



UNIVERSITE PARIS 8 VINCENNES-SAINT-DENIS

(Droit – Sciences sociales)

**Approche comparative des soins psychiatriques et des libertés individuelles des patients
en droit français et anglo-américain**

Thèse pour le Doctorat en Droit

(Arrêté du 25 mai 2016)

présentée et soutenue publiquement devant le jury de l'Université
de Paris 8 Vincennes-Saint-Denis par

Sophia IHOUT

Directeur de recherche : **M. Alexandre LUNEL**

Maître de conférences HDR à l'Université Paris 8 Vincennes-Saint-Denis

Membres du jury :

- M. Antoine LECA, professeur à l'Université d'Aix-Marseille
- M. Gérard MEMETEAU, professeur émérite à l'Université de Poitiers
- M. Thierry NAJMAN, psychiatre
- Mme Catherine PUIGELIER, professeur à l'université Paris 8 Vincennes-Saint-Denis
- Mme Sophie THERON, maître de conférences à l'Université Toulouse 1 Capitole

Date de soutenance : 8 novembre 2019

A mes proches

Je tiens à remercier M. Alexandre LUNEL, maître de conférences HDR en histoire du droit à l'université Paris 8 et membre du Centre de recherche en droit privé et droit de la santé. Ses conseils avisés ont été précieux dans l'élaboration de cette thèse.

Je remercie les onze patients ayant répondu à mes questions concernant leur hospitalisation et leurs traitements, en espérant que la voix des malades soit davantage entendue. J'adresse également ma profonde gratitude à Messieurs Leca, Mémeteau, Najman et Mesdames Puigelier et Théron pour avoir accepté d'être les jurés lors de la soutenance.

Enfin, je remercie mes proches pour leur indéfectible soutien durant ces trois années de recherches à travers les moments de doute ; de même, une pensée particulière à l'attention de Mme Jo Bridgeman, professeure de droit médical britannique de l'Université de Sussex (Royaume-Uni), à l'origine de mon attrait pour cette discipline.

LISTE DES PRINCIPALES ABREVIATIONS

AAVAM, *Association d'aide aux victimes des accidents et maladies liés aux médicaments* : créée en 1992, cette association française a pour objectif de défendre les victimes des effets secondaires de nombreux médicaments tels que les antidépresseurs, tranquillisants et somnifères.

ADHD, *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*, troubles de l'attention et de l'hyperactivité touchant principalement les enfants et les adolescents, souffrant de difficultés à se concentrer sur une tâche et / ou débordants d'énergie.

ANDEM, *Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale* : créée en 1991, elle contribuait à l'élaboration, la validation et la mise en œuvre des méthodes et expérimentations nécessaires, ainsi qu'à l'évaluation des résultats en milieu hospitalier notamment. Elle a été dissoute en 1997 et son activité a été transmise à l'ANAES, ancêtre de la HAS.

APA, *American Psychiatric Association*, association américaine des psychiatres promouvant une meilleure pratique de la psychiatrie dans le respect de la déontologie médicale, équivalent américain de l'Ordre des psychiatres français.

APPI : en droit français, fichier de traitement automatisé de données à caractère personnel dénommé « Application des Peines, Probation et Insertion », permettant aux autorités pénitentiaires de se tenir informées de l'état de santé du détenu à travers les informations fournies par le prisonnier lui-même.

ANSM, *Agence nationale de sécurité du médicament* : établissement public sous tutelle du ministère de la Santé, offrant un accès équitable à l'innovation pour tous les patients et surtout, garantit la sécurité des produits de santé depuis les essais cliniques jusqu'à la surveillance de leurs prescriptions à la suite de leur autorisation de mise sur le marché.

ARS, *Agence régionale de santé* : en droit français, autorité chargée du pilotage régional du système de santé. Elle définit et met en œuvre la politique de santé de la région en fonction des besoins de santé majeurs de la population (ex : veiller à la sécurité sanitaire, assurer la continuité de l'offre de soins entre la médecine hospitalière et la médecine de ville...).

CEDH, *Cour européenne des Droits de l'Homme* : juridiction européenne créée en 1959. Elle définit les droits et libertés que les Etats membres de la Convention européenne des droits de l'Homme s'engagent à garantir auprès de leurs citoyens. Toute personne s'estimant victime d'une violation par un Etat des dispositions de la Convention peut porter plainte devant cette

Cour.

CDSP, *Commission départementale de soins psychiatriques* : en droit français, commission informée de toutes les décisions d'admission en soins psychiatriques, de transfert et de fin de soins dans le ressort du département. Elle examine la situation des patients faisant l'objet de ces soins au regard de leur dignité et du respect de leurs libertés individuelles.

CGLPL, *Contrôleur général des lieux de privation de liberté* : en droit français, autorité administrative indépendante veillant à ce que les personnes privées de libertés soient traitées avec humanité et dignité. Elle s'assure qu'un juste équilibre soit établi entre le respect des libertés fondamentales et les considérations d'ordre public, et surtout prévient la violation de ces droits fondamentaux.

CHS, *Centre hospitalier spécialisé* : en France, désignation officielle de l'hôpital psychiatrique.

CMP, *Centre médico-psychologique* : aussi appelé centre de consultation de soins, il s'agit d'une unité française du secteur psychiatrique chargée de coordonner et d'accueillir les personnes présentant des troubles mentaux afin de prévenir, de traiter et d'accompagner ces patients sans les hospitaliser, ou en limitant autant que possible leur hospitalisation.

CNIL, *Commission nationale de l'informatique et des libertés*, autorité administrative indépendante française chargée de veiller à ce que l'informatique ne porte atteinte ni à l'identité des citoyens, ni à leurs droits (vie privée notamment).

CPS, *Crown Prosecution Service*, ou services de poursuite judiciaire britannique, chapeautés par le ministère de l'Intérieur (HO).

CPT, *Comité européen pour la prévention de la torture* : organisme sous l'autorité du Conseil de l'Europe chargé de visiter les lieux de détention afin d'évaluer la manière dont les personnes privées de liberté sont traitées : prisons, postes de police, hôpitaux psychiatrique, centres de rétention administrative, etc.

DPP, *Director of Public Prosecutions*, désigne la plus haute autorité du CPS, en quelque sorte un procureur de la République au niveau national.

DSM, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux classifiant tous les troubles mentaux existants. Ses différentes rééditions (I- II – III – IV, aujourd'hui le DSM-V) lui ont permis d'être la base de données psychiatriques la plus utilisée dans le monde. Il a été créé par l'APA.

DSPD, *Dangerous and Severe Personality Disorder*, groupe de patients particulièrement dangereux pour eux-mêmes ou autrui, souffrant de graves troubles de la personnalité.

DOH, *Department of Health*, ministère de la Santé britannique.

FDA, *Food and Drug Administration*, agence américaine autorisant ou interdisant la

commercialisation des denrées alimentaires et des médicaments aux États-Unis. Équivalent de l'ANSM français.

GIDE : en droit français, fichier de traitement de données à caractère personnel relatif à la *Gestion Informatisée des Détenus en Etablissement pénitentiaire*. Permet aux autorités pénitentiaires de se tenir informées de l'état de santé physique et mental des détenus à travers les renseignements fournis par les soignants exerçant en milieu carcéral.

GLM, *Good Lives Model* : traitement ambulatoire à destination des personnes souffrant de troubles mentaux et condamnées pénalement, à se reconstruire psychiquement et socialement à l'aide de thérapies les conduisant à positiver et se réinsérer dans la société.

GMC, *General Medical Council* : équivalent britannique de l'Ordre des Médecins.

HAS, *Haute Autorité de Santé*, autorité publique indépendante à caractère scientifique ayant pour but de contribuer à la régulation du système de santé de manière efficace. Elle vise à assurer à tous les usagers du système de santé un accès pérenne et équitable à des soins sûrs et efficaces. Elle délivre une accréditation à chaque établissement de santé sous réserve du respect de certaines exigences en termes de qualité des soins.

HO : *Home Office*, ministère de l'Intérieur britannique.

IAPT : *Improving Access to Psychological Therapies* : mis en place par le gouvernement britannique en 2007, ce programme vise à faciliter l'accès des détenus aux soins de nature psychiatrique dans les établissements pénitentiaires.

IST, *Infections Sexuellement Transmissibles* : maladie pouvant se transmettre lors des rapports sexuels.

JLD, *Juge des libertés et de la détention* : en droit français, magistrat du siège statuant entre autres sur le contentieux des soins psychiatriques sans consentement.

JT, *Jurisprudence thérapeutique* : en vigueur dans les MHC, il s'agit d'un concept où les rôles de chacun des protagonistes de ces tribunaux spécialisés, les procédures permettant d'aboutir au jugement, les règles régissant le fonctionnement et la structure des MHC permettent de produire des résultats thérapeutiques. Il s'agit de respecter ici les droits de la personne appréhendée : dignité, respect, écoute, approche plus compatissante et non paternaliste, condescendante, etc.

MHA : *Mental Health Act*, loi britannique de 1983 régissant la situation des patients admis dans les établissements de santé psychiatriques (droit positif).

MHC : *Mental Health Courts* : en droit américain, britannique et australien tribunaux spécialisés dans les questions liées aux maladies et troubles mentaux. Leurs jugements peuvent transférer l'individu condamné pénalement, lorsque son état de santé mental l'exige, vers un

établissement de santé psychiatrique afin qu'il y reçoive les soins nécessaires.

MHCR : *Mental Health Court Review* : en droit écossais, équivalent des MHC américains. Suite à l'appel formé par le patient, leurs jugements peuvent transférer le patient vers un établissement de santé psychiatrique moins sécurisé, en adéquation avec son degré de dangerosité pour lui-même et/ou autrui.

MST : *Maladies Sexuellement Transmissibles*. Synonyme d'IST.

MSU : *Medium Secure Unit*, établissement de santé psychiatrique à moyenne sécurité.

NCCB : *Newark Community Collaborative Board*, association américaine visant à prévenir les populations de la ville de New York et de ses environs contre les dangers liés à la consommation d'alcool, de drogues, les rapports sexuels non protégés, etc.

NHS : *National Health Service*, le système de Sécurité sociale britannique.

NICE : *National Institute for Clinical Excellence*, organisation médicale britannique formulant des recommandations à l'échelle nationale en matière de santé mentale (prévention des troubles psychiques et traitements hospitaliers).

NIHME : *National Institute for Mental Health in England*, organisation médicale britannique créée dans le but de promouvoir une meilleure pratique médicale en santé mentale.

NMC : *Nursery and Midwifery Council*, Ordre national des infirmiers et sages-femmes britannique.

NOMS : *National Offender Management Service*, organisme gouvernemental affilié au ministère de la Justice et de l'Intérieur britannique afin d'assurer le suivi judiciaire et social des individus condamnés pénalement.

NPSA : *National Patient Safety Agency*, agence nationale britannique de protection des patients dans les établissements de santé, toutes disciplines médicales confondues. Rattachée à la NHS, elle promeut les droits des patients dans le secteur médical.

OIP, *Observatoire International des Prisons* : organisation non-gouvernementale créée en 1960, agissant pour le respect des droits de l'Homme en milieu carcéral et pour un moindre recours à l'emprisonnement. Elle fait connaître dans chaque pays l'état des conditions de détention et défend les droits et la dignité des prisonniers.

OMS, *Organisation mondiale de la Santé* : organisation non-gouvernementale dirigeant et coordonnant la santé mondiale afin d'améliorer les perspectives d'avenir et la santé future pour toutes les populations du monde (lutte contre les maladies infectieuses, préparation, surveillance et réponse aux crises sanitaires, amélioration des systèmes de santé existants, etc.).

PICU : *Psychiatric Intensive Care Unit* : au Royaume-Uni et aux États-Unis, unités pour malades difficiles (UMD), soit les services hospitaliers psychiatriques spécialisés dans le

traitement des personnes souffrant de troubles mentaux présentant un danger tel que les soins, la surveillance et les mesures de sûreté nécessaires ne peuvent être mises en place que dans ces unités. *Voir aussi UMD pour l'équivalent français.*

RCP : *Royal College of Psychiatrists*, Ordre national des psychiatres britanniques, organisme chargé d'une mission de service public. Il défend l'indépendance de la profession médicale qu'il représente au sein de l'opinion publique et garantit la qualité des soins dispensés par les professionnels de santé. Il veille au respect de la déontologie médicale indispensable à l'exercice de la médecine ; il peut exercer des pouvoirs de contrôle et de sanction à l'égard des médecins lorsque leur comportement déroge cette éthique.

RMO : *Responsible Medical Officer*, le médecin ou psychiatre responsable d'un patient au sein d'un établissement de santé psychiatrique.

RSU : *Regional Secure Unit*, établissement de santé psychiatrique à haute sécurité. Il en existe actuellement trois au Royaume-Uni : Ashworth, Broadmoor et Rampton.

SCP, *Stimulation cérébrale profonde* (ou 'deep brain stimulation'), thérapie non-médicamenteuse consistant en l'emploi d'impulsions électriques au cerveau du patient au moyen d'électrodes implantées sur son crâne. Employée pour traiter certains troubles mentaux tels que les troubles obsessionnels compulsifs, les dépressions sévères, les troubles des mouvements (dyskinésie) etc.

SMPR, *Secteur Médico-Psychologique Régional* : en droit français, secteur de psychiatrique en établissement pénitentiaire rattaché à un établissement de santé. Il assure la prise en charge psychiatrique et psychologique des détenus et aide à leur réinsertion.

STA, *See, Think, Act* : recommandations formulées par le ministère de la Santé britannique afin d'instaurer une sécurité relationnelle entre les soignants et les patients et améliorer la qualité des soins prodigués.

SVP, *Sexual Violent Predator*, 'prédateur sexuel violent', en droit américain, catégorie d'individus souffrant de troubles mentaux sévères ayant commis des infractions pénales d'une telle gravité (meurtre, viol, ablation d'un membre de la victime...) qu'ils sont condamnés à des peines de prison de très longue durée, voire à perpétuité.

TCC, *Thérapies cognitives et comportementales* : solutions non-médicamenteuses sous forme de thérapie administrées aux patients afin d'appréhender divers troubles mentaux : comportements sexuels déviants, agressivité, etc.

UCSA, *Unité de consultation et de soins ambulatoires* : service hospitalier dédié à la prise en charge des détenus au sein des maisons d'arrêt et des centres pénitentiaires. Chaque établissement pénitentiaire est jumelé avec un établissement hospitalier. Ce dernier s'engage à

assurer les consultations courantes des détenus au sein même des établissements pénitentiaires.

UHSA, *Unités hospitalières spécialement aménagées* : en France, services hospitaliers psychiatriques permettant d'admettre des détenus souffrant de troubles mentaux en fonction de deux modes d'entrée : libre et sous contrainte.

UNAFAM, *Union nationale des amis et familles de malades psychiques*, association à but non-lucratif de soutien aux personnes atteintes de troubles psychiques et de leurs proches

UMD, *Unités pour malades difficiles* : en France, services hospitaliers psychiatriques spécialisés dans le traitement des personnes souffrant de troubles mentaux présentant un danger tel que les soins, la surveillance et les mesures de sûreté nécessaires ne peuvent être mises en place que dans ces unités. *Voir aussi PICU pour l'équivalent britannique et américain.*

SOMMAIRE

INTRODUCTION

PREMIERE PARTIE : L'HOSPITALISATION PSYCHIATRIQUE EN CRISE, DE L'ADMISSION A L'EXERCICE DE LA CONTRAINTE ATTENTATOIRE AUX DROITS DES PATIENTS

A) L'ADMISSION ET SES MODALITES EN ETABLISSEMENT PSYCHIATRIQUE

- 1) Maladie mentale et troubles psychiatriques : Essai de classification
- 2) Les différents modes d'hospitalisation en civil et common law
- 3) Questionnements éthiques autour de l'hospitalisation

B) LES MOYENS DE CONTRAINTE ET LA GESTION DES INCIDENTS EN PSYCHIATRIE HOSPITALIERE

- 1) L'emploi controversé de la contrainte en hôpital psychiatrique
- 2) La violence en établissement psychiatrique : une fatalité ?
- 3) La gestion des autres incidents en hôpital psychiatrique : relations sexuelles, fugues et violences auto-agressives

DEUXIEME PARTIE : L'INSUFFISANTE PRISE EN CHARGE MEDICALE DES SANS-ABRIS ET DES DETENUS ET L'URGENCE D'UNE AMELIORATION DE LA PRATIQUE PSYCHIATRIQUE

A) LA MAUVAISE QUALITE DES SOINS PSYCHIATRIQUES DISPENSES AUX SANS DOMICILE FIXE ET AUX DETENUS EN CIVIL ET COMMON LAW

- 1) La prise en charge psychiatrique du sans-abri et du malade mental déclaré pénalement irresponsable
- 2) L'inefficace prise en charge médicale du détenu entre environnement anxiogène, mesures répressives et soins psychiatriques insuffisants

B) REFLEXIONS ETHIQUES SUR LES PSYCHOTROPES ET LES THERAPIES EN FAVEUR D'UNE PSYCHIATRIE PLUS HUMAINE

- 1) Le recours incontournable aux psychotropes dans le traitement des troubles mentaux
- 2) L'efficacité du traitement tributaire du suivi rigoureux de la prescription chez le patient psychiatrique
- 3) Les thérapies, soins alternatifs à l'efficacité discutable
- 4) La promotion d'une pratique de la psychiatrie plus humaine : de la psychothérapie institutionnelle aux communautés thérapeutiques

CONCLUSION

INTRODUCTION

Les représentations de la folie dans notre société

« Sans la reconnaissance de la valeur humaine de la folie, c'est l'homme même qui disparaît »¹. Le Dr. Tosquelles (1912-1994), psychiatre français d'origine espagnole nous invite à concevoir la folie sous un nouveau jour. Elle se présente aujourd'hui sous de multiples formes : le malade peut présenter un état mutique, subir des hallucinations, être en proie à des actes de mutilation, de tentative de suicide ou au contraire infliger des violences sur une tierce personne. Si la violence commise sur autrui est rare chez le malade psychiatrique, il subit très souvent une souffrance immense. Cette souffrance se manifeste par une perte de repères, de la perception de son identité, de son corps, une angoisse immense, un désarroi que le sujet ne peut expliquer de manière rationnelle.

