce sens un certificat médical circonstancié.

« Le psychiatre qui participe à la prise en charge du patient transmet immédiatement au directeur de l'établissement d'accueil un certificat médical circonstancié proposant une hospitalisation complète lorsqu'il constate que la prise en charge de la personne décidée sous une autre forme ne permet plus, notamment du fait du comportement de la personne, de dispenser les soins nécessaires à son état. Lorsqu'il ne peut être procédé à l'examen du patient, il transmet un avis établi sur la base du dossier médical de la personne.» ;

13° L'article L. 3211-11-1 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, à la première phrase, les mots : « hospitalisées sans leur consentement » sont remplacés par les mots : « faisant l'objet de soins psychiatriques en application des chapitres II et III du présent titre ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale sous la forme d'une hospitalisation complète » et, à la seconde phrase, après le mot : « établissement », sont insérés les mots : « , par un membre de sa famille ou par la personne de confiance qu'elle a désignée en application de l'article L. 1111-6 » ;

b) Au deuxième alinéa, les mots : « d'absence » sont remplacés par les mots : « de sortie accompagnée » ; c) A la première phrase du dernier alinéa, les mots : « d'une hospitalisation d'office » sont remplacés par les mots : « où la mesure a été prise en application du chapitre III du présent titre » et les mots : « du psychiatre »

sont remplacés par les mots : « d'un psychiatre participant à la prise en charge du patient » ;

14° L'article L. 3211-12 est ainsi rédigé :

« Art. L. 3211-12. – I. – Le juge des libertés et de la détention dans le ressort duquel se situe l'établissement d'accueil peut être ainsi, à tout moment, aux fins d'ordonner, à bref délai, la mainlevée immédiate d'une mesure de soins psychiatriques prononcée en application des chapitres II à IV du présent titre ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale, quelle qu'en soit la forme.

« La saisine peut être formée par :

« 1° La personne faisant l'objet des soins ;

« 2° Les titulaires de l'autorité parentale ou le tuteur si la personne est mineure ;

« 3° La personne chargée de sa protection si, majeure, elle a été placée en tutelle ou en curatelle ;

« 4° Son conjoint, son concubin, la personne avec laquelle elle est liée par un pacte civil de solidarité ;

« 5° La personne qui a formulé la demande de soins ;

« 6° Un parent ou une personne susceptible d'agir dans l'intérêt de la personne faisant l'objet des soins ;

« 7° Le procureur de la République.

« Le juge des libertés et de la détention peut également se saisir d'office, à tout moment. A cette fin, toute personne intéressée peut porter à sa connaissance les informations qu'elle estime utiles sur la situation d'une personne faisant l'objet d'une telle mesure.

«II. – Le juge des libertés et de la détention ne peut statuer qu'après avoir recueilli l'avis du collège mentionné à l'article L. 3211-9 du présent code :

« 1° Lorsque la personne fait l'objet d'une mesure de soins ordonnée en application des articles L. 3213-7 du présent code ou 706-135 du code de procédure pénale ou qu'elle fait l'objet de soins en application de l'article L. 3213-1 du présent code et qu'elle a déjà fait l'objet d'une mesure de soins ordonnée en application des articles L. 3213-7 du présent code ou 706-135 du code de procédure pénale ;

« 2° Lorsque la personne fait l'objet de soins en application de l'article L. 3213-1 du présent code et qu'elle fait ou a déjà fait l'objet, pendant une durée fixée par décret en Conseil d'Etat, d'une hospitalisation dans une unité pour malades difficiles mentionnée à l'article L. 3222-3.

« Dans les cas mentionnés aux 1o et 2o du présent II, le juge ne peut en outre décider la mainlevée de la mesure qu'après avoir recueilli deux expertises établies par les psychiatres inscrits sur les listes mentionnées à l'article L. 3213-5-1.

« Le juge fixe les délais dans lesquels l'avis du collège et les deux expertises prévus au présent II doivent être produits, dans une limite maximale fixée par décret en Conseil d'Etat. Passés ces délais, il statue immédiatement.

« Le présent II n'est pas applicable lorsque les mesures de soins mentionnées aux 1o et 2o ont pris fin depuis au moins dix ans.

« III. – Le juge des libertés et de la détention ordonne, s'il y a lieu, la mainlevée de la mesure d'hospitalisation complète.

« Lorsqu'il ordonne cette mainlevée, il peut, au vu des éléments du dossier et par décision motivée, décider que la mainlevée prend effet dans un délai maximal de vingt-quatre heures afin qu'un programme de soins puisse, le cas échéant, être établi en application de l'article L. 3211-2-1. Dès l'établissement de ce programme ou à l'issue du délai

mentionné à la phrase précédente, la mesure d'hospitalisation complète prend fin. » ;

15° Après le même article L. 3211-12, sont insérés des articles L. 3211-12-1 à L. 3211-12-6 ainsi rédigés :

« Art. L. 3211-12-1. – I. – L'hospitalisation complète d'un patient ne peut se poursuivre sans que le juge des libertés et de la détention, préalablement saisi par le directeur de l'établissement lorsque l'hospitalisation a été prononcée en application du chapitre II ou par le représentant de l'Etat dans le département lorsqu'elle a été prononcée en application du chapitre III du présent titre, de l'article L. 3214-3 du présent code ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale, n'ait statué sur cette mesure :

« 1° Avant l'expiration d'un délai de quinze jours à compter de l'admission prononcée en application des chapitres II ou III du présent titre ou de l'article L. 3214-3 ;

« 2° Avant l'expiration d'un délai de quinze jours à compter de la décision par laquelle le directeur de l'établissement ou le représentant de l'Etat a modifié la forme de la prise en charge du patient en procédant à son hospitalisation complète en application, respectivement, du dernier alinéa de l'article L. 3212-4 ou du III de l'article L. 3213-3 ;

« 3° Avant l'expiration d'un délai de six mois suivant soit toute décision judiciaire prononçant l'hospitalisation en application de l'article 706-135 du code de procédure pénale, soit toute décision prise par le juge des libertés et de la détention en application des articles L. 3211-12 ou L. 3213-5 du présent code ou du présent article, lorsque le patient a été maintenu en hospitalisation complète de manière continue depuis cette décision. Toute décision du juge des libertés et de la détention prise avant l'expiration de ce délai sur le fondement de l'un des mêmes articles 706-135 du code de procédure pénale, L. 3211-12 ou L. 3213-5 du présent code ou du présent article fait courir à nouveau ce délai.

« Toutefois, lorsque le juge des libertés et de la détention a ordonné, avant l'expiration de l'un des délais mentionnés aux 1o à 3o du présent I, une expertise en application du III du présent article ou, à titre exceptionnel, en considération de l'avis conjoint des deux psychiatres, ce délai est prolongé d'une durée qui ne peut excéder quatorze jours à compter de la date de cette ordonnance. L'hospitalisation complète du patient est alors maintenue jusqu'à la décision du juge, sauf s'il y est mis fin en application des chapitres II ou III du présent titre. L'ordonnance mentionnée au présent alinéa peut être prise sans audience préalable.

« Le juge fixe les délais dans lesquels l'expertise mentionnée à l'avant-dernier alinéa du présent I doit être produite, dans une limite maximale fixée par décret en Conseil d'Etat. Passés ces délais, il statue immédiatement.

« II. – La saisine mentionnée au I du présent article est accompagnée d'un avis conjoint rendu par deux psychiatres de l'établissement d'accueil désignés par le directeur, dont un seul participe à la prise en charge du patient. Cet avis se prononce sur la nécessité de poursuivre l'hospitalisation complète.

« Lorsque le patient relève de l'un des cas mentionnés aux 1o et 2o du II de l'article L. 3211-12, l'avis prévu au premier alinéa du présent II est rendu par le collège mentionné à l'article L. 3211-9. Le présent alinéa n'est pas applicable lorsque les mesures de soins

mentionnées aux 1o et 2o du II de l'article L. 3211-12 ont pris fin depuis au moins dix ans.

« III. – Le juge des libertés et de la détention ordonne, s'il y a lieu, la mainlevée de la mesure d'hospitalisation complète.

« Lorsqu'il ordonne cette mainlevée, il peut, au vu des éléments du dossier et par décision motivée, décider que la mainlevée prend effet dans un délai maximal de vingt-quatre heures afin qu'un programme de soins puisse, le cas échéant, être établi en application de l'article L. 3211-2-1. Dès l'établissement de ce programme ou à l'issue du délai mentionné à la phrase précédente, la mesure d'hospitalisation complète prend fin.

« Toutefois, lorsque le patient relève de l'un des cas mentionnés aux 1o et 2o du II de l'article L. 3211-12, le juge ne peut décider la mainlevée de la mesure qu'après avoir recueilli deux expertises établies par les psychiatres inscrits sur les listes mentionnées à l'article L. 3213-5-1. Le présent alinéa n'est pas applicable lorsque les mesures de soins mentionnées aux 1o et 2o du II de l'article L. 3211-12 ont pris fin depuis au moins dix ans.

« IV. – Lorsque le juge des libertés et de la détention n'a pas statué dans les délais mentionnés au I, la mainlevée est acquise à l'issue de chacun de ces délais.

« Si le juge des libertés et de la détention est saisi après l'expiration d'un délai fixé par décret en Conseil d'Etat, il constate sans débat que la mainlevée de l'hospitalisation complète est acquise, à moins qu'il ne soit justifié de circonstances exceptionnelles à l'origine de la saisine tardive et que le débat puisse avoir lieu dans le respect des droits de la défense.

« Art. L. 3211-12-2. – Lorsqu'il est saisi en application des articles L. 3211-12 ou L. 3211-12-1, le juge, après débat contradictoire, statue publiquement, sous réserve des dispositions prévues à l'article 11-1 de la loi no 72-626 du 5 juillet 1972 instituant un juge de l'exécution et relative à la réforme de la procédure civile.

« A l'audience, la personne faisant l'objet de soins psychiatriques est entendue, le cas échéant assistée de son avocat ou représentée par celui-ci. Si, au vu d'un avis médical, des motifs médicaux font obstacle, dans son intérêt, à son audition, la personne est représentée par un avocat choisi ou, à défaut, commis d'office.

« Le juge des libertés et de la détention statue au siège du tribunal de grande instance. Toutefois, si une salle d'audience a été spécialement aménagée sur l'emprise de l'établissement d'accueil pour assurer la clarté, la sécurité et la sincérité des débats et permettre au juge de statuer publiquement, celui-ci peut décider de statuer dans cette salle.

« Lorsque le juge des libertés et de la détention décide de statuer dans cette salle, le président du tribunal de grande instance peut, en cas de nécessité, autoriser qu'une seconde audience soit tenue le même jour au siège du tribunal de grande instance.

« Le juge des libertés et de la détention peut également décider que l'audience se déroule dans la salle d'audience mentionnée au troisième alinéa du présent article avec l'utilisation de moyens de télécommunication audiovisuelle dans les conditions prévues à l'article L. 111-12 du code de l'organisation judiciaire lorsque les conditions suivantes sont réunies :

« 1° Un avis médical a attesté que l'état mental de la personne ne fait pas obstacle à ce procédé ;

« 2° Le directeur de l'établissement d'accueil s'est assuré de l'absence d'opposition du patient.

« Il est alors dressé, dans chacune des deux salles d'audience ouvertes au public, un procès-verbal des opérations effectuées.

« Si le patient est assisté par un avocat, celui-ci peut se trouver auprès du magistrat ou auprès de l'intéressé. Dans le premier cas, l'avocat doit pouvoir s'entretenir avec le patient, de façon confidentielle, en utilisant le moyen de télécommunication audiovisuelle. Dans le second cas, une copie de l'intégralité du dossier doit être mise à sa disposition dans les locaux de l'établissement, sauf si elle lui a déjà été remise.

« Art. L. 3211-12-3. – Le juge des libertés et de la détention saisi en application de l'article L. 3211-12-1 peut, si un recours a été formé sur le fondement de l'article L. 3211-12, statuer par une même décision suivant la procédure prévue au même article L. 3211-12-1.

« Art. L. 3211-12-4. – L'ordonnance du juge des libertés et de la détention prise en application des articles L. 3211-12 ou L. 3211-12-1 est susceptible d'appel devant le premier président de la cour d'appel ou son délégué. Le débat est tenu selon les modalités prévues à l'article L. 3211-12-2.

« L'appel formé à l'encontre de l'ordonnance mentionnée au premier alinéa n'est pas suspensif. Le premier président de la cour d'appel ou son délégué statue alors à bref délai dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat.

« Toutefois, lorsque le juge des libertés et de la détention ordonne la mainlevée d'une mesure de soins psychiatriques sous la forme d'une hospitalisation complète ou constate la mainlevée de cette mesure, le procureur de la République peut demander au premier président de la cour d'appel ou à son délégué de déclarer le recours suspensif en cas de risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade ou d'autrui. Dans ce cas, l'appel, accompagné de la demande faisant état du risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade ou d'autrui, est formé dans un délai de six heures à compter de la notification de l'ordonnance à l'auteur de la saisine et transmis au premier président de la cour d'appel ou à son délégué. Celui-ci décide, sans délai, s'il y a lieu de donner à cet appel un effet suspensif en fonction du risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade ou d'autrui. Il statue par une ordonnance motivée qui n'est pas susceptible de recours. Le patient est maintenu en hospitalisation complète jusqu'à ce que cette ordonnance soit rendue et, si elle donne un effet suspensif à l'appel, jusqu'à ce qu'il soit statué sur le fond, sauf s'il est mis fin à l'hospitalisation complète en application des chapitres II ou III du présent titre.

« Lorsqu'il a été donné un effet suspensif à l'appel, le premier président de la cour d'appel ou son délégué se prononce sur la demande en appel dans un délai de trois jours à compter de la déclaration d'appel. Toutefois, par une ordonnance qui peut être prise sans audience préalable, il peut, avant l'expiration de ce délai, ordonner une expertise. Il se prononce alors dans un délai de quatorze jours à compter de la date de cette ordonnance.

En l'absence de décision à l'issue de l'un ou l'autre de ces délais, la mainlevée est acquise.

« Art. L. 3211-12-5. – Lorsque la mainlevée d'une mesure d'hospitalisation complète est acquise en application du IV de l'article L. 3211-12-1, le patient peut, dès cette mainlevée, faire l'objet de soins psychiatriques sous la forme mentionnée au 2° de l'article L. 3211-2-1 si les conditions prévues au I des articles L. 3212-1 ou L. 3213-1 sont toujours réunies et selon les modalités prévues, respectivement, aux chapitres II ou III du présent titre.

« Dans ce cas, un programme de soins est établi en application de l'article L. 3211-2-1. La période d'observation et de soins initiale mentionnée à l'article L. 3211-2-2 n'est pas applicable.

« Art. L. 3211-12-6. – Lorsque la mesure de soins psychiatriques dont une personne fait l'objet est levée en application du présent chapitre ou des chapitres II ou III du présent titre, un psychiatre de l'établissement d'accueil l'informe, en tant que de besoin, de la nécessité de poursuivre son traitement en soins libres et lui indique les modalités de soins qu'il estime les plus appropriées à son état. »

II. – Au premier alinéa de l'article L. 111-12 du code de l'organisation judiciaire, après le mot :

« particulières », sont insérés les mots : « du code de la santé publique ».

III. – Au 4° de l'article L. 144-5 du code de commerce, le mot : « hospitalisées » est remplacé par les mots :

« faisant l'objet de soins psychiatriques ».

TITRE II

SUIVI DES PATIENTS

Article 2

Le chapitre II du titre Ier du livre II de la troisième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'intitulé est ainsi rédigé : « Admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent » ;

2° Les articles L. 3212-1 à L. 3212-5 sont ainsi rédigés :

« Art. L. 3212-1. – I. – Une personne atteinte de troubles mentaux ne peut faire l'objet de soins psychiatriques sur la décision du directeur d'un établissement mentionné

à l'article L. 3222-1 que lorsque les deux conditions suivantes sont réunies :

« 1° Ses troubles mentaux rendent impossible son consentement ;

« 2° Son état mental impose des soins immédiats assortis soit d'une surveillance médicale constante justifiant une hospitalisation complète, soit d'une surveillance médicale régulière justifiant une prise en charge sous la forme mentionnée au 2o de l'article L. 3211-2-1.

« II. – Le directeur de l'établissement prononce la décision d'admission :

« 1° Soit lorsqu'il a été saisi d'une demande présentée par un membre de la famille du malade ou par une personne justifiant de l'existence de relations avec le malade antérieures à la demande de soins et lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celui-ci, à l'exclusion des personnels soignants exerçant dans l'établissement prenant en charge la personne malade. Lorsqu'il remplit les conditions prévues au présent alinéa, le tuteur ou le curateur d'un majeur protégé peut faire une demande de soins pour celui-ci.

« La forme et le contenu de cette demande sont fixés par décret en Conseil d'Etat.

« La décision d'admission est accompagnée de deux certificats médicaux circonstanciés datant de moins de quinze jours, attestant que les conditions prévues aux 1o et 2o du I du présent article sont réunies.

« Le premier certificat médical ne peut être établi que par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement accueillant le malade ; il constate l'état mental de la personne malade, indique les caractéristiques de sa maladie et la nécessité de recevoir des soins. Il doit être confirmé par un certificat d'un second médecin qui peut exercer dans l'établissement accueillant le malade. Les deux médecins ne peuvent être parents ou alliés, au quatrième degré inclusivement, ni entre eux, ni du directeur de l'établissement mentionné à l'article L. 3222-1 qui prononce la décision d'admission, ni de la personne ayant demandé les soins ou de la personne faisant l'objet de ces soins ;

« 2° Soit lorsqu'il s'avère impossible d'obtenir une demande dans les conditions prévues au 1o du présent II et qu'il existe, à la date d'admission, un péril imminent pour la santé de la personne, dûment constaté par un certificat médical établi dans les conditions prévues au troisième alinéa du même 1o. Ce certificat constate l'état mental de la personne malade, indique les caractéristiques de sa maladie et la nécessité de recevoir des soins. Le médecin qui établit ce certificat ne peut exercer dans l'établissement accueillant la personne malade ; il ne peut en outre être parent ou allié, jusqu'au quatrième degré inclusivement, ni avec le directeur de cet établissement ni avec la personne malade.

« Dans ce cas, le directeur de l'établissement d'accueil informe, dans un délai de vingt-quatre heures sauf difficultés particulières, la famille de la personne qui fait l'objet de soins et, le cas échéant, la personne chargée de la protection juridique de l'intéressé ou, à défaut, toute personne justifiant de l'existence de relations avec la personne malade antérieures à l'admission en soins et lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celle-ci.

« Lorsque l'admission a été prononcée en application du présent 2o, les certificats médicaux mentionnés aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 3211-2-2 sont établis par deux psychiatres distincts.

« Art. L. 3212-2. – Avant d'admettre une personne en soins psychiatriques en application de l'article

L. 3212-1, le directeur de l'établissement d'accueil s'assure de son identité. Lorsque la personne est admise en application du 1° du II du même article L. 3212-1, le directeur de l'établissement vérifie également que la demande de soins a été établie conformément au même 1° et s'assure de l'identité de la personne qui formule la demande de soins. Si la demande est formulée pour un majeur protégé par son tuteur ou curateur, celui-ci doit fournir à l'appui de sa demande un extrait du jugement de mise sous tutelle ou curatelle.

« Art. L. 3212-3. – En cas d'urgence, lorsqu'il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade, le directeur d'un établissement mentionné à l'article L. 3222-1 peut, à titre exceptionnel, prononcer à la demande d'un tiers l'admission en soins psychiatriques d'une personne malade au vu d'un seul certificat médical émanant, le cas échéant, d'un médecin exerçant dans l'établissement. Dans ce cas, les certificats médicaux mentionnés aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 3211-2-2 sont établis par deux psychiatres distincts.

« Préalablement à l'admission, le directeur de l'établissement d'accueil vérifie que la demande de soins a été établie conformément au 1° du II de l'article L. 3212-1 et s'assure de l'identité de la personne malade et de celle qui demande les soins. Si la demande est formulée pour un majeur protégé par son tuteur ou curateur, celui-ci doit fournir à l'appui de sa demande un extrait de jugement de mise sous tutelle ou curatelle.

« Art. L. 3212-4. – Lorsque l'un des deux certificats médicaux mentionnés aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 3211-2-2 conclut que l'état de la personne ne justifie plus la mesure de soins, le directeur de l'établissement d'accueil prononce immédiatement la levée de cette mesure.

« Lorsque les deux certificats médicaux ont conclu à la nécessité de prolonger les soins, le directeur de l'établissement prononce le maintien des soins en retenant la forme de la prise en charge proposée par le psychiatre en application du même article L. 3211-2-2. Il joint à sa décision, le cas échéant, le programme de soins établi par le psychiatre.

« Dans l'attente de la décision du directeur de l'établissement, la personne malade est prise en charge sous la forme d'une hospitalisation complète.

« Lorsque le psychiatre qui participe à la prise en charge de la personne malade propose de modifier la forme de prise en charge de celle-ci, le directeur de l'établissement est tenu de la modifier sur la base du certificat médical ou de l'avis mentionnés à l'article L. 3211-11.

« Art. L. 3212-5. – I. – Le directeur de l'établissement d'accueil informe sans délai le représentant de l'Etat dans le département ou, à Paris, le préfet de police, et la commission départementale des soins psychiatriques mentionnée à l'article L. 3222-5 de toute décision d'admission d'une personne en soins psychiatriques en application du présent chapitre et leur communique une copie du certificat médical d'admission et du bulletin d'entrée. Il leur transmet également sans délai copie de chacun des certificats médicaux mentionnés aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 3211-2-2.

« II. – Le directeur de l'établissement d'accueil notifie sans délai les nom, prénoms, profession et résidence habituelle ou lieu de séjour tant de la personne faisant l'objet des soins que, lorsque l'admission a été prononcée en application du 1o du II de l'article L. 3212-1 ou de l'article L. 3212-3, de celle les ayant demandés :

« 1o Au procureur de la République près le tribunal de grande instance dans le ressort duquel se trouve la résidence habituelle ou le lieu de séjour de la personne faisant l'objet de soins ;

« 2o Au procureur de la République près le tribunal de grande instance dans le ressort duquel est situé l'établissement.