Les chiffres en France notamment sont révélateurs d'un véritable enjeu de santé publique. En 2013, 12 millions de personnes souffrent de troubles mentaux. Cette proportion concerne 18% de la population, soit 1 français sur 5. Parmi les 44 millions d'adultes vivant à leur domicile en France, 18,5% souffrent d'une pathologie psychiatrique, dont 15% d'une forme sévère. Par ailleurs, 3,5% des enfants et 24% des adultes hébergés dans des établissements de soins présentent des troubles psychiatriques. Pourtant, il ne faut pas établir de généralité : seuls 20% des patients sont hospitalisés, les 80% restants bénéficient de soins ambulatoires.² Le milieu carcéral n'est pas non plus épargné en raison de son cadre de vie répressif et pathogène : 78,5% des hommes incarcérés présentent des troubles mentaux, contre 73,7% des femmes détenues.

Par ailleurs, 13 019 personnes se suicident chaque année en France, soit 36 suicides par jour³. L'ampleur des troubles mentaux au sein de la population française montre l'importance de cet enjeu. Les coûts médicaux et sociétaux dus aux pathologies mentales sont considérables : 13,4 milliards d'euros sont dépensés chaque année dans la prise en charge médicale des patients, soit environ 8% des dépenses nationales de santé en France. 6,4 milliards d'euros concernent

¹ TOSQUELLES, F. (1992) *L'enseignement de la folie*, éditions Dunod.

² DUJARDIN, V. (2014) « Psychiatrie : est-il interdit de réfléchir avant d'agir ? » in *Mélanges en l'honneur de Jean-Marie Clément, Enseignement, Hôpital, Médecine, Les Etudes Hospitalières*, p. 1612-1625.

³ CHEVREUL, K., PRIGENT, A., BOURMAUD, A., LEBOYER, M. & DURAND-ZALESKI, I. (2013) « The cost of mental disorders in France » *European Neuropsychopharmacology*, 23(8), 879-886.

le coût des services psychiatriques des hôpitaux publics, et 2,2 milliards d'euros par an sont dépensés en médicaments.⁴

Définition de la psychiatrie et de la maladie mentale

En premier lieu, comment définir la psychiatrie ? Il s'agit « d'une discipline médicale ne ressemblant à aucune autre. Elle a vocation à prendre en charge des malades » mais entretient aussi un rapport spécifique avec « les sciences, la philosophie et les arts »⁵. Le psychiatre est désigné comme le médecin des troubles de l'âme, par opposition aux troubles affectant le corps (dits troubles somatiques). Une maladie mentale est définie par un « ensemble de dérèglements au niveau des pensées, des émotions et / ou du comportement qui reflètent un trouble biologique, psychologique ou développemental des fonctions intellectuelles. Une maladie mentale entraîne nécessairement une détresse pour l'individu et / ou des difficultés professionnelles ou sociales ».⁶ De même, l'Organisation mondiale de la Santé définit les troubles mentaux comme « un vaste ensemble de problèmes dont les symptômes diffèrent, généralement caractérisés par une combinaison de pensées, d'émotions, de comportements et de rapports avec autrui anormaux. Ils comprennent par exemple la schizophrénie, la dépression, l'arriération mentale et les troubles dus à l'abus de drogues »⁷.

Il est important de préciser **ce que ne sont pas** les troubles mentaux : « une réaction normale à un évènement malheureux comme une rupture amoureuse, la mort d'un être cher ou la perte d'un emploi, la réaction normale à une situation stressante [...] telle qu'une promotion professionnelle ou une faiblesse morale »⁸. Cette vulnérabilité humaine qui nous rend sensibles à des évènements marquants ou anxiogènes n'est pas le signe d'une maladie mentale, tant qu'elle ne crée pas des symptômes propres à une pathologie. La tristesse liée à un deuil, une rupture amoureuse, un conflit familial, un licenciement ne constitue pas *stricto sensu* une maladie mentale.

⁴ CHEVREUL, K., PRIGENT, A., BOURMAUD, A., LEBOYER, M. & DURAND-ZALESKI, I. (2013), *op. cit.*, p. 871.

⁵ NAJMAN, T. (2015) *Lieu d'asile – Manifeste pour une autre psychiatrie*, préface du Pr Pierre Delion, éditions Odile Jacob, p. 23.

⁶ ASSOCIATION DES MEDECINS PSYCHIATRES DU QUEBEC (2018), définition de la maladie mentale : <https://ampq.org/info-maladie/quest-ce-quune-maladie-mentale/> (consulté le 13 novembre 2018).

⁷ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (2017) : http://www.who.int/topics/mental_disorders/fr/ (consulté le 31 juillet 2017).

⁸ ASSOCIATION DES MEDECINS PSYCHIATRES DU QUEBEC (2018), *ibid*, np.

Il ne faut pas confondre le psychologue en charge des troubles cognitifs et du comportement et le psychiatre en charge des pathologies mentales lourdes. Dans hôpital comme dans la cité, le psychiatre accompagne le malade dans sa souffrance et le soulage d'abord par l'échange et le dialogue. Il s'agit avant tout d'une médecine de l'âme, de la psyché, les symptômes étant plus difficiles à cerner. Le diagnostic est plus délicat à établir contrairement à la médecine somatique : il est souvent modifié voire contredit au fur et à mesure des années, les avis pouvant différer entre psychiatres.

Le patient peut être médicalement pris en charge à domicile, bénéficier de soins en centres de jour ou faire l'objet d'une hospitalisation complète. Lorsque le patient présente une réelle dangerosité pour autrui ou lui-même de façon imminente, il peut faire l'objet d'une hospitalisation psychiatrique sous contrainte. Cette faculté peut être mise en œuvre par le psychiatre en charge du patient, un tiers, le préfet, le maire ou le commissaire de police à Paris. En raison de son caractère gravement attentatoire aux droits du patient, ces modalités de soins sont rigoureusement encadrées par la loi en France comme au Royaume-Uni⁹.

Contrairement aux idées reçues, l'admission sous contrainte est rare et se limite aux cas de troubles psychiatriques graves. Il s'agit par exemple de l'individu ayant attenté à ses jours ou à ceux d'autrui. La majeure partie du temps, l'hospitalisation du malade est volontaire (ou libre), celui-ci ayant pris conscience de la gravité de son état de santé ou en ayant été conseillé par un tiers en ce sens.

Une conception négative des troubles mentaux dans les sociétés occidentales

L'opinion publique aurait une perception faussée des troubles mentaux en raison d'une mauvaise connaissance de ceux-ci¹⁰. De manière générale, la société civile craint les malades psychiatriques, perçus comme incontrôlables, dangereux et violents. Malgré cette idée reçue, les actes violents commis par les malades sont rares et proviennent d'une multitude de causes tenant aux violences subies par l'individu, le ressenti de sa stigmatisation du fait de ses troubles mentaux, la consommation d'alcool et / ou de stupéfiants et la présence de troubles mentaux

⁹ NAJMAN, T. (2015), *op. cit.*, p.23.

¹⁰ ANGERMEYER, M. C. & MATSCHINGER, H. (1994) « Lay beliefs about schizophrenic disorder: the results of a population survey in Germany » *Acta Psychiatrica Scandinavica* 89: 39-45.

graves tels que la schizophrénie¹¹. Or, ces comportements ne concernant qu'une extrême minorité de malades, les violences étant en très grande partie commises par des individus sains d'esprit¹². L'opinion publique n'a pourtant de cesse de désigner le fou comme source d'insécurité (souvent avec l'étranger et le délinquant), véritable 'bouc émissaire' de l'ordre social.

La couverture médiatique des rares faits divers incriminant les malades mentaux aggrave encore ce phénomène : présentés sur ton dramatisant avec des termes stigmatisants¹³, les médias incriminent durement les malades. Il n'est donc pas surprenant que la société éprouve de la peur, de la méfiance voire de la haine envers les malades psychiatriques. Peu au fait de leur condition, leur folie les prédisposerait à des explosions de violence imprévisibles dont nul ne serait à l'abri... Dès lors, leur enfermement à travers l'hospitalisation psychiatrique sous contrainte semble être l'unique solution à ce problème. Enfermés dans les murs de l'établissement, le problème est caché, dissimulé, rejeté au loin... sans que leur condition de patients en souffrance émeuve l'opinion publique.

Le DSM, outil décrié de classification des troubles mentaux

Les troubles mentaux sont classifiés dans le DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), un manuel classifiant tous les troubles mentaux existants, aujourd'hui actualisé dans sa cinquième édition. Au lendemain de la Seconde Guerre Mondiale, il a été créé par l'APA, l'Association américaine de psychiatrie. Il est décrit comme « un guide pratique, fonctionnel et flexible afin d'organiser les informations permettant d'évaluer et de traiter efficacement les troubles mentaux. Mis à la disposition des praticiens, c'est également un support théorique à l'usage des étudiants en psychiatrie et une référence pour les étudiants »¹⁴. Considéré au mieux comme un dictionnaire des différents troubles mentaux, sa légitimité est

¹¹ ARBOLEDA-FLOREZ J. & STUART H. L. (2000), « The future for risk research » *The Journal of Forensic Psychiatry* Vol. 11, No. 3 December 2000, p. 507.

¹² HAUTE AUTORITE DE SANTE (2011) *Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur*, recommandations de la commission d'audit de la Haute Autorité de Santé, mai 2011, p. 42.

¹³ PAPADAKIS, M. and HABERFIELD, I. (2003) « Insane killers given leave » *Sunday Herald Sun*, Melbourne, pp. 1-4.

¹⁴ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2013) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, (DSM-V)*, American Psychiatric Publishing, p. 253.

contestée en l'absence de consensus scientifique¹⁵. Le DSM fait l'objet de nombreuses critiques chez les psychiatres en raison d'un nombre trop important de troubles mentaux recensés. Cette importante augmentation du nombre des pathologies serait imputable à l'influence des industries pharmaceutiques. Ces entreprises voient dans l'édiction de cette 'Bible de la psychiatrie' l'opportunité d'augmenter leurs bénéfices en proposant leurs médicaments. En créant un besoin (de santé), l'industrie pharmaceutique propose un produit, le médicament... Cette marchandisation met indéniablement en péril l'intérêt des patients et fait obstacle à une prise en charge digne des patients.¹⁶ Le sujet psychiatrique devient un consommateur comme les autres, libre de consommer le médicament le plus adapté à ses troubles mentaux.

Les acteurs de la psychiatrie et les droits du patient

La psychiatrie est une discipline médicale hybride où peuvent intervenir de nombreux acteurs provenant de domaines différents : psychiatres, médecins généralistes, psychologues infirmiers, assistants sociaux, avocats, juges, établissements de santé publics et privés, décideurs politiques, associations de défense des droits des patients, entreprises pharmaceutiques... et bien sûr, les patients eux-mêmes.

Le patient atteint de troubles mentaux bénéficie de protections juridiques à deux égards. D'une part, sa condition d'être humain lui accorde des droits inaliénables tels que le droit au respect de l'intégrité corporelle (art. 16-1-1 du Code civil), de la dignité (art. 6), du respect de la vie privée (art. 9). En sa qualité de patient, il jouit d'autres droits spécifiques qu'importe sa pathologie, tels que le droit au refus de soins, à la confidentialité de ses données de santé, à des soins de qualité, une hospitalisation dans un cadre de vie salubre, etc.

Les législations protégeant les patients se situent à plusieurs échelles : internationale (Conventions internationales), européenne (Convention européenne des Droits de l'Homme), et bien sûr nationales (loi du 5 juillet 2011 modifiée par la loi du 27 septembre 2013 en France, Mental Health Act de 1983 au Royaume-Uni). A défaut de pouvoir présenter toutes les législations abordant les soins psychiatriques, seules quelques-unes seront abordées ici. Les

¹⁵ INSEL, T. R. & LIEBERMAN, J. A. (2013) *DSM-5 and RdoC: Shared Interests*. News release. American Psychiatric Association (Release No. 13-37).

¹⁶ LOVELL A. (2011) *La maladie mentale en mutation : psychiatrie et société*, Paris, p. 58 ; LANE, C. (2009) *Comment la psychiatrie et l'industrie pharmaceutique ont médicalisé nos émotions*, Paris, 2009, p. 127 ; MINARE, M. (2009) *Le DSM-roi, la psychiatrie américaine et la fabrique des diagnostics*, Paris, 2013, p. 89.

droits britannique et français seront étudiés en priorité dans cette étude. En effet, nous aborderons ici les grandes différences entre ces lois obéissant à des systèmes juridiques différents : le *civil law* pour le droit français et le *common law* pour le droit britannique. Cette principale dichotomie donnera également lieu à l'étude d'autres législations à titre subsidiaire, à savoir les lois américaine, canadienne, irlandaise, écossaise et australienne. Il s'agit ici de se pencher sur la manière dont le législateur de chacun de ces pays aborde la question des soins psychiatriques et l'hospitalisation des patients en milieu hospitalier. Le respect de leur dignité, de leurs droits fondamentaux et les alternatives à l'hospitalisation constitueront le fil rouge de cette étude. Si la prise en charge médicale de ces malades est nécessaire, elle ne doit pas occulter pour autant la nécessité de respecter les droits de ces patients. Le cœur du sujet réside dans l'impératif d'une prise en charge digne des maladies psychiatriques. Il s'agit en effet d'un enjeu mondial : une personne sur quatre dans le monde traverse à un moment de son existence une maladie mentale¹⁷. Il est primordial que les soins soient dispensés dans des conditions respectueuses des droits des patients et dans des conditions de séjour dignes lorsqu'ils sont hospitalisés.

Brève introduction historique de la psychiatrie en France

La figure du 'fou' a existé à toutes les époques et dans toutes les civilisations. En France, l'acte de naissance de la psychiatrie en tant que discipline médicale est associé au Dr. Pinel (1745-1826), peu avant 1800, lorsqu'il milite pour l'abolition des entraves que subissent les malades aliénés¹⁸. Elles sont remplacées par une autre mesure de contention, « la camisole de force », inventée et décrite à l'époque comme un 'vêtement révolutionnaire' car elle permettait la déambulation de l'aliéné.¹⁹

¹⁷ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (2017b) au sujet de la proportion de personnes touchées par les troubles mentaux dans le monde : http://www.who.int/whr/2001/media_centre/press_release/fr/ (consulté le 31 juillet 2017), *np*.

¹⁸ GINESTE, T. (2004) *Le Lion de Florence. Sur l'imaginaire des fondateurs de la psychiatrie, Pinel et Itard*, Paris, éditions Albin Michel, p. 11 ; FEYS, J-L (2017) « Les fondements constructivistes de l'antipsychiatrie », *L'Information Psychiatrique*, 2017/6, vol. 93, pp. 457-463.

¹⁹ MOREAU-RICAUD, M. (2004) « Une 'utopie' à la croisée de la psychiatrie et de la psychanalyse : la psychothérapie institutionnelle » *L'Esprit du Temps – Topique*, 2004/3, n°88, pp. 195-108.



Fig. 1 : portrait de Philippe Pinel, précurseur de la psychiatrie moderne²⁰

L'émergence de la psychiatrie fait naître une réflexion sur la manière dont sont traités les malades mentaux. L'enfermement reconnu comme une fatalité fait place à la création d'autres soins plus respectueux de la dignité des patients. Si le malade est toujours hospitalisé, c'est le soin au sein de « l'asile » qui sera profondément modifié²¹. Par crainte de débordements et de violences commises par ceux-ci, les malades restent prisonniers des asiles sans contact avec le monde extérieur. Il faut alors se questionner sur la pertinence de cette mesure : s'agit-il de protéger la société contre les fous, ou préserver les fous d'une société qui les tolère mal voire les rejette ?

Dans cette optique, les maisons de force (ou de correction) et les dépôts de mendicité sont créés au XVIIIe siècle tandis que les hôpitaux généraux voient le jour au XVIIe siècle. Les familles désirant faire enfermer leur proche atteint de troubles mentaux devaient rédiger « une demande circonstanciée de placement » appelée lettre de cachet²². Ces lettres sont abolies à la Révolution française en raison de leur caractère arbitraire, créant un véritable vide juridique. D'autre part, le bureau central de l'Hôpital général regroupant plusieurs établissements délivrait des ordres d'internement à Paris. Le renfermement était entouré de garanties dans la crainte que « certaines familles malintentionnées ne fassent séquestrer des sains d'esprit ». Le bureau central vérifiait les paroles et écrits des familles, l'ordre d'internement devant être signé de six directeurs de l'Hôpital général : contre toute idée reçue, les « fous ne sont pas reçus sans

²⁰ Portrait de Philippe Pinel : <https://ahp.apps01.yorku.ca/2007/08/106/> (consulté le 16 avril 2019).

²¹ NAJMAN, T. (2015), *op. cit.*, p. 21.

²² QUETEL, C. (2009) *Histoire de la folie de l'Antiquité à nos jours*, éditions Taillandier, Paris, p. 131.

formalité »²³. Lorsque les premiers asiles d'aliénés voient le jour sous l'impulsion du Dr. Pinel, « l'internement ne dispose d'aucune base juridique ou administrative, pourtant indispensable »²⁴.

La création des premiers asiles peut être imputable à l'action d'un « partenariat public – privé », telle que l'hôpital Saint-Lazare de Marseille en 1699 visant à « pour soulager les personnes qui se trouvent malheureusement aliénées d'esprit, extravagants et souvent furieux [...] pour leur donner quelque secours dans leur misère » et « prévenir les désordres qu'ils pourraient causer s'ils n'étaient pas retirés dans une demeure fixe ».²⁵ Il est le fruit de longues négociations entre une congrégation religieuse, la Compagnie du Saint Sacrement de Marseille, l'abbé Granier et l'autorité monarchique à travers les actions de l'intendant Provence. Cette initiative ne peut être considérée comme une seule mesure de police afin de préserver l'ordre public des agissements des 'pauvres insensés'. Elle a également été une « pieuse et charitable intention », un « remède », un « secours » afin de soulager les souffrances des « pauvres malades d'esprit ».²⁶ Encore synonyme d'enfermement, elle ne prévoit pas encore à cette époque le suivi thérapeutique des malades mais leur seul éloignement de leur société pour le bien de tous et en premier lieu des malades.

Cet hôpital rejoint la longue liste des établissements de soins créés sous l'Ancien Régime, résultant d'une politique visant à éradiquer la mendicité et l'oisiveté selon l'édit du Roi de 1656 : Bicêtre, La Salpêtrière, le refuge du faubourg Saint-Victor, Scipion, la Savonnerie, Sainte-Pélagie, l'Hôpital du Saint-Esprit, etc.²⁷ La population peut différer selon l'établissement, La Salpêtrière accueillant surtout des femmes atteintes de troubles mentaux et réputées 'folles' et Scipion recueillant les vieillards infirmes par exemple. Les conditions de vie y sont effroyables. A La Salpêtrière, « les folles les plus dangereuses sont enchaînées et couchées sur la paille, on leur passe la nourriture à travers une grille et les loges [les 'chambres'] sont nettoyées avec un râteau ; elles vivent au milieu d'immondices et elles n'ont

²³ PENY, C. (2015) « La création de l'hôpital des 'pauvres insensés' de Marseille » (1686-1689) in LUNEL, A. « *Folie et déraison* » : regards croisés sur l'évolution juridique des soins psychiatriques en France – Pouvoir, santé et société, LEH éditions, p. 98.

²⁴ QUETEL, C. (2009), *op. cit.*, p. 203.

²⁵ PENY, C. (2015), *op. cit.*, p. 92.

²⁶ LAUTARD, J-B. (1840) *La maison des fous de Marseille : Essai historique et statistique sur cet établissement depuis sa fondation en 1699 jusqu'en 1837*, Marseille, Achard, p. 213.

²⁷ MOLINIER, S. (2015) « L'hospitalisation sans consentement pendant la Révolution : l'exemple des insensés de Bicêtre et des folles de la Salpêtrière » in LUNEL, A., p. 95-96.

aucun contact humain car l'on craint que leur mal ne soit contagieux. Elles ne peuvent s'habiller seules et retrouvent nues ou enroulées dans des couvertures que l'on passe à travers les barreaux de leur cellule ».²⁸ Les 'traitements' prescrits contre les 'folles furieuses' sont tout aussi atroces : « on n'hésite pas à frapper cruellement les folles pour faire taire leurs cris [et à] enfoncer des tringles de fer pointues dans leur peau ».²⁹ Les 'folles' sont d'ailleurs toutes mélangées sans distinction : les imbéciles, les maniaques, les furieuses, les mélancoliques, les démentes et les épileptiques. L'insalubrité de leurs conditions de vie et la pauvre qualité des aliments donnent lieu à une importante propagation de maladies somatiques : scorbut, choléra, gastro-entérites, pneumonies, phtisies, causant la mort plus ou moins rapide des 'folles'.³⁰

Il faudra attendre la loi Esquirol de 1838³¹ pour que soit créé « un lien intime, complexe et indissoluble entre psychiatrie et justice... lien qui ne fera que se développer avec le temps ». Cette volonté de mêler le fonctionnement de la psychiatrie et la justice se retrouve encore aujourd'hui dans le traitement médical de certains malades appréhendés pour des faits d'une particulière gravité³². La loi Esquirol de 1838 perpétue le modèle aliéniste selon lequel le fait de « dédier des espaces spécifiés aux malades mentaux pourrait en faire *de facto* le lieu de leur délivrance par le traitement moral »³³. L'enfermement est alors considéré comme thérapeutique tout en réduisant le risque que représente le malade pour la société : tant que celui-ci ne verra pas ses troubles stabilisés et son comportement rendu prévisible, il ne pourra réintégrer la cité³⁴. Pour autant, le modèle aliéniste seul ne parvient pas à soigner les troubles mentaux car il ne permet pas une prise en charge humaine de la folie. Dans l'hôpital psychiatrique de Bassens par exemple, en 1858, les malades mentaux souffraient encore de terribles conditions de vie, entassés dans des cellules exigües, mal éclairées, habillés d'uniformes médiocres, ne pouvant se nourrir qu'avec des cuillères 'pour des raisons de sécurité'. Le nombre de malades augmente considérablement au fil des décennies pour atteindre 1000 lits en 1861 alors que sa capacité

²⁸ MOLINIER, S. (2015), *op. cit.*, p. 97.

²⁹ *Ibid.*, p. 97

³⁰ *Ibid.*, p. 107.

³¹ Loi du 30 juin 1838 sur les aliénés dite loi Esquirol. LUNEL, A. (2015) « La loi de 1838 sur les aliénés : ordre public ou offre de soins ? », « *Folie et déraison* » : regards croisés sur l'évolution juridique des soins psychiatriques en France », Pouvoir, santé, et société, 2^{èmes} journées d'histoire du droit de la santé, Bordeaux, Les Etudes Hospitalières, collection Actes et séminaires, pp. 112-122.

³² QUETEL, C. (2009), *op. cit.*, p. 203.

³³ DELION, P. (2015) in NAJMAN, T., *Lieu d'asile – Manifeste pour une autre psychiatrie*, éditions Odile Jacob, p. 34.

³⁴ COUPECHOUX, P. (2006) *Un monde de fous : comment notre société maltraite ses malades mentaux*, Paris, Seuil, p. 16.

d'accueil était de 400. Ils sont classifiés en malades 'curables', 'incurables' et 'gâteaux', cette dernière catégorie rassemblant les personnes âgées démentes. Les gardiens, peu formés et illettrés, doivent résider sur place, au contact quotidien et permanent des malades vingt-quatre heures sur vingt-quatre. Le traitement moral par l'écoute et le dialogue est alors limité voire inexistant, la pharmacopée encore très pauvre et se limite aux prescriptions d'aspirine, de chloral (sédatif alors nouvellement découvert), faute de mieux.³⁵

La loi Esquirol ne modifie pas les conditions de séjour des malades au sein des asiles. Un aliéniste (ancienne appellation des psychiatres) témoigne en ce sens : « quand Pinel brisa les chaînes de l'aliéné, il ne le rendit pas pour cela à la liberté »³⁶. Il faut préciser que cet acte symbolique a été accompli par Jean-Baptiste Pussin (1745-1811), « gardien des fous » à l'hôpital Bicêtre puis à La Salpêtrière, et non par le Dr. Pinel. Cependant, il « préconise le travail comme souverain remède à la folie et une 'nourriture qui tient le ventre libre' ». Il déplore que les 'fous périodiques', qui ne souffrent d'accès de folie que six semaines à deux mois par an ne puissent regagner leur domicile. Tous deux invitent à traiter les malades avec la plus grande douceur possible, le recours à la force et à la violence n'étant susceptible que d'exciter les crises des patients. Le Dr. Pinel assure alors, en l'an V de la Révolution (17 octobre 1798) « d'avoir réussi à supprimer entièrement chaînes et camisoles, tout en ayant eu jusqu'à trois cents fous sous sa garde ».³⁷

La loi Esquirol invite chaque département à créer ou spécialiser les structures de soins existantes afin d'accueillir et soigner les aliénés. Les départements n'ayant pas pu se doter de locaux spécialisés se voient alors obligés d'envoyer leurs malades dans un établissement situé dans un département voisin. La solution idéale consiste alors dans l'admission de nombreux malades au sein de structures à grande capacité d'accueil. Toutefois, au nom de la liberté individuelle, de « l'honneur des familles » et du « secret médical », la section « aliénés » doit être totalement séparée de celles des autres malades, sans aucune communication possible avec eux³⁸. Ensuite, la loi enjoint l'autorité publique (ministre de l'Intérieur, représentants locaux,

³⁵ VERMOREL, H. & VERMOREL, M. (2012) « De l'asile à la politique de secteur : l'évolution des institutions et des soins psychiatriques à Bassens » *L'information psychiatrique*, 2012/9, vol. 88, pp. 759-770.

³⁶ QUETEL, C. (2009), *op. cit.*, p. 317.

³⁷ AN, 27/AP 8, Papiers de François de Neufchâteau, lettre de Pinel au ministre de l'Intérieur, le 26 vendémiaire an VII in MOLINIER, S. (2015), *op. cit.*, p. 109.

³⁸ FALRET, J-P. (1837) *Observations sur le projet de loi relatif aux aliénés*, Paris in LUNEL, A. (2015) « La loi de 1838 sur les aliénés : ordre public ou offre de soins ? » in LUNEL, A., *op. cit.*, p. 117-118.

préfets) d'assurer la direction des hôpitaux publics et leur surveillance. Le préfet, ses délégués, le président du tribunal, le procureur du roi, le juge de paix et le maire de la commune doivent effectuer des visites régulières afin d'assurer la bonne exécution de la loi et limiter les internements abusifs.³⁹

En effet, l'asile souffre depuis sa création de « polysémies contradictoires »⁴⁰. Il est défini comme « un lieu d'accueil, mais aussi comme un asile de fous. Dans presque tous les cas de figure, ses portes resteront closes [...] : murs d'enceintes sur ses abords, grilles et barrières marquant son entrée... devenant ainsi des « lieux de relégation et d'enfermement »⁴¹.

D'autres initiatives tentent d'humaniser la pratique psychiatrique : le Dr. Edouard Toulouse ouvre à l'hôpital Sainte-Anne (Paris) en 1921 le premier service pour le traitement des « psychopathes » dont l'état ne nécessite pas l'internement prévu par la loi Esquirol de 1838. Il s'agit du premier « service ouvert d'hospitalisation en psychiatrie »⁴². Les soins étaient dispensés sur la base du volontariat et les malades jouissaient d'une liberté d'aller et venir dans les murs de l'établissement comme à l'extérieur. Ce service est qualifié de « véritable hôpital ouvert où l'on entre sans formalités autres que celles en usage dans les hôpitaux ordinaires... on y donne des consultations, des soins hospitaliers, des soins ambulatoires, des visites à domicile »⁴³.

Cette démarche ne rencontre cependant qu'indifférence de la part des pouvoirs publics, qui refusent le versement de fonds supplémentaires et fait échouer le projet. Il est regrettable que les décideurs politiques de l'époque n'aient pas accordé une plus grande attention à cette initiative. Elle s'avère pourtant bien plus efficace sur le plan thérapeutique que l'enfermement asilaire et plus respectueuse des droits des patients. Ceux-ci n'étaient plus enfermés *ad vitam aeternam* mais recevaient des soins auxquels ils pouvaient mettre un terme quand ils le désiraient.

Néanmoins, il faudra rappeler que cette structure ne concernait que les malades atteints de troubles modérés. En toute hypothèse, les patients gravement atteints auraient subi le même traitement que soutient le mouvement aliéniste. Il faudra tout de même souligner l'effort

³⁹ LUNEL, A. (2015), *op. cit in* LUNEL, A., *op. cit*, p. 118-119.

⁴⁰ NAJMAN, T. (2015), *op. cit*, p. 58.

⁴¹ *Ibid.*, p. 12 et 22.

⁴² *Ibid.*, p. 66.

⁴³ QUETEL, C. (2009), *op. cit.*, p. 321.

humaniste du Dr. Edouard Toulouse, désireux d'administrer des soins de qualité tout en considérant le malade non plus comme un danger potentiel mais un individu à part entière dont il convient de respecter les droits fondamentaux.

En 1937 entre en vigueur la circulaire Rucart⁴⁴, premier texte posant un cadre pour le développement des services ouverts en psychiatrie. Elle modifie le nom des asiles, devenus des hôpitaux psychiatriques. Les aliénistes sont dès lors appelés des psychiatres, « chargés d'aller au-devant des populations, de travailler hors les murs pour prévenir les troubles mentaux, éviter les hospitalisations et l'exclusion sociale des patients »⁴⁵. La circulaire prévoit une autre mesure, « celle de créer dans chaque département un service de prophylaxie mentale, un dispensaire d'hygiène mentale offrant des consultations externes et un service social »⁴⁶. La prophylaxie est définie par « l'ensemble des moyens médicaux mis en œuvre pour empêcher l'apparition, l'aggravation ou l'extension des maladies⁴⁷ » et en l'espèce des troubles mentaux. A nouveau, l'hostilité des pouvoirs publics empêche la mise en place de ces mesures pourtant salutaires. Les décideurs politiques jugent ces dépenses inutiles face à des pathologies mentales considérées comme incurables : il semble alors peu pertinent d'allouer des ressources financières en ce sens...

Durant la Seconde Guerre Mondiale, « des dizaines de malades mentaux meurent de faim dans les hôpitaux psychiatriques français entre 1940 et 1950 »⁴⁸. Cette « expérience concentrationnaire » révèle un abandon social des patients qui conduit alors à une réflexion sur la manière d'améliorer les soins et les conditions de vie des patients hospitalisés⁴⁹. Grâce à l'impulsion de chefs de file tels que les Dr. François Tosquelles et Lucien Bonnafé, « un assouplissement de l'enfermement et de ses contraintes se produit à partir des années 1970 »⁵⁰. L'influence des mouvements contestataires de mai 1968 y a également contribué⁵¹, dans une remise en cause globale des dysfonctionnements de la société.

⁴⁴ Circulaire Rucart du 13 octobre 1937 relative à la réorganisation de l'assistance psychiatrique dans le cadre départemental.

⁴⁵ NAJMAN, T. (2015), *op. cit.*, p. 68.

⁴⁶ NAJMAN, T. (2015), *op. cit.*, p. 68.

⁴⁷ Site Internet LAROUSSE : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/prophylaxie/64379> (consulté le 31 juillet 2017), *np*.

⁴⁸ VON BUELTINGSLOEWEN, I. (2002) « Les 'aliénés' morts de faim dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'Occupation » *Vingtième-Siècle, Revue d'Histoire*, 2002/4, n°76, p. 184.

⁴⁹ NAJMAN, T. (2015), *op. cit.*, p. 70.

⁵⁰ *Ibid*, p. 71.

⁵¹ Entretien avec le Dr. Giroux, psychiatre en cabinet libéral le 28 juin 2017.

Deux courants de pensée en particulier rythment le mouvement de mai 1968, l'antipsychiatrie et la psychothérapie institutionnelle.⁵² L'antipsychiatrie soutenue notamment par le philosophe Michel Foucault (1926-1984) est un « mouvement mettant en cause la psychiatrie traditionnelle, en particulier sur le plan social ».⁵³ Elle se fonde sur la nécessité de respecter autant que possible la liberté du patient, sa créativité sans pour autant renoncer aux soins et « à le protéger et à éliminer les troubles les plus spectaculaires »⁵⁴. Hostiles à l'hospitalisation psychiatrique des malades, les partisans de ce mouvement prônaient la prise en charge des sujets dans la cité. La vocation contraignante et répressive de l'enfermement des patients serait contre-thérapeutique et les soins voués à l'échec au sein de cette structure.

Ensuite, l'antipsychiatrie tend à nier l'existence des maladies mentales au sens où nous l'entendons. Les troubles présentés par le patient seraient une expression de sa subjectivité mais seraient considérés comme anormaux par la société prise dans son ensemble. C'est donc l'opinion publique qui serait à l'origine de la naissance des pathologies psychiatriques. La société serait intolérante face à l'expression de ces symptômes considérés comme anormaux, sortant d'une norme hégémonique à laquelle tous les individus doivent se soumettre. David Cooper, psychiatre à l'origine du terme d'antipsychiatrie, en donne pour exemple la schizophrénie qu'il qualifie de construction sociale : « ce n'est pas une entité réelle que certaines gens 'ont', [c'est] une situation de crise microsociale dans laquelle les actes et l'expérience d'une certaine personne sont invalidés par les autres, pour certaines raisons culturelles [...] compréhensibles, qui finalement font que cette personne est élue et identifiée comme 'malade mentale' ».⁵⁵

Parallèlement à ce courant naît la psychothérapie institutionnelle soutenue par les Dr. Jean Oury et Lucien Bonnafé notamment. Elle est définie par « une thérapeutique plus active, responsabilisant tous les malades et le personnel de l'hôpital », considérant l'établissement comme un organisme « malade » qu'il faut constamment traiter : « les trois maux dont sont menacés nos malades [...] : l'inaction, l'ambiance défavorable de l'hôpital et le préjugé

⁵² DELION, P. (2016) *Mon combat pour une psychiatrie humaine*, Paris, éd. Albin Michel, p. 54.

⁵³ CENTRE NATIONAL DE RESSOURCES TEXTUELLES ET LEXICALES (2012) définition de l'antipsychiatrie : <http://www.cnrtl.fr/definition/antipsychiatrie> (consulté le 14 novembre 2018), *np*.

⁵⁴ *Ibid.*

⁵⁵ COOPER, D. (1970) « Psychiatrie et antipsychiatrie » in LACAN, J. (dir.) *Le champ freudien*, Paris, éd. Seuil, p. 49.

d'irresponsabilité du malade lui-même ».⁵⁶

En somme, tous les soignants indifféremment de leur fonction doivent s'allier dans cette prise en charge médicale des malades. Cet effort de groupe est théorisé par le Dr. Delion (1950-) par la constellation transférentielle : « c'est ce moment où l'on réunit tous les gens qui portent, pour chacun d'entre eux, un fragment du discours [...] du patient... Lorsqu'on réunit des gens qui n'entendent rien à cette personne et qu'on les met ensemble, ils peuvent faire émerger du sens ».⁵⁷ Cette cohésion rend chacun des soignants acteur des soins en ce qu'il partage son savoir avec les autres, leur permettant d'appréhender le patient avec sérénité, pour mieux le comprendre et donc mieux le traiter.