« III. – Dans le cas où la personne malade a été admise en application du 1o du II de l'article L. 3212-1 ou de l'article L. 3212-3 et fait l'objet d'une prise en charge sous la forme d'une hospitalisation complète, le directeur de l'établissement d'accueil informe la personne ayant demandé les soins de toute décision modifiant la forme de la prise en charge. » ;

3o L'article L. 3212-6 est abrogé ;

4o L'article L. 3212-7 est ainsi rédigé :

« Art. L. 3212-7. – Après le cinquième jour et au plus tard le huitième jour à compter de l'admission d'une personne en soins psychiatriques, un psychiatre de l'établissement d'accueil établit un certificat médical circonstancié indiquant si les soins sont toujours nécessaires. Ce certificat médical précise si la forme de la prise en charge de la personne malade décidée en application de l'article L. 3211-2-2 demeure adaptée et, le cas échéant, en propose une nouvelle. Lorsqu'il ne peut être procédé à l'examen de la personne malade, le psychiatre de l'établissement d'accueil établit un avis médical sur la base du dossier médical.

« Au vu du certificat médical ou de l'avis médical mentionné au premier alinéa du présent article, les soins peuvent être maintenus par le directeur de l'établissement pour une durée maximale d'un mois. Au-delà de cette durée, les soins peuvent être maintenus par le directeur de l'établissement pour des périodes maximales d'un mois, renouvelables selon les modalités prévues au présent article ; le certificat est établi dans les trois derniers jours de la période en cause.

« Lorsque la durée des soins excède une période continue d'un an à compter de l'admission en soins, le maintien de ces soins est subordonné à une évaluation approfondie de l'état mental de la personne réalisée par le collègue mentionné à l'article L. 3211-9. Ce collègue recueille l'avis du patient. En cas d'impossibilité d'examiner le patient à l'échéance prévue en raison de son absence, attestée par le collègue, l'évaluation et le recueil de son avis sont réalisés dès que possible.

« Le défaut de production d'un des certificats médicaux, des avis médicaux ou des attestations mentionnés au présent article entraîne la levée de la mesure de soins.

« Les copies des certificats médicaux, des avis médicaux ou des attestations prévus au

présent article et à l'article L. 3211-11 sont adressées sans délai par le directeur de l'établissement d'accueil au représentant de l'Etat dans le département ou, à Paris, au préfet de police, et à la commission départementale des soins psychiatriques mentionnée à l'article L. 3222-5. Lorsque la personne malade est prise en charge sous la forme d'une hospitalisation complète, une copie du certificat médical ou de l'avis médical mentionnés au premier alinéa du présent article est également adressée sans délai au juge des libertés et de la détention compétent dans le ressort duquel se trouve l'établissement d'accueil. » ;

5° L'article L. 3212-8 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, à la première phrase, les mots : « d'hospitalisation » sont remplacés par les mots : « de soins », les mots : « de l'hospitalisation sur demande d'un tiers » sont remplacés par les mots : « ayant motivé cette mesure » et, à la fin de la seconde phrase, les mots : « l'hospitalisation » sont remplacés par les mots :

« les soins » ;

b) Au deuxième alinéa, les mots : « cette mesure d'hospitalisation » sont remplacés par les mots : « la mesure de soins », après le mot : « département », sont insérés les mots : « ou, à Paris, le préfet de police », la seconde occurrence du mot : « à » est remplacée par la référence : « au II de » et les mots : « l'hospitalisation » sont remplacés par les mots : « les soins » ;

c) Le dernier alinéa est ainsi rédigé :

« Le représentant de l'Etat dans le département ou, à Paris, le préfet de police peut ordonner la levée immédiate de la mesure de soins lorsque les conditions requises au présent chapitre ne sont plus réunies. » ;

6° L'article L. 3212-9 est ainsi rédigé :

« Art. L. 3212-9. – Le directeur de l'établissement prononce la levée de la mesure de soins psychiatriques lorsque celle-ci est demandée :

« 1° Par la commission départementale des soins psychiatriques mentionnée à l'article L. 3222-5 ;

« 2o Par une des personnes mentionnées au deuxième alinéa du 2° du II de l'article L. 3212-1.

« Dans le cas mentionné au 2° du présent article, le directeur de l'établissement n'est pas tenu de faire droit à cette demande lorsqu'un certificat médical ou, en cas d'impossibilité d'examiner le patient, un avis médical établi par un psychiatre de l'établissement et datant de moins de vingt-quatre heures atteste que l'arrêt des soins entraînerait un péril imminent pour la santé du patient. Le directeur de l'établissement informe alors par écrit le demandeur de son refus en lui indiquant les voies de recours prévues à l'article L. 3211-12.

« Dans ce même cas, lorsqu'un certificat établi par un psychiatre de l'établissement datant de moins de vingt-quatre heures atteste que l'état mental du patient nécessite des soins et compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte, de façon grave, à l'ordre public, le directeur de l'établissement informe préalablement à la levée de la mesure de soins le représentant de l'Etat dans le département ou, à Paris, le préfet de police, qui peut prendre la mesure prévue à l'article L. 3213-6. » ;

7° L'article L. 3212-10 est abrogé ;

8° L'article L. 3212-11 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, après le mot : « établissement », sont insérés les mots :

« mentionné à l'article L. 3222-1 » et, après le mot : « transcrits », sont insérés les mots :

« ou reproduits » ;

b) Au 1o, le mot : « hospitalisées » est remplacé par les mots : « faisant l'objet de soins en application du présent chapitre » ;

c) A la fin du 2o, les mots : « l'hospitalisation » sont remplacés par les mots : « l'admission en soins psychiatriques » ;

d) A la fin du 3o, les mots : « l'hospitalisation » sont remplacés par les mots : « les soins ou une mention précisant que l'admission en soins a été prononcée en application du 2o du II de l'article L. 3212-1 ou de l'article L. 3212-3 » ;

e) Le 4° est ainsi rédigé :

« 4° Les dates de délivrance des informations mentionnées aux a et b de l'article L. 3211-3 ; »

f) Les 6° à 8° sont ainsi rédigés :

« 6o Les avis et les certificats médicaux ainsi que les attestations mentionnés au présent chapitre ;

« 7o La date et le dispositif des décisions rendues par le juge des libertés et de la détention en application des articles L. 3211-12 et L. 3211-12-1 ;

« 8o Les levées des mesures de soins psychiatriques autres que celles mentionnées au 7o ; »

g) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Le présent article est applicable aux personnes admises en soins psychiatriques en application des chapitres III et IV du présent titre. »

Article 3

Le chapitre III du même titre Ier est ainsi modifié :

1° L'intitulé est ainsi rédigé : « Admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat » ;

2° L'article L. 3213-1 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa :

– au début de la première phrase, les mots : « A Paris, le préfet de police et, dans les départements, les représentants de l'Etat prononcent par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié, l'hospitalisation d'office dans un établissement mentionné à l'article L. 3222-1 » sont remplacés par la mention et les mots : « I. – Le représentant de l'Etat dans le département prononce par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié ne pouvant émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil, l'admission en soins psychiatriques » ;

– l'avant-dernière phrase est supprimée ;

– à la dernière phrase, les mots : « l'hospitalisation » sont remplacés par les mots :

– « l'admission en soins » ;

– est ajoutée une phrase ainsi rédigée :

« Ils désignent l'établissement mentionné à l'article L. 3222-1 qui assure la prise en charge de la personne malade. » ;

b) Le deuxième alinéa est remplacé par quatre alinéas ainsi rédigés :

« Lorsque les éléments du dossier médical du patient font apparaître qu'il a fait l'objet d'une hospitalisation ordonnée en application des articles L. 3213-7 du présent code ou 706-135 du code de procédure pénale ou a fait l'objet, pendant une durée fixée par décret en Conseil d'Etat, d'une hospitalisation dans une unité pour malades difficiles mentionnée à l'article L. 3222-3 du présent code et qu'une prise en charge sous la forme mentionnée au 2^o de l'article L. 3211-2-1, une sortie de courte durée mentionnée à l'article L. 3211-11-1 ou la levée de la mesure de soins est envisagée, le psychiatre qui participe à sa prise en charge en informe le directeur de l'établissement d'accueil qui le signale sans délai au représentant de l'Etat dans le département. Le présent alinéa n'est pas applicable lorsque les mesures de soins susmentionnées ont pris fin depuis au moins dix ans.

« Le directeur de l'établissement d'accueil transmet sans délai au représentant de l'Etat dans le département et à la commission départementale des soins psychiatriques mentionnée à l'article L. 3222-5 :

« 1^o Le certificat médical mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 3211-2-2 ;

« 2^o Le certificat médical et, le cas échéant, la proposition mentionnés aux deux derniers alinéas du même article L. 3211-2-2. » ;

c) Le dernier alinéa est remplacé par des II à IV ainsi rédigés :

« II. – Dans un délai de trois jours francs suivant la réception du certificat médical mentionné à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 3211-2-2, le représentant de l'Etat dans le département décide de la forme de prise en charge prévue à l'article L. 3211-2-1, en tenant compte de la proposition établie, le cas échéant, par le psychiatre en application du dernier alinéa de l'article L. 3211-2-2 et des exigences liées à la sûreté des personnes et à l'ordre public. Il joint à sa décision, le cas échéant, le programme de soins établi par le psychiatre.

« Dans l'attente de la décision du représentant de l'Etat, la personne malade est prise en charge sous la forme d'une hospitalisation complète.

« III. – Le représentant de l'Etat ne peut décider une prise en charge sous une autre forme que l'hospitalisation complète qu'après avoir recueilli l'avis du collègue mentionné à l'article L. 3211-9 :

« 1o Lorsque la personne fait ou a déjà fait l'objet d'une hospitalisation ordonnée en application des articles

L. 3213-7 du présent code ou 706-135 du code de procédure pénale ;

« 2o Lorsque la personne fait ou a déjà fait l'objet, pendant une durée fixée par décret en Conseil d'Etat, d'une hospitalisation dans une unité pour malades difficiles mentionnée à l'article L. 3222-3 du présent code.

« Le présent III n'est pas applicable lorsque les mesures de soins mentionnées aux 1o et 2o ont pris fin depuis au moins dix ans.

« IV. – Les mesures provisoires, les décisions, les avis et les certificats médicaux mentionnés au présent chapitre figurent sur le registre mentionné à l'article L. 3212-11. » ;

3° L'article L. 3213-2 est ainsi modifié :

a) A la première phrase, les mots : « d'hospitalisation d'office » sont remplacés par les mots : « d'admission en soins psychiatriques » ;

b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« La période d'observation et de soins initiale mentionnée à l'article L. 3211-2-2 prend effet dès l'entrée en vigueur des mesures provisoires prévues au premier alinéa. » ;

4° Les articles L. 3213-3 à L. 3213-5 sont ainsi rédigés :

« Art. L. 3213-3. – I. – Après le cinquième jour et au plus tard le huitième jour puis dans le mois qui suit la décision mentionnée au I de l'article L. 3213-1 ou, le cas échéant, suivant la mesure provisoire prévue à l'article L. 3213-2 et ensuite au moins tous les mois, la personne malade est examinée par un psychiatre de l'établissement d'accueil qui établit un certificat médical circonstancié confirmant ou infirmant, s'il y a lieu, les observations contenues dans les précédents certificats et précisant les caractéristiques de l'évolution des troubles ayant justifié les soins ou leur disparition. Ce certificat précise si la forme de la prise en charge du malade décidée en application de l'article L. 3211-2-1 demeure adaptée et, le cas échéant, en propose une nouvelle. Lorsqu'il ne peut être procédé à l'examen du patient, le psychiatre de l'établissement établit un avis médical sur la base du dossier médical du patient.

« II. – Les copies des certificats et avis médicaux prévus au présent article et à l'article L. 3211-11 sont adressées sans délai par le directeur de l'établissement d'accueil au représentant de l'Etat dans le département et à la commission départementale des soins psychiatriques mentionnée à l'article L. 3222-5. Lorsque la personne malade est prise en charge sous la forme d'une hospitalisation complète, une copie du certificat médical ou de l'avis médical établi, en application du I du présent article, après le cinquième jour et

au plus tard le huitième jour qui suit la décision mentionnée au I de l'article L. 3213-1 est également adressée sans délai au juge des libertés et de la détention compétent dans le ressort duquel se trouve l'établissement d'accueil.

« III. – Après réception des certificats ou avis médicaux mentionnés aux I et II du présent article et, le cas échéant, de l'avis du collège mentionné à l'article L. 3211-9 et de l'expertise psychiatrique mentionnée à l'article L. 3213-5-1, et compte tenu des exigences liées à la sûreté des personnes et à l'ordre public, le représentant de l'Etat dans le département peut décider de modifier la forme de la prise en charge de la personne malade. Le représentant de l'Etat dans le département fixe les délais dans lesquels l'avis du collège et l'expertise psychiatrique doivent être produits, dans une limite maximale fixée par décret en Conseil d'Etat. Passés ces délais, le représentant de l'Etat prend immédiatement sa décision.

« Art. L. 3213-4. – Dans les trois derniers jours du premier mois suivant la décision d'admission en soins psychiatriques mentionnée au I de l'article L. 3213-1 ou, le cas échéant, suivant la mesure provisoire prévue à l'article L. 3213-2, le représentant de l'Etat dans le département peut prononcer, au vu du certificat médical ou de l'avis médical mentionné à l'article L. 3213-3, le maintien de la mesure de soins pour une nouvelle durée de trois mois. Il se prononce, le cas échéant, sur la forme de la prise en charge du patient dans les conditions prévues au même article L. 3213-3. Au-delà de cette durée, la mesure de soins peut être maintenue par le représentant de l'Etat dans le département pour des périodes maximales de six mois renouvelables selon les mêmes modalités.

« Faute de décision du représentant de l'Etat à l'issue de chacun des délais prévus au premier alinéa, la levée de la mesure de soins est acquise.

« En outre, le représentant de l'Etat dans le département peut à tout moment mettre fin à la mesure de soins prise en application de l'article L. 3213-1 après avis d'un psychiatre participant à la prise en charge du patient attestant que les conditions ayant justifié la mesure de soins en application du même article L. 3213-1 ne sont plus réunies, ou sur proposition de la commission départementale des soins psychiatriques mentionnée à l'article L. 3222-5.

« Le présent article n'est pas applicable aux personnes mentionnées à l'article L. 3213-8.

« Art. L. 3213-5. – Si un psychiatre participant à la prise en charge du patient atteste par un certificat médical que les conditions ayant justifié l'admission en soins psychiatriques en application du présent chapitre ou du chapitre IV du présent titre ne sont plus remplies et que la levée de cette mesure peut être ordonnée, le directeur de l'établissement est tenu d'en référer dans les vingt-quatre heures au représentant de l'Etat dans le département qui statue dans un délai de trois jours francs après la réception du certificat médical. Lorsqu'une expertise psychiatrique est ordonnée par le représentant de l'Etat en application de l'article L. 3213-5-1, ce délai est prolongé d'une durée qui ne peut excéder quatorze jours à compter de la date de cette ordonnance.

« Lorsque le représentant de l'Etat dans le département n'ordonne pas la levée d'une mesure de soins sous la forme d'une hospitalisation complète, il en informe le directeur de

l'établissement d'accueil qui saisit le juge des libertés et de la détention afin qu'il statue à bref délai sur cette mesure dans les conditions prévues à l'article L. 3211-12. Le présent alinéa n'est pas applicable lorsque la décision du représentant de l'Etat intervient dans les délais mentionnés aux 1^o et 2^o du I de l'article L. 3211-12-1. » ;

5° Après le même article L. 3213-5, il est inséré un article L. 3213-5-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 3213-5-1. – Le représentant de l'Etat dans le département peut à tout moment ordonner l'expertise psychiatrique des personnes faisant l'objet d'une mesure de soins psychiatriques prononcée en application du présent chapitre ou du chapitre IV du présent titre ou ordonnée en application de l'article 706-135 du code de procédure pénale. Cette expertise est conduite par un psychiatre n'appartenant pas à l'établissement d'accueil de la personne malade, choisi par le représentant de l'Etat dans le département sur une liste établie par le procureur de la République, après avis du directeur général de l'agence régionale de santé de la région dans laquelle est situé l'établissement ou, à défaut, sur la liste des experts inscrits près la cour d'appel du ressort de l'établissement.

« Le représentant de l'Etat dans le département fixe les délais dans lesquels l'expertise mentionnée au premier alinéa doit être produite, dans une limite maximale fixée par décret en Conseil d'Etat. » ;

6° L'article L. 3213-6 est ainsi rédigé :

« Art. L. 3213-6. – Lorsqu'un psychiatre de l'établissement d'accueil d'une personne faisant l'objet de soins psychiatriques en application de l'article L. 3212-1 atteste par un certificat médical ou, lorsqu'il ne peut être procédé à l'examen de l'intéressé, par un avis médical sur la base de son dossier médical que l'état mental de cette personne nécessite des soins et compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte de façon grave à l'ordre public, le directeur de l'établissement d'accueil en donne aussitôt connaissance au représentant de l'Etat dans le département qui peut prendre une mesure d'admission en soins psychiatriques en application de l'article L. 3213-1, sur la base de ce certificat ou de cet avis médical. Les certificats médicaux mentionnés aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 3211-2-2 sont alors établis par deux psychiatres distincts. Lorsque ceux-ci ne peuvent procéder à l'examen de la personne malade, ils établissent un avis médical sur la base de son dossier médical. » ;

7° Le premier alinéa de l'article L. 3213-7 est ainsi rédigé :

« Lorsque les autorités judiciaires estiment que l'état mental d'une personne qui a bénéficié, sur le fondement du premier alinéa de l'article 122-1 du code pénal, d'un classement sans suite, d'une décision d'irresponsabilité pénale ou d'un jugement ou arrêt de déclaration d'irresponsabilité pénale nécessite des soins et compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte de façon grave à l'ordre public, elles avisent immédiatement la commission mentionnée à l'article L. 3222-5 du présent code ainsi que le représentant de l'Etat dans le département qui ordonne sans délai la production d'un certificat médical circonstancié portant sur l'état actuel du malade. Au vu de ce certificat, il peut prononcer une mesure d'admission en soins psychiatriques dans les

conditions définies à l'article L. 3213-1. » ;

8° Les articles L. 3213-8 et L. 3213-9 sont ainsi rédigés :

« Art. L. 3213-8. – Le représentant de l'Etat dans le département ne peut décider de mettre fin à une mesure de soins psychiatriques qu'après avis du collège mentionné à l'article L. 3211-9 ainsi qu'après deux avis concordants sur l'état mental du patient émis par deux psychiatres choisis dans les conditions fixées à l'article L. 3213-5-1 :

« 1° Lorsque la personne fait ou a déjà fait l'objet d'une hospitalisation ordonnée en application des articles L. 3213-7 du présent code ou 706-135 du code de procédure pénale

« 2° Lorsque la personne fait ou a déjà fait l'objet, pendant une durée fixée par décret en Conseil d'Etat, d'une hospitalisation dans une unité pour malades difficiles mentionnée à l'article L. 3222-3 du présent code.

« Le présent article n'est pas applicable lorsque les mesures de soins mentionnées aux 1o et 2o ont pris fin depuis au moins dix ans.

« Le représentant de l'Etat dans le département fixe les délais dans lesquels les avis du collège et des deux psychiatres mentionnés au premier alinéa doivent être produits, dans une limite maximale fixée par décret en Conseil d'Etat. Passés ces délais, le représentant de l'Etat prend immédiatement sa décision. Les conditions dans lesquelles les avis du collège et des deux psychiatres sont recueillis sont déterminées par ce même décret en Conseil d'Etat.

« Art. L. 3213-9. – Le représentant de l'Etat dans le département avise dans les vingt-quatre heures de toute admission en soins psychiatriques prise en application du présent chapitre ou du chapitre IV du présent titre ou sur décision de justice, de toute décision de maintien et de toute levée de cette mesure :

« 1° Le procureur de la République près le tribunal de grande instance dans le ressort duquel est situé l'établissement d'accueil de la personne malade et le procureur de la République près le tribunal de grande instance dans le ressort duquel celle-ci a sa résidence habituelle ou son lieu de séjour ;

« 2° Le maire de la commune où est implanté l'établissement et le maire de la commune où la personne malade a sa résidence habituelle ou son lieu de séjour ;

« 3° La commission départementale des soins psychiatriques mentionnée à l'article L. 3222-5 ;

« 4° La famille de la personne qui fait l'objet de soins ;

« 5° Le cas échéant, la personne chargée de la protection juridique de l'intéressé.

« Le représentant de l'Etat dans le département informe sans délai les autorités et les personnes mentionnées aux 1o à 5o de toute décision de prise en charge du patient sous une autre forme que celle d'une hospitalisation complète. » ;

9° L'article L. 3213-10 devient l'article L. 3213-11 ;

10° Il est rétabli un article L. 3213-10 ainsi rédigé :

« Art. L. 3213-10. – Pour l'application à Paris du présent chapitre, le représentant de l'Etat dans le département est le préfet de police. »

Article 4

Après l'article L. 3213-9 du même code, il est inséré un article L. 3213-9-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 3213-9-1. – Lorsque le représentant de l'Etat décide de ne pas suivre l'avis par lequel un psychiatre de l'établissement d'accueil constate qu'une mesure de soins psychiatriques sous la forme d'une hospitalisation complète n'est plus nécessaire, il en informe sans délai le directeur de l'établissement qui demande immédiatement l'examen du patient par un deuxième psychiatre. Si ce deuxième avis, rendu dans un délai maximal de soixante-douze heures après la décision du représentant de l'Etat dans le département, confirme l'absence de nécessité de l'hospitalisation complète, le représentant de l'Etat ordonne la mainlevée de cette mesure ou la mise en place d'une mesure de soins mentionnée au 2^o de l'article L. 3211-2-1.

« Pour les personnes mentionnées au III de l'article L. 3213-1, le représentant de l'Etat prend l'une ou l'autre de ces décisions si chacun des avis et expertises prévus à l'article L. 3213-8 constate que la mesure d'hospitalisation complète n'est plus nécessaire. »

TITRE III

DISPOSITIONS DIVERSES

Article 5

Le chapitre IV du titre Ier du livre II de la troisième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1^o L'intitulé est ainsi rédigé : « Admission en soins psychiatriques des personnes détenues atteintes de troubles mentaux » ;

2^o L'article L. 3214-1 est ainsi rédigé :

« Art. L. 3214-1. – I. – Les personnes détenues admises en soins psychiatriques en application du présent chapitre ne peuvent l'être que sous la forme d'une hospitalisation complète.

« II. – L'hospitalisation en soins psychiatriques d'une personne détenue atteinte de troubles mentaux est réalisée dans un établissement de santé mentionné à l'article L. 3222-1 au sein d'une unité hospitalière spécialement aménagée ou, sur la base d'un

certificat médical, au sein d'une unité pour malades difficiles mentionnée à l'article L. 3222-3.

« Toutefois, lorsque leur intérêt le justifie, les personnes mineures détenues peuvent être hospitalisées dans un établissement mentionné à l'article L. 3222-1 en dehors des unités prévues au premier alinéa du présent II. » ;

3o L'article L. 3214-2 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « hospitalisées sans leur consentement » sont remplacés par les mots :

« faisant l'objet de soins en application de l'article L. 3214-3 » et, après la référence : « L. 3211-12 », sont ajoutées les références : « à L. 3211-12-4 » ;

b) Après le même alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« L'avis conjoint mentionné au II de l'article L. 3211-12-1 est rendu par un psychiatre de l'établissement d'accueil, désigné par le directeur et participant à la prise en charge du patient, ainsi que par un psychiatre, consulté par tout moyen, intervenant dans l'établissement pénitentiaire dans lequel la personne détenue était incarcérée avant son hospitalisation. » ;

c) Le second alinéa est ainsi rédigé :

« Lorsque le juge des libertés et de la détention ordonne, en application des articles L. 3211-12 ou L. 3211-12-1, la mainlevée de la mesure d'hospitalisation complète d'une personne détenue faisant l'objet de soins en application de l'article L. 3214-3, cette décision est notifiée sans délai à l'établissement pénitentiaire par le procureur de la République. Le retour en détention est organisé dans les conditions prévues par le décret en Conseil d'Etat mentionné à l'article L. 3214-5. » ;

4o L'article L. 3214-3 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, après le mot : « hospitalier », le signe : « , » est supprimé, les mots : « du département » sont remplacés par les mots : « dans le département », les mots : « son hospitalisation dans une unité spécialement aménagée d'un établissement de santé visée à » sont remplacés par les mots : « son admission en soins psychiatriques sous la forme d'une hospitalisation complète dans les conditions prévues au II de » et est ajoutée une phrase ainsi rédigée :

« Le certificat médical ne peut émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil. » ;

b) Les quatre derniers alinéas sont remplacés par deux alinéas ainsi rédigés :

« Le régime de cette hospitalisation est celui prévu pour les hospitalisations ordonnées en application de l'article L. 3213-1.

« Les arrêtés préfectoraux sont motivés et énoncent avec précision les circonstances qui ont rendu la mesure de soins psychiatriques nécessaire. Ils désignent l'établissement mentionné à l'article L. 3222-1 qui assure la prise en charge de la personne malade et sont inscrits sur le registre mentionné à l'article L. 3212-11. » ;

5o L'article L. 3214-4 est abrogé.

Article 6

Le chapitre V du même titre Ier est ainsi modifié :

1o L'article L. 3215-1 est ainsi rédigé :

« Art. L. 3215-1. – Est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 € d'amende :

« 1o Le fait pour le directeur d'un établissement mentionné à l'article L. 3222-1 de maintenir la mesure de soins psychiatriques dont une personne fait l'objet, quelle qu'en soit la forme, lorsque la levée de la mesure est ordonnée par le représentant de l'Etat dans le département ou, à Paris, le préfet de police en application du dernier alinéa de l'article L. 3212-8 ou de l'article L. 3213-4, ou par le juge des libertés et de la détention en application des articles L. 3211-12 ou L. 3211-12-1, ou lorsque la mesure de soins doit être levée en application des articles L. 3212-4, L. 3212-7, L. 3212-8, L. 3212-9 ou L. 3213-4 ;

« 2o Le fait pour le directeur ou pour tout médecin d'un établissement mentionné à l'article L. 3222-1 de supprimer ou de retenir une requête ou une réclamation adressée à l'autorité judiciaire ou administrative par une personne faisant l'objet de soins psychiatriques en application des chapitres II à IV du présent titre. » ;

2o L'article L. 3215-2 est ainsi rédigé :

« Art. L. 3215-2. – Est puni de six mois d'emprisonnement et de 7 500 € d'amende le fait pour le directeur d'un établissement mentionné à l'article L. 3222-1 :

« 1o D'admettre une personne en soins psychiatriques en application du 1o du II de l'article L. 3212-1 sans avoir obtenu la demande d'admission en soins et les certificats médicaux prévus par le même 1o ;

« 2o D'admettre une personne en soins psychiatriques en application du 2o du même II sans disposer du certificat médical prévu par le même 2o ;

« 3o D'omettre d'adresser au représentant de l'Etat dans le département ou, à Paris, au préfet de police dans les délais prescrits la décision d'admission, les certificats médicaux et le bulletin d'entrée établis en application du I de l'article L. 3212-5 ;

« 4o D'omettre d'adresser au représentant de l'Etat dans le département ou, à Paris, au préfet de police dans les délais prescrits les certificats médicaux établis en application de l'article L. 3212-7, des 1o et 2o du I de l'article L. 3213-1 et de l'article L. 3213-3 ;

« 5o D'omettre de se conformer dans le délai indiqué aux prescriptions de l'article L. 3212-11 et du IV de l'article L. 3213-1 relatives à la tenue et à la présentation des registres ;

« 6o D'omettre d'aviser dans le délai prescrit par l'article L. 3213-5 le représentant de l'Etat dans le département ou, à Paris, le préfet de police du certificat médical prévu à cet article. » ;

3o L'article L. 3215-3 est abrogé ;

4o L'article L. 3215-4 est ainsi rédigé :

« Art. L. 3215-4. – Est puni de six mois d'emprisonnement et de 7 500 € d'amende le fait pour un médecin d'un établissement mentionné à l'article L. 3222-1 de refuser ou d'omettre d'établir dans les délais prescrits les certificats médicaux relevant de sa responsabilité en application des articles L. 3211-2-2, L. 3212-7, L. 3213-1 et L. 3213-3. »

Article 7

Le même titre Ier est complété par un chapitre VI ainsi rédigé :

« CHAPITRE VI

« Contentieux »

« Art. L. 3216-1. – La régularité des décisions administratives prises en application des chapitres II à IV du présent titre ne peut être contestée que devant le juge judiciaire.

« Le juge des libertés et de la détention connaît des contestations mentionnées au premier alinéa du présent article dans le cadre des instances introduites en application des articles L. 3211-12 et L. 3211-12-1. Dans ce cas, l'irrégularité affectant une décision administrative mentionnée au premier alinéa du présent article n'entraîne la mainlevée de la mesure que s'il en est résulté une atteinte aux droits de la personne qui en faisait l'objet.

« Lorsque le tribunal de grande instance statue sur les demandes en réparation des conséquences dommageables résultant pour l'intéressé des décisions administratives mentionnées au premier alinéa, il peut, à cette fin, connaître des irrégularités dont ces dernières seraient entachées. »

Article 8

Le titre II du livre II de la même troisième partie est ainsi modifié :

1o Après l'article L. 3221-4, il est inséré un article L. 3221-4-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 3221-4-1. – L'agence régionale de santé veille à la qualité et à la coordination des actions de soutien et d'accompagnement des familles et des aidants des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques menées par les établissements de santé mentionnés au second alinéa de l'article L. 3221-1 et par les associations ayant une activité dans le domaine de la santé et de la prise en charge des malades agréées en application de l'article L. 1114-1. » ;

2o L'article L. 3222-1 est ainsi rédigé :

« Art. L. 3222-1. – Pour chaque territoire de santé, le directeur général de l'agence régionale de santé désigne, après avis du représentant de l'Etat dans le département, un ou plusieurs établissements autorisés en psychiatrie chargés d'assurer la mission de service public définie au 11o de l'article L. 6112-1.

« Les établissements ainsi désignés assurent, par leurs propres moyens ou par voie de convention, la prise en charge à temps complet, à temps partiel et sous forme de consultations des patients atteints de troubles mentaux, dans le respect des conditions mentionnées à l'article L. 6112-3.

« La zone géographique dans laquelle l'établissement de santé exerce cette mission de service public est précisée dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-1 signé avec l'agence régionale de santé. Son projet d'établissement détaille les moyens mis en œuvre pour l'accomplissement de ladite mission et les modalités de coordination avec la sectorisation psychiatrique dans les conditions définies à l'article L. 3221-4. » ;

3o Après le même article L. 3222-1, il est inséré un article L. 3222-1-1 A ainsi rédigé :

« Art. L. 3222-1-1. – A. – Dans chaque territoire de santé, l'agence régionale de santé organise un dispositif de réponse aux urgences psychiatriques en relation avec les services d'aide médicale urgente, les services départementaux d'incendie et de secours, les services de la police nationale, les unités de la gendarmerie nationale, les établissements mentionnés à l'article L. 3222-1, les groupements de psychiatres libéraux et les personnes mentionnées à l'article L. 6312-2.

« Ce dispositif a pour objet de faire assurer aux personnes atteintes de troubles mentaux, en quelque endroit qu'elles se trouvent, les soins d'urgence appropriés à leur état et, le cas échéant, de faire assurer leur transport vers un établissement de santé mentionné à l'article L. 3222-1. » ;

4o L'article L. 3222-1-1 est ainsi modifié :

a) A la première phrase du premier alinéa, les mots : « relevant d'une hospitalisation d'office ou sur demande d'un tiers » sont remplacés par les mots : « faisant l'objet de soins psychiatriques » ;

b) Le second alinéa est ainsi rédigé :

« Pour les personnes nécessitant des soins psychiatriques en application de l'article L. 3212-1, s'agissant des mesures prises en application du 1o du II de ce même article, le transport ne peut avoir lieu qu'après l'établissement du premier des deux certificats médicaux et la rédaction de la demande de soins prévus à ce même 1o et, s'agissant des mesures prises en application du 2o du même II, il ne peut avoir lieu qu'après l'établissement du certificat médical prévu à ce même 2o. » ;

5o Après le même article L. 3222-1-1, il est inséré un article L. 3222-1-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 3222-1-2. – Le directeur de chaque établissement de santé mentionné à l'article L. 3222-1 conclut des conventions avec :

« 1o Le représentant de l'Etat dans le département ou, à Paris, le préfet de police ;

« 2o Les collectivités territoriales et leurs groupements compétents sur les territoires de santé correspondants ;

« 3o Le directeur général de l'agence régionale de santé.

« Les conventions mentionnées au premier alinéa du présent article fixent les modalités selon lesquelles leurs signataires collaborent en vue d'assurer le suivi et de favoriser la réinsertion sociale des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sous la forme mentionnée au 2o de l'article L. 3211-2-1. Ces conventions prévoient également les conditions dans lesquelles sont mises en œuvre les décisions par lesquelles le directeur de l'établissement d'accueil ou le représentant de l'Etat modifie la forme de la prise en charge de ces personnes en procédant à leur hospitalisation complète en application, respectivement, de l'article L. 3212-4 ou du III de l'article L. 3213-3.

« Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions d'application du présent article. » ;

6o A l'article L. 3222-2, les références : « aux 1o et 2o » sont remplacées par la référence : « au I » ;

7o L'article L. 3222-3 est ainsi rétabli :

« Art. L. 3222-3. – Les personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sous la forme d'une hospitalisation complète en application des chapitres III ou IV du titre Ier du présent livre ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale peuvent être prises en charge dans une unité pour malades difficiles lorsqu'elles présentent pour autrui un danger tel que les soins, la surveillance et les mesures de sûreté nécessaires ne peuvent être mis en œuvre que dans une unité spécifique.

« Les modalités d'admission dans une unité pour malades difficiles sont prévues par décret en Conseil d'Etat. » ;

8o L'article L. 3222-4 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi rédigé :

« Les établissements mentionnés à l'article L. 3222-1 sont visités sans publicité préalable au moins une fois par an par le représentant de l'Etat dans le département ou son représentant, par le président du tribunal de grande instance ou son délégué, par le procureur de la République dans le ressort duquel est situé l'établissement et par le maire de la commune ou son représentant. » ;

b) Au second alinéa, à la première phrase, le mot : « hospitalisées » est remplacé par les mots : « admises en soins psychiatriques » et, à la seconde phrase, après la référence : « L. 3211-2 », est insérée la référence : « , L. 3211-2-1 » ;

9o A l'article L. 3222-5, le mot : « hospitalisations » est remplacé par le mot : « soins » et les mots :

« hospitalisées en raison de troubles mentaux » sont remplacés par les mots : « admises en soins psychiatriques en application des chapitres II à IV du titre Ier du présent livre ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale » ;

10o L'intitulé du chapitre III est ainsi rédigé : « Commission départementale des soins psychiatriques » ;

11o L'article L. 3223-1 est ainsi rédigé :

« Art. L. 3223-1. – La commission prévue à l'article L. 3222-5 :

« 1o Est informée, dans les conditions prévues aux chapitres II et III du titre Ier du présent livre, de toute décision d'admission en soins psychiatriques, de tout renouvellement de cette décision et de toute décision mettant fin à ces soins ;

« 2o Reçoit les réclamations des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques en application des chapitres II à IV du titre Ier du présent livre ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale ou celles de leur conseil et examine leur situation ;

« 3o Examine, en tant que de besoin, la situation des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques en application des chapitres II à IV du titre Ier du présent livre ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale et, obligatoirement, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat :

« a) Celle de toutes les personnes dont l'admission a été prononcée en application du 2o du II de l'article

L. 3212-1 ;

« b) Celle de toutes les personnes dont les soins se prolongent au-delà d'une durée d'un an ;

« 4o Saisit, en tant que de besoin, le représentant de l'Etat dans le département ou, à Paris, le préfet de police, ou le procureur de la République de la situation des personnes qui font l'objet de soins psychiatriques en application des chapitres II à IV du titre Ier du présent livre ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale ;

« 5o Visite les établissements mentionnés à l'article L. 3222-1, vérifie les informations figurant sur le registre prévu à l'article L. 3212-11 et au IV de l'article L. 3213-1 et s'assure que toutes les mentions prescrites par la loi y sont portées ;

« 6o Adresse, chaque année, son rapport d'activité, dont le contenu est fixé par décret en Conseil d'Etat, au juge des libertés et de la détention compétent dans son ressort, au représentant de l'Etat dans le département ou, à Paris, au préfet de police, au directeur général de l'agence régionale de santé, au procureur de la République et au Contrôleur général des lieux de privation de liberté ;

« 7o Peut proposer au juge des libertés et de la détention du tribunal de grande instance dans le ressort duquel se situe l'établissement d'accueil d'une personne admise en soins psychiatriques en application des chapitres II à IV du titre Ier du présent livre ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale d'ordonner, dans les conditions définies à l'article L. 3211-12 du présent code, la levée de la mesure de soins psychiatriques dont cette personne fait l'objet ;

« 8o Statue sur les modalités d'accès aux informations mentionnées à l'article L. 1111-7 de toute personne admise en soins psychiatriques en application des chapitres II à IV du titre Ier du présent livre ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale.

« Les personnels des établissements de santé sont tenus de répondre à toutes les demandes d'information formulées par la commission. Les médecins membres de la commission ont accès à toutes les données médicales relatives aux personnes dont la situation est examinée. » ;

12o Au sixième alinéa de l'article L. 3223-2, les mots : « des autres départements de

la région ou des départements limitrophes » sont remplacés par les mots : « d'autres départements ».

Le même code est ainsi modifié :

1o L'article L. 1111-7 est ainsi modifié :

Article 9

a) A la seconde phrase du deuxième alinéa, le mot : « hospitalisations » est remplacé par le mot : « soins » ;

b) Au quatrième alinéa, à la première phrase, les mots : « hospitalisation sur demande d'un tiers ou d'une hospitalisation d'office » sont remplacés par les mots : « admission en soins psychiatriques décidée en application des chapitres II à IV du titre Ier du livre II de la troisième partie du présent code ou ordonnée en application de l'article 706-135 du code de procédure pénale » et, à la deuxième phrase, le mot :

« hospitalisations » est remplacé par le mot : « soins » ;

2o L'article L. 1112-3 est ainsi modifié :

a) Après le deuxième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsqu'elle est saisie par une personne faisant l'objet de soins psychiatriques en application des articles L. 3212-1 ou L. 3213-1, la commission peut confier l'instruction de la demande à la commission prévue à l'article L. 3222-5. » ;

b) Au début de la première phrase du troisième alinéa, le mot : « Elle » est remplacé par les mots : « La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge » ;

3o Au premier alinéa de l'article L. 1121-6, les mots : « hospitalisées sans consentement » sont remplacés par les mots : « faisant l'objet de soins psychiatriques » ;

4o Au dernier alinéa de l'article L. 1221-8-1 et au deuxième alinéa de l'article L. 1121-11, les mots :

« hospitalisées sans leur consentement » sont remplacés par les mots : « faisant l'objet de soins psychiatriques

en application des chapitres II à IV du titre Ier du livre II de la troisième partie du présent code ou de

l'article 706-135 du code de procédure pénale » ;

5o Au second alinéa de l'article L. 1511-6, le mot : « hospitalisations » est remplacé, deux fois, par le mot :

« soins » ;

6o Au 3o de l'article L. 1521-2, au 14o de l'article L. 1527-1 et au 3o de l'article L. 1531-3, le mot :

« hospitalisations » est remplacé par le mot : « soins » ;

7o A l'article L. 1522-6 et à la fin du 11o de l'article L. 6112-1, les mots : « hospitalisées sans leur consentement » sont remplacés par les mots : « faisant l'objet de soins psychiatriques en application des chapitres II à IV du titre Ier du livre II de la troisième partie du présent code ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale ».

Article 10

Le code de procédure pénale est ainsi modifié :

1o Au 7o de l'article 706-56-2, les mots : « hospitalisation d'office » sont remplacés par les mots : « mesure de soins psychiatriques » ;

2o L'article 706-135 est ainsi modifié :

a) A la première phrase, les mots : « l'hospitalisation d'office de la personne » sont remplacés par les mots :

« l'admission en soins psychiatriques de la personne, sous la forme d'une hospitalisation complète » ;

b) A l'avant-dernière phrase, les mots : « hospitalisations ordonnées » sont remplacés par les mots :

« admissions en soins psychiatriques prononcées » et les mots : « , dont le deuxième alinéa est applicable » sont

supprimés ;

c) La dernière phrase est supprimée ;

3o Au premier alinéa de l'article 706-138, les mots : « d'office » sont supprimés.

Article 11

Dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement dépose sur le bureau des assemblées un rapport sur l'état de la recherche médicale française en psychiatrie, faisant état des principaux besoins identifiés, notamment en matière d'observance thérapeutique et de suivi épidémiologique des patients, et décrivant les moyens à mettre en œuvre dans ce domaine.

Article 12

Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport relatif à l'évolution du statut et des modalités de fonctionnement de l'infirmier psychiatrique de la préfecture de police de Paris.

Par le Président de la République :

Le Premier ministre,

FRANÇOIS FILLON

Le ministre de l'intérieur,

de l'outre-mer, des collectivités territoriales

et de l'immigration,

CLAUDE GUÉANT

NICOLAS SARKOZY

Le garde des sceaux,

ministre de la justice et des libertés,

MICHEL MERCIER

Le ministre du travail,

de l'emploi et de la santé,

XAVIER BERTRAND

Projet de loi nos 2494, 3116.

Rapport de M. Guy Lefrand, au nom de la commission des affaires sociales, no 3189.
Discussion les 15 et 16 mars 2011 et adoption le 22 mars 2011 (TA no 623).

Sénat :

Projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, no 361 (2010-2011).

Rapport de Mme Muguette Dini, au nom de la commission des affaires sociales, no 487 (2010-2011). Avis de M. René Lecerf, au nom de la commission des lois, no 477 (2010-2011).

Texte de la commission no 488 rect. (2010-2011).

Discussion les 10, 11 et 13 mai 2011 et adoption le 13 mai 2011 (TA no 118, 2010-2011).

Assemblée nationale :

Projet de loi, modifié par le Sénat, no 3440.

Rapport de M. Guy Lefrand, au nom de la commission des affaires sociales, no 3445.
Discussion le 23 mai 2011 et adoption le 31 mai 2011 (TA no 670).

Sénat :

Projet de loi, adopté avec modifications par l'Assemblée nationale, no 566 (2010-2011).

Rapport de M. Jean-Louis Lorrain, au nom de la commission des affaires sociales, no 589 (2010-2011). Texte de la commission no 590 (2010-2011).

Discussion et adoption le 16 juin 2011 (TA no 144, 2010-2011).

Assemblée nationale :

Projet de loi, modifié par le Sénat en deuxième lecture, no 3543.

Rapport de M. Guy Lefrand, au nom de la commission des affaires sociales, no 3546.
Discussion et adoption le 22 juin 2011 (TA no 692).

CHAPITRE V

Présentation et commentaires critiques sur la loi
du 5 juillet 2011

Complétés par les décrets du 18 juillet 2011 et
la circulaire du 11 août 2011

L'esprit général de la loi est un compromis entre la garantie de protéger au maximum les libertés individuelles et des mesures visant à encadrer fermement la sortie des malades réputés dangereux ou susceptibles de menacer l'ordre public.