Contrairement à l'antipsychiatrie, la psychothérapie institutionnelle reconnaît l'existence de la folie et de la nécessité de la soigner avec humanité. Le Dr. Basaglia (1924-1980), psychiatre italien se prononce en ce sens : « la folie existe et elle est présente comme l'est la raison [...] la société accepte la folie comme une partie de la raison et donc la fait revenir à la raison à travers une science qui se charge de l'éliminer ».⁵⁸ La psychiatrie s'efforce donc de donner un sens à l'insensé, de percevoir les causes des troubles mentaux afin de les traiter.

Pourtant, le dialogue et l'entraide des soignants sont souvent insuffisants afin de venir en aide aux malades. Lorsque le patient présente des troubles graves, l'administration des médicaments se révèle nécessaire. Dès la fin des années 1950, « l'apparition et la diffusion à grande échelle des premiers neuroleptiques » a permis d'accorder de plus grandes libertés aux patients en améliorant leurs conditions de vie ; il s'agit de la « principale famille de médicaments utilisés dans le traitement de différentes psychoses, aujourd'hui rebaptisée 'antipsychotiques'⁵⁹. Cette humanisation des conditions d'hospitalisation se poursuit jusqu'au milieu des années 90, où la fermeture des services de psychiatrie est à nouveau amorcée.

En application de la loi du 31 décembre 1985, la psychiatrie française est fondée sur le principe de la sectorisation. Il prévoit que chaque aire délimitée correspond à un service donné dans un

⁵⁶ OURY, J. (2007) « Psychanalyse, psychiatrie et psychothérapie institutionnelles » *Vie sociale et traitements*, 2007/3, n°95, pp. 110-125.

⁵⁷ DELION, P. (2016), *op. cit.*, p. 41-42.

⁵⁸ BASAGLIA, F. (2007) *Psychiatrie et démocratie*. Ramonville Saint-Ange : Erès, p. 132.

⁵⁹ COLLIER, G. & DEFER, B. (2007) « Les neuroleptiques bouleversent l'architecture de l'hôpital psychiatrique » *L'Information Psychiatrique*, 2007/2, vol. 83, pp. 144-147.

établissement hospitalier de référence. D'environ 70 000 habitants, l'aire délimitée est rattachée à une unité hospitalière précise où seront pris en charge tous les types de troubles mentaux, en fonction du lieu de résidence du patient⁶⁰.

La loi du 27 juin 1990⁶¹ montrait la volonté du législateur d'ouvrir davantage les services de psychiatrie. Cette loi pose « un cadre nouveau pour les hospitalisations sans consentement et promeut pour la première fois les hospitalisations libres en psychiatrie », c'est-à-dire volontaires. Paradoxalement, les admissions sous contrainte n'ont fait qu'augmenter depuis l'entrée en vigueur de cette loi, et le droit positif, en vertu de la loi du 5 juillet 2011, n'a pu y mettre un frein. Au contraire, elle « donne un coup d'accélérateur à l'accroissement de toutes les mesures d'enfermement, de contrainte, d'isolement, de contention mais également de surveillance et de contrôle des patients » hospitalisés. Ces réflexions sont exprimées par le discours sécuritaire de l'ancien président de la République, Nicolas Sarkozy, en 2008 à Antony⁶².

Par ailleurs, la condamnation de la France par la Cour européenne des Droits de l'Homme à l'occasion de l'arrêt *Baudoin* de 2010 constate que le malade admis sous contrainte ne bénéficie pas d'un droit au recours effectif. En effet la dichotomie du recours au juge judiciaire ou administratif ne permettait pas au patient d'obtenir une décision juridictionnelle statuant sur la légalité de sa détention et ordonner sa libération en cas d'illégalité.⁶³ Cette condamnation appelait une refonte de l'admission et des soins psychiatriques en France, notamment sous la pression du Conseil constitutionnel.⁶⁴ Ce dernier avait estimé à l'occasion de deux questions prioritaires de constitutionnalité que l'absence de contrôle de la situation des malades hospitalisés sous contrainte exercé par le juge judiciaire était contraire à l'article 66 de la Constitution (l'article énonçant que l'autorité judiciaire était garante de la liberté individuelle).⁶⁵

⁶⁰ Loi n°85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique

⁶¹ Loi n°90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation, dite loi Evin.

⁶² NAJMAN, T. (2015), *op. cit.*, p. 72.

⁶³ BERNARD DE LA GATINAIS, L. (2015) « Préface » in LUNEL, A., *op. cit.*, p. 57.

⁶⁴ BENNILOUCHE, M., CABANNES, X. (2013) « Hospitalisations sans consentement », CEPRISCA, coll. Colloques, p. 17 et s.

⁶⁵ VIALLA, F. & VAUTHIER, J-P. (2015) « Quelle place pour le consentement dans l'hospitalisation psychiatrique ? » in LUNEL, A., *op. cit.*, p. 142.

Le législateur s'est emparé de la question pour refonder la question des soins psychiatriques. Dès lors, il ne s'agit plus uniquement de légiférer sur l'hospitalisation psychiatrique mais de manière plus générale, sur les soins psychiatriques. La loi du 5 juillet 2011, modifiée par la loi du 27 septembre 2013 prévoit alors le soin libre (anciennement hospitalisation libre) et le soin psychiatrique sous contrainte. Les modalités de prise en charge ne concernent plus uniquement l'hospitalisation mais prévoient l'organisation de soins ambulatoires, de soins à domicile et la réinsertion du patient dans un foyer spécialisé.⁶⁶

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 a pour objectif de réduire les inégalités en matière d'accès aux soins. Elle s'articule autour de trois axes : la prévention (éducation à la santé, prévention et gestion des risques sanitaires), l'organisation du parcours de soins autour du patient (prise en charge en amont par le médecin traitant, lutte contre les inégalités de santé par la généralisation du tiers payant...) et l'évolution de la démocratie sanitaire (assurer le respect des droits des malades).⁶⁷ En psychiatrie, l'enjeu principal de cette loi réside dans la prise en charge continue des malades chroniques, chimiorésistants (résistant à leur traitement), admis en hôpital psychiatrique à de nombreuses reprises. Il s'agit aussi de faciliter l'accès aux soins des personnes en situation précaire et lutter contre le renoncement aux soins.⁶⁸ L'article L 3221-1 du Code de la santé publique issue de la loi de 2016 prévoit la délivrance « des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale » impliquant « l'ensemble des acteurs de la prévention du logement et de l'insertion ». Chaque acteur de soins, qu'il soit médical, social ou médico-social est invité à travailler en collaboration dans l'intérêt du patient.

Bien que l'objectif de cette loi soit louable, la doctrine déplore sa complexification, ne pouvant réduire ces inégalités sans mesures concrètes.⁶⁹ Le législateur exprime sa volonté de dépasser la seule prise en charge hospitalière de la maladie mentale vers une politique de soins dite 'de réseau'. Il s'agit de réduire les séjours hospitaliers, favoriser les soins délivrés en ambulatoire et orienter le patient vers une réinsertion lorsque son état de santé le permet.⁷⁰ Bien que les

⁶⁶ VIALLA, F. & VAUTHIER, J-P. (2015), *op. cit.*, p. 190.

⁶⁷ MORO, F. (2016) « La loi dans son contexte » in Loi de modernisation de notre système de santé, *Revue de droit & santé*, pp. 7-10.

⁶⁸ APOLLIS, B. (2016) « L'accès aux soins et la loi du 26 janvier 2016 » *RDSS* 2016, p. 673.

⁶⁹ MORO, F. (2016), *op. cit.*, p. 10.

⁷⁰ COUTURIER, M. (2016) « La santé mentale dans la loi du 26 janvier 2016 : une évolution des cadres sans révolution des pratiques » *RDSS*, 2016, p. 683 ; MOULLEC, G. (2017) « Le nouveau cadre de la politique de

praticiens aient favorablement accueilli ces dispositions, le manque de moyens humains et financiers limite l'effectivité de la loi et fait reposer sur les soignants une responsabilité trop lourde à supporter. La réduction des moyens mis en œuvre par les gouvernements successifs ces trente dernières années a conduit les soignants à davantage enfermer les malades en hôpital psychiatrique par manque de temps à leur accorder et de soignants disponibles.

Selon le Dr. Bellahsen, psychiatre, cette loi préconise la création d'un nouveau paradigme de la psychiatrie : la *santé-mentalisme*⁷¹. Elle serait basée sur une logique néolibérale de réduction, voire de suppression de tout risque afin d'apaiser « le sentiment d'insécurité des populations »⁷². Pourtant rien ne prouve que celui-ci soit fondé : « perception d'une menace collective ou individuelle, que ce danger soit effectif ou non est une autre affaire »⁷³. Paradoxalement, la logique néolibérale conduit davantage à entraver l'exercice des libertés individuelles des citoyens, sous prétexte de préserver leur sécurité et par extension, l'ordre public. Voici en substance l'aporie de la psychiatrie moderne : soigner, tout en punissant le malade accusé de créer de l'insécurité en le privant de l'exercice de ses droits les plus élémentaires. Cette tendance est conjuguée à la généralisation des prescriptions médicamenteuses : à chaque trouble son médicament. Les consultations peuvent alors être écourtées, les effectifs de soignants réduits et de manière générale, les dépenses allouées à la psychiatrie réduites.

Véritable 'bouc émissaire' accusé de créer insécurité et délinquance, la psychiatrie et le malade mental font l'objet de tensions où se recoupent le droit, la psychiatrie, la sociologie et la philosophie. Quelle place accorder au patient dans la cité ? Les notions de risque et de dangerosité appliqués au patient psychiatrique reviendront fréquemment au cours de nos développements. Les décideurs politiques et les juges peuvent par exemple le percevoir comme une source de troubles à l'ordre public. *A contrario*, les psychiatres, infirmiers et aides-soignants feraient davantage preuve d'indulgence, quotidiennement témoins de l'expression la plus primaire de l'angoisse et de la souffrance psychique des malades.

santé mentale et l'organisation des soins psychiatriques » in *Modernisation du système de santé, un an d'application de la loi du 26 janvier 2016*, Les cahiers de droit de la santé, sous la direction de G. Nicolas et V. Vioujas, LEH Editions, p. 70.

⁷¹ BELLAHSEN, M. (2014) *La Santé mentale. Vers un bonheur sous contrôle*, éditions La Fabrique, Paris, p. 19.

⁷² MUCCHIELLI, L. (2011) *L'invention de la violence*, éditions Fayard, Paris, p. 11-15.

⁷³ *Ibid*, p. 14.

Dès lors, nous proposons d'axer notre étude sur **la prise en charge psychiatrique des malades et le respect de leurs droits en droit français, britannique et américain**. Les modalités d'admission et de soins seront étudiées dans ces différentes législations. Les traitements disponibles seront appréhendés concernant les médicaments et leur innocuité et les traitements alternatifs voulant se détacher de ce modèle de soins. De même, la question de la contrainte, incontournable en psychiatrie hospitalière sera abordée.

Enfin, différentes catégories de patients aux parcours de santé différents seront étudiées : patients détenus, sans-abris et patients hospitalisés. Chaque individu peut être exposé à l'apparition de troubles mentaux au cours de son existence mais certaines catégories de la population sont plus vulnérables que d'autres. A ce titre, les détenus et les personnes sans-abris forment une catégorie à part entière de patients nécessitant des soins plus importants. La précarité sociale de leur situation ou leur condition d'enfermement les expose davantage à l'apparition de troubles mentaux graves. Leurs difficultés sociales, économiques, professionnelles les rendent d'autant plus vulnérables. Ils souffrent d'un accès de moins bonne qualité aux soins, entravés par leur situation de sans-abri ou la lenteur administrative des établissements pénitentiaires. Dans ces hypothèses, il est intéressant d'étudier quelles ressources sont mises à la disposition de ces malades, le devoir de la société étant de prendre en charge les plus fragiles et les plus isolés.

En toute hypothèse, le patient psychiatrique hospitalisé retiendra notre attention au cours de cette étude. Nous débuterons par son admission en hôpital psychiatrique et en particulier sous contrainte. Les conditions d'hospitalisation et l'usage des moyens de contention sur le patient devenu dangereux pour autrui ou lui-même seront abordées. Ensuite, il faudra s'intéresser aux solutions médicamenteuses. Malgré leurs nombreuses indications thérapeutiques, leur innocuité n'est pas assurée et le psychiatre doit faire preuve de prudence avant de rédiger ses prescriptions. En effet, l'importance du dialogue, de l'échange entre le soignant et le malade doit être prise en considération et l'exemple des thérapies, que nous étudierons, en est une démonstration pertinente. L'écoute et l'empathie du soignant demeurent une priorité dans la dispensation des soins psychiatriques. La seule administration de médicaments ne permet pas de soigner les troubles mentaux ni de soulager la souffrance du patient.

Ensuite, la question des soins à domicile et des soins ambulatoires sera étudiée dans le but de concilier le suivi du traitement médicamenteux et le respect des droits du patient et en particulier de son droit à la vie privée. D'ailleurs, soigner l'hôpital en tant qu'institution revêt

une importance capitale : sans une structure de qualité, une bonne organisation du service et un nombre suffisant de soignants, l'hôpital psychiatrique ne peut constituer un lieu de soins. Il deviendra le cas échéant un lieu d'enfermement et de relégation, faisant régresser la condition des patients et des soins psychiatriques de plusieurs siècles. Cet écueil doit être à tout prix évité et il est urgent que les gouvernements, tous pays confondus, s'emparent du problème. La psychiatrie demeure une discipline médicale et doit être pratiquée dans le respect des droits des patients et des conditions de travail des soignants.

Notre étude s'articule en deux points principaux : l'hospitalisation psychiatrique en crise, de l'admission à l'exercice de la contrainte attentatoire aux droits des patients (I) et l'insuffisante prise en charge médicale des sans-abris et des détenus et l'urgence d'une amélioration de la pratique psychiatrique (II).

PREMIERE PARTIE :
L'HOSPITALISATION PSYCHIATRIQUE EN CRISE : DE L'ADMISSION A
L'EXERCICE D'UNE CONTRAINTE ATTENTATOIRE AUX DROITS DES
PATIENTS

Lorsque les troubles mentaux sont d'une réelle gravité, ils sont généralement traités par la voie de l'hospitalisation (A). Il convient en premier lieu de classifier les principaux troubles mentaux existants sans qu'il s'agisse d'une liste exhaustive. Cette brève présentation nous conduira à la présentation des modalités de l'hospitalisation psychiatrique sous contrainte en droit français et britannique principalement. Leurs similitudes nous permettront de dégager plusieurs critères incontournables afin d'ordonner l'admission sous contrainte du patient. Le refus de soins du patient étant outrepassé par la mise en œuvre de cette admission, il est logique que le malade bénéficie de certaines garanties au regard de ses droits fondamentaux. La Convention européenne des Droits de l'Homme et la jurisprudence produite par la CEDH intervient en ce sens afin de limiter les atteintes aux droits des patients. Par ailleurs, il faudra s'intéresser aux nombreuses critiques auxquelles la psychiatrie fait face : absence de crédibilité scientifique du DSM classifiant les troubles mentaux, conditions d'hospitalisation attentatoires à la liberté des patients, subsistance du paternalisme médical chez les soignants, etc. C'est à ce titre que plusieurs autorités françaises telles que le contrôleur général des lieux de privation de liberté et le juge des libertés et de la détention agissent en faveur des droits et de la dignité des patients.

Lorsque le patient psychiatrique est hospitalisé, il est important de rappeler qu'il peut faire l'objet de mesures de contention (B). Après en avoir défini les contours et son objectif, le caractère décrié de son usage et ses dérives, nous en donnerons une illustration, celle du patient anorexique recevant des soins psychiatriques sous contrainte. Mesure à double tranchant, le recours à la contention peut apparaître comme une mesure thérapeutique qui n'est pas sans effets secondaires. Nombreux sont les patients et soignants à réprover ces méthodes bien que le patient puisse parfois représenter un danger pour lui-même ou autrui. Son atteinte à la dignité du patient et celle du soignant rappelle immanquablement des formes de torture exposant patient et soignant à des blessures psychiques comme somatiques. C'est la raison pour laquelle

l'emploi de la contrainte doit être réalisé avec prudence et en dernier recours, lorsque le patient présente un danger imminent pour autrui ou lui-même.

Ces réflexions nous amèneront à la problématique de la violence en hôpital psychiatrique. S'agit-il d'une fatalité dans un environnement fermé où la frustration du patient s'exprime parfois par les coups ? Peut-elle être réduite si les conditions d'hospitalisation sont améliorées et de plus grandes libertés accordées aux malades ? Les conflits et sources de violences à l'origine de ces incidents seront présentés de manière succincte afin de mieux comprendre ce phénomène. De même, d'autres incidents peuvent se produire en hôpital psychiatrique : fugues, comportements à connotation sexuelle et tentatives de suicide. Leur limitation représente un enjeu de taille chez les soignants car il revient à l'établissement hospitalier et aux professionnels de santé d'assurer la sécurité – et la vie – du patient psychiatrique

A) L'ADMISSION ET SES MODALITES EN ETABLISSEMENT PSYCHIATRIQUE

L'admission en hôpital psychiatrique constitue la voie générale afin de traiter les troubles mentaux. Avant celle-ci, il convient d'appréhender les différents troubles mentaux existants. Une fois la pathologie mentale du patient établie et diagnostiquée, différents modes d'hospitalisation peuvent être mis en œuvre en droits français et britannique.

Toutefois, l'hospitalisation soulève des questionnements éthiques au regard des libertés individuelles des patients.

1) Maladie mentale et troubles psychiatriques : Essai de classification

Face à la diversité des troubles mentaux existants, il sera ici question de regrouper les principales pathologies mentales pour plus de clarté. Cette liste n'a pas vocation à être exhaustive et ne vise qu'à exposer en termes simples les principaux troubles dont il sera question au cours de cette étude.