Le texte de la loi n'a bien sûr pas la clarté de 1838 car il doit tenir compte de la diversité des situations – d'où la complexité des procédures.

Le libellé de la loi est d'ailleurs à la limite du «politiquement correct» ; c'est-à-dire ne pas nommer ouvertement ce dont il s'agit. Le fait qu'on puisse parler de la «protection des personnes» alors qu'il est question dans certains articles de les retenir tant qu'ils sont considérés comme dangereux, n'est pas sans faire évoquer un système «orwellien». On sait que dans son œuvre maîtresse, G. ORWELL – 1984 – le ministère chargé de la répression était appelé «Ministère de l'amour».

Contrairement aux lois précédentes de 1838 et 1990, la loi du 5 juillet 2011 n'a pas été demandée explicitement par les médecins. Ceux-ci n'ont d'ailleurs pas été consultés pour son élaboration. Quand on se souvient du rôle d'ESQUIROL et FERRUS dans l'élaboration de la loi de 1838, on peut mesurer l'énorme perte d'influence des psychiatres relégués au statut d'exécution de décisions prises par d'autres.

La loi de 2011 ne se fixe pas non plus de préciser l'organisation des soins psychiatriques (à l'inverse de celle de 1985 qui légalisa la pratique de secteur psychiatrique). Celle-ci est renvoyée à un hypothétique plan de santé mentale qui doit être établi à l'automne 2011 – ce dont on peut douter car il supposerait des moyens financiers supplémentaires, ce qui n'est manifestement pas dans les possibilités actuelles.

En fait, la loi émane directement du Président de la République puisqu'elle a été demandée par celui-ci à la suite du meurtre à Grenoble en 2008 d'un étudiant par un malade mental en HO et sorti sans permission. Immédiatement 70 millions d'euros furent accordés pour construire des barrières autour des services psychiatriques ouverts, et une nouvelle loi mise en préparation - dans l'esprit de celle du 28/02/2008 sur la rétention de sécurité. L'objectif sécuritaire était donc affiché sans ambiguïté.

Quatre dispositions de la loi nous semblent importantes à examiner :

- 1) **La possibilité de soins ambulatoires sans consentement.**
- 2) **Les nouvelles dispositions sur l'hospitalisation à la demande d'un tiers – conformément au Titre II : suivi des patients.**
- 3) **Les nouvelles dispositions sur l'hospitalisation d'office dont l'intitulé est devenu «Admission en Soins Psychiatriques sur Décision du Représentant de l'État».**
- 4) **Le rôle du juge des Libertés et de la Détention, tel que précisé dans le décret du 18 juillet 2011.**

1) Les soins ambulatoires sans consentement

Selon le Gouvernement (par la voix de Madame Nora BERRA), la principale innovation apportée par la loi «c'est avant tout la possibilité de prendre en charge les patients sous contrainte et non plus au moyen d'hospitalisations complètes».

Les patients peuvent donc être soignés en hospitalisation partielle – en consultation de «ville» ou en ateliers.

Les traitements sont encadrés par un «programme de soins» dans l'esprit du Gouvernement, cette possibilité d'organiser les soins sans consentement hors de l'hôpital se substitue aux précédentes «sorties d'essais» après une longue hospitalisation.

Il est vrai que les sorties d'essais permettaient d'exercer une pression voire un chantage sur le patient puisque s'il ne suivait pas le traitement ambulatoire prévu, il pouvait être réadmis sur simple notification au préfet.

Mais la loi de 2011 semble laisser ouverte la possibilité de soins ambulatoires sans consentement en première intention ; ce qui représenterait une obligation de soins semblable à celle utilisée pour certains types de délinquance (usage de substances illicites, violences familiales entre autres).

Seul l'avenir dira comment cette disposition sera réellement appliquée, mais elle nous paraît une dénaturalisation de l'esprit qui était à l'origine des pratiques de secteur psychiatrique qui

se voulaient fondées sur le contrat ou l'alliance thérapeutique entre le soignant et le soigné – et non sur la menace d'une détention.

Il faut reconnaître que la loi répond à une demande explicite de l'U.N.A.F.A.M qui le 6 avril 2011, dans la phase préparatoire à la promulgation de la loi du 5 juillet 2011, publiait le communiqué suivant :

- «Elles (les organisations d'usagers et familles) rappellent que ce projet de loi concernant une mission de service public rend indispensable un cadre législatif précisant clairement l'organisation de dispositif de soins et la prévention responsable de sa mise en œuvre». Les enjeux de continuité des soins de responsabilité et de sécurité impliquent, en effet, l'inscription du dispositif de soins sans consentement dans une logique de responsabilité territoriale sectorielle claire excluant toute tergiversation dans leur mise en œuvre»

Malgré le caractère très alambiqué de ce communiqué, on peut l'interpréter comme une demande faite au gouvernement de disposer des moyens juridiques d'imposer une «contrainte thérapeutique» en dehors des lieux habituels de détention.

Mais comme l'exprime le Dr Pierrick CRESSARD, président de la section «Éthique» du Conseil national de l'Ordre des médecins, «garantir à la société une sécurité absolue est non seulement impossible avec les droits fondamentaux : la liberté de circuler et de penser – le droit au secret médical – et le droit au refus du traitement».

On voit que cette substitution dans le libellé de loi de «soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État» à celle d'«hospitalisation sans consentement» est loin d'être anodine ou de simplement entériner des pratiques antérieures. Rappelons en effet, un article de la loi qui stipule que le préfet du département (ou le préfet de police à Paris) peut prononcer par arrêté «au vu d'un certificat médical circonstancié ne pouvant émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil», l'admission en soins psychiatriques des personnes présentant des troubles mentaux. En cas de danger imminent pour la sûreté des personnes, attesté par un avis médical ou à défaut par la notoriété publique : le maire, (ou le commissaire de police à Paris), arrêtent toutes les mesures nécessaires.

Deux remarques s'imposent à propos de cet article :

1 - l'une, presque anecdotique, reprend la vieille spécificité de Paris, comme si cette ville restait «dangereuse».

2 - l'une, plus significative, est la reprise de la loi de 1838 de la notion de notoriété qui dispense l'avis médical.

Mais cette partie de la loi a été censurée le 6 octobre 2011 par le Conseil Constitutionnel.

A la suite d'une question prioritaire de constitutionnalité, le Conseil a censuré «la possibilité de prendre une mesure de privation de liberté sur le seul fondement de la notoriété publique».

Les maires devront désormais produire un certificat médical pour justifier leur décision.

Cette mesure a plus de conséquences que nous pouvons l'imaginer.

Malgré l'absence de statistiques officielles sur ces hospitalisations d'office fondées sur la «notoriété publique», le Comité européen de la prévention de la torture avait interrogé le gouvernement français en 2000. Celui-ci avait répondu, imprudemment, que cette disposition était tombée en désuétude. Il n'en était rien en effet.

Notons, par exemple, que le contrôleur général des lieux de privation de liberté avait relevé dans son rapport sur l'hôpital psychiatrique d'Auxerre que dix sept placements d'office avaient été faits selon cette procédure en 2007 et 2008.

A Nantes, en 2004, sur une centaine d'hospitalisations d'office, vingt étaient fondées sur la notoriété.

A Grenoble, en 2009, un quart des 32 mesures d'HO avait été prises en fonction de cette disposition.

A la suite de cette censure du Conseil Constitutionnel, les maires pourront se sentir démunis face à des situations d'urgence. Mais selon Laurent FRIOURET, avocat à Castres, ils pourront utiliser les nouveaux pouvoirs conférés au directeur de l'établissement dans le cas d'hospitalisation à la demande d'un tiers. En effet, «lorsqu'il est impossible de recueillir la demande d'un proche et que le péril est imminent, le directeur peut désormais prononcer une admission».

C'est ce que nous allons examiner maintenant.

2) Soins à la demande d'un tiers

Selon le titre II : Suivi des patients

Deux situations sont prévues : l'une ordinaire, l'autre en cas de péril imminent.

a) Pour la première situation, les dispositifs reprennent ceux des lois de 1838 et de 1990 : le directeur prononce l'admission en soins psychiatriques au vu d'une demande d'un membre de la famille ou d'une personne «ayant qualité pour agir dans son intérêt» - de deux certificats médicaux, dont l'un par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement.

b) Dans le deuxième cas, celui «d'un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade», le directeur peut prononcer l'admission en soins psychiatriques au vu d'un seul certificat médical, qui peut être rédigé par un médecin de l'établissement d'accueil.

Cette disposition existait dans la loi de 1990, mais elle est beaucoup plus explicite dans celle de 2011.

D'autre part, il est demandé que le patient soit examiné par un médecin somaticien et un psychiatre de l'établissement dans les 24 heures.

Dans les deux cas, dans les 72 heures suivant l'admission, un nouveau certificat médical est établi par un autre psychiatre que celui qui a établi le certificat de 24 heures. Et c'est seulement si les deux certificats ont conclu à la nécessité de maintenir les soins psychiatriques, qu'un psychiatre de l'établissement propose la forme de la prise en charge et éventuellement un programme de soins.

On le voit, la procédure est assez lourde et exige la multiplication de certificats rédigés par des psychiatres, ce qui risque d'être particulièrement chronophage.

En ce qui concerne la main levée des mesures de soins sans consentement demandés par un tiers, elle est assez profondément modifiée puisque le directeur «n'est pas tenu de faire droit à la demande de la personne mentionnée au 2nd du présent article (celle qui a fait la demande de

soins) lorsqu'un certificat médical établi par un psychiatre de l'établissement atteste que l'arrêt des soins entraînerait un péril imminent pour la santé du patient».

Cette possibilité n'existait pas dans les lois de 1838 et 1990, contrairement à celle d'informer préalablement à la levée de la mesure, le représentant de l'État lorsqu'un certificat établi par un psychiatre de l'établissement atteste que «l'état mental du patient compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte de façon grave à l'ordre public».

Dans les deux cas, le directeur est tenu d'informer par écrit le patient de son refus en lui indiquant les voies de recours prévues à l'article 3211-12 – qui sont assez nombreuses et que nous examinerons dans la 4ème partie consacrée au rôle du juge des Libertés et de la Détention.

3) Admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État

Il s'agit de dispositions correspondant à l'ancien placement d'office – ou hospitalisation d'office de la loi de 1990. La rédaction des articles révèle le véritable objet de la loi qui est un contrôle plus grand des patients réputés dangereux. Pour l'essentiel il s'agit de mesures sécuritaires – de «défense sociale» pour utiliser une expression du 19e siècle.

Il est en effet fait une mention spéciale des «patients hospitalisés d'office en application de l'article 3213-7 du présent code au 706-135 du code de procédure pénale ou ayant fait l'objet d'une hospitalisation dans une unité pour malades difficiles».

Le pouvoir de contrôle de l'administration est assez considérablement renforcé.

Notons, par exemple, les articles II à IV de l'article 3213.1 :

- «Le représentant de l'État décide de la forme de prise en charge prévue à l'article L321.2.1, en tenant compte de la proposition établie, le cas échéant, par le psychiatre... et des exigences liées à la sûreté des personnes et à l'ordre public» - ou l'article 3213.5 qui permet au représentant de l'État de s'opposer à la demande de main levée faite par le directeur de l'établissement à la suite d'un certificat du psychiatre «participant à la prise en charge du

patient». Il peut demander une expertise psychiatrique, ce qui prolonge automatiquement l'hospitalisation pour 14 jours.

En ce qui concerne les personnes visées par l'article 706-135 du code de procédure pénale, l'article L 313.5.1 est encore plus précis :

- «Le représentant de l'État du département peut à tout moment ordonner une expertise psychiatrique. Cette expertise est conduite par un psychiatre n'appartenant pas à l'établissement d'accueil de la personne malade, choisi par le représentant de l'État dans le département sur une liste établie par le procureur de la République, après avis du directeur général régional de santé de la région dans laquelle est situé l'établissement, ou à défaut, sur la liste des experts inscrits près la Cour d'appel du ressort de l'établissement».

Dans l'ensemble, il y a donc un accroissement du contrôle par le représentant de l'État des malades hospitalisés d'office – et surtout s'ils le sont à la suite d'une déclaration d'irresponsabilité pénale.

Ce renforcement est atténué par l'accroissement du rôle de la justice, et en particulier du juge des Libertés et de la Détention – que nous examinons dans le paragraphe suivant.

4) Le rôle du juge des Libertés et de la Détention

Dans la loi du 5 juillet 2011 et le décret du 18 juillet 2011

Il s'agit sans doute des modifications les plus significatives par rapport aux lois antérieures et même par rapport à deux siècles de psychiatrie.

Pendant toute cette période en effet, les juges n'avaient été qu'une instance de contrôle a posteriori. Les médecins et les autorités administratives étaient en effet maîtres de la situation. Traditionnellement, et contrairement à d'autres pays européens et aux Etats-Unis où la décision d'interner quelqu'un ne relevait que de la justice (procédure de «commitment»), celle-ci incombait en France soit au représentant de l'État soit à la famille. Décision appuyée et justifiée après coup par un certificat médical. C'est cette procédure simple que nous avons décrite précédemment concernant la loi de 1838 et l'âge d'or de l'aliénisme.

La loi du 5 juillet 2011 tranche avec cette tradition puisqu'elle amorce un processus de «judiciarisation» des soins sans consentement, dont on ne sait encore comment il sera appliqué et comment il évoluera.

Il est en effet prévu que la loi soit réexaminée dans trois ans. Il se pourrait donc que la judiciarisation soit conduite à son terme, c'est-à-dire que la décision d'hospitalisation sans consentement soit prise par la justice.

Les tendances actuelles de l'évolution des mentalités iraient plutôt dans ce sens. Mais tout reste ouvert, d'autant plus que l'indépendance de la justice par rapport au gouvernement reste toujours un débat d'actualité.

Cette amorce de judiciarisation a été confiée par la loi au juge des Libertés et de la Détention. Rappelons qu'il s'agit d'un magistrat du siège dont la fonction a été instaurée par la loi du 15 juin 2000 sur la présomption d'innocence. Ses attributions sont diverses et fondamentales – c'est lui par exemple qui peut placer en détention provisoire ou mettre en liberté. L'une de celles-ci depuis la loi du 5 juillet 2011 est le contrôle des soins psychiatriques sans consentement, qu'ils aient été décidés à la demande d'un tiers ou des autorités.

La loi distingue deux procédures d'intervention du juge des Libertés et de la Détention (J.L.D) :

- 1 – L'une de droit commun - est facultative
- 2 – L'autre de contrôle de plein droit - est obligatoire

1 – Intervention facultative

Il s'agit de la mise en œuvre des articles L 3211-12 (soins à la demande d'un tiers) et L 3213-5 (soins à la demande du représentant de l'État)

Il est donc précisé que :

« Le juge des Libertés et de la Détention peut être saisi à tout moment aux fins d'ordonner, à bref délai, la main levée immédiate d'une mesure de soins psychiatriques, ... quelle qu'en soit la forme ».

La saisine peut être formulée par :

- 1) la personne faisant l'objet des soins
- 2) les titulaires de l'autorité parentale
- 3) la personne chargée de sa protection, si majeure, elle est sous tutelle ou en curatelle.
- 4) son conjoint, concubin, ou pacsé
- 5) la personne qui a formulé la demande de soins
- 6) un parent ou une personne susceptible d'agir dans l'intérêt de la personne faisant l'objet de soins
- 7) le procureur de la République

et enfin, le juge peut se saisir lui-même à tout moment. Pour prendre sa décision le J.L.D doit disposer de toutes les informations utiles fournies par la personne qui demande la main levée. L'article R 3211-26 permet au J.L.D de rejeter sans tenir d'audience les demandes répétées si elles sont manifestement infondées.

Les modalités de l'audience sont également précisées dans le décret du 18 juillet 2011, ainsi que les démarches qui incombent au requérant lui-même – au directeur de l'établissement – à l'autorité administrative.

Le juge doit statuer, à bref délai qui, selon l'article R 3211-16 du code de la Santé Publique est fixé à 12 jours et à 23 jours en cas d'expertise.

Le pouvoir du J.L.D est toutefois limité dans le cas où le patient a été hospitalisé par décision de justice (irresponsabilité pénale) ou fait un séjour en U.M.D de un an en continu depuis moins de 10 ans.

Dans ce cas, l'avis médical sur la nécessité de poursuivre l'hospitalisation complète est donné par un collègue soignant dans un délai de 5 jours. Le collège est composé de 3 membres désignés par le directeur :

- le psychiatre responsable à titre principal du patient,
- un psychiatre ne participant pas à la prise en charge du patient,
- un membre de l'équipe pluridisciplinaire participant à la prise en charge.

En ce qui concerne la main levée, le pouvoir du juge est encadré dans ce cas par l'article R 3211-13 qui précise que :

«Dans les cas mentionnés aux 1^{er} et 2nd du présent II, le juge ne peut en outre décider la main levée de la mesure qu'après avoir recueilli deux expertises établies par les psychiatres inscrits

à l'article L 3213-5-1 (rappelons qu'ils sont choisis par le représentant de l'État sur une liste fixée par le procureur).

Les deux experts procèdent à des examens séparés et ne peuvent exercer dans l'établissement d'accueil qui fait l'objet des soins.

On voit donc dans ce cas de patients délinquants ou réputés dangereux, que l'État conserve une solide main mise. C'était d'ailleurs, comme nous l'avons indiqué plus haut, l'objet principal de la loi.

2 – Les contrôles de plein droit par le J.L.D

Ils représentent un élargissement du rôle du J.D.L dans le sens de la judiciarisation des soins sans consentement.

Le texte est très clair et distingue le contrôle initial d'hospitalisation complète – supérieure à 15 jours – du contrôle du suivi de la prise en charge.

Le contrôle initial prévoit que : «L'hospitalisation complète sans consentement d'un patient ne peut se poursuivre au-delà de 15 jours après l'admission sans que le juge des Libertés et de la Détention n'ait statué sur la mesure avant l'expiration du délai de quinze jours à compter de l'admission».

Le contrôle du suivi de la prise en charge : article L 3211-12-1

«Le J.L.D est saisi par le directeur ou le préfet avant l'expiration d'un délai de quinze jours à compter de la décision par laquelle le directeur de l'établissement ou le représentant de l'État a modifié la forme de la prise en charge du procédant en procédant à son hospitalisation complète».

Un contrôle au-delà de six mois d'hospitalisation continue est institué :

«L'hospitalisation complète d'un patient ne peut se poursuivre sans que le J.L.D n'ait statué avant l'expiration d'un délai de six mois lorsque le patient a été maintenu pendant ces six mois en hospitalisation complète de manière continue».

Le point particulier d'un désaccord entre la préconisation d'un psychiatre de lever l'hospitalisation et le refus du représentant de l'État de le faire, est soulevé :

Le directeur doit alors demander l'examen du patient par un deuxième psychiatre. Si son avis est conforme au premier, la levée est automatique.

Si le second avis est favorable au maintien de l'hospitalisation, la saisine du J.L.D s'impose. En d'autres termes, en cas de conflit, le J.L.D n'est saisi qu'après un avis contraire du second psychiatre.

Autre point important, mentionné précédemment, la limitation du pouvoir du J.L.D pour les patients hospitalisés à la suite d'une irresponsabilité pénale ou ayant fait un séjour de un an continu en U.M.D. Dans ce cas le certificat médical est remplacé par l'avis d'un collègue, dont nous avons décrit la composition au paragraphe précédent.

En conclusion de ce Chapitre V, il nous semble que les deux propositions essentielles et innovatrices de la loi du 5 juillet 2011, sont :

- 1°) **La possibilité de soins ambulatoires sans consentement**
- 2°) **Une amorce de judiciarisation par le rôle donné aux juges des Libertés et de la Détention.**

Ce sont ces deux points qui ont soulevé le plus de controverses, à la fois sur le plan théorique des valeurs fondamentales et sur le plan de leur applicabilité pratique.

C'est ainsi que l'enquête du magazine TÉLÉRAMA du 7 septembre 2011, sous le titre «*soins psychiatriques – une loi délirante*», donne la parole à des psychiatres vigoureusement opposés à la notion de soins ambulatoires sans consentement. La loi est qualifiée de «sécuritaire» et «anti-thérapeutique».

Dans la Dépêche du Midi du 25 octobre 2011, le Dr LABOURET, président de l'unité syndicale de la psychiatrie, dénonce la nouvelle loi sur l'hospitalisation d'office – parlant d'une judiciarisation en trompe-l'œil.

Par contre Jean CANNEVA, président de l'UNAFAM, pense que la loi était nécessaire, surtout dans sa partie concernant les soins sans consentement. Il déclare que « l'hospitalisation sans consentement » en cas de péril imminent et en absence de tiers est une mesure nécessaire quand la personne n'a pas de famille ou que celle-ci a trop peur pour en faire la demande.

Quoi qu'il en soit de ces débats très vifs, on peut remarquer qu'aucune des lois précédentes – 1838 et 1990 – n'avaient soulevé tant d'inquiétude dans l'opinion publique.

C'est sans doute pourquoi le législateur a prévu un réexamen dans trois ans pour savoir comment les dispositions de la loi seront ou non appliquées et quelles modifications devront y être apportées.

Espérons que ce réexamen aura effectivement lieu.

CHAPITRE VI

«Liberté, Aliénation, et Responsabilité»

Quelques considérations philosophiques

Être libre est-ce donner libre cours à ses désirs et à ses passions ? La loi, obstacle à la liberté ou bien condition de possibilité, d'effectivité de la liberté ? Peut-on concilier liberté et loi ? Obéir, est-ce se rendre esclave ?

INTRODUCTION

Un paralytique qui aimerait bien faire une escapade à la plage ou à la montagne, le prisonnier enfermé qui aspire au grand air des cimes enneigées restent tous les deux sur place : dirions-nous qu'ils sont libres ? Certainement pas, vu qu'ils sont empêchés de réaliser leur désir le plus cher pour l'instant du moins, contraints qu'ils sont, de rester sur place. Que dire de celui qui se prend pour un oiseau, s'attache des ailes imaginaires et se voit planer dans les airs, survolant les Alpes ? N'a-t'il pas, dans une certaine mesure, réalisé ses désirs ? Mais alors en quoi, celui-ci que nous n'hésiterions à aucun moment à qualifier de fou non furieux, se distingue-t-il de notre paralytique, ainsi que du repris de justice épris de liberté ? Si manifestement l'incarcéré et l'estropié ne sont pas libres, puisque contraints, et le rêveur, libéré de toute contrainte, celui-ci peut-il être déclaré libre ?

Voyez bien ce qui justifie cette question ainsi que le problème qu'elle exprime : la liberté consiste-t-elle à donner libre cours à ses désirs et à ses passions ? Ou encore, la loi, constitue-t-elle un obstacle à la liberté, ou bien est-elle la condition de possibilité, d'effectivité et de réalité de cette liberté ? La loi doit être prise ici dans son acception la plus générale, loi de la nature ou déterminisme, loi civile, déterminisme socio-économico-politique, etc.

Se trouve donc posée la question des rapports problématiques de la liberté et de la loi, de la connaissance et de la liberté, de la liberté et de l'autorité : même les gens sérieux et intelligents éprouvent par moments quelques difficultés à concilier liberté et soumission à des lois ou à l'autorité d'un chef donnant des directives parfois jugées abusives pour ne pas dire dépourvues de sens....

Nous ne prétendons nullement être exhaustif : nous nous proposons tout simplement de suggérer des pistes de réflexion en convoquant par moments, en manière d'illustration, la pensée de certains philosophes qui ont débattu de cette problématique qui a traversé l'histoire de la pensée, et qui demeure, de nos jours, d'une actualité brûlante, surtout dans le champ de notre pratique de tous les jours en tant que médecins confrontés aux problèmes que vous connaissez.

Antinomie de la liberté et de la loi : ou bien je suis libre ou bien j'obéis ; et si je suis libre, je fais ce qui me plait

Se permettre tous les plaisirs, c'est-à-dire donner satisfaction à tous ses désirs. C'est le point de vue défendu par Calliclès dans Gorgias (491a et suivants ; §§ 46 - 47 pp. 234 - 236). Mais cette conception du désir engendre un paradoxe (cf. De la contradiction du

désir qui n'a pas sa vérité en lui-même) ; et dans une perspective sociale ou politique, elle est génératrice de violence. L'expression violence du désir doit être examinée sous tous ses angles. Cette conception théorique a des conséquences pratiques qui la rendent inapplicables, ou du moins, en droit et à long terme.

Libre comme le vent soufflant dans toutes les directions, sans raison ni réelle ni apparente, je donne libre cours à mes désirs, satisfaisant ceux-ci, mettant en veilleuse ceux-là, pareil au papillon batifolant ou à l'abeille, butinant, comme don Giovanni, je vole de fleur en fleur comptant fleurette, et ce, à l'inverse du paralytique déjà privé de ses moyens (vous voyez à quoi je fais allusion) et à notre repris de justice épris de liberté. Mais une telle conception de la liberté ne se convertit-elle pas en son contraire, c'est-à-dire en esclavage ?

C'est bien ce que montre Platon dans un Dialogue intitulé Gorgias où il met en scène un personnage haut en couleur du nom de Calliclès, qui symbolise la résistance la plus vive à la réflexion philosophique, et qui prône la domination des instincts, des désirs et des passions sur la raison législatrice.

Selon Calliclès en effet, la liberté consiste pour un homme véritablement homme, à avoir toutes sortes de désirs, poussés à l'extrême, et aussi la force et le courage de leur donner satisfaction. Ceux qui en sont incapables, et qui constituent le plus grand nombre, inventent des lois auxquelles ils veulent soumettre tout le monde, y compris ceux-là qui ont la force. De telle sorte que selon Calliclès, il y a contradiction entre liberté et loi civile, entre la loi de la nature en vertu de laquelle les gros poissons mangeraient les petits (– est-ce la faute du loup si la chair de l'agneau est succulente ?) – et les lois de la cité politique qui apparaissent comme une invention des faibles qui constituent le grand nombre, pour contrecarrer les ambitions naturelles des forts. L'homme véritablement libre n'a pas à se soumettre aux lois de la cité. Ainsi parla Calliclès !!!

Documents – références bibliographiques

TEXTE N° 1

"Socrate : Allons, mon bon, dis-moi une fois pour toutes quels peuvent bien être et relativement à quoi ceux que tu qualifies de meilleurs et de plus puissants ?

Calliclès : Mais je l'ai déjà dit : ce sont ceux qui s'entendent aux affaires publiques et qui sont courageux ; c'est à ceux-là qu'il appartient de gouverner les États et la justice veut qu'ils aient plus que les autres, les gouvernants devant avoir plus que les gouvernés.

Socrate : Mais quoi, par rapport à eux-mêmes, sont-ils gouvernants ou gouvernés ?

Calliclès : Que veux-tu dire ?

Socrate : Je veux dire que chacun se commande lui-même. Ou bien est-ce inutile de se commander soi-même et suffit-il de commander les autres ?

Calliclès : Qu'entends-tu par « se commander soi-même ? »

Socrate: Rien de compliqué ; j'entends, comme le vulgaire, être tempérant et maître de soi et commander en soi aux plaisirs et aux passions.

Calliclès : Que tu es plaisant ! Ce sont les imbéciles que tu appelles tempérants... Comment en effet un homme pourrait-il être heureux s'il est esclave de quelqu'un. Mais voici ce qui est beau et juste suivant la nature, je te le dis en toute franchise, c'est que, pour bien vivre, il faut laisser prendre à ses passions tout l'accroissement possible, au lieu de les réprimer, et, quand elles ont atteint toute leur force, être capable de leur donner satisfaction par son courage et son intelligence et de remplir tous ses désirs à mesure qu'ils éclosent.

Mais cela n'est pas, je suppose, à la portée du vulgaire. De là vient qu'il décrie les gens qui en sont capables, parce qu'il a honte de lui-même et veut cacher sa propre impuissance. Il dit que l'intempérance est une chose laide, essayant par là d'asservir ceux qui sont mieux doués par la nature, et, ne pouvant lui-même fournir à ses passions de quoi les contenter, il fait l'éloge de la tempérance et de la justice à cause de sa propre lâcheté. Car pour ceux qui ont eu la chance de naître fils de roi, ou que la nature a faits capables de conquérir un commandement, une tyrannie, une souveraineté, peut-il y avoir véritablement rien de plus honteux et de plus funeste que la tempérance ? ... La vérité, que tu prétends chercher, Socrate, la voici : le luxe, l'incontinence et la liberté, quand ils sont soutenus par la force constituent la vertu et le bonheur ; le reste, toutes ces belles idées, ces conventions contraires à la nature ne sont que niaiseries et néant.

PLATON: Georgia's, Trad. E. Chambry, Garner--Flammarion, pp.234-236

TEXTE N° 2

*« Il y a un dialogue de Platon qui s'appelle **Gorgias**, et que chacun peut lire. On y trouvera l'essentiel de ce qu'il y a dans Nietzsche, et la réplique du bon sens aussi, telle qu'on pourrait la faire maintenant, si l'on voulait réchauffer ceux que Nietzsche a gelés. Ces gens-là pensaient comme nous et parlaient mieux.*

Donc on y voit un Calliclès qui se moque de la justice et qui chante une espèce d'hymne à la force. Car, dit-il, ce sont les poltrons qui ont inventé la justice, afin d'avoir la paix ; et ce sont les niais qui adorent cette peur à figure de justice. En réalité, aucune justice ne nous oblige à rien. Il n'y a que lâcheté et faiblesse qui nous obligent : c'est pourquoi celui qui a courage et force a droit par cela seul....

Quand il eut terminé ce foudroyant discours, tous portèrent les yeux sur Socrate, parce que l'on soupçonnait assez qu'il se faisait une tout autre idée de la justice. Lui se tut un bon moment, et trouva ceci à dire : “ Tu oublies une chose, mon cher, c'est que la géométrie a une grande puissance chez les dieux et chez les hommes”.

Toute la question est là. Dès que l'on a éveillé sa raison, par la géométrie et les autres choses du même genre, on ne peut plus vivre ni penser comme si on ne l'avait pas éveillée. On doit des égards à sa raison, tout comme à son ventre. Et ce n'est pas parce que le ventre exige le pain du voisin, le mange et dort content, que la raison doit être satisfaite. Même, chose remarquable, quand le ventre a mangé, la Raison ne s'endort point ; tout au contraire la voilà plus lucide que jamais, pendant que les désirs dorment les uns sur les autres comme une meute fatiguée. La voilà qui s'applique à comprendre ce qu'est un homme et une société d'hommes, des échanges justes ou injustes et ainsi de suite ; et aussi ce qu'est sagesse et paix avec soi-même, et si cela peut être autre chose qu'une certaine modération par la raison

gouvernante. À la suite de quoi elle se représente volontiers des échanges convenables et des désirs équilibrés, un idéal, enfin, qui n'est autre chose que le droit et le juste. Par où il est inévitable que la raison des riches vienne à pousser dans le même sens que le désir des pauvres. »

Alain, Propos, 29 Décembre 1909

TRANSITION

L'idée que la liberté consisterait à donner libre cours à ses désirs, pour séduisante qu'elle puisse de prime abord paraître aux yeux d'un certain public, ne tient pas la route

Platon, par l'image du tonneau des Danaïdes (Voir le tonneau des Danaïdes, Mythologie grecque), ainsi que le célèbre passage du Gorgias relatant l'épisode du cuisinier et du médecin traduits devant un tribunal dont les juges sont des enfants), fait dire à Socrate, dans sa discussion avec Calliclès qu'une telle conception des rapports de la liberté et du désir aboutit à l'esclavage des désirs. Esclavage sur le plan individuel (peinture de l'homme démocratique (République libre 9), anarchie et violence socio-politique), du choc de ces diverses libertés individuelles résulte la violence de tous contre tous, donc l'anarchie politique.

En conséquence, l'idée que la liberté consisterait à donner libre cours à ses désirs et à ses passions est contradictoire puisqu'elle aboutit à la destruction même des conditions d'exercice de la liberté : destruction même de l'individu – le désirs immodérés entraînent la perte de l'individu et la destruction même de la société des hommes. On dirait, pour parler avec Epictète, que *Folie n'est pas liberté*, ou comme le dira Jean-Jacques Rousseau dans Du Contrat Social, au livre 1, *Folie ne fait pas Droit*. Mais patientons un peu.

II

Les désirs sont mauvais ; ils ravalent l'homme au niveau de la bête, il faut les réprimer ; il faut renoncer à tous les plaisirs

- Ou bien s'interdire tous les plaisirs par une sorte d'ascétisme rigoureux.

Mais comment concevoir une existence sans bonheur, sans plaisirs ni désirs ? La définition même de l'homme n'implique-t-elle pas la recherche du bonheur ? Tous les hommes recherchent le bonheur, jusqu'à celui qui va se pendre, disaient Pascal et La Rochefoucauld. Une existence sans plaisir ressemblerait beaucoup à cette existence de pierres dont parlait Calliclès. Par ailleurs la psychanalyse n'a-t-elle pas montré que la névrose avait pour origine la répression des désirs ?

Si les désirs sont mauvais, il n'y a pas de doute, il faut les dominer, que dis-je, les réprimer. Nul ne recherche ce qui est mauvais, absolument mauvais, sachant qu'il est mauvais. Si le poison, par définition, est mauvais parce qu'il tue, le poison qui ne remplit pas sa fonction est déclaré mauvais parce qu'il ne tue pas ; le mauvais poison est donc celui qui ne produit pas l'effet souhaité. Par conséquent il y a le bon poison et le mauvais poison. Seul celui qui sait ce

qu'est le poison en lui-même peut juger s'il est bon ou mauvais. Peut-être en est-il de même du désir.

On peut le qualifier de mauvais par ignorance ou ce qui est pervers, par méchanceté, ou des fois, par ruse. Dans le premier cas, il suffit de s'instruire ; dans le deuxième, de se conformer à une éthique humaniste ; la question se révèle plus délicate lorsqu'il s'agit de savoir si, compte tenu des conséquences parfois négatives de la recherche de certains plaisirs, il ne faut pas déclarer mauvais le plaisir en général. Mais tous les hommes indistinctement recherchent le plaisir et il y a loin de la parole aux actes. Aristote, sur ce point, est on ne peut plus clair :

Les uns, en effet, identifient le plaisir avec le bien ; les autres, au contraire soutiennent qu'il est absolument mauvais, quelques-uns de ceux-ci convaincus qu'il en est ainsi, certains estimant qu'il est préférable pour la vie humaine de ranger les plaisirs parmi les choses mauvaises, même si les faits vont à l'encontre de cette assertion. Sous prétexte que la foule est entraînée vers le plaisir et asservie par les diverses formes qu'il affecte, ils estiment qu'il vaut mieux la pousser en sens contraire et qu'ainsi elle parviendra au juste milieu. J'ai bien peur qu'on n'ait pas raison de parler ainsi. Car en fait de sentiments et d'actions, les discours inspirent moins de confiance que les actes. Quand ils sont en désaccord avec ce qui tombe sous les sens, on n'en tient aucun compte et ils contribuent en outre à ruiner la vérité. Si un jour on voit ce contempteur du plaisir en poursuivre quelques-uns, on est tenté de se dire qu'il les recherche, parce que tous sont également désirables, car la multitude est peu apte à faire les distinctions nécessaires. Il semble donc que les paroles véridiques sont d'une utilité capitale, non seulement pour le savoir, mais aussi pour la vie courante : quand elles sont d'accord avec les faits elles inspirent de la confiance et disposent ceux qui les comprennent à les prendre comme règles de vie.

Aristote, Ethique à Nicomaque

Si l'homme par nature recherche le plaisir par la satisfaction de ses désirs et par là même, fuit la douleur, il ne saurait être question de brimer ses désirs et de renoncer à tous les plaisirs. Mais en même temps, et quelle que soit la perspective adoptée, il paraît clair que tous les plaisirs ne se valent pas. Il y a les plaisirs du corps et ceux de l'esprit, le plaisir d'une conversation élevée et celui, très sensuel, d'une escapade avec sa maîtresse – si l'on a une, évidemment. Et du plaisir à la douleur, il n'est question que de degré : du plaisir de boire quand on a soif à la douleur de l'ingurgitation forcée, il n'est question que de mesure : on comprend que des Associations de protection des animaux s'indignent du gavage des oies à l'approche des fêtes de Noël et du Nouvel An.

Il en ressort donc que quiconque veut parvenir au bonheur ou aspire à mener une vie plus ou moins agréable doit se donner une éthique qui tienne compte de ce constat d'expérience : tous les plaisirs ne se valent pas et en conséquence, la satisfaction de certains désirs peut induire des conséquences néfastes, non souhaitables tant sur le plan individuel que social et communautaire. Une distinction s'impose entre le principe du plaisir et le principe de réalité. Qui n'est pas en mesure de faire une telle distinction et d'en tenir compte sur le plan de l'existence est déjà une menace pour l'ordre social et un danger pour lui-même.

TRANSITION

L'idée que tous les plaisirs et les désirs sont absolument mauvais est ou bien fausse ou bien perverse. Si certains désirs sont mauvais, et ravalent l'homme au niveau de la bête, on ne peut nier que l'homme, ainsi que l'ont fait observer Blaise Pascal et Maxime de La Rochefoucauld, recherche naturellement le bonheur, et l'on ne conçoit pas l'idée même d'une vie heureuse sans plaisir aucun. Mais en même temps nul ne peut ignorer que le désir ne connaît pas la nature de l'objet sur lequel il porte : on pourrait dire que tous les champignons sont comestibles et qu'il y a seulement des champignons qu'une même personne ne mange jamais deux fois dans sa vie, à moins de disposer d'une connaissance exacte de la nature des choses dont font partie les champignons. Il y a des champignons, certains sont mauvais, c'est-à-dire vénéneux, d'autres ne le sont pas. Peut-être en est-il de même des désirs !

III

La troisième attitude consisterait en une solution de compromis : elle consisterait en ceci :
Ni se permettre tous les plaisirs, ni se les interdire tous, mais chercher à régler sa vie, de manière à réprimer certains et à se permettre les autres. Mais une telle solution se fonde sur un simple calcul sans rapport véritable avec l'essence du désir. C'est ici que prend tout son sens l'idée de révolution copernicienne appliquée à la conception spinoziste du désir. D'où la nécessité d'un renversement de la problématique et la possibilité d'une quatrième attitude face au désir, qui consisterait en une manière de franche réhabilitation :

On confond généralement besoins et désirs ; un être parfait à qui rien ne manquerait n'aurait ni besoins ni désirs, cela est certain. Mais si la réplétion fait disparaître le besoin du nécessaire, la satisfaction d'un désir, loin de tuer le désir, le met en veilleuse, et dans le pire des cas, l'attise ; on connaît tous le mécanisme de l'addiction ; j'ai pris goût à ce qui me manquait et pour rien au monde je ne puis y renoncer. Le désir se caractériserait donc par un manque accompagné de conscience du manque : c'est un manque conscient d'être manque. Mais encore une fois, et nous ne le dirons jamais assez, si je suis conscient d'être en manque, cela ne me donne pas une connaissance exacte, scientifique de la nature de cet objet dont je suis en manque, encore moins une connaissance adéquate de ma propre nature en tant qu'être de désirs. Hormis l'homme, aucun animal ne désire, ne recherche ce qui pourrait lui nuire : a-t-on déjà vu un animal herbivore consommer des plantes vénéneuses ? On a plutôt vu des chats qui n'avaient point étudié la médecine manger de certaines plantes qui devaient les soulager de quelque douleur intestinale. Seul l'homme, disions-nous, peut désirer ce qui peut lui nuire, et cela n'est pas sans conséquence tant sur le plan moral, social ou politique, que métaphysique. Si les bêtes se contentent de vivre, l'homme se trouve placé devant la nécessité d'apprendre à vivre. On pourrait se demander s'il ne faut pas déjà être en vie pour apprendre à vivre. Mais on peut aussi se demander si cela peut s'appeler vivre, que de mener une existence de bovin sans être bovin ; on sent que derrière le mot vivre, se profile l'idée **d'un art de vivre**, d'une **éthique de vie en conformité à des valeurs et à des normes qui donnent**

sens à cette existence proprement humaine. La référence à Epicure semble d'elle-même s'imposer.

a) La morale d'Epicure : la science au service de l'éthique :

Selon Epicure, en effet, le Bien, qui est le principe premier de la Morale, c'est le plaisir. Tout plaisir est un bien et toute douleur est un mal. Le plaisir est ce bien primitif inné à notre nature. La douleur est contraire à notre nature. La Morale d'Epicure se résume à cette injonction : « Suivre la Nature », i.e. rechercher le plaisir. Cependant il ne s'agit pas du plaisir au sens vulgaire. Car si l'on considère le plaisir du point de vue de ses conséquences, on peut constater que tout plaisir n'est pas bon et toute douleur n'est pas mauvaise. Il faut donc se décider en tenant compte des conséquences. Au nom du plaisir même, nous devons renoncer à un plaisir immédiat mais aux conséquences fâcheuses. Il faut rechercher les plaisirs stables. Le plaisir stable, le plaisir du sage : aponie et ataraxie, c'est-à-dire suppression de toute douleur dans le corps et de tout trouble dans l'âme. Donc sérénité de l'âme, tel serait donc le bonheur, au sens épicurien du terme. L'épicurisme n'a rien à voir avec une morale de pourceaux, comme le l'imagine parfois le vulgaire.

Épicure distingue trois sortes de plaisirs :

1° - Les plaisirs naturels et nécessaires liés à la satisfaction des besoins naturels et nécessaires, comme manger du pain même sec quand on a faim et de l'eau fraîche quand on a soif.

2° - Les plaisirs naturels mais non nécessaires, comme la satisfaction d'un désir sexuel, naturel mais non nécessaire sur le plan individuel : la non-satisfaction de ce désir n'entraînant pas la disparition biologique de l'individu désirant.

3° - Et enfin les plaisirs ni naturels ni nécessaires ou plaisirs artificiels relatifs à ces désirs non naturels et non nécessaires, dont la satisfaction ainsi que la mise en œuvre des moyens pour les satisfaire engendrent toutes sortes de calamités. Ils sont insatiables et sources de toutes sortes de maux : ambition, cupidité. Ainsi en est-il du désir de vivre éternellement. Ce sont de faux désirs dont l'élimination fait pendant à l'élimination des fausses craintes (superstition) et à la puissance de l'imagination. Une connaissance scientifique de la nature nous apprendra qu'il y a contradiction entre les idées de vie d'une part, et d'éternité, de l'autre : tout être vivant a une existence limitée dans le temps ; il a dû naître, c'est-à-dire, commencer d'exister, et tout ce qui est né à un moment donné, est voué à cesser d'exister à un autre moment, c'est-à-dire, à mourir. C'est l'espace entre la naissance et la mort qui s'appelle vie. Le désir de vivre tout le temps est un désir non naturel, parce que contraire à la nature des choses. La peur de la mort, le cortège de superstitions qui l'accompagnent peuvent être éradiquées par une saine philosophie.

Seule une connaissance exacte de la nature des choses peut orienter l'homme dans la recherche des choses de nature à lui permettre de bien vivre, d'atteindre la sérénité que confère l'aponie, absence de douleurs dans le corps, et l'ataraxie ou absence de trouble dans l'âme. Nous sentons qu'il y a de la contradiction in terminibus, à parler de *l'imbécile*

heureux : à la base du bonheur il y a la connaissance ; la science de la nature au service de l'éthique : Epicure, à sa façon, annonce déjà Descartes et Spinoza.