- La schizophrénie, les troubles bipolaires et de dissociation de la personnalité

Entre 5 et 10 millions de personnes sont atteintes de **troubles bipolaires** aux Etats-Unis, soit 1

à 3% de la population globale américaine⁷⁴. Hommes et femmes sont pareillement affectés par cette pathologie⁷⁵. Les symptômes de la bipolarité sont variables d'une personne à une autre. Ils peuvent prendre la forme d'un comportement autodestructeur : coupures et actes d'automutilation, boulimie, prise de risques inconsidérés conduisant le patient à commettre des actes dangereux pour lui-même et autrui⁷⁶, addiction aux jeux de hasard, à l'alcool ou aux stupéfiants, apparition de troubles alimentaires, etc.⁷⁷ Le patient est alors en grande détresse : peur intense de l'abandon, humeur instable, impulsivité, graves difficultés à entretenir des relations stables⁷⁸, comportement paranoïaque⁷⁹...

La diversité de ces symptômes rend la pathologie difficilement décelable pour les professionnels de santé. Or, ces troubles mal diagnostiqués tendent à s'aggraver, faisant apparaître chez le patient des troubles anxieux et dépressifs⁸⁰. Il est estimé qu'environ 25% des patients bipolaires tenteront de mettre fin à leurs jours au cours de leur existence. 15% d'entre eux parviennent à leurs fins⁸¹.

La **schizophrénie** se définit par « des distorsions de la pensée, des perceptions, des émotions, du langage, du sentiment de soi et du comportement »⁸². Le ressenti comporte souvent le fait d'entendre des voix et d'avoir des hallucinations. Elle s'associe à un lourd handicap et peut affecter la réussite scolaire et professionnelle du sujet. Celui-ci souffre également de troubles comportementaux, négligent son corps, tenant des propos incohérents et adoptant des conduites

⁷⁴ OSBORNE, L. L. & MCCOMISH, J. F. (2006) « Borderline personality disorder nursing interventions using dialectical behavioural therapy » *Journal of Psychosocial Nursing*, 44(6), 40-47.

⁷⁵ GRANT, B., CHOU, S., GOLDSTEIN, R., HUANG, B., STINSON, F., SAHA, T. & RUAN, W. (2008) « Prevalence, correlates, disability and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: Results from the wave 2 national epidemiologic survey on alcohol and related conditions » *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(4), 533-545.

⁷⁶ JOYCE, P. R., LIGHT, K. J., ROWE, S. L., CLONINGER, R. C. & KENNEDY, M. A. (2010) « Self-mutilation and suicide attempts: Relationships to bipolar disorder, borderline personality disorder, temperament and character » *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(3), 250-257.

⁷⁷ RAVEN, C. (2009) « Borderline personality disorder: Still a diagnosis of exclusion? » *Mental Health Today*, 26-31.

⁷⁸ TRULL, T., DISTEL, M. & CARPENTER, R. (2010) « DSM-5 borderline personality disorder: At the border between a dimensional and a categorical view » *Current Psychiatry Report*, 13(1), 43-49.

⁷⁹ GUNDERSON, J. (2013) *An introduction to borderline personality disorder: A BPD brief*.

<http://www.borderlinepersonalitydisorder.com/professionals/a-bpd-brief/> (consulté le 29 mars 2017), *np*.

⁸⁰ OLDHAM, J. (1991) « Borderline personality disorder: An introduction » *Hospital and Community Psychiatry*, 42(10), 1014; BAUER, M. S. (2001) « The collaborative practice model for bipolar disorder: Design and implementation in a multi-site randomized control trial » *Bipolar Disorders*, 3, 233-244.

⁸¹ KUPFER, D. J. (2004) « Epidemiology and clinical course of bipolar disorder » In D. J. Kupfer (Ed.) *Bipolar depression: The clinician's reference guide* (pp. 1-14). Montvale, NJ: Dowden Health Media Publication, p. 253.

⁸² Site Internet de l'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (2017c), définition et symptômes de la schizophrénie : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/fr/> (consulté le 2 août 2017).

erratiques⁸³.

Ce trouble mental touche plus de 21 millions de personnes dans le monde, mais affecte davantage les hommes (12 millions) que les femmes (9 millions).⁸⁴ Comme pour les troubles évoqués ci-dessus, le risque de mourir prématurément est 2 à 2,5 fois plus élevé que dans l'ensemble de la population. Les décès sont souvent dus à des troubles cardiaques ou infectieux⁸⁵.

Les **troubles de dissociation de la personnalité** se distinguent par la « présence de deux ou plusieurs identités » ou « états de personnalité » distincts qui prennent tour à tour le contrôle du comportement du sujet, s'accompagnant d'une incapacité à évoquer des souvenirs personnels »⁸⁶. Reconnus comme une véritable pathologie mentale par l'OMS⁸⁷, il est néanmoins difficile d'affirmer que le sujet feint d'en souffrir ou non lorsqu'il est appréhendé pour des faits de nature pénale.

Suite à l'agression commise par un homme souffrant de troubles de dissociation de la personnalité au Royaume-Uni en 1999⁸⁸, le gouvernement britannique s'est empressé de prévenir et déceler tous les individus souffrant de **DPSD**, c'est-à-dire de **troubles de la personnalité graves et dangereux**⁸⁹.

Les ministères de l'Intérieur et de la Santé se sont alors efforcés de dégager des critères qu'ils jugeaient révélateurs de ces DPSD :

- Ces individus seraient fortement susceptibles de commettre une infraction pénale pouvant causer des blessures physiques ou psychologiques graves sur autrui
- Ils souffrent de troubles de la personnalité sévères
- Le risque de commission de ces infractions pénales est lié à ces troubles psychiques⁹⁰.

⁸³ *Ibid.*

⁸⁴ *Ibid.*

⁸⁵ *Ibid.*

⁸⁶ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2000) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.) Washington, DC: American Psychiatric Association (text rev.); JAMES D. et SCHRAMM M. « Multiple personality disorder' presenting to the English courts: a case-study », *The Journal of Forensic Psychiatry*, vol. 9 No 3 December 1998, 615-628.

⁸⁷ WORLD HEALTH ORGANISATION (1992), *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders*. Geneva: WHO, p. 348.

⁸⁸ TYRER, P., COOPER, S., RUTTER, D., SEIVEWRIGHT, H., DUGGAN, C., MADEN, T, BARRETT, B., JOYCE, E., RAO, B., NUR, U., CICHETTI, D., CRAWFORD, M. & BYFORD, S. (2009) « The assessment of dangerous and severe personality disorder: Lessons from a randomised controlled trial linked to qualitative analysis » *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, Vol. 20, No. 1, February 2009, 132-146.

⁸⁹ HOME OFFICE AND DEPARTMENT OF HEALTH (1999) *Managing Dangerous People with severe personality disorder: Proposals for policy development*. London: Department of Health.

⁹⁰ HOME OFFICE AND DEPARTMENT OF HEALTH (2001) *DSPD programme: Dangerous people with severe*

Parmi les psychiatres, les avis étaient très partagés sur la pertinence de ce programme de prévention⁹¹. Comment en effet soupçonner des personnes atteintes de troubles de la personnalité de commettre des infractions pénales ? Sur quels arguments peut-on se fonder puisque la psychiatrie est une science inexacte ? Quels praticiens peuvent prétendre détenir les outils permettant de déceler à la fois ces troubles et la propension de ces personnes à la commission d'actes réprimés par la loi ?

Bien qu'il ait été animé des meilleures intentions, ce programme visait à enjoindre ces patients à faire l'objet d'une hospitalisation psychiatrique sous contrainte⁹². Il s'est, sans surprise, soldé par un échec.⁹³

Entre 55 et 62% des patients n'ont montré aucun signe d'amélioration notable malgré les traitements administrés. Les psychiatres se sont penchés sur la question, soupçonnant le caractère contraignant des soins dispensés ou encore les doses des médicaments administrés sans parvenir à une réponse définitive⁹⁴.

Cette tentative avortée de détection de ces troubles dénote une mauvaise connaissance des troubles mentaux chez les pouvoirs publics britanniques en 1999. Elle n'a pas été reproduite en France, peut-être en raison de son inefficacité sur le plan judiciaire comme psychiatrique. Agir sous le coup de l'émotion d'un fait divers, aussi tragique soit-il, ne justifie pas la mise en place d'une véritable « chasse aux sorcières » contre des individus déjà en grande souffrance. Malheureusement, ces initiatives ne cesseront de se reproduire dans d'autres exemples abordés plus loin au cours de cette étude.

personality disorder initiative. Progress report. London: Home Office.

⁹¹ REED, J. (1994b) *Report of the Department of Health and the Home Office working group on psychopathic disorder.* London: Department of Health & Home Office; HART, S. D., MICHIE, C. & COOKE, D. J. (2007) « Precision of actuarial risk assessment instruments: Evaluating the 'margins of error' of group v. individual predictions of violence » *British Journal of Psychiatry*, 190 (suppl. 49), s.60-s65.

⁹² DRAYCOTT, S., KIRKPATRICK, T. & ASKARI, R. (2012) « An idiographic examination of patient progress in the treatment of dangerous and severe personality disorder: a reliable change index approach » *The Journal of Psychiatry & Psychology*, Vol. 23, No. 1, February 2012, 108-124.

⁹³ BEECHAM, J., SLEED, M., KNAPP, M., CHIESA, M. & DRAHORAD, C. (2006) « The costs and effectiveness of two psychosocial treatment programmes for personality disorder: A controlled study » *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 21, 102-109 ; DAVIDSON, K. M., NORRIE, J., TYRER, P., GUMLEY, A., TATA, P., MURRAY, H. & PALMER, S. (2006a) « The effectiveness of cognitive behaviour therapy for borderline personality disorder: Results from the borderline personality disorder study of cognitive therapy (BOSCOT) trial » *Journal of Personality Disorders*, 20, 450-465.

⁹⁴ DRAYCOTT, S., KIRKPATRICK, T. & ASKARI, R. (2012), *op. cit.*, p. 119.

- Les troubles de l'attention, de l'hyperactivité et les troubles obsessionnels compulsifs (TOC)

Les **troubles de l'attention et de l'hyperactivité** ne trouvent pas de définition, n'ayant pas fait l'objet d'un consensus international sur la question, regroupés sous le terme d'ADHD (*Attention Deficit Hyperactivity Disorder*). L'Association américaine de psychiatrie a toutefois reconnu l'existence de ces troubles⁹⁵. La Haute Autorité de Santé française (HAS) relève également des troubles de l'attention et de la concentration et une impulsivité de telle sorte que 'l'action précède la pensée'.

L'hyperactivité et l'impulsivité forment les deux composantes essentielles de ces troubles.

Bien qu'elles soient reconnues depuis les années 1970, la notion d'hyperactivité fait encore débat. En effet, elle n'est pas nécessairement liée aux troubles de l'attention⁹⁶.

Ces troubles concernent entre 2,9 et 16,4% des adultes aux Etats-Unis⁹⁷, soit 9 millions d'adolescents et d'adultes, bien que l'auteur avance que la majeure partie d'entre eux ne sont pas suivis⁹⁸. Sur l'ensemble du globe, 3% de la population globale est atteinte de ces troubles.⁹⁹

Ces troubles apparaissent principalement chez l'enfant avant 7 ans¹⁰⁰. Pendant longtemps, les praticiens estimaient que les adultes étaient épargnés en raison d'une disparition progressive des symptômes avec l'âge. Pourtant, une étude relève que 70% des adultes concernés par les troubles de l'attention ou de l'hyperactivité en avaient souffert étant enfants¹⁰¹. Plusieurs auteurs se sont intéressés aux causes de cette mauvaise prise en charge de ces troubles chez les

⁹⁵ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed. (DSM-IV). Washington, DC : APA.

⁹⁶ HAUTE AUTORITE DE SANTE (2014) *Conduite à tenir en médecine de premier recours devant un enfant ou un adolescent susceptible d'avoir un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité*, Méthode & Recommandations pour la pratique clinique, décembre 2014.

⁹⁷ KESSLER, R. C., ADLER, L., GRUBER, M. J., SARAWATE, C. A., SPENCER, T. & VAN BRUNT, D. L. (2007) « Validity of the World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) Screener in a representative sample of health plan members » *International Journal of Methods in Psychological Research*, 16(2), 52-65.

⁹⁸ YOUNG, S. J. and HARTY M. A. (2001) « Treatment issues in a personality disordered offender: A case of attention deficit hyperactivity disorder in secure psychiatric services » *The Journal of Forensic Psychiatry*, Vol. 12, No. 1 April 2001, 158-167.

⁹⁹ FAYYAD, J., DE GRAFF, R., KESSLER, R. ALONSO, J., ANGERMEYER, M., DEMYTTENAERE, K. *et al* (2007) « Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder » *British Journal of Psychiatry*, 190, 402-409.

¹⁰⁰ KNUTSON, K. C. & O'MALLEY, M. (2010) « Adult attention-deficit / hyperactivity disorder: A survey of diagnosis and treatment practices » *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 22, 593-601.

¹⁰¹ FARAONE, S. V., BIEDERMAN, J. & MICK, E. (2006) « The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: A meta-analysis of follow-up studies » *Psychological Medicine*, 36, 159-165.

adultes. Certains déplorent le manque de formation des praticiens à ces symptômes. Les patients adultes souffrent d'une culpabilisation de leur état¹⁰² : il leur est reproché d'être incapables de contrôler leurs pulsions, de pêcher par paresse face à leurs difficultés à reprendre leur vie en main et de ne pouvoir faire preuve d'une concentration suffisante pour mener une tâche jusqu'à son terme¹⁰³.

De même, certains praticiens font preuve de réticence à administrer les traitements destinés à soigner ces troubles. Ils émettaient des doutes concernant la réalité de ces symptômes chez le patient, comme s'il feignait d'en souffrir afin de se voir prescrire un psychotrope en raison d'une addiction¹⁰⁴. Ces jugements de valeur provoquent chez le patient des sentiments de honte, de perte d'estime de soi allant jusqu'aux troubles anxieux et dépressifs¹⁰⁵. Or, ces troubles peuvent constituer un véritable handicap social et professionnel chez les individus tous âges confondus. Ils sont davantage exposés aux troubles de l'humeur, aux comportements asociaux¹⁰⁶, à la consommation d'alcool ou de stupéfiants¹⁰⁷ aux troubles bipolaires, de la personnalité et du sommeil¹⁰⁸.

Une étude¹⁰⁹ montre que ces personnes changent plus fréquemment d'emploi, souffrent davantage du chômage et sont plus fréquemment appréhendés par les forces de l'ordre. Ils sont souvent moins diplômés et ont quatre fois plus de chances d'être affectés ou de transmettre une infection sexuellement transmissible (IST)¹¹⁰.

¹⁰² KNUTSON, K. C. & O'MALLEY, M. (2010), *op. cit.*, p. 596.

¹⁰³ *Ibid*, p. 596.

¹⁰⁴ HARRISON, A. G., EDWARDS, M. J. & PARKER, K. C. (2007) « Identifying students faking ADHD: Preliminary findings and strategies for detection » *Archives of Clinical Neuropsychology*, 22, 577-588.

¹⁰⁵ ADLER, L. (2006) *Scattered minds: Hope and help for adults with attention deficit hyperactivity disorder*. New York, NY: G.P. Putnam's Sons.

¹⁰⁶ BIEDERMAN, J., FARAONE, S. V. and CHEN, W. J. (1993) « Social adjustment inventory for children and adolescents: concurrent validity in ADHD children » *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 32(5): 1059-1064.

¹⁰⁷ BIEDERMAN, J., MONUTEAUX, M. C., MICK, E., SPENCER, T., WILENS, T. E., SILVA, J. M. *et al* (2006) « Young adult outcome of attention deficit hyperactivity disorder: A controlled 10-year follow-up study » *Psychological Medicine*, 36(2), 167-179.

¹⁰⁸ PHILIPSEN, A. (2006) « Differential diagnosis and comorbidity of attention-deficit / hyperactivity disorder (ADHD) and borderline personality disorder (BPD) in adults » *European Archives Psychiatry Clinical Neuroscience*, 256 (Suppl. 1), 42-46.

¹⁰⁹ BIEDERMAN, J., FARAONE, S. V., SPENCER, T. J., MICK, E., MONUTEAUX, M. C & ALEARDI, M. (2006) « Functional impairments in adults with self-reports of diagnosed ADHD: A controlled study of 1001 adults in the community » *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 524-540.

¹¹⁰ BARKLEY, R. A., FISCHER, M., SMALLISH, L. & FLETCHER, K. (2006) « Young adult outcome of hyperactive children: Adaptive functioning in major life activities » *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(2), 196-202.

Lorsque ces patients sont hospitalisés, ils constituent un réel problème pour les soignants en raison de leur caractère agité. Ils interagiraient moins avec les autres patients et seraient moins réceptifs aux activités thérapeutiques¹¹¹. L'importance de déceler et traiter en amont les troubles de l'attention et de l'hyperactivité ne fait dès lors plus aucun doute. La sensibilisation des professionnels de santé doit être renforcée afin que les patients de tous les âges soient correctement pris en charge.

A ces troubles peuvent s'ajouter les **troubles obsessionnels compulsifs** ou TOC. Ils désignent des gestes ou comportements répétitifs en réponse à une ou plusieurs obsessions que possède le sujet.¹¹² L'obsession se définit comme des pensées ou images récurrentes que les patients atteints de TOC ne peuvent contrôler¹¹³. Afin de mettre un terme à ces pensées ou images obsédantes, le sujet va réaliser des gestes récurrents afin de réduire l'anxiété suscitée par celles-ci. Interférant de manière plus ou moins importante dans la vie quotidienne du sujet¹¹⁴, les TOC sont souvent associés à la présence chez le patient de crises de panique, de stress post-traumatique¹¹⁵, de troubles de l'anxiété, de la personnalité voire d'addiction à l'alcool ou aux stupéfiants¹¹⁶.

- Les troubles dépressifs

Considérés comme l'un des troubles mentaux les plus répandus dans nos sociétés contemporaines¹¹⁷, les **troubles dépressifs** (ou mélancolie) se définissent par un « un trouble de l'humeur, caractérisé par de profonds sentiments de tristesse, l'incapacité d'éprouver des moments de plaisir ou de joie »¹¹⁸.

¹¹¹ YOUNG, S. J. and HARTY M. A. (2001) « Treatment issues in a personality disordered offender: a case of attention deficit hyperactivity disorder in secure psychiatric services » *The Journal of Forensic Psychiatry*, Vol. 12, No. 1 April 2001, 158-167.

¹¹² CHOI, Y-J. (2009) « Efficacy of treatments for patients with obsessive-compulsive disorder: A systematic review » *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 21, 207-213.

¹¹³ CHOI, Y-J. (2009), *op. cit.*, p. 211.

¹¹⁴ KELTNER, N. L., SCHWECKE, L. H. & BOSTROM, C. E. (2007) *Psychiatric nursing*. Philadelphia: Mosby.

¹¹⁵ FONTENELLE, L. F. & HASLER, G. (2008) « The analytical epidemiology of obsessive-compulsive disorder: Risk factors and correlates » *Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry*, 32(1), 1-15.

¹¹⁶ CRINO, R., SLADE, T., ANDREWS, G. (2005) « The changing prevalence and severity of obsessive-compulsive disorder criteria from DSM-III to DSM-IV » *American Journal of Psychiatry*, 162, 876-882.

¹¹⁷ KESSLER, R. C., MCGONAGLE, K. A., ZHAO, S., NELSON, C. B., HUGHES, M., ESHLEMAN, S. *et al.* (1994) « Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey » *Archives of General Psychiatry*, 51(1), 8-19.

¹¹⁸ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2000) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.) Washington, DC: American Psychiatric Association (text rev.), pp. 369-382.

La fatigue, la baisse importante d'énergie, les douleurs musculaires, les troubles du sommeil, les pertes d'appétit, le faible désir sexuel, le manque de prise d'initiatives... constituent les autres signes précurseurs de troubles dépressifs chez un individu.¹¹⁹ Ces signes s'accompagnent selon l'Organisation mondiale de la Santé d'une forte anxiété, de difficultés de concentration, du sentiment de ne pas se sentir à sa place, de n'avoir aucune valeur, etc.¹²⁰ Il faudra remarquer que ces symptômes doivent durer au minimum deux semaines chez le patient, de manière constante pour être caractérisés de troubles dépressifs¹²¹.

Les personnes souffrant de dépression présentent des risques accrus de commettre des tentatives de suicide ou des actes d'automutilation¹²². Les femmes¹²³ seraient davantage vulnérables que les hommes face à l'apparition de la mélancolie, en particulier lorsqu'elles proviennent d'un milieu modeste¹²⁴. Paradoxalement, ce sont les hommes qui commettent le plus de suicides¹²⁵.

Le manque d'informations sur les origines de ces troubles pose problème en raison de leur étendue. Selon l'OMS, la dépression touche dans le monde plus de 300 millions de personnes. Elle constitue la première cause d'incapacité dans le monde et mène au suicide du sujet dans les cas les plus sévères. A ce titre, elle représente à ce titre la deuxième cause de mortalité chez les 15-29 ans¹²⁶.

- Le syndrome de guerre ou syndrome post-traumatique

La détresse des soldats de retour du front peut se transformer en stress post-traumatique¹²⁷,

¹¹⁹ SARTORIUS, N., DAVIDIAN, H., ERNBERG, G., FENTON, F. R., FUJII, I., GASTPAR, M. *et al.* (1983) *Depressive disorders in different cultures: Report on the WHO collaborative study on standardized assessment of depressive disorders*. Geneva: World Health Organisation, p. 150.

¹²⁰ *Ibid*, p. 150.

¹²¹ *Ibid*, p. 151.

¹²² CHEN, Y. W. & DILSAVER, S. C. (1996) « Lifetime rates of suicide attempts among subjects with bipolar and unipolar disorders relative to subjects with other axis I disorders » *Biological Psychiatry*, 39(10), 896-899.

¹²³ CARLSON, N. R. (2008) *Foundations of physiological psychology* (7th ed.) Boston: Allyn and Bacon, p. 471.

¹²⁴ KESSLER, R. C., BERGLUND, P., DEMLER, O., JIN, R., KORETZ, D., MERIKANGAS, K. R. *et al* (1993) « The epidemiology of major depressive disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) » *Journal of the American Medical Association*, 289(23), 3095-3105.

¹²⁵ ARIAS, E., ANDERSON, R. N., KUNG, H. C., MURPHY, S. L. & KOCHANKEK, K. D. (2003) *Deaths: Final data for 2001*. National Vital Statistics Reports, Vol. 52, no. 3. Hyattsville: MC: National Centre for Health Statistics.

¹²⁶ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (2017d), au sujet de la proportion de personnes touchées par la dépression dans le monde : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/fr/> (consulté le 2 août 2017), *np*.

¹²⁷ CHAPELLE, N. (2013) *L'enfer du retour – Témoignages et vérités sur le syndrome post-guerre*, éditions Jean-Claude Cawsewitch, p. 82.

mais il désigne en outre toute situation ayant causé une grande souffrance chez les personnes exposées à des situations ou événements traumatisants (explosion, catastrophe naturelle, abus sexuels, harcèlement...¹²⁸).

En l'occurrence, le syndrome de guerre affectant les anciens soldats retiendra ici notre attention¹²⁹. Les conflits militaires sont à l'origine de l'apparition de ces troubles : guerre du Viêt-Nam, d'Algérie, en Irak, en Afghanistan... et plus récemment, au Mali avec l'opération Serval.

La détresse des soldats ayant regagné leur foyer fait appel à deux notions : le stress et le traumatisme psychique.

Le stress désigne « l'état dans lequel se trouve tout organisme vivant lorsqu'il est soumis à une série de contraintes, à savoir un état physique et psychologique qui est la réponse de l'organisme aux menaces surgies de son environnement et même temps, les éléments même de cette menace »¹³⁰. Le stress présente plusieurs caractéristiques¹³¹ :

- Il est *universel*, c'est-à-dire que toute personne exposée à une menace présente un état de stress
- Il est *cumulatif* ; cela signifie que les facteurs de stress s'additionnent (fatigue, froid, attente du danger, incertitude et lorsqu'il survient, l'événement traumatique).

L'événement traumatique expose le combattant à une agression sensorielle produite par la situation de guerre (ex : cadavres déchiquetés, bâtiments en ruines, fragments de corps reçus après une explosion, odeur de décomposition des cadavres, corps sans vie à éviter ou à enjambrer, écho de cris de soldats, explosion d'engins, pleurs d'enfants, etc.)

- Il est *contemporain* : l'état de stress apparaît en même temps que surgissent les contraintes et les facteurs de menace
- Il est *adaptatif* : le niveau de réponse de l'organisme est adapté au type et au niveau de la menace
- Il est *prédictible* : l'apparition et la gravité de l'état de stress peuvent être anticipés¹³².

¹²⁸ CARLIER, I. V. E. and GERSONS, B. P. R. (1995) « Partial post-traumatic stress disorder (PTSD): The issue of psychological scars and the occurrence of PTSD symptoms » *Journal of Nervous and Mental Disease* 183: 107-109.

¹²⁹ WEISS, D. S., MARMAR, C. R., SCHLENGER, W. E., FAIRBANK, J. A., JORDAN, B. K., HOUGH, R. L. & KULKA, R. A. (1992) « The prevalence of lifetime and partial post-traumatic stress disorder in Vietnam theatre veterans » *Journal of Traumatic Stress* 5: 365-376.

¹³⁰ CHAPELLE N. (2015), *op. cit.*, p. 193.

¹³¹ *Ibid*, p. 193.

¹³² *Ibid*, p. 194.

Ensuite, le traumatisme psychique correspond à « un effet d'effraction et de rupture... l'activité psychique est très perturbée, parfois totalement suspendue avec des états de sidération »¹³³. Le sujet peut ressentir un écoulement du temps accéléré ou ralenti, comme s'il revivait les événements image par image sans pouvoir réagir. En réaction à l'événement traumatique, le soldat souffre parfois d'une altération de la mémoire, jusqu'à oublier y avoir été exposé¹³⁴. Le soldat revoit alors, par phases, l'événement sous forme de flash-backs, « il revit la séquence traumatique à l'identique dans un état de désarroi anxieux de manière intense... c'est le syndrome de répétition traumatique »¹³⁵. Ces réminiscences peuvent prendre la forme de pensées intrusives, de cauchemars, voire d'hallucinations visuelles ou auditives¹³⁶.

Avec l'apparition du syndrome, le soldat rentré de mission souffre de réelles difficultés à reprendre le cours d'une existence normale. Il ne parvient pas à s'imaginer vivant, regrette de ne pas avoir pu sauver ses camarades tombés au combat, demeure dans un état de sidération, « fixé au temps de la menace et des combats »¹³⁷.

Une perte de repères et de sens à donner à sa vie apparaît chez le soldat : « comme encombré de l'idée qu'il reste en vie... il se met à l'écart, abandonne loisirs et occupations, évite ses amis et ses proches, tout événement qui rappelle de près ou de loin ce qu'il a vécu... il essaie de filtrer les stimuli qui parviennent de l'extérieur, s'installe dans une anesthésie progressive, devient de plus en plus indifférent au monde qui l'entoure »¹³⁸.

Le sujet est également exposé à l'apparition de troubles dysphoriques, c'est-à-dire une humeur instable oscillant perpétuellement entre la tristesse et l'excitation chez le sujet traumatisé¹³⁹.

Si certains soldats sombrent dans le mutisme, d'autres s'enfoncent dans l'alcoolisme¹⁴⁰ ou la consommation de stupéfiants, adoptent un comportement violent voire autodestructeur afin

¹³³ *Ibid*, p. 195.

¹³⁴ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed. (DSM-IV). Washington, DC: APA, p. 343.

¹³⁵ CHAPELLE N. (2015), *op. cit.*, p. 195.

¹³⁶ BOTTALICO, B. & BRUNI, T. (2012) « Post traumatic stress disorder, neuroscience and the law » *International Journal of Law and Psychiatry*, 35, 112-120.

¹³⁷ CHAPELLE N. (2015), *op. cit.*, p. 198.

¹³⁸ *Ibid*, p. 199.

¹³⁹ LAROUSSE : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/dysphorie/27167> (consulté le 18 janvier 2017).

¹⁴⁰ KEANE, T. M. & KALOUPEK, D. G. (1997) « Comorbid Psychiatric Disorders in PTSD. Implications for Research » in R. Yehuda and A. C. McFarlane (ed.) *Psychobiology of Post-Traumatic Stress Disorder*. New York: Annals of the New York Academy of Sciences, 24-34.

« d’oublier les réminiscences traumatiques »¹⁴¹.

Il est particulièrement difficile d’appréhender ces troubles ; il serait en effet malvenu de la part d’un soldat de s’épancher sur sa détresse morale, aux antipodes de valeurs d’endurance et de virilité prégnantes dans l’armée. Par conséquent, rares sont ceux qui cherchent de l’aide, une écoute, voire un traitement adapté¹⁴².

Il arrive que le syndrome de guerre s’accompagne d’autres troubles mentaux, comme si le soldat se réfugie derrière une autre pathologie pour se préserver du souvenir du traumatisme. Il présente alors des troubles de dissociation de la personnalité¹⁴³ et des troubles dépressifs pouvant aller jusqu’à la commission de l’acte suicidaire¹⁴⁴.

- Les troubles alimentaires

Deux troubles alimentaires retiennent ici notre attention, l’anorexie et la boulimie.

L’anorexie est une « pathologie mentale caractérisée par une distorsion de l’image du corps, la peur intense de regagner du poids et l’obsession d’en perdre, entraînant des troubles physiques et mentaux »¹⁴⁵. Malgré la gravité de cette pathologie et son impact sur le bien-être physique et émotionnel des patients, nombreux sont ceux qui refusent d’être soignés, affirmant sans hésiter qu’ils préféreraient mourir plutôt que reprendre du poids. C’est la raison pour laquelle cette pathologie est qualifiée de « résistante »¹⁴⁶.

Le consentement aux soins chez le patient anorexique constitue un problème de taille. Malgré son refus de soins clairement exprimé, le sujet est souvent contraint de subir une hospitalisation sous contrainte et une alimentation forcée par voie intraveineuse¹⁴⁷. Or, forcer le patient à recevoir ces soins serait contre-productif car la reprise de poids est très faible et instable. De

¹⁴¹ CHAPELLE N. (2015), *op. cit.*, p. 199.

¹⁴² WEISAETH, L. (1989) « Importance of high response rates in traumatic stress research » *Acta Psychiatrica Scandinavica* (Supplement) 355: 131-137.

¹⁴³ BREMNER, J. D. & MARMAR, C. R. (1998) *Trauma, Memory and Dissociation*. Washington, DC: American Psychiatric Association, p. 129.

¹⁴⁴ MILLER, L. (2015) *PTSD and forensic psychology: Applications to civil and criminal law*. Cham, Switzerland: Springer International Publishing, p. 140.

¹⁴⁵ DOUZENIS, A. & MICHPOULOS, I. (2015) « Involuntary admission: The case of anorexia nervosa » *International Journal of Law and Psychiatry*, 39, 31-35.

¹⁴⁶ GUARDA, A. S. (2008) « Treatment of anorexia nervosa: Insights and obstacles » *Physiology and Behaviour*, 94, 113-120.

¹⁴⁷ GUARDA, A. S., PINTO, A. M., COUGHLIN, J. W., HUSSAIN, S., HAUG, N. A. & HEINBERG, L. J. (2007) « Perceived coercion and change in perceived need for admission in patients hospitalized for eating disorders » *The American Journal of Psychiatry*, 164, 108-114.

plus, cette prise en charge forcée ne modifie pas la perception du corps et ne fait pas disparaître l'obsession de perdre du poids chez le sujet.¹⁴⁸

Les causes de l'apparition de l'anorexie restent inconnues à ce jour. Elle affecte majoritairement les adolescents et les jeunes adultes, en grande majorité des femmes.¹⁴⁹

En France, la prévalence de l'anorexie mentale est de 5 cas pour 100 000 habitants, tandis qu'elle serait de 1 à 9 cas aux Etats-Unis, soit entre 3 000 et 6 000 nouveaux cas chaque année. La majorité des cas se déclare entre 14 et 17 ans, avec un pic à 16 ans¹⁵⁰.

La maladie dure en moyenne sept années mais peut atteindre trente ans dans les cas les plus sévères. A ce sujet, il faudra préciser que 20 à 50% des personnes souffrant d'anorexie présentent des symptômes de boulimie¹⁵¹.

La boulimie consiste en des épisodes d'ingestion de nourriture en très grande quantité, suivies de purges environ deux fois par semaine. Cette ingestion suppose une quantité de nourriture considérable sans que le patient puisse exercer un réel contrôle sur cette consommation¹⁵². Les purges consistent pour le patient à se faire vomir, souvent à l'aide de laxatifs ou de diurétiques, à suivre un régime draconien, pratiquer une activité sportive excessive... dans le but d'éviter toute prise de poids ou, au contraire, provoquer un amaigrissement important.¹⁵³

Les personnes atteintes d'anorexie comme de boulimie accordent une importance démesurée à leur corps et notamment à leur poids¹⁵⁴. Toutefois, contrairement à l'anorexie, le sujet boulimique conserve un poids normal. Les phases d'ingestion de nourriture et de purge permettent au patient de conserver un poids normal de manière trompeuse¹⁵⁵.

¹⁴⁸ RATHNER, G. (1998) « A plea against compulsory treatment of anorexia nervosa » In W. Vandereycken & P. J. Beaumont (Eds.) *Treating eating disorders: Ethical, legal and personal issues* (pp. 179-215). London, UK: The Athlone Press, p. 181.

¹⁴⁹ BEUMONT, P. (1993) « Phenomenology and the history of psychiatry » *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 26, 532-545.

¹⁵⁰ FUTURA SCIENCES (2016) : <http://www.futura-sciences.com/sante/dossiers/maladie-tout-savoir-anorexie-181/page/3/> (consulté le 3 août 2017), np.

¹⁵¹ *Ibid.*

¹⁵² AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed. (DSM-IV). Washington, DC: APA, p. 345.

¹⁵³ *Ibid.*

¹⁵⁴ DICHTER, J. R., COHEN, J. & CONNOLLY, P. M. (2002) « Bulimia nervosa: Knowledge, awareness and skill levels among advanced practice nurses » *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 14(6), 269-275.

¹⁵⁵ ZERBE, K. (1996) « Anorexia nervosa and bulimia nervosa. When the pursuit of bodily 'perfection' becomes a killer » *Postgraduate Medicine*, 99, 161-169.

C'est la raison pour laquelle le professionnel de santé doit accorder la plus grande attention à ces symptômes : présence de saignements voire hémorragies au niveau de l'œsophage, brûlures d'estomac, douleurs intestinales intenses¹⁵⁶, etc. Si le patient est une femme, les menstrues irrégulières ou leur disparition temporaire peuvent être des signes indiquant la présence de ces troubles¹⁵⁷.

L'enjeu est de taille, car le taux de mortalité des patients souffrant de ces troubles alimentaires s'élève à 20%¹⁵⁸. Or, ces symptômes sont souvent méconnus des professionnels de santé¹⁵⁹. L'établissement d'un diagnostic est long et complexe car il diffère selon le sujet. C'est la raison pour laquelle il est nécessaire que le professionnel de santé consacre un temps nécessaire à l'examen somatique et psychiatrique du patient avant d'établir son diagnostic¹⁶⁰.

Or, il est difficile pour le psychiatre d'accorder un temps suffisant pour chaque consultation médicale en raison du nombre important de patients sous sa responsabilité. Si le service psychiatrique hospitalier connaît un problème de sous-effectif, la tâche devient d'autant plus compliquée. Mal diagnostiqués, les patients refusant les soins¹⁶¹ peinent à voir leurs troubles correctement pris en charge¹⁶².