Documents – références bibliographiques :

TEXTE N° 1

« Quand donc nous disons que le plaisir est le but de la vie, nous ne parlons pas des plaisirs de l'homme déréglé, ni de ceux qui consistent dans les jouissances matérielles, ainsi que l'écrivent des gens qui ignorent notre doctrine, ou qui la combattent et la prennent dans un mauvais sens. Le plaisir dont nous parlons est celui qui consiste, pour le corps, à ne pas souffrir, et pour l'âme, à être sans trouble. Car ce n'est pas une suite ininterrompue de jours passés à boire et à manger, ce n'est pas la jouissance des jeunes garçons et des femmes, ce n'est pas la saveur des poissons et des autres mets que porte une table somptueuse, ce n'est pas tout cela qui engendre la vie heureuse ; mais c'est le raisonnement vigilant, capable de trouver en toute circonstance les motifs de ce qu'il faut éviter, de rejeter les vaines opinions d'où provient le plus grand trouble des âmes. Or le principe de tout cela et par conséquent, le plus grand des biens, c'est la prudence. Il faut donc la mettre au-dessus de la philosophie même, puisqu'elle est faite pour être la source de toutes les vertus, en nous enseignant qu'il n'y a pas moyen de vivre agréablement si l'on ne vit pas avec prudence, honnêteté et justice, et qu'il est impossible de vivre avec prudence, honnêteté et justice si l'on ne vit pas agréablement. »

Épicure : Lettre à Ménécée.

b - Le stoïcisme et le plaisir : la morale d'Épictète ou l'homme n'est pas un empire dans l'univers

La morale stoïcienne est fondée sur cette idée paradoxale selon laquelle la liberté est acception pure et simple de la nécessité universelle à l'œuvre dans la nature tout entière.

Paradoxale en ce sens que pour le vulgaire, je suis libre quand je fais ce qui me plaît, quand j'ai la possibilité de donner libre cours à mes désirs et à mes passions. Mais selon Epicure, une telle conception de la liberté confond folie et liberté.

L'homme n'est pas un empire dans l'univers, mais fait partie de cet univers, et en tant que tel, est soumis à ce même déterminisme universel qui régit tous les êtres. Cependant l'âme est entièrement libre puisqu'il ne dépend que de moi de changer ou non mon attitude devant l'événement qui, *quoi que je fasse*, ne peut manquer d'arriver.

L'injonction stoïcienne, fondement de la Morale d'Épictète, principal représentant du Stoïcisme (50 -130 avant J.C.), c'est de vivre selon la nature, c'est-à-dire d'acquiescer à la nécessité universelle, ou encore, vivre conformément à la Raison. « Supporte et abstiens-toi ».

Nous sommes libres lorsque nous agissons conformément à notre nature. La sagesse, l'unique bien, c'est la vie conforme à la nature. Le seul mal, le refus de la sagesse.

Ce déterminisme universel en physique, a pour pendant dans le domaine moral la solidarité universelle des êtres, et sur le plan politique le mysticisme du cosmos en vertu duquel tous les hommes sont citoyens du monde.

En résumé, selon la morale stoïcienne, représentée par Epictète (50-130 P.J.C.) et l'empereur Marc-Aurèle (121-180), il faut dominer ses désirs, c'est-à-dire les régler sur l'ordre du monde.

Documents- Référence bibliographique :

"Puisque l'homme libre est celui à qui tout arrive comme il le désire, me dit un fou, je veux aussi que tout m'arrive comme il me plaît. - Eh ! mon ami, la folie et la liberté ne vont jamais ensemble. La liberté est une chose non seulement très belle, mais très raisonnable, et il n'y a rien de plus absurde ni de plus déraisonnable que de former des désirs téméraires et de vouloir que les choses arrivent comme nous les avons pensées. Quand j'ai le nom de Dion à écrire, il faut que je l'écrive, non pas comme je veux, mais tel qu'il est, sans y changer une seule lettre. Il en est de même dans tous les arts et dans toutes les sciences. Et tu veux que sur la plus grande et la plus importante de toutes les choses, je veux dire la liberté, on voie régner le caprice et la fantaisie. Non, mon ami : la liberté consiste à vouloir que les choses arrivent, non comme il te plaît, mais comme elles arrivent."

Épictète, Entretiens, I, 35

c - La liberté comme autonomie du sujet transparent à lui-même

Descartes, désir, passions et liberté

Le pouvoir absolu de la volonté

Au XVII^e siècle, à la vision d'un cosmos hiérarchisé, se substitue une représentation mathématique de la nature. Les choses sont conçues comme des parties homogènes de matière dont les rapports sont régis par des lois du mouvement et exprimables par le calcul. La physique exprime les rapports de mouvement entre les corps : loi de la chute des corps, i.e. une relation calculable entre deux variables, l'espace et le temps. Descartes montre que les lois de la nature. (Il y en a trois, dont le principe d'inertie qui constitue l'énoncé fondamental de la mécanique classique.) Cette nouvelle science devait par ailleurs, rendre l'homme Maître et possesseur de l'Univers, selon le mot même de Descartes dans Discours de la Méthode, VI^e partie.

S'affirme le primat de la Raison et du jugement. La volonté ne se plie qu'à ce que le sujet juge vrai sans qu'intervienne aucune autorité extérieure. Il faut connaître pour agir et

connaître le mieux possible pour agir le mieux possible. La morale dépend de la connaissance que l'on a de la nature dont l'homme n'est qu'un élément. L'homme peut devenir objet de science comme tout autre objet du monde. Quand on parle des rapports de la liberté et de la loi, il faut en tout premier lieu, entendre loi de la nature pouvant s'exprimer sous forme de relation fonctionnelle entre des variables. La nature est régie par ce déterminisme universel dont le principe de causalité mécanique est une manière d'expression. On sent dès à présent que l'ignorant ne peut pas être libre.

Le « Connais-toi toi-même » de Socrate change de sens. Pour Socrate, on ne pouvait pas connaître la nature des choses. La seule connaissance possible était celle que procurait la sagesse méditative. La morale de Socrate découlait d'une certaine conception de la Physique (Cosmologie). Avec Descartes, cette Physique engendre une Médecine qui procure une connaissance du corps et de ses désirs. On peut régler ses désirs si l'on connaît bien le mécanisme de leur production. La médecine apparaît comme le support de la morale. Pas de médecine de l'âme sans la santé du corps.

La Science de l'action humaine, c'est la Morale. C'est la science la plus parfaite : elle couronne l'édifice des sciences. La philosophie est comparable à un arbre dont les racines sont la métaphysique, le tronc la physique et les branches qui sortent de ce tronc, toutes les autres sciences, dont les trois principales sont la mécanique, la médecine et la morale. J'entends la plus haute et la plus parfaite morale, qui, présupposant une entière connaissance des autres sciences, est le dernier degré de la sagesse. (*Lettre Préface aux Principia philosophiae*).

La morale exige une connaissance exacte de la nature physique, et afin d'avoir prise sur elle, une connaissance pleine et entière de la nature de l'homme afin de savoir dans quelle mesure nous pouvons agir sur nous-même. La morale fondée à la fois sur la physique et la Médecine ne peut ignorer le désir de l'homme, ne peut ignorer que l'homme désire, qu'il a des passions utiles et nécessaires à la conservation de la vie. Mais cette morale rationnelle, le plus haut degré de la sagesse et couronnement de l'édifice, n'est pas pour tout de suite. Il faut bien commencer par en assurer les fondements. Que faire en attendant ? Il faut donc une morale provisoire, un art de vivre, EN ATTENDANT : Descartes fait provision de quelques maximes ou règles de conduite à usage privé et laïque grâce auxquelles il pourra vivre le plus heureusement possible, et parmi elles la troisième, qui dégage un relent stoïcien. On se saurait oublier que le *Discours de la Méthode* a été publié en 1637, soit trois ans après l'affaire Galilée. L'Eglise veillait, et l'on ne saurait être trop prudent : des savants ou homme de lettres dont les idées étaient révolutionnaires pour leur époque, avaient fini sur le bûcher : *Giordano Bruno* constitue, si je puis m'exprimer ainsi, un exemple vivant.

« Ma troisième maxime était de tâcher toujours plutôt à me vaincre que la fortune, et à changer mes désirs plutôt que l'ordre du monde, et généralement de m'accoutumer à croire qu'il n'y a rien qui soit entièrement en notre pouvoir, que nos pensées, en sorte que qu'après avoir fait de notre mieux touchant les choses qui nous sont extérieures, tout ce qui manque de nous réussir, est, au regard de nous, absolument impossible ». Descartes, Discours de la Méthode, Troisième Partie).

On pourrait dire qu'il y a conformisme, mais pas plus que le doute sur le plan théorique ne s'identifie au scepticisme, la morale provisoire ne saurait s'identifier au stoïcisme ni au conformisme. Distinction entre l'ordre des habitudes et l'ordre des raisons.

Il s'agit, dans la connaissance comme dans l'action, de savoir jusqu'où s'étendent les limites de notre pouvoir de connaître.

Pouvoir et désir

Entendement et volonté

L'entendement humain est fini, limité ; il ne peut connaître également toutes choses. Avant de connaître, il importe de savoir au juste ce que l'on peut connaître. La volonté humaine est portée de nature à transcender toute limite. Il n'est rien que l'on ne puisse vouloir ou désirer. Mais vouloir n'est pas avoir, et pour avoir, il faut pouvoir. Or qu'est-ce qui est en notre pouvoir ? Ce que nous possédons, c'est plutôt notre désir de posséder. Il faut donc selon Descartes, désirer seulement les choses que nous pouvons posséder. Mais comment puis-je mon désir qui me pousse à rechercher ceci ou cela ?

Selon Descartes, le désir est une sorte de pensée que l'on peut modifier comme on peut modifier les pensées qui, après une analyse critique, se sont révélées sur des bases peu sûres. L'acte de penser déborde largement l'activité de l'entendement.

Qu'est-ce qu'une chose qui pense ? C'est-à-dire une chose qui doute, qui conçoit, qui affirme, qui nie, qui veut, qui ne veut pas, qui imagine aussi, et qui sent ». À noter que les animaux ne sentent pas.

Désirer, c'est vouloir. Le désir, chez Descartes soit le besoin organique, soit la volonté. Dans le contexte moral qui nous préoccupe, il s'apparente plutôt à la volonté et la première observation que nous pouvons faire et que de toutes les choses, il y a 1^{er} : les choses qui dépendent de nous et 2^e : les choses qui ne dépendent pas de nous.

Il faut donc désirer ce qui dépend entièrement de nous, c'est-à-dire ce qui est entièrement en notre pouvoir. Il faut régler le désirable sur l'accessible et ce faisant je peux affirmer un pouvoir limité mais réel sur le monde et sur moi-même, base de contentement. Mais cette sagesse n'est pas simple prudence, mais résulte de la parfaite connaissance de toutes les choses que l'homme peut savoir, tant pour la conduite de la vie que pour la conservation de la santé et l'invention de tous les arts ». Tel est le sens du « C'est proprement avoir les yeux fermés sans tâcher de les ouvrir que de vivre sans philosophie ».

La mécanique des passions

L'âme et le corps, deux substances distinctes, l'une relevant de la pensée, l'autre, de l'étendue. Mais si la philosophie cartésienne se fonde sur leur distinction, toute la morale de Descartes se fonde sur leur union ; le corps ne pense pas, c'est un automate ; l'âme n'est pas étendue ; matérielle. Le corps, en tant que machine, est animé de mouvements involontaires spécifiquement corporels, qui informent l'âme de la nature et de la fréquence de tels mouvements : il a faim, la soif, etc. L'âme, par le fait même qu'elle est unie au corps est affectée par les mouvements corporels. L'âme pâtit. On peut donc agir sur les passions de l'âme en agissant sur le corps et cela exige de bien connaître le corps pour agir efficacement sur lui d'où l'idée d'une Médecine au service des passions et de la Morale. (Cf. Les Passions de l'âme, art. 2)

Les passions ne sont pas mauvaises parce qu'elles dérivent de la structure biologique de notre être : elles sont naturelles ; elles sont utiles. Cependant il nous arrive souvent d'aller au-delà de ce que nous voudrions et nous jugeons avoir mal agi. L'âme joue donc un rôle dans la dynamique des passions.

L'homme parvient à la conscience claire de soi en pensant sa propre Pensée: Le Cogito cartésien est l'évidence du Je se pensant soi-même dans un mouvement auto-réflexif qui met fin à tout doute possible. Cette thèse non seulement affirme l'identité conscience-sujet-Raison-pensée, mais plus fondamentalement l'identité à soi de la conscience, donc absence de différence, d'altérité. C'est bien moi qui pense, et non quelqu'un ou quelque chose d'autre. Le sujet est alors maître en sa demeure : le doute sur le plan théorique est déjà signe de volonté libre. La morale rejoint ici la théorie. La certitude du Cogito est indubitable et le sujet pensant est entièrement libre. Mais cette idée d'identité à soi du sujet se pensant soi-même, cette idée de sujet conscient de toutes ses représentations sera mise à mal par l'inventeur français du calcul infinitésimal qui soutient que l'homme est mû par les désirs du corps dont il n'a aucunement une conscience claire.

Selon cette thèse, le corps échappe à la conscience qui n'est que Pensée. Dans cette nouvelle optique, si le sujet est Pensée, il est aussi corps, avec ses désirs et ses pulsions. Ce qui explique que toutes mes pensées, tous mes désirs ne sont pas présents à ma conscience (Leibniz). Il n'y a pas identité de la conscience avec elle-même, mais au contraire différence interne, différence dont le corps est la cause et l'origine.

Textes et repères bibliographiques :

Il y a mille marques qui font juger qu'il y a à tout moment une infinité de petites perceptions en nous, mais sans aperception et sans réflexion, c'est-à-dire des changements dans l'âme même, dont nous ne nous apercevons pas, parce que les impressions sont, ou trop petites et en trop grand nombre, ou trop unies, en sorte qu'elles n'ont rien d'assez distinguant à part, mais jointes à d'autres, elles ne laissent pas de faire leur effet et de se faire sentir, au moins confusément dans l'assemblage. C'est ainsi que l'accoutumance fait que nous ne prenons pas garde au mouvement d'un moulin ou à une chute d'eau, quand nous avons habité tout auprès depuis quelque temps. Ce n'est pas que le mouvement ne frappe toujours nos organes et qu'il ne se passe encore quelque chose dans l'âme qui y réponde, à cause de l'harmonie de l'âme

et du corps ; mais ces impressions qui sont dans l'âme et dans le corps, destituées des attraits de la nouveauté, ne sont pas assez fortes pour attirer notre attention et notre mémoire, attachée à des objets plus occupants. Car toute attention demande de la mémoire ; et quand nous ne sommes point admonestés pour ainsi dire, et avertis de prendre garde à quelques-unes de nos perceptions présentes, nous les laissons passer sans réflexion et même sans être remarquées ; mais si quelqu'un nous avertit incontinent après, et nous fait remarquer, par exemple quelque bruit qu'on vient d'entendre, nous nous en souvenons et nous nous apercevons d'en avoir eu tantôt quelque sentiment. Ainsi c'étaient des perceptions dont nous ne nous étions pas aperçus incontinent, l'aperception ne venant dans ce cas, que de l'avertissement, après quelque intervalle, tout petit qu'il soit. »

Leibniz, Nouveaux Essais sur l'Entendement humain

TRANSITION

On peut dire que l'inconscient leibnizien, bien qu'il soit plutôt organique, introduit une brèche dans la belle identité psychique d'un sujet du vouloir entièrement libre et transparent à lui-même. Mais il s'agit tout de même d'inconscient organique et non pas psychique, de sorte qu'il va falloir attendre Freud, et dans une moindre mesure, Spinoza, pour que soit vraiment mis à mal le postulat cartésien de l'autonomie absolue du sujet.

Et si Spinoza avait raison !

Nous ne désirons pas les choses parce qu'elles sont bonnes ; mais elles nous paraissent bonnes parce que nous le désirons. Avec Spinoza, le désir ne se définit plus par rapport à son objet : il est désormais considéré comme puissance positive d'agir, tendance à persévérer dans son être, puissance d'affirmation,

e - Spinoza et le désir

Avec Spinoza, la problématique du désir se renverse : si pour les philosophes classiques, un Platon, par exemple, c'est parce que l'objet est bon que l'âme le désire, d'après Spinoza, c'est parce que nous désirons l'objet que cet objet nous paraît bon. En un mot, c'est le désir lui-même qui est à l'origine de la valeur que nous attribuons à l'objet. Le désir ne se définit pas comme manque, mais comme tendance de tout être à persévérer dans son être. Le désir, selon Spinoza, constitue l'essence même de l'homme. Du coup il ne peut plus être question de réprimer le désir : il est à l'origine de toutes les actions et de toutes les passions humaines. Réprimer le désir reviendrait à réprimer l'homme lui-même. Mais le désir n'est pas connaissance : en conséquence, au lieu d'une Morale qui condamne, il faut plutôt une Ethique

fondée sur la connaissance tant de la nature des choses objet du désir, que de l'essence du désir lui-même, de manière à régler le désir au mieux de l'intérêt du sujet qui ne peut s'empêcher de désirer. Le salut ne peut donc venir que de la connaissance.

En résumé, il n'est plus question, désormais, de flétrir le désir ; le désir, les passions, sont un effet de notre nature. Et l'homme n'est pas un empire dans l'univers, mais comme lui, il est soumis aux mêmes lois. Ce qui distingue fondamentalement l'homme des autres êtres est que lui seul est capable de vouloir ce qui lui est nuisible. Nous ne désirons pas les choses parce qu'elles sont bonnes ; elles sont bonnes parce que nous les désirons. C'est donc le désir et non l'entendement, qui nous détermine NATURELLEMENT. L'homme est un être de désir et de raison. Seule une connaissance vraie de la nature humaine permet de comprendre et de régler la conduite humaine au mieux de ses intérêts. Il faut donc une science des affections comparables aux sciences de la nature. Il faut une Ethique et non une Ascétique.

Spinoza, se fait critique des illusions de la conscience, principalement de l'illusion de la liberté, qui à son origine dans le désir ignorant de sa véritable nature.

a) - **L'illusion de la finalité et de la liberté**

L'homme est une partie de la nature. On ne peut l'y soustraire par l'élaboration d'une morale visant à instituer un empire dans l'Univers. En tant que partie d'un tout, il n'échappe pas aux lois déterministes régissant ce tout. Il n'y a pas que la nature extérieure qui soit soumise au déterminisme. Si pour Descartes, le corps est un automate, pour Spinoza l'âme est aussi un automate, mais de nature spirituelle. Le principe d'inertie qui gouverne la nature physique, a son correspondant dans la nature humaine.

En vertu du **principe d'inertie** : « Un corps en mouvement ou en repos reste dans le même état si rien ne vient le modifier son état initial ». « Chaque chose, autant qu'il est en elle, s'efforce de persévérer dans son être ». Eth. III, prop. 6 Cet effort est Conatus. Le désir est un appétit conscient de lui-même. Mais cet appétit conscient est source d'illusions. En effet, conscients de désirer mais ignorants des causes véritables qui les poussent à désirer, les hommes se font des illusions. Et la première des illusions est l'illusion de la liberté. Cf. Eth. I, Appendice : Les hommes qui croient agir selon une libre volonté et qui « rêvent les yeux ouverts, ont conscience d'agir en vue d'une fin... Eth. III, prop. 2

Tous les hommes naissent sans aucune connaissance des choses, et tous ont un appétit de rechercher ce qui leur est utile, et ils en ont conscience. De là suit que 1^{er} : les hommes figurent être libres, parce qu'ils ont conscience de leurs volitions et de leur appétit et ne pensent pas, même en rêve, aux causes par lesquelles ils sont disposés à appéter et à vouloir, n'en ayant aucune connaissance. Il suit que 2^e : les hommes agissent toujours en vue d'une fin, à savoir, l'utile qu'ils appètent. D'où il résulte qu'ils s'efforcent toujours à connaître les causes finales des choses accomplies et se tiennent en repos quand ils en sont informés, n'ayant plus aucune raison d'inquiétude ». Eth. I, Appendice.

b) - **L'illusion anthropocentrique :**

En conséquence ils prêtent à Dieu et à la Nature la même détermination. Si Dieu agit en vue d'une fin, si cette fin est l'homme, Dieu lui a accordé une place et un statut supérieurs aux autres créatures. L'homme étant la créature privilégiée, il ne peut qu'occuper une place privilégiée ; il serait le centre du monde, le but vers lequel tout serait ordonné...

Anthropocentrisme qui explique l'illusion de la liberté. L'homme ne se considère plus comme une partie de la nature, soumise comme elle aux lois de la causalité mécanique ; il se considère comme une puissance à l'image de son Créateur.

L'homme est-il volonté libre ? Descartes attribue à l'âme une volonté libre et un pouvoir absolu sur ses désirs et ses passions. Mais dans un univers soumis à des lois déterministes nécessaires, le libre-arbitre constituait un empire dans un empire, et le thème d'une création divine, arbitraire. Le Dieu de Descartes apparaît ainsi comme la projection d'un désir lui-même généré par la conscience d'un manque essentiel : réalisation fantastique d'un manque : illusion religieuse, qui a partie liée avec l'imagination.

Loin que l'homme soit libre, c'est tout le contraire que nous enseigne l'expérience : Si vraiment il possédait ce fameux libre-arbitre, il pourrait s'empêcher de désirer, maîtriser ses appétits. Mais l'expérience montre que :

Rien n'est moins au pouvoir des hommes que retenir leur langue, et il n'est rien qu'ils puissent moins faire que gouverner leurs appétits. » Eth. III, prop. 2, scolie. Tout comme la pierre n'est libre de tomber, l'homme n'est libre de désirer. (Cf. Lettre à Schuller).

TRANSITION

Spinoza paradoxalement apparaît comme un penseur résolument moderne. Il annonce à sa façon, la dénonciation nietzschéenne des arrière-mondes ainsi que la dénonciation freudienne de l'autonomie du sujet cartésien qui se veut libre et autonome. Mais on pourrait se demander pourquoi il a fallu attendre trois siècles pour qu'enfin la Psychologie prenne acte de ce qu'il faudrait bien appeler une évidence, à savoir que cette liberté d'agir et du vouloir que l'on revendique à tue-tête, est somme toute, une illusion qui s'enracine dans l'ignorance des motivations inconscientes des qui nous poussent à agir *à l'insu de notre plein gré*, pour paraphraser l'éminent cycliste *Virenque*.

Textes et références bibliographiques :

Texte N° 1 - J'en conviens, les affaires humaines iraient beaucoup mieux s'il était également au pouvoir de l'homme de se taire ou de parler. Mais l'expérience montre assez que les hommes n'ont rien moins en leur pouvoir que leur langue, et qu'ils ne peuvent rien moins régler que leur désir ; d'où vient que la plupart croiront que nous n'agissons librement qu'à l'égard des choses que nous désirons modérément, parce que le désir de cette chose peut être facilement contrarié par le souvenir d'une autre chose. Mais, en vérité, s'ils ne savaient par expérience que nous accomplissons d'un acte dont nous nous repentons ensuite, et que souvent - par exemple quand nous sommes partagés entre des sentiments contraires - nous voyons le meilleur et suivons le pire, rien ne les empêcherait de croire que nous agissons toujours librement. C'est ainsi qu'un petit enfant croit désirer le lait, un jeune garçon en colère vouloir se venger, un peureux s'enfuir. Un homme ivre aussi croit dire d'après un libre décret de l'esprit ce que, revenu à son état normal, il voudrait avoir tu ; de même le délirant, la bavarde, l'enfant et

beaucoup de gens de même farine croient parler selon un libre décret de l'esprit, alors que pourtant ils ne peuvent contenir leur envie de parler.

Spinoza : Éthique, livre III, Scolie de la prop. II.

Texte N° 2 - Quant à moi, je dis que cette chose est libre qui existe et agit d'après la seule nécessité de sa nature... Vous voyez que je ne situe pas la liberté dans un libre décret mais dans une libre nécessité... Afin de comprendre ceci clairement concevons une chose très simple : une pierre par exemple reçoit d'une cause extérieure une certaine quantité de mouvement, et bien que l'impulsion externe vienne à cesser, elle continuera nécessairement de se mouvoir. Cette persistance de la pierre dans le mouvement est une contrainte, non pas parce qu'elle est nécessaire, mais parce qu'elle doit être définie par l'impulsion d'une cause extérieure. Et ce qui est vrai de la pierre, il faut l'entendre de toute chose singulière, quelle que soit la complexité qu'il vous plaise de lui attribuer, si nombreuses que puissent être ses aptitudes, parce que toute chose singulière est nécessairement déterminée à exister et à agir d'une certaine manière déterminée.

Concevez maintenant que la pierre, tandis qu'elle continue de se mouvoir, pense et sache qu'elle fait tout son effort pour se mouvoir. Évidemment, cette pierre, puisqu'elle n'est consciente que de son effort et qu'elle n'est pas indifférente, croira être libre et persévérer dans son mouvement que parce qu'elle le veut. Telle est cette liberté humaine que tous se vantent de posséder et qui consiste en cela seul que les hommes ont conscience de leurs appétits et ignorent les causes qui les déterminent. Un enfant croit librement appéter le lait, un jeune garçon irrité vouloir se venger et, s'il est poltron, vouloir fuir. Un ivrogne croit dire par un libre décret de son âme ce qu'ensuite, revenu à la sobriété, il aurait voulu taire. De même un délirant, un bavard, et bien d'autres de même farine, croient agir par un libre décret de l'âme et non se laisser contraindre. Ce préjugé étant naturel, congénital parmi tous les hommes, ils ne s'en libèrent pas aisément.

Spinoza : Lettre (58) à Schuller

V

Freud ou le moi n'est pas maître en sa demeure

Les trois humiliations infligées au narcissisme humain au fil de l'histoire

L'homme est-il libre ? Descartes nous a habitués à cette idée que l'homme se définit par la conscience, qu'il a conscience de toutes ses idées, de toutes ses pensées, que parler de désirs ou de pensées inconscientes est une contradiction in terminibus. Chez Descartes, la Morale rejoint la théorie puisqu'il ne dépend que de moi que je me trompe ou que je ne me

trompe point. Pour éviter que je me trompe, il faut et il suffit que je ne donne mon adhésion qu'à des pensées que je conçois clairement et distinctement. L'erreur est encore signe de liberté : l'homme est volonté libre. Il ne s'agit pas de donner libre cours à ses désirs, mais à les soumettre à l'autorité de la raison. L'homme en tant que Raison et volonté est capable de dominer ses désirs, instincts et passions, est c'est justement ce qui fait de lui un sujet libre et autonome : le moi est maître en sa demeure, c'est bien **Moi** qui parle lorsque **je** parle, il y a identité totale de la conscience et du psychisme. L'existence de l'inconscient entraîne que le MOI n'est pas maître chez soi.

Freud a pu établir cliniquement l'existence de l'inconscient.(Cf. Introduction à la Psychanalyse). Ce n'est qu'au prix d'une censure et d'un refoulement que le sujet peut encore PRÉTENDRE à la liberté. Une telle liberté est illusion de la conscience, ce qui rappelle l'analyse spinoziste du désir, dans son rapport avec la liberté et l'illusion.(Cf. Lettre à Schuller, N° 58).

L'hypothèse de l'existence d'un inconscient psychique formulée par Freud vers la fin du 19^{ème} va porter un coup dur à cette prétention affichée d'un sujet transparent à lui-même, agissant pour des raisons conscientes et limpides. Mais laissons parler Freud lui-même :

On nous conteste de tous côtés le droit d'admettre un psychisme inconscient et de travailler scientifiquement avec cette hypothèse. Nous pouvons répondre à cela que l'hypothèse de l'inconscient est nécessaire et légitime, et que nous possédons de multiples preuves de l'existence de l'inconscient. Elle est nécessaire parce que les données de la conscience sont extrêmement lacunaires ; aussi bien chez l'homme sain que chez le malade, il se produit fréquemment des actes psychiques qui, pour être expliqués, présupposent d'autres actes qui, eux, ne bénéficient pas du témoignage de la conscience. Ces actes ne sont pas seulement les actes manqués et les rêves, chez l'homme sain, et tout ce que l'on appelle symptômes psychiques et phénomènes compulsionnels chez le malade ; notre expérience quotidienne la plus personnelle nous met en présence d'idées qui nous viennent sans que nous connaissions l'origine, et de résultats de pensée dont l'élaboration nous est demeurée cachée. Tous ces actes conscients demeurent incohérents et incompréhensibles si nous nous obstinons à prétendre qu'il faut bien percevoir par la conscience tout ce qui se passe en nous en fait d'actes psychiques ; mais ils s'ordonnent dans un ensemble dont on peut montrer la cohérence, si nous interpolons les actes inconscients inférés. Or nous trouvons dans ce gain de sens et de cohérence une raison, pleinement justifiée, d'aller au-delà de l'expérience immédiate. Et il s'avère de plus que nous pouvons fonder sur l'hypothèse de l'inconscient une pratique couronnée de succès, par laquelle nous influençons, conformément à un but donné, le cours des processus conscients, nous aurons acquis, avec succès, une preuve incontestable de l'existence de ce dont nous avons fait l'hypothèse.

Freud, Métapsychologie.

La tradition, philosophique depuis Descartes jusqu'à l'époque contemporaine, a défini l'homme par la conscience et expliqué l'homme par la conscience. On a sans nul doute donné de l'homme des explications et des définitions différentes, mais toujours à partir d'une analyse de la conscience : l'homme s'identifie à la conscience, c'est sa caractéristique essentielle, il y a identité de la conscience et du psychique. Tout le travail de la philosophie est d'explorer ce donné que constitue LA CONSCIENCE.

La conscience de l'homme a précisément ce privilège de pouvoir se voir elle-même, d'être transparente à elle-même, de pouvoir faire retour sur elle-même. C'est pourquoi toute la philosophie classique issue de Descartes peut être dite *philosophie réflexive*. En analysant la conscience on analyse l'homme, on saisit l'homme. La conscience constitue l'homme comme sujet, c'est-à-dire comme être capable d'avoir différents attributs et d'accomplir différents actes. Étudier l'homme c'est donc étudier le sujet conscient. Comprendre l'homme, c'est analyser ses faits de conscience, qu'il s'agisse d'une simple analyse empirique ou psychologique, ou qu'il s'agisse de se donner une intelligibilité plus profonde par une analyse transcendante ou métaphysique. Et comme on considère que la plus haute activité de la conscience, c'est son activité de connaissance, la philosophie classique sera avant tout une philosophie de la connaissance.

A partir de la deuxième moitié du XIXe siècle, une autre manière de penser l'homme se fait jour. La vie consciente n'est plus considérée comme le tout ou même comme l'essentiel de l'homme mais comme une *couche superficielle* par rapport à la vie consciente. *L'identité du psychique et du conscient*, postulat fondamental de la philosophie classique est désormais considérée comme *une prétention intenable*.

D'autre part, l'homme n'est plus considéré comme sujet connaissant. L'essentiel de l'homme n'est pas son activité de connaissance. L'activité consciente de l'homme est en bonne partie le produit d'une activité inconsciente (Marx, Nietzsche). Il existe un inconscient qui ne se ramène pas à l'inconscient organique. On entend par inconscient organique, **nos mécanismes physiologiques** : respiration, digestion, etc., inconscient organique n'a jamais fait difficulté.

La pensée d'un inconscient psychique n'est pourtant pas absente de la philosophie classique. **Spinoza** lui fait une place importante (Cf. **Appendice à la première partie de l'Éthique**, et **Éthique, III**) ; De même **Leibniz**, dans **Nouveaux Essais sur l'entendement humain**, met bien en évidence l'existence de ces petites perceptions sans aperception. Mais aux XIXe et XXe siècles, la notion d'inconscient devient chez certains penseurs, en l'occurrence, Freud, Marx, Nietzsche, un principe explicatif fondamental. Dans l'idéologie allemande, Marx écrit que les modes de production déterminent les rapports de production. Ceux-ci engendrent les superstructures (l'idéologie de l'époque) : droit, morale, religion, politique, art, philosophie ; leur ensemble constitue l'être social de l'individu et détermine sa conscience. C'est là une découverte essentielle : la conscience n'est pas une réalité autonome comme on se l'imagine spontanément ; elle est pour chacun le produit de sa vie sociale. Nietzsche va encore plus loin dans cette tentative de démystification

« Nous pourrions en effet penser, sentir, vouloir, nous ressouvenir, nous pourrions de même agir dans tous les sens du terme : tout ceci cependant n'aurait nul besoin d'entrer dans notre conscience. La vie tout entière serait possible sans pour autant se voir réfléchie ; c'est effectivement ainsi que d'ailleurs que pour nous la majeure partie de la vie continue à s'écouler sans pareille réflexion – y compris même notre vie pensante, sensible, voulante – si mal sonnante que puisse être ceci aux oreilles d'un ancien philosophe. Pourquoi d'ailleurs absolument de la conscience lorsqu'elle est superflue à l'essentiel ? ». **Nietzsche, Gai Savoir, §354**

Pour les temps modernes, l'*inconscient* marque plus qu'un changement de vocabulaire : la construction d'un objet nouveau dont la psychanalyse serait la science. Le domaine réservé à la conscience doit après Freud être entièrement repensé dans le cadre d'une

théorie selon laquelle l'inconscient, bien qu'inconnu du sujet, a une efficacité sur ses pensées, ses jugements, ses comportements. C'est donc Freud qui a porté le problème de l'inconscient sur le terrain scientifique. Il jugeait cette notion indispensable si la psychologie veut restituer au comportement sa cohérence et sa signification.

« L'assimilation conventionnelle du psychisme au conscient est tout à fait impropre. Elle détruit les continuités psychiques, nous précipite dans les difficultés du parallélisme psychologique, peut être accusée de surestimer sans motif valable le rôle du conscient et nous contraint à abandonner prématurément le champ des recherches psychologiques sans nous en dédommager par d'autres acquisitions en d'autres domaines ». **Freud, Métapsychologie.**

Cette remise en cause n'affecte pas seulement la psychologie mais bouleverse aussi la philosophie quant à l'importance qu'elle accordait à la conscience dans le domaine de la science et de la moralité. C'est un scandale pour la philosophie qui refuse d'aliéner l'emprise de la conscience. Pour cette philosophie, (de Descartes à Sartre en passant par Alain), l'inconscient est une notion contradictoire à partir du moment où l'on a défini le psychisme par la conscience. Mais la notion d'inconscient est une HYPOTHESE. De ce que tout fait conscient est psychique, il ne s'ensuit pas que tout fait psychique soit conscient. En tant qu'hypothèse, elle est comparable à l'héliocentrisme de Copernic ou à l'évolutionnisme de Darwin. *Cf. Freud, les trois coups portés au narcissisme humain.*

L'inconscient, hypothèse ou certitude ?

Il s'agit de déterminer si l'existence de l'inconscient constitue une affirmation hypothétique à valeur explicative, heuristique, donc non fondée sur des données certaines, ou si elle repose sur des preuves incontestables confirmées par l'expérience

A – L'inconscient comme hypothèse :

Qu'est-ce qu'une hypothèse ? C'est une supposition, le principe d'une démonstration, le fondement d'une théorie : c'est une proposition que l'on avance en vue d'en déduire les conséquences. Mais cela soulève au moins deux difficultés :

1^{ère} difficulté : Il ne s'agit pas de savoir, l'hypothèse étant admise, si ce qui en découle est vrai ou pas, mais si l'hypothèse est elle-même est oui ou non admissible. Sur ce point Freud a eu à faire face à l'animosité tant de l'Eglise que des philosophes classiques que des moralistes. C'est la définition même de l'homme qui est bouleversée. Mais nous serions ici sur un plan purement idéologique.

2^{ème} difficulté : Il s'agit d'un principe de base posé en vue de rendre intelligible une réalité donnée, en ce sens la démarche freudienne rappelle celle des physiciens ou même celle des théoriciens du Droit naturel posant l'hypothèse d'un état de nature comme principe explicatif. Avec cette différence cependant que l'inconscient, qui était une simple hypothèse semble recevoir confirmation alors que l'idée d'un état de nature originelle restera à jamais une hypothèse, ce qui semble avoir échappé au grand Voltaire cherchant chicane à Rousseau, l'accusant même de prôner le retour de l'Humanité à quatre pattes.

B - L'inconscient comme certitude :

L'inconscient comme certitude soulève deux difficultés analogues :

1ère difficulté : bouleversement au niveau de la représentation que l'homme se fait de sa condition :

Admettre l'inconscient comme certitude revient donc à admettre que quelque chose pense en moi, donc sans moi, sans que je le sache, à mon insu. C'est renoncer à ce qui semblait constituer l'essence même de l'homme comme pensée consciente et volonté libre. Perception sans aperception,, pensée sans sujet pensant. C'est comme si le sens de mes actions m'échappait, que je devenais étranger à moi-même, qu'il y avait un non-Moi dans le Moi. Puis-je encore parler de liberté si je suis mû par des forces dont je n'ai nullement conscience ?

2^{ème} difficulté : sur le plan logique et méthodologique : Ce n'est pas prouvé que de prouver l'inconscient par la psychanalyse puisque la psychanalyse réclame à son tour pour s'éprouver, l'existence de l'inconscient. Il y aurait pétition de principe. Mais il ne s'agit pas de prouver, mais de se donner un principe d'intelligibilité, nécessaire pour pouvoir EXPLIQUER, et ce principe va se révéler légitime dans la mesure où ce qui était posé comme simple hypothèse va recevoir une certaine confirmation par m'expérience clinique : des patients atteints de troubles psychiques seront guéris.

Ce qui est tout de même curieux, c'est que le rationalisme spinoziste, d'une certaine manière, annonce, à notre avis, la découverte freudienne de l'inconscient. Suis-je ce que je prétends être ? On ne peut pas ne pas sentir la proximité de la dénonciation spinoziste des illusions de la conscience, principalement, de l'illusion de la liberté, et ce thème spécifiquement freudien du Moi qui n'est plus maître en sa demeure dès lors qu'à été mise en évidence l'existence de ces pulsions dynamiques, par nature inconscientes, qui me poussent à agir, et ce, *à l'insu de mon plein gré*. La liberté spinoziste, en tant que désillusion, est conquête, d'où la proximité entre le thème spécifiquement spinoziste du *Salut par la connaissance*, et le constat freudien *du patient qui est guéri dès qu'il prend connaissance de l'étiologie du mal qui le trouble*. Dans un cas comme dans l'autre, la connaissance libère. On s'achemine insensiblement vers cette idée que la liberté serait moins soumission aux désirs et aux passions que connaissance des lois déterministes qui régissent la nature et les êtres qui la peuplent : déterminisme physique, psychologique ou psychanalytique, socio-économique, etc...

VI

Conclusion

La liberté consiste-t-elle à donner libre cours à ses désirs ? la réponse ne peut-être que négative. Le désir n'est pas connaissance, et il n'y a pas liberté sans connaissance, connaissance tant de la nature des choses que connaissance claire et nette des conditions dans lesquelles se trouve un sujet agissant, toujours en situation. On comprend que ni le fou, ni celui qui ne parvient pas à se contrôler ne puissent être dits libre. Sans compter que par ailleurs, il faut être libéré de certains soucis du quotidien ; longtemps après Saint Thomas d'Aquin soutenant qu'il faut un minimum de bien-être pour pratiquer la vertu, un humoriste haïtien faisait observer que *la vertu sans argent est un meuble inutile*.

Être libre ne serait pas plutôt faire ce que l'on veut ? certainement, mais à condition que, dans une optique toute spinoziste on fasse une distinction entre désir et volonté, entre désirer et vouloir, et, dans une perspective à la fois rousseauiste et kantienne, on puisse parler d'autonomie de la volonté. Mais il ne s'agit plus d'une volonté individuelle dans ce qu'elle a de singulièrement singulier. Mais qu'on le veuille ou non, on ne peut clore le débat sans se référer à Descartes, au Descartes du Discours de la Méthode et des Méditations Métaphysique.

Descartes est en effet considéré, et sans doute à juste titre, comme étant l'inventeur et le promoteur d'une nouvelle manière de penser qui a pour nom la Philosophie moderne, qui est une philosophie du sujet, fondée sur la subjectivité réflexive, c'est-à-dire la saisie par soi-même du jet se pensant soi-même dans un mouvement auto-réflexif : je pense donc je suis. Je peux douter de tout, mais je ne peux pas douter de moi-même en train de douter, et comme douter, c'est penser, je pense donc je suis. Toutes les autres vérités, l'existence de Dieu et celle du monde extérieur, en un sens, sont établies à partir de ce principe premier qui est l'existence indubitable du sujet pensant se pensant soi-même. Et ce sujet se définit comme conscience, pensée, bon sens, RAISON.

Ce n'est point par hasard que le XVII^e siècle, le siècle de Descartes, le siècle de Louis XIV et des fastes de Versailles et de la Monarchie Absolue, le siècle de Molière, Boileau, de la Fontaine, est qualifié de Siècle de la Raison. Il faudrait même ajouter « de la Raison triomphante ». Mais qu'est-ce que la Raison ? On considère généralement le fou comme étant celui qui a perdu la raison : mais sans une définition claire et nette de la raison, comment penser le fou et la folie. Justement, le *Discours de la Méthode* débute par une définition de la Raison. Donnons la parole à Descartes lui-même :

Le bon sens est la chose du monde la mieux partagée car chacun pense en être si bien pourvu, que ceux-là mêmes qui sont les plus difficiles à contenter en toute autre chose, n'ont point coutume d'en désirer plus qu'ils en ont. En quoi il n'est pas vraisemblable que tous se trompent ; mais que plutôt cela témoigne que la puissance de bien juger, et distinguer le vrai

d'avec le faux, qui est proprement ce qu'on nomme le bon sens ou la raison, est naturellement égal en tous les hommes.

Et voilà, le mot est lâché ; si la raison est la faculté de bien juger, de distinguer le vrai d'avec le faux, le vrai d'avec le mensonge en tant que mens –songe ou songe de l'esprit, rêve éveillé, illusions oniriques, fantasmagories, le fou est donc celui qui perd cette faculté de juger, qui prend ses rêves pour réalité, qui divague tant sur le plan de la pensée que sur celui de la conduite dans la vie : c'est don Quichotte livrant bataille contre les moulins à vent. La question qu'il faut maintenant se poser serait peut-être celle-ci : que faire de celui qui a perdu la raison ? Peut-on perdre la Raison sans se perdre soi-même ? Celui dont on dit qu'il a perdu la Raison ne serait-il pas plutôt quelqu'un chez qui la raison DERAISONNE ?

Encore une fois, nous insistons sur la nécessité de retenir le qualificatif de Raison TRIOMPHANTE, et pour cause :

Certains penseurs philosophes, et non des moindres, parfois même des amis, prennent plaisir à opposer Raison et Violence ; ils sont à mille lieues de s'imaginer que la Raison puisse être violente. Nous voudrions aujourd'hui insister sur cette violence immanente et coexistence à la Raison. Une fois que la Raison détermine elle-même ses propres critères de rationalité, tout ce qui ne correspond pas à ces critères est banni par là-même du champ de la raison. C'est ainsi que Descartes, d'un revers de la main exclut le fou du champ de la rationalité. Encore une fois, laissons parler Descartes :

Tout ce que j'ai reçu jusqu'à présent pour le plus vrai et assuré, je l'ai appris des sens ou par les sens ; or j'ai quelquefois éprouvé que ces sens étaient trompeurs, et il est de la prudence de ne se fier jamais entièrement à ceux qui nous ont une fois trompés.

Mais peut-être qu'encore que les sens nous trompent quelquefois touchant des choses fort peu sensibles et fort éloignées, il s'en rencontre néanmoins beaucoup d'autres desquelles on ne peut pas raisonnablement douter, quoique nous les connaissions par leur moyen, par exemple que suis ici, assis auprès du feu, vêtu d'une robe de chambre, ayant ce papier, et autres choses de cette nature. Et comment pourrais-je nier que ces mains et ce corps sont à moi ? si ce n'est peut-être que je me compare à ces insensés, de qui le cerveau est tellement troublé et offusqué par les noires vapeurs de la bile qu'ils assurent constamment qu'ils sont des rois, lorsqu'ils sont très pauvres ; qu'ils sont vêtus d'or et de pourpre, lorsqu'ils sont tout nus, ou qui s'imaginent être des cruches ou avoir un corps de verre. MAIS QUOI ! CE SONT DES FOUS, et je ne serais pas moins extravagant si je me réglais sur leurs exemples. (Descartes, Première Méditation).