- Les maladies neurodégénératives

L'âge provoque une détérioration des capacités physiques, intellectuelles et cognitives des individus : c'est la sénilité, aussi appelée démence. En 2010, 820 000 personnes recensées souffraient de sénilité. Avec le vieillissement de la population actuelle, ce chiffre atteindrait un million de personnes¹⁶³. Deux pathologies mentales issues de la sénilité attireront notre

¹⁵⁶ MORGAN, J. (1999) « Eating disorders and gynaecology: Knowledge and attitudes among clinicians » *Acta Obstetrica and Gynecologica Scandinavica*, 78, 233-239.

¹⁵⁷ ZERBE, K. (1996), *op. cit.*, p. 163.

¹⁵⁸ KEEL, P. & MITCHELL, J. (1997) « Outcome in bulimia nervosa » *American Journal of Psychiatry*, 154, 313-321.

¹⁵⁹ ORBANIC, S. (2001) « Understanding bulimia » *American Journal of Nursing*, 98, 22-24.; BLUM, R. & BEARINGER, L. (1990) « Knowledge and awareness of health professionals toward adolescent health care » *Journal of Adolescent Health Care*, 11, 289-294.

¹⁶⁰ COMERCI, G. (1995) « Setting standards of care for diagnosis and treatment of adolescents with eating disorders » *Journal of Adolescent Health*, 16, 416-417.

¹⁶¹ BECKER, A., GRINSPOON, S., KLIBANSKI, A. & HERZOG, D. (1999) « Eating disorders » *The New England Journal of Medicine*, 340, 1092-1098.

¹⁶² JANCIN, B. (1995) « Two-thirds of eating disorders undiagnosed » *Family Practice News*, 32-33.

¹⁶³ ALZHEIMER'S RESEARCH TRUST (2010) *Dementia 2010: The prevalence, economic cost and research funding of dementia compared with other major diseases: Executive summary*. Cambridge: Alzheimer's Research Trust, p. 69.

attention : la maladie d'Alzheimer et la maladie de Parkinson.

La maladie d'Alzheimer représente 70% des cas de démence chez les personnes âgées¹⁶⁴. Aux Etats-Unis, 5,2 millions de personnes de plus de 65 ans sont atteintes de la maladie d'Alzheimer. Elle affecte davantage les femmes que les hommes. Tous sexes confondus, le nombre de malades devrait atteindre 7,1 millions de personnes en 2025.¹⁶⁵

Le patient atteint de cette maladie présente des symptômes cognitifs ou neuropsychiatriques interférant avec des activités quotidiennes et professionnelles, en créant une incapacité conséquente.

Cette incapacité doit affecter le patient dans au moins deux des cinq domaines suivants :

- La capacité d'appréhender et de se rappeler de nouvelles informations
- La capacité de raisonner, de juger et gérer des tâches complexes
- La capacité de se repérer dans l'espace et le temps
- La capacité de s'exprimer dans un langage clair, construit et intelligible, ainsi que la capacité à lire et écrire
- L'apparition de changements de la personnalité ou du comportement du patient¹⁶⁶.

De ce fait, cette maladie provoque chez le patient âgé une baisse progressive des capacités de mémorisation, de jugement, de raisonnement et de planification jusqu'à leur disparition complète en en trois étapes.¹⁶⁷

D'abord, la mémoire à court terme du patient se trouve défaillante (mémoire visuelle, auditive, fait de se repérer dans le temps). Il est alors fréquent que le patient développe une apathie, de la paranoïa ou des troubles anxieux ou dépressifs¹⁶⁸. Par exemple, le patient oublie la signification de certains mots. Ses capacités de raisonnement et de résolution des problèmes

¹⁶⁴ KOYAMA, A., O'BRIEN, J., WEUVE, J., BLACKER, D., METTI, A. L. & YAFFE, K. (2013) « The role of peripheral inflammatory markers in dementia and Alzheimer's disease: A meta-analysis » *Journal of Gerontological, Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 68(4), 433-440.

¹⁶⁵ ALZHEIMER'S ASSOCIATION (2013) « Alzheimer's disease facts and figures » *Alzheimer's & Dementia*, 9(2), 208-245.

¹⁶⁶ MCKHANN, G. M., KNOWPAM, D. S., CHERTKOW, H., HYMAN, B. T., JACK, C. R., KAWAS, C. H. ... & PHELPS, C. H. (2011) « The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease » *Alzheimer's Dementia*, 7(3), 263-269.

¹⁶⁷ MARSON, D. (2001) « Loss of competency in Alzheimer's disease: Conceptual and psychometric approaches » *International Journal of Law and Psychiatry*, 267-283.

¹⁶⁸ MOSS, M. & ALBERT, M. (1992) « Neuropsychology of Alzheimer's disease » in R. F. White (Eds.) *Clinical syndromes in adult neuropsychology: The practitioner's handbook*. Amsterdam: Elsevier, p. 169.

diminuent¹⁶⁹ et ses capacités d'élocution se dégradent¹⁷⁰.

Ensuite, les troubles de la mémoire sur le moyen terme provoquent l'oubli d'un nombre plus important de concepts et de notions¹⁷¹. Le patient connaît des troubles de l'attention, de la concentration ainsi qu'une perte des repères spatio-temporels. Il ne peut plus accomplir seul les gestes de la vie quotidienne tels que se nourrir, s'habiller, faire sa toilette... Ses hallucinations et ses phases de paranoïa s'aggravent¹⁷².

A terme, le patient devient totalement dépendant de son entourage. Son discours est incohérent, il ne reconnaît plus ses proches, peut tomber dans un mutisme complet... la dégradation de ses capacités intellectuelles et cognitives s'aggrave de manière irréversible¹⁷³.

La maladie de Parkinson concerne environ 1,6 million de personnes à travers le monde, consistant en une perte de la motricité causée par une dégénérescence neuronale¹⁷⁴. Les symptômes de cette pathologie comprennent la rigidité, la dyskinésie, les problèmes d'équilibre, les tremblements... souvent accompagnés de troubles dépressifs anxieux¹⁷⁵.

La dyskinésie est caractérisée par des mouvements répétitifs involontaires parfois saccadés. Les mouvements des muscles entourant la bouche, les bras, les jambes et le tronc sont les plus touchés¹⁷⁶.

Au fur et à mesure de la progression de la maladie, les individus éprouvent des difficultés à communiquer, écrire... jusqu'à en être totalement incapables. En somme, il s'agit d'une perte de la motricité causée par une dégénérescence neuronale¹⁷⁷.

¹⁶⁹ LAFLECHE, G. & ALBERT, M. (1995) « Executive function deficits in mild Alzheimer's disease » *Neuropsychology*, 9, 313-320; SIEGLER, I. C., POON, L. W., MADDEN, D. J. & DILWORTH-ANDERSON, P. (2004) « Psychological aspects of normal aging » In D. G. Blazer, D. C., Steffens & E. W. Busse (Eds.) *American psychiatric publishing textbook of geriatric psychiatry*, 3rd edition (pp. 121-138). Washington, D. C.: American Psychiatric Publishing, Inc, p. 261.

¹⁷⁰ CUMMINGS, J. & BENSON, D. (1992) *Dementia: A clinical approach*. Stoneham, MA: Butterworth.

¹⁷¹ BUTTERS, M., SALMON, D. & BUTTERS, N. (1994) « Neuropsychological assessment of dementia » In M. Storandt & G. VandenBos (Eds.) *Neuropsychological assessment of dementia and depression in older adults: A clinician's guide* (pp. 33-59). Washington, DC: American Psychological Association, p. 450.

¹⁷² BERG, L., DANZIGER, W., STORANDT, M., COHEN, L., GADO, M., HUGUES, C., KNESEVICH, J. & BOTWINICK, J. (1984) « Predictive features in mild senile dementia of the Alzheimer type » *Neurology*, 34, 563-569.

¹⁷³ CUMMINGS, J. & BENSON, D. (1992), *op. cit.*, p. 167.

¹⁷⁴ HERMANN, M. (2013) « The invisible and visible stigmatization of Parkinson's disease » *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 25, 563-566.

¹⁷⁵ NATIONAL PARKINSON DISEASE FOUNDATION (2012), nombre de personnes atteintes de la maladie de Parkinson : <http://www.parkinson.org/site/apps/s/content.asp?c=9dJFJLPwB&b=108269&ct=1574035> (consulté le 29 mars 2017), *np*.

¹⁷⁶ Site Internet de l'AQPAMM, Association québécoise des parents et amis de la personne atteinte de maladie mentale, sur la dyskinésie : <http://www.aqpamm.ca/test/effet-secondaire-des-neuroleptiques/> (consulté le 22 septembre 2016), *np*.

¹⁷⁷ HERMANN, M. (2013), *op. cit.*, p. 565.

En outre, les patients souffrent d'une importante stigmatisation sociale alors que la maladie est courante. Cette stigmatisation sous-entend que l'individu se fait remarquer pour quelque chose que l'opinion publique considère comme mauvais ou inhabituel¹⁷⁸. Le sujet est alors réduit au seul attribut péjoratif de la maladie et n'est plus considéré comme un individu à part entière.

- Les troubles sexuels

En médecine, les troubles sexuels sont appelés paraphilies et se définissent comme une ou plusieurs orientations sexuelles persistante(s) et différant des actes sexuels impliquant des êtres humains consentants et adultes¹⁷⁹, telles que la pédophilie.

Malgré de nombreuses critiques émanant du corps médical¹⁸⁰, la pédophilie a été reconnue comme une pathologie mentale. Elle est définie comme un « trouble se déroulant au moins pendant 6 mois, impliquant des activités sexuelles ou des fantasmes récurrents, intenses, pulsionnels, à l'égard d'enfants ou d'adolescents prépubères »¹⁸¹. Cependant, un rapport sexuel avec un mineur n'entraîne pas de *de facto* un diagnostic de pédophilie. L'inverse est également vrai : les individus déclarés pédophiles ne passent pas nécessairement à l'acte, pouvant se contenter de nourrir de simples fantasmes¹⁸². Pour ces personnes, la pédophilie peut être exclusive ; les individus seront alors exclusivement attirés par des mineurs.

Plusieurs auteurs¹⁸³ ont alors pointé du doigt une réflexion troublante : l'individu est-il seul responsable de son orientation sexuelle et si oui, doit-il être puni pour cela ? Ce n'est pas tant ici la question des agressions sexuelles qui est en cause mais la seule orientation sexuelle. La pédophilie pourrait être considérée comme une orientation sexuelle à part entière¹⁸⁴ et non comme une pathologie.

¹⁷⁸ GOFFMANN, E. (1963) *Stigma: Notes in the management of spoiled identity*. New York: Prentice-Hall

¹⁷⁹ CANTOR, J. M., BLANCHARD, R., CHRISTENSEN, B. K., DICKEY, R., KLASSEN, P. E., BECKSTEAD, A. L. *et al* (2004) « Intelligence, memory and handedness in paedophilia » *Neuropsychology*, 18, 3-14.

¹⁸⁰ STUDER, L. H. A. & AYLWIN, S. A. S. (2006) « Paedophilia: The problem with diagnosis and limitations of CBT » *Treatment Medical – Hypotheses*, 67, 774-781.

¹⁸¹ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2000) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.) Washington, DC: American Psychiatric Association (text rev.), p. 285.

¹⁸² FAGAN, P. J., WISE, T. N., SCHMIDT JR., C. W. *et al* (2002) « Paedophilia » *Journal of the American Medical Association*, 288(19), 2458-2465.

¹⁸³ WALTER, M., WITZEL, J., WIEBKING, C., GUBKA, U., ROTTE, M., SCHILTZ, K., BERMPHOHL, R. *et al* (2007) « Paedophilia is linked to reduced activation in hypothalamus and lateral prefrontal cortex during visual erotic stimulation » *Biological Psychiatry*, 62, 698-701.

¹⁸⁴ BERLIN, F. (2000) « The aetiology and treatment of sexual offending » In Fishbein DH, editor, *The science, treatment and prevention of antisocial behaviours: Application to the criminal justice system*. New Jersey: Civic Research Institute, 15-21; STUDER, L. H. A. & AYLWIN, S. A. S. (2006), *op. cit.*, p. 776.

Les troubles sexuels recouvrent également l'état d'hyperexcitation sexuelle, l'addiction au sexe ou de très fortes préoccupations sexuelles.¹⁸⁵ Ces 'préoccupations' suggèrent un « intérêt anormalement intense pour le sexe, dominant le fonctionnement physiologique du sujet ».¹⁸⁶ Ces préoccupations peuvent provoquer des comportements sexuels anormaux, tels que des besoins urgents d'entretenir des relations sexuelles (le plus souvent en très grand nombre) sous peine de souffrir d'anxiété, de stress ou de dépression¹⁸⁷, révélant une réelle addiction aux relations sexuelles.¹⁸⁸

- La psychopathie : réalité ou fantasme ?

En droit britannique et américain est apparue une réflexion sur la réalité de la psychopathie. Les psychopathes seraient considérés comme « des prédateurs sociaux impitoyables, violeurs impulsifs des normes sociales, menteurs et dissimulateurs, totalement insensibles aux sentiments d'autrui, ignorant tout du sentiment de culpabilité et ne faisant preuve d'aucun scrupule »¹⁸⁹. En vérité, cette appellation profondément stigmatisante ne présente aucun lien avec la psychiatrie. Elle tirerait plutôt son origine d'un opprobre hybride, entre peur des troubles psychiatriques et stigmatisation sociale des malades¹⁹⁰. La psychopathie serait caractérisée par des troubles de la personnalité induisant un comportement de prédateur, un détachement émotionnel, un caractère impulsif, cruel et un comportement asocial persistant¹⁹¹.

Loin du fantasme du tueur sanguinaire, il conviendrait de donner à ces troubles le terme de sociopathie, c'est-à-dire « un trouble de la personnalité caractérisé par le mépris des normes sociales, une difficulté à ressentir des émotions, un manque d'empathie et une grande

¹⁸⁵ WINDER, B., LIEVESLEY, R., KAUL, A., ELLIOTT, H. L., THORNE, K. & HOCKEN K. (2014) « Preliminary evaluation of the use of pharmacological treatment with convicted sexual offenders experiencing high levels of sexual preoccupation, hypersexuality and/or sexual compulsivity » *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, Vol. 25, No. 2, 176-194.

¹⁸⁶ MANN, R. E., HANSON, R. K. & THORNTON, D. (2010) « Assessing risk for sexual recidivism: Some proposals on the nature of psychologically meaningful risk factors » *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 22, 191-217.

¹⁸⁷ KALICHMAN, S. C. & ROMPA, D. (2001) « The sexual compulsivity scale: Further development and use with HIV-positive persons » *Journal of Personality Assessment*, 65, 379-395.

¹⁸⁸ MARSHALL, L. E., MARSHALL, W. L., MOULDEN, H. M. & SERRAN, G. A. (2008) « The prevalence of sexual addiction in incarcerated sexual offenders and matched community non-offenders » *Sexual Addiction and Compulsivity: The Journal of Treatment and Prevention*, 15, 271-283.

¹⁸⁹ CAVADINO, M., (1998) « Death to the psychopath » *The Journal of Forensic Psychiatry*, vol. 9, n°1, May 1998, 5-8.

¹⁹⁰ REED, J., (1994a) *Psychopathy: a legal and clinical dilemma*. London: ISTD, p. 58.

¹⁹¹ PATRICK, C. J. (Ed.) (2006) *Handbook of psychopathy*. New York: Guilford Press, p. 263.

impulsivité »¹⁹². Cette définition ne s'appliquerait donc qu'à une infime partie d'entre eux¹⁹³. Plus grave encore, cette croyance populaire tend à qualifier toutes les personnes souffrant de troubles psychiatriques de dangereuses. Elle conduit à légitimer l'ostracisme des patients au sein des hôpitaux psychiatriques dans un souci 'd'intérêt général'.

L'autre fausse croyance concerne 'l'incurabilité' de la psychopathie : elle nie le droit du patient à bénéficier de soins adaptés, leur cas étant considéré comme désespéré. Les soins seraient alors réservés aux 'vrais' patients qui méritent d'être soignés¹⁹⁴, sans que cette appellation soit expliquée...

Totalement absente en droit français, cette problématique a fait couler beaucoup d'encre outre-Manche quant aux soins à dispenser à ces patients¹⁹⁵. La jurisprudence britannique en a déduit un critère de faisceau d'indices établissant la présence de la psychopathie chez le patient¹⁹⁶. Le juge et les psychiatres appelés au procès en qualité d'experts examinent les éléments suivants : la ou les condamnation(s) pénale(s), le fait que la victime soit inconnue de l'accusé, le traitement psychiatrique mal ou non suivi, les hospitalisations antérieures, les antécédents familiaux (présence d'abus durant l'enfance), etc. Non-exhaustifs, ces critères sont appelés à évoluer mais ne se fondent pas sur des données démographiques ou sociologiques¹⁹⁷.

S'il est considéré comme curable, le patient peut recevoir des soins psychiatriques à l'instar des autres malades. Le cas échéant, un traitement lui sera refusé. Dès lors, sera-t-il hospitalisé à vie, emprisonné ? Le juge ne donne pas davantage d'informations et semble laisser aux pouvoirs publics le soin de décider du sort du patient. Ce jugement n'a pas d'équivalent en droit français.

Le caractère fortement arbitraire de cette décision a été décrié par les psychiatres¹⁹⁸, et pour

¹⁹² LAROUSSE, définition de la sociopathie : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/sociopathie/73182> (consulté le 4 août 2017), *np*.

¹⁹³ CAVADINO, M., (1998), *op. cit.*, p. 5.

¹⁹⁴ *Ibid*, p. 6.