La folie, c'est la négation même de la pensée, l'autre de la Raison, forcément extérieure à la Raison. Le fou est quelqu'un qui rêve. Mais l'homme normal rêve aussi. Mais l'homme normal rêve quand il dort, et parfois, par distraction, tandis que le fou ne s'évade pas de son rêve. Cette complaisance dans un rêve permanent interdit toute lueur de lucidité, ce qui enlève à la folie du fou toute positivité dans cette méthode qui s'élève des illusions des sens pour aboutir à la certitude réflexive du sujet se pensant soi-même. Dans le meilleur des cas, le fou prêtre à rire, et amuse. Qui n'a jamais pensé organiser son « Dîner de cons » pour s'amuser ! Le Roi a son fou qui l'amuse et le divertit. Mais lorsque les choses deviennent sérieuses, et sans doute les fous et les cons trop nombreux, il va falloir trouver des solutions

adaptées à la situation. Et nous pouvons nous empêcher de penser à Michel Foucault, plus précisément à *l'Histoire de la folie à l'âge classique*, ouvrage dans lequel il décrit le mécanisme de l'enfermement.

Pour des raisons propres à son système, l'accent est mis, chez Descartes, sur la raison théorique. Le fou sera en tout premier lieu, celui qui ne pense, ou qui pense mal ; et comme le langage est manifestation extérieure de la raison, le fou divague, il parle hors saison, pour employer une expression propre à ce siècle. Mais l'homme ne fait pas que penser : il pense et agit ; entendons plus exactement, il travaille. Autrement dit, la raison devient instrumentale et s'applique à la transformation du monde en vue de produire les moyens nécessaires à la satisfaction des besoins biologiques. L'homme se distingue de la bête en ce sens qu'il produit lui-même les moyens nécessaires à son existence biologique et cette activité s'appelle travail. Qui ne travaille pas, ne produit pas, est déjà une menace pour l'ordre social

Le fou, qui ne pense pas, qui pense mal, n'est pas en mesure de coordonner ses mouvements en vue de l'action réussie se trouve dans l'impossibilité de contribuer à la production des biens de consommation. Il faut qu'il mange, il faut qu'il boive.

Il faut donc qu'il soit pris en charge : c'est un marginal, c'est-à-dire quelqu'un qui vit en marge de la société et qui une certaine façon, émerge, C'est parasite, au sens cybernétique aussi bien qu'au sens économique. Il lui manque seulement la possibilité de se hisser au niveau politique. N'étant pas assez intelligent ni pervers pour se payer de mots, il divague et distrait malgré lui, ***A L'INSU DE SON PLEIN GRE*** ! Si le discours du fou amuse et parfois divertit et détourne l'attention, c'est sans intention de tromper. Contrairement aux divagations de nos hommes politiques : on comprend que la vérité puisse sortir de la bouche des enfants, mais aussi des fous ! Le fou ne serait-il pas celui-là qui est susceptible de dire la vérité hors saison, alors que l'homme dit normal sent la nécessité de se taire ? Le bon diplomate n'est-ce pas celui qui sait se taire en plusieurs langues ?

Si selon John Locke, le principal théoricien de libéralisme anglais et de la Monarchie constitutionnelle, la finalité de l'Etat est de délivrer l'individu des voleurs et des assassins, il semble tout à fait légitime de se demander ce qu'il faut faire du fou, ou plutôt des fous. Les enfermer ? Les soigner. Le temps est révolu où l'on pouvait les chasser tout simplement et par là, s'en débarrasser à bon compte !!!

Quoi qu'il en soit, quelle que soit la solution retenue, il faut s'en donner les moyens, entendons les moyens économiques, moyens qui généralement sont du ressort du politique.

Nous aimerions bien terminer notre exposé par une ou deux questions qui nous turlupinent : Est-ce parce qu'ils sont enfermés qu'ils ne sont pas libres ou ne serait-ce pas plutôt parce qu'ils ne sont pas libres qu'il faut les enfermer ? Celui qui est considéré comme fou est-il vraiment en mesure de décider de se faire soigner ? Mais alors ne serait-ce pas faire preuve de raison que de se reconnaître fou ? Et que dire, si le jour des élections, un patient et un médecin-thérapeute devaient se croiser dans le bureau de vote, chacun venant, déposer son bulletin dans l'urne, et décider ainsi du destin de la Nation, peut-être même du devenir de l'Humanité. L'heure est peut-être plus grave qu'on ne le pense car ici se pose le problème délicat de la responsabilité. Il ne semble pas, à moins de traiter la question superficiellement,

de dissocier la question de la liberté de celle de l'identité psychique et de la responsabilité tant morale que juridique .

Un sujet libre, c'est aussi un sujet responsable. Et l'idée de liberté peut être ici entendue dans ses multiples acceptions : psychologique, métaphysique, morale et juridique. Car si je peux être tenu pour responsable d'actes par moi commis depuis longtemps déjà, mais dont les conséquences se manifestent seulement maintenant – par exemple la naissance de cet enfant, fruit d'une escapade d'il y a quelques mois, ou de l'effondrement de ce bâtiment à propos duquel, en tant qu'architecte, j'avais effectué un calcul erroné de la densité des matériaux – n'est-ce pas parce que je suis considéré , aujourd'hui, comme étant le même que celui que j'étais au moment où j'ai effectué cet acte. Je ne suis pas aliéné, étymologique, du latin *alienus*, autre, étranger à moi-même.

Mais en même temps, cela suppose une connaissance de la nature en tant qu'elle est gouvernée par des principes déterministes, ou mieux, des lois en vertu desquelles telle conséquence suit de telle cause. Car de l'ignorance des causes découle l'inaptitude à prévoir les conséquences ; et si en présence de faits donnés on se trouve dans l'impossibilité de les inscrire dans la série des causes et des effets, comment parler de responsabilité ? Ou de liberté ? Ici prend tout son sens ce mot célèbre de Jean-Paul Sartre, dans **Situations I** « Ce n'est pas le déterminisme, mais plutôt le fatalisme qui est l'envers de la liberté. » Pour se faire une idée de ce que peut bien être le fatalisme, imaginons une voiture dévalant une pente, et dont les freins lâchent et la direction est bloquée : on ne peut empêcher que se produise ce qui arrivera tandis que la connaissance scientifique des causes permettra d'infléchir les effets dans la direction souhaitée. C'est parce que la nature n'est pas régie par le destin aveugle, mais qu'elle est gouvernée par des lois, que l'on peut parler de possible liberté. Mais cette liberté passe par la connaissance de ces lois ; et aussi que le sujet agissant ne soit pas aliéné, donc qu'il soit auteur conscient, libre et responsable. Connaissance de la nature physique et connaissance de soi, voilà, à ce qu'il nous semble, les préalables d'une liberté authentique, déclinée sous ses diverses modalités.

On comprendra mieux ce qu'il y a de pervers dans le monde de l'Economie moderne : on se rend bien compte que l'on ne peut dissocier liberté et responsabilité. Mais loin de chercher à rendre le sujet libre, on le *déclare libre* de manière à engager sa responsabilité, et ce, ô paradoxe, à l'insu de son plein gré : qui n'a pas été placé devant la nécessité de signer à la va-vite un long document écrit dans une langue inintelligible, mais précédé de la mention « LU ET APPROUVE » ? Et une fois que l'on a signé LIBREMENT, en connaissance de cause, vous voilà pris au piège !

Le premier article de la Constitution ne stipule-t-elle pas que « Nul n'est censé ignorer la loi ? » Il va falloir désormais faire une distinction en être irresponsable, pleinement responsable, de « déclaré responsable ». Car si manifestement le fou, l'aliéné, n'est pas libre, n'est donc pas responsable moralement, juridiquement, peut-on pour autant, soutenir que nous sommes tous, responsables moralement, juridiquement, parce que nous agissons tous, en connaissance de cause, en connaissances des causes ou des principes ou des normes ?

Je vous remercie d'avoir été attentifs à mes propos.

FIN

***CONCLUSIONS
GÉNÉRALES***

L'examen sur une longue période des conditions légales grâce auxquelles les malades mentaux – qu'ils soient appelés fous, insensés, aliénés ou malades – ont pu être soit détenus, soit traités sans consentement, nous a montré la permanence des problèmes posés aux autorités des régimes politiques successifs par les individus manifestement non conscients de leur état et donc considérés comme irresponsables.

Depuis toujours ils ont entraîné un désarroi provoqué par la confusion et l'ambivalence des sentiments qu'ils inspiraient aux groupes humains au sein desquels ils vivaient : essentiellement la peur d'une part, la compassion de l'autre.

Selon les époques, de manière plus ou moins magique, plus ou moins rationnelle (mais il y a toujours, y compris de notre temps, un mélange des deux attitudes), il y a prédominance soit de la peur soit de la compassion.

Dans les phases où la peur domine, c'est plutôt la détention qui est organisée. Dans celles où c'est la compassion qui domine, c'est plutôt les soins qu'on cherche à organiser.

L'examen des dispositifs juridiques permettant les soins sans consentement depuis le XVIII^e siècle jusqu'à maintenant, nous a montré la tension persistante de décennie en décennie entre le désir de soigner – protéger les malades mentaux - et la nécessité de maintenir l'ordre public et la sécurité des personnes.

Au moment de la naissance de la psychiatrie à la fin du 18^{ème} siècle et au début du 19^{ème}, le désir de soigner voire de guérir les «fous» était particulièrement vif, d'autant plus que la folie était conçue comme curable, grâce à des mesures thérapeutiques appropriées – essentiellement l'isolement et le traitement moral (c'est à dire soustraire l'aliéné à ses passions), le sujet malade pouvait être ramené à une raison qu'il n'avait de toute manière pas totalement perdue.

L'énergie, l'influence, la conviction de ces pères fondateurs de l'assistance psychiatrique ont été couronnées par l'édifice majestueux de la loi du 30 juin 1838.

Celle-ci présupposait que le malade mental ne pouvait jamais donner son consentement à des soins. D'où le placement dit «volontaire» - ou d'office, dans un asile d'aliénés comme seul

moyen de soigner. La détention fut donc la règle pendant plus d'un siècle en France et en Europe. Elle était sous la responsabilité de l'administration d'État, à la demande d'elle-même ou de la famille du patient et justifiée par les médecins des asiles.

La justice n'exerçait qu'un contrôle lointain et était une voie de recours.

Cette situation juridique allait perdurer jusqu'à la fin des années cinquante.

L'application de la loi de 1838 est plutôt allée dans le sens d'une protection de l'ordre public et l'asile d'aliénés, devenu plus tard hôpital psychiatrique, comme un lieu de relégation plutôt que de soins.

Progressivement, à la suite des crimes commis contre les malades pendant la Seconde Guerre mondiale, le sentiment de compassion a repris de la force.

Ce fut la grande époque du mouvement de «désinstitutionnalisation» - celle de la pratique de secteur, c'est à dire soigner au maximum les malades dans leur milieu naturel.

Même à l'hôpital, les patients étaient traités avec leur consentement, si bien que 20% des hospitalisés l'étaient sans lui à la fin du 20^{ème} siècle.

Le souci de protéger l'ordre public, en d'autres termes la peur, semblait avoir considérablement diminué dans une société devenue prospère.

Ce fut le véritable âge d'or du soin psychiatrique.

Sous l'effet conjugué des difficultés économiques de l'effet de la désinstitutionnalisation elle-même qui entraînait la présence accrue des malades perturbés dans les rues et les prisons, le mouvement allait toutefois s'inverser.

On assiste à une remontée de la peur qui aboutit à se poser à nouveau la question des soins sans consentement. C'est ce à quoi s'efforce de répondre la loi du 5 juillet 2011 dont nous avons étudié les diverses modalités.

Plus que les précédentes, celle-ci par sa complexité vise à un moment donné à trouver un équilibre subtil entre les rôles des médecins, des juges, des représentants de l'État.

Concilier les soins sans consentement avec un maximum de garantie de sauvegarde des libertés tout en se prémunissant des menaces à l'ordre public et à la sûreté, est l'objet explicite de la loi du 5 juillet 2011.

Le conflit de valeurs, les difficultés d'applicabilité qu'elle semble impliquer, expliquent la véhémence des réactions hostiles qu'elle a suscitées – en particulier de la part des soignants, qu'ils soient médecins ou infirmiers, psychologues ou travailleurs sociaux .

La perspective d'une réévaluation, en principe, de son application dans trois ans permettra peut-être de lever ces préventions et d'obtenir un meilleur équilibre entre des soucis qui, de toute manière, resteront contradictoires.

Conclusion

Il nous semble que les deux propositions essentielles et innovatrices de la loi du 5 juillet 2011, sont :

- 1°) **La possibilité de soins ambulatoires sans consentement**
- 2°) **Une amorce de judiciarisation par le rôle donné aux juges des Libertés et de la Détention**

Au moment de la naissance de la psychiatrie à la fin du 18^e siècle et au début du 19^e, le désir de soigner voire de guérir les «fous» était particulièrement vif, d'autant plus que la folie était conçue comme curable, grâce à des mesures thérapeutiques appropriées – essentiellement l'isolement et le traitement moral (c'est à dire soustraire l'aliéné à ses passions), le sujet malade pouvait être ramené à une raison qu'il n'avait de toute manière pas totalement perdue.

L'énergie, l'influence, la conviction de ces pères fondateurs de l'assistance psychiatrique ont été couronnées par l'édifice majestueux de la loi du 30 juin 1838.

Celle-ci présupposait que le malade mental ne pouvait jamais donner son consentement à des soins. D'où le placement dit «volontaire» - ou d'office, dans un asile d'aliénés comme seul moyen de soigner.

La détention fut donc la règle pendant plus d'un siècle en France et en Europe. Elle était sous la responsabilité de l'administration d'État, à la demande d'elle-même ou de la famille du patient et justifiée par les médecins des asiles. La justice n'exerçait qu'un contrôle lointain et était une voie de recours.

On assiste aujourd'hui à une remontée de la peur qui aboutit à se poser à nouveau la question des soins sans consentement. C'est ce à quoi s'efforce de répondre la loi du 5 juillet 2011 dont nous avons étudié les diverses modalités.

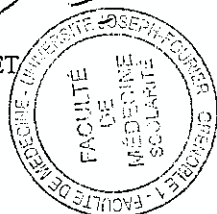
Plus que les précédentes, celle-ci par sa complexité vise à un moment donné à trouver un équilibre subtil entre les rôles des médecins, des juges, des représentants de l'État.

Concilier les soins sans consentement avec un maximum de garantie de sauvegarde des libertés tout en se prémunissant des menaces à l'ordre public et à la sûreté, est l'objet explicite de la loi du 5 juillet 2011. Quoi qu'il en soit de ces débats très vifs, on peut remarquer qu'aucune des lois précédentes – 1838 et 1990 – n'avaient soulevé tant d'inquiétude dans l'opinion publique.

C'est sans doute pourquoi le législateur a prévu un réexamen dans trois ans pour savoir comment les dispositions de la loi seront ou non appliquées et quelles modifications devront y être apportées.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Le Doyen
Pr J.P. ROMANET



Grenoble, le 3/12/11

Le Président de la Thèse
Pr T. BOUGEROL

ANNEXE 1

BIBLIOGRAPHIE

INTRODUCTION :

St AUGUSTIN

- Dialogues philosophiques - La Pléiade

JAN WIER

- Des sorciers (Réédité par ANALECTES – THERAPLIX)

Michel FOUCAULT

- Histoire de la folie à l'âge classique

Michel CAIRE

- NERVURE 2005

Code des délits et peines

- 3 brumaire an IV

Code pénal de 1810

commenté par R. BADINTER lors des célébrations nationales de 2010

CHAPITRES I, II, et III :

Claude QUÉTEL

- Histoire de la folie de l'Antiquité à nos jours – Tallandier 2009

- Les lettre de cachet : une légende noire

Gladys SWAIN

- Le sujet de la folie : naissance de la psychiatrie

Jean COLOMBIER et F. DOUBLET

Introduction sur la manière de gouverner les Insensés et de travailler à leur guérison – Éditions originale de 1785 – Imprimerie Royale.

Jacques POSTEL

- Genèse de la psychiatrie : les premiers écrits - Les empêcheurs de penser en rond

Philippe PINEL

- Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la folie - 1801

J.B ESQUIROL

- Examen du projet de loi sur les aliénés – 1838

E. GEORGET

- Discussions médico-légales sur la folie – MIGNERET 1828

J.P FALRET

- Observations sur le projet de loi relatif aux aliénés – 1837

FERRUS

- Des aliénés - 1834

H.B MOREL

- Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine –
JB BAILLIÈRE - 1857

V. MAGNAN

- Considérations générales sur la folie des héréditaires et dégénérés

Charles MORAZÉ

- La France bourgeoise XVIIe – XXe siècle. A. COLIN – 1952

Albert LONDRES

- Chez les Fous - 1925

André BRETON

- Nadja - 1928

Revue ESPRIT

- Misère de la psychiatrie – 1952

Circulaire du 15 mars 1960 sur le secteur psychiatrique

Inspirée par Philippe PAUMELLE

Jean AYME

- Chroniques de la psychiatrie Publique – Éditions Érès

Philippe CLÉMENT

- La forteresse psychiatrique – AUBIER 2001

CHAPITRE V

C. LOUZOUM

- Législation de santé mentale en Europe – la documentation française – 1990

J.L SENON

- Protection de la personne – Droits des patients en psychiatrie

A. BOUMAZA

- Hospitalisations psychiatriques et droits de l’homme – CINERIL-2002

Thierry BOUGEROL

- Dans bulletin de l’UNAFAM – 6 avril 2011

TÉLÉRAMA – septembre 2011

Bulletin de l’Ordre National des Médecins – septembre-octobre 2011

- 1 - René Descartes, *Discours de la Méthode*, Librairie philosophique. Vrin, 1976.
Méditations Métaphysiques, Les Intégrales de philo, Nathan 1983

- 2 - Epicure, *Lettre à Ménécée*, *Présentation et notes par Pierre-Marie Noël*, Garnier-Flammarion 2009

- 3 - Epictète, *Manuel*, Les Intégrales de philo, Nathan 1990
Epictète *entretiens*, in Les Stoïciens, traduction de Emile Bréhier, Bibliothèque de La Pléiade, pp. 807-1105

- 4 - Michel Foucault, *Histoire de la Folie à l'âge classique*, TEL, Gallimard 1979

- 5 - Blaise Pascal, *Pensées et Opuscules*, Classiques Hachettes, Brunschvicg 1978.

- 6 - Platon : *Gorgias*, traduction et Notes de Emile Chambry, Garnier-Flammarion 1967

- 7 - Jean-Jacques Rousseau: *Du Contrat Social, Livre I*, Garnier-Flammarion 1966

- 8 - Joseph P. Saint-Fleur, *La pensée pédagogique de Wittgenstein (en collaboration avec F. Danvers et B. Thibault)*, Hors série N°1, Spirale - Université de Lille III, 1^{er} trimestre 1996.
Joseph P. Saint-Fleur, *L. Wittgenstein : La transcendance de l'ostension*, La Part de l'œil, Académie Royale des Beaux-arts, Bruxelles 1992.
Joseph P. Saint-Fleur, *Ludwig Wittgenstein, Du langage de l'éthique à l'éthique du langage*,
Les Carnets du Centre de philosophie du droit, N°37- Université Catholique de Louvain,

- 9 - Spinoza, *Ethique*, Traduction de Charles Appuhn, Garnier-Flammarion 1965
Spinoza, 25 Lettres philosophiques, traduction de Alain Billecoq, Hachette 1982.

- 10- **Aristote, Ethique de Nicomaque,** traduction et notes par Jean VOILQUIN, Garnier-Flammarion
- 11- **Freud S. , Métapsychologie,** trad. de l'allemand par LAPLANCHE & PONTALIS, Collection Idées-Gallimard, 1974
- 12- **Nietzsche F., Le gai savoir,** trad. de l'allemand par Alexandre VIALATTE, collection Idées-Gallimard, 1950

FIN

ANNEXE 2

Mots-clés

A.R.S	Agence R égionale de S anté – (anciennement D.D.A.S.S)
C.A.T.T.P	Centre d'Accueil T hérapeutique à T emps P artiel
C.D.H.P	Commission D épartementale des H ospitalisations P sychiatriques – ⇒ <i>devenue</i> :
C.D.S.P	Commission D épartementale des S oins P sychiatriques
C.M.P	Centre M édico P sychologique
D.S.M	D iagnostics et S tatistiques des troubles M entaux – manuel
J.L.D	Juge des L ibertés et de la D étention
S.A.M.U	Service d' A ide M édicale d' U rgence
S.D.F	S ans D omicile F ixe (sans abri)
S.M.P.R	S ervices M édico- P sychologiques R égionaux
S.P.D.R	S oins P sychiatriques sur D écision du R éprésentant de l'État (H ospitalisation d'Office (HO) - jusqu'à la loi du 05.07.11)
S.P.D.T	S oins P sychiatriques à la D emande d'un T iers (H ospitalisation à la D emande d'un T iers (HDT) – jusqu'à la loi du 05.07.11)
U.C.S.A	Unité de C onsultations et de S oins A mbulatoires
U.H.S.A	Unité H ospitalière S pécialement A ménagée – <i>exemple «Le Vinatier»</i>
U.M.D	Unité pour M alades D ifficiles
U.N.A.F.A.M	Union N ationale des A mis et F amilles de M alades M entaux
U.S.I.P	Unité de S oins I ntensifs P sychiatriques



SERMENT D'HIPPOCRATE

Qui diis memorem laudes, repetamque fideles
 Ingenij doctes, Hippocratisque decus.
 Democriti auditor Phœbea, ô, Coë propago,
 Certins an quis te tradidit artis opes?

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.