¹⁹⁵ RICHMAN J., MERCER D., and MASON T. (1999) « The social construction of evil in a forensic setting » *The Journal of Forensic Psychiatry* Vol 10 No 2 September 1999, 300-308; BERRY A., DUGGAN C., LARKIN E. (1999) « The treatability of psychopathic disorder: How clinicians decide » *The Journal of Forensic Psychiatry* Vol. 10, No. 3, December 1999, 710-719.

¹⁹⁶ R v Canons Park Mental Health Review Tribunal, ex parte A [1995] 2 All ER 659 in RICHMAN J., MERCER D., and MASON T. (1999), *op. cit.*, p. 304.

¹⁹⁷ *Ibid*, p. 307.

¹⁹⁸ COLLINS, P. (1991) « The treatability of psychopaths » *Journal of Forensic Psychiatry* 2(1), pp. 103-110; WINICK, B. J., LOPICCOLO, C., ANAND, W. & HARTSWICK, L. (2007) « Should psychopathy qualify for preventive outpatient commitment? » In A. R. Felthous & H. Sass (Eds.) *The international handbook of psychopathic disorders and the law, volume II, laws and policies* (pp. 61-73). Chichester, UK: John Wiley &

cause ! Il est dangereux d'affirmer un diagnostic qui reste susceptible d'erreur ; rappelons que la psychiatrie est une science inexacte. De plus, le juge méconnaît bien souvent les troubles mentaux malgré les expertises versées au procès par les psychiatres. Le droit du patient à être soigné est bafoué en toute impunité selon le jugement rendu sous prétexte qu'il souffre de maux incurables.

Plusieurs psychiatres se sont émus de cette décision¹⁹⁹, la société civile restant indifférente au sort de ces malades.

Le sort des 'psychopathes' s'avère encore plus sombre sous d'autres latitudes. Aux Etats-Unis, une jurisprudence de la Cour suprême²⁰⁰ autorise l'emprisonnement de l'individu psychopathe, s'il a été jugé irresponsable de ses actes à l'occasion d'une condamnation pénale. Cette peine d'emprisonnement se poursuit jusqu'à ce que le détenu 'redevienne sain d'esprit' et ne représente plus un danger pour la société. Or, l'incarcération ne constitue pas un soin permettant de prendre en charge la sociopathie. Il s'agit d'une mesure privative de liberté répressive visant à sanctionner les agissements du sujet, prohibés par la loi. En aucun cas le sujet souffrant de troubles mentaux graves ne peut être tenu responsable des faits qui lui sont reprochés. Des soins psychiatriques adaptés, dispensés dans un centre de soins demeurent la seule solution viable.

Cette jurisprudence sous-entend que l'hospitalisation des 'psychopathes' est inefficace. Leur seule présence au sein de l'hôpital psychiatrique ralentirait le traitement des autres patients²⁰¹. Dès lors, pourquoi allouer ressources et infrastructures à des individus dont les troubles sont considérés comme irréversibles²⁰² ?

Ces deux arrêts mis à part, les psychiatres recommandent d'hospitaliser le patient s'il souffre de troubles mentaux graves. S'il souffre de troubles légers ou modérés et ne présente pas de particulière dangerosité pour lui-même ou autrui, des soins ambulatoires sont recommandés²⁰³.

Sons, Ltd.

¹⁹⁹ CAVADINO, M., (1998), *op. cit.*, p. 5 & COLLINS, P. (1991), *op. cit.*, p. 108.

²⁰⁰ Jones v United States (1983) 463 U.S. 354 in COLLINS, P. (1991), *op. cit.*, p. 105.

²⁰¹ FITCH, W. L. & ORTEGA, R. (2000) « Law and confinement of psychopaths » *Behavioural Sciences and the Law*, 18(5), 663-678.

²⁰² HABERMEYER, E., RACHVOLL, V., FELTHOUS, A. R., BUKHAKOWSKY, A. O. & GLEYZER, R. (2007) « Hospitalization and civil commitment of individuals with psychopathic disorders in Germany, Russia and the United States » In A. R. Felthous & H. Sass (Eds.) *The international handbook of psychopathic disorders and the law, volume II, laws and policies* (pp. 35-60). Chichester, UK: John Wiley and Sons, Ltd, p. 392.

²⁰³ FELTHOUS, A. R. (2011) « The 'un-treatability' of psychopathy and hospital commitment in the USA » *International Journal of Law and Psychiatry*, 34, 400-405.

Les soins ambulatoires désignent les soins effectués en ville telles que les consultations et autres actes médicaux réalisés dans les établissements de santé, sans que le patient soit hospitalisé²⁰⁴. Selon les études réalisées, les soins psychiatriques dispensés ont permis d'obtenir des résultats encourageants²⁰⁵ ou plus mitigés²⁰⁶. En somme, seule l'approche thérapeutique hospitalière ou ambulatoire peut être envisagée afin de traiter ces troubles soi-disant incurables.

En effet, la psychopathie se compose en réalité d'une grande diversité de troubles psychiques : schizophrénie, troubles affectifs et anxieux, stress post-traumatique, troubles sexuels tels que la pédophilie, troubles asociaux, addiction à l'alcool ou aux stupéfiants, etc²⁰⁷.

En somme, la psychopathie en tant que maladie mentale n'existe pas. Cependant, les symptômes peuvent être soignés car ils correspondent à des troubles mentaux classifiés dans le DSM. Ils ne sont donc pas incurables à proprement parler²⁰⁸.

Par exemple, le patient est agressif parce qu'il souffre d'hallucinations et réagit contre une menace qui lui paraît réelle. Il peut souffrir par ailleurs de troubles de dissociation de la personnalité, d'une certaine impulsivité et d'un manque d'empathie. Qualifié de psychopathe, le patient n'en est pas moins curable, n'en déplaît à ses détracteurs²⁰⁹.

Il est nécessaire cependant que le patient respecte le traitement sur la longue durée afin que les soins agissent au mieux sur ses troubles²¹⁰.

²⁰⁴ Site Internet de l'INSEE (2016) au sujet de la définition des soins ambulatoires : <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1401> (consulté le 4 août 2017), *np*.

²⁰⁵ SALEKIN, R. T. & WORLEY C. (2010) « Treatment of psychopathy: A review and brief introduction to mental model approach for psychopathy » *Behavioural Sciences and the Law*, 18(1), 235-266.

²⁰⁶ THORNE, S. A. & REID, W. H. (2007) « Experimental and community treatment of adult antisocial syndromes » In A. R. Felthous & H. Sass (Eds.) *The international handbook of psychopathic disorders and the law, volume I, diagnosis and treatment* (pp. 117-133). Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; RICE, M. E., HARRIS, G. T. & CORMIER, C. A. (1992) « An evaluation of a maximum-security therapeutic community for psychopaths and other mentally disordered offenders » *Law and Human Behaviour*, 16, 399-416.

²⁰⁷ NICHITA, E. C. & BUCKLEY, P. F. (2007) « Comorbidities of psychopathy and antisocial personality disorder: Prevalence and implications » In A. R. Felthous & H. Sass (Eds.) *The international handbook of psychopathic disorder and the law, volume I, diagnosis and treatment* (pp. 251-274). Chichester, UK: John Wiley and Sons, Ltd.

²⁰⁸ WOOD, R. M., GROSSMAN, L. S. & FICHTNER, C. G. (2000) « Psychological assessment, treatment and outcome with sex offenders » *Behavioural Sciences and the Law*, 18(1), 23-41.

²⁰⁹ FELTHOUS, A. R. (2008) « Schizophrenia and impulsive aggression: A heuristic inquiry with forensic and clinical implications » *Behavioural Sciences and the Law*, 26(6), 735-758.

²¹⁰ HOUSTON, R. J. & STANFORD, M. S. (2006) « Characteristics of aggressive behaviour and phenytoin response » *Aggressive Behaviour*, 32, 38-43.

- Questionnements sur l'origine des troubles mentaux

Comme nous l'avons déjà évoqué, la psychiatrie n'est pas une discipline exacte. Les troubles mentaux, aussi appelés les maux de l'âme sont d'autant plus difficiles à déceler qu'ils sont invisibles à l'œil nu. Ce sont les connaissances, l'expérience et l'intuition du psychiatre qui permettront d'établir le bon diagnostic. Les psychiatres eux-mêmes reconnaissent la marge d'erreur considérable dont il faut prendre garde avant d'administrer tout traitement²¹¹.

Les troubles alimentaires (anorexie, boulimie) constituent un bon exemple de la difficulté de déceler les signes précurseurs de ces pathologies. Selon le Dr. Jeammet²¹², psychiatre, les signes annonciateurs de l'anorexie résident dans la survenance d'un trouble dépressif, suivi d'une prise de poids légère ou plus importante. S'il s'ensuit un amaigrissement soudain et conséquent alors que le sujet présente un état d'euphorie, il peut s'agir d'un début d'anorexie. Le patient est très énergique alors que son corps s'amaigrit de manière alarmante.

Malgré les avancées de la discipline, les origines des troubles mentaux restent floues. Il est par exemple difficile de connaître l'origine d'une dépression nerveuse. L'origine génétique a été explorée et constitue une hypothèse plausible pour les troubles dépressifs²¹³, bipolaires et schizophrènes²¹⁴. Selon une étude²¹⁵, 50% des patients bipolaires recensés présentaient des antécédents familiaux atteints des mêmes troubles. Il s'agirait alors de repérer les génomes défectueux porteurs des troubles dépressifs chez le sujet. La science n'est toutefois pas encore parvenue à localiser ou corriger les troubles contenus dans ces génomes.

L'autre piste privilégiée par les psychiatres constitue celle de l'environnement²¹⁶. Le stress, les conditions de travail, les difficultés rencontrées au cours de l'existence contribueraient largement à l'apparition de troubles mentaux. Si l'individu présente également des antécédents familiaux, le risque de développement des troubles mentaux serait alors multiplié.

Les pathologies mentales s'avèrent aussi difficiles à prévenir qu'à diagnostiquer. Cette tâche

²¹¹ BECK-SANDER A. & CLARK A. (1998) « Psychological models of psychosis: implications for risk assessment » *The Journal of Forensic Psychiatry*, Vol 9 No 3, December 1998, 659-671.

²¹² BOUVAREL, A., MARTIN, R. & TREMBLAY, P. H. (2007) *Anorexie / boulimie... Le couple infernal – Un entretien avec Phillippe Jeammet*, Centre audiovisuel en santé mentale.

²¹³ KRING, A.M., DAVIDSON, G., NEAL, J. M. & JOHNSON, S. L. (2007) *Abnormal psychology* (10th ed.) Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.

²¹⁴ Entretien avec le Dr. Giroux, psychiatre en cabinet libéral le 28 juin 2017.

²¹⁵ BELMAKER, R. H. (2004) « Medical progress: Bipolar disorder » *The New England Journal of Medicine*, 351(5), 476-486.

²¹⁶ *Ibid*, p. 481.

s'avère d'autant plus difficile pour le psychiatre lorsque le sujet souffre d'une addiction à l'alcool ou aux stupéfiants. Il s'agit de la comorbidité.

- La comorbidité

La comorbidité concerne une catégorie particulière de patients souffrant à la fois de troubles mentaux et d'une addiction à l'alcool ou aux stupéfiants²¹⁷. Étudiée depuis les années 1980 par les psychiatres, elle crée un « double diagnostic » chez les malades psychiatriques.²¹⁸

Une étude affirme que chez les personnes ayant souffert d'au moins un trouble mental au cours de leur existence, 29% avaient connu une accoutumance à l'alcool contre 22% concernant les stupéfiants²¹⁹.

L'addiction se définit par le sentiment d'accoutumance à tout produit, comportement, activité... pouvant être utilisé comme une drogue devenant toxique pour l'individu²²⁰. Elle exprime chez l'individu une souffrance qu'il ne parvient pas à exprimer par les mots. Il s'y emploie alors par l'accomplissement d'un acte répétitif²²¹. Elle revêt un caractère compulsif : les conduites sont répétées indépendamment de la volonté du sujet car elles lui procurent un sentiment de satisfaction. Cependant, elles deviennent très vite une source de souffrances. Le corps s'habitue à la substance ingérée et requiert de plus grandes quantités, créant ainsi une dépendance physique et psychique²²². L'addiction peut être traduite comme une tentative d'automédication²²³ tel un traitement de substitution²²⁴, afin d'apaiser la souffrance du sujet²²⁵. Par exemple, les stupéfiants peuvent constituer une forme d'automédication contre le stress, les troubles dépressifs et d'anxiété²²⁶.

²¹⁷ MARHSALL, J. (1998) « Dual diagnosis: co-morbidity of severe mental illness and substance misuse » *The Journal of Forensic Psychiatry*, vol. 9, n° 1, May 1998, 9-15.

²¹⁸ *Ibid*, p. 12.

²¹⁹ REGIER, D., A., FARMER, M., E., RAE, D. S. *et al.* (1990) « Comorbidity of mental disorders with alcohol and other substances: Results from the epidemiological catchment area » *Journal of the American Medical Association*, 164: 2511-2518.

²²⁰ AUDIBERT, C. (2011) *L'incapacité d'être seul*, éditions Payot, p. 57.

²²¹ DANIS, A. (2014) « L'addiction, symptôme à déchiffrer – Des mots pour comprendre » *Santé Mentale*, mai 2014, 188, 17.

²²² MCDOUGALL, J. (1978) *Plaidoyer pour une certaine anormalité*, éditions Gallimard, p. 86.

²²³ FERENCZI, S. (1970) *Sur les addictions*, éditions Payot, 2008, p. 115.

²²⁴ LE POULICHET, S. (2011) « L'addiction est un traitement de substitution » *L'Evolution Psychiatrique*, n°3, vol. 76, 486-491.

²²⁵ BOULZE, I. *et al* (2007) « Actualités de l'addiction et nécessaire retour au travail de mémoire » *Pratiques psychologiques*, Vol. 13, n°1, 43-51.

²²⁶ MUESER, K. T., CORRIGAN, P. W., HILTON, D. W., TANZMAN, B., SCHAUB, A., GINGERICH, S. *et al.* (2002) « Illness management and recovery: A review of the research » *Psychiatric Services*, 53, 1272-128.

Le sujet présentant une addiction à l'alcool et souffrant de troubles mentaux présente souvent des troubles liés à l'anxiété, une hyper-affectivité ou des comportements asociaux²²⁷. La hausse importante de consommation des stupéfiants au cours des années 1970 a fait naître un véritable enjeu de santé publique²²⁸. Facilement accessibles et socialement acceptés, ils ont provoqué l'émergence de la comorbidité au sein des sociétés occidentales. Toutefois, il n'est pas établi que la consommation d'alcool et de stupéfiants conduise à l'apparition de troubles mentaux, bien que certains sujets présentent un diagnostic allant dans ce sens²²⁹. Les symptômes sont alors variés : comportements asociaux, agressivité²³⁰, difficultés à formuler un discours clair et construit, commission d'actes d'automutilation pouvant aller jusqu'au suicide²³¹, etc. Le patient atteint de comorbidité est davantage exposé au risque d'être hospitalisé sous contrainte²³².

Dans le cas contraire, il arrive que les patients psychiatriques se tournent vers l'alcool ou les stupéfiants afin de 'faire face' à leur pathologie, par exemple afin la rendre plus supportable. Les substances les plus fréquemment consommées sont l'alcool, le cannabis, les psychostimulants tels que les amphétamines, la cocaïne, les substances hallucinogènes, etc.²³³ Une autre étude vient confirmer cette tendance, selon laquelle 47% des patients atteints de schizophrénie et 32% de troubles de l'humeur consomment de l'alcool et / ou des substances illicites²³⁴.

Ces chiffres prouvent que les malades psychiatriques sont davantage susceptibles de consommer des stupéfiants que le reste de la population. Sans compter l'impact désastreux sur leur santé physique et mentale, il devient plus difficile pour les psychiatres d'établir le bon diagnostic chez ces patients²³⁵. Le soignant devra se fonder en priorité sur ses connaissances

²²⁷ MARSHALL, J., (1998), *op. cit.*, p. 12.

²²⁸ CUFFEL, B., (1992) « Prevalence estimates of substance abuse in schizophrenia and their correlates » *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180: 589-592.

²²⁹ BREAKEY, W. R., GOODELL, H., LORENZ, P. C. et al, (1974) « Hallucinogenic drugs as precipitants of schizophrenia », *Psychological Medicine*, 4: 255-261.

²³⁰ SWANSON, J., HOLZER, C., GANJU, V. and JONO R., (1990) « Violence and psychiatric disorder in the community: Evidence from the epidemiological catchment area survey » *Hospital and Community Psychiatry*, 41: 761-770.

²³¹ MARSHALL, J., (1998), *op. cit.*, p. 11.

²³² BARTELS, S. J., TEAGUE, G. B., DRAKE, R. E. *et al.* (1993), « Service utilization and costs associated with substance use disorder among severely mentally ill patients » *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181: 227-232.

²³³ MARSHALL, J., (1998), *op. cit.*, p. 11.

²³⁴ WHEATLEY M., (1998) « The prevalence and relevance of substance use in detained schizophrenic patients », *The Journal of Forensic Psychiatry*, vol. 9, No 1, May 1998, 114-129.

²³⁵ *Ibid*, p. 116.

théoriques et son expérience car le ressenti du patient est susceptible d'être influencé par les substances consommées.

De même, l'usage de la contrainte serait bénéfique pour le patient dépendant : celui-ci ne peut mettre seul un terme à la consommation de la substance et doit être aidé par les soignants. Le recours à la contrainte est alors indispensable afin de traiter l'addiction.²³⁶ L'hospitalisation psychiatriques est préconisée pour le patient mais l'addiction seule ne justifie pas une telle mesure. Il s'agit pour le malade de prendre en charge ses troubles psychiatriques (troubles du comportement, schizophrénie, dépression conduisant à un acte suicidaire...) aggravés par la prise de stupéfiants ou d'alcool.²³⁷ Toutefois, ordonner l'hospitalisation sous contrainte du patient ne suffit pas à le sevrer de son addiction. Il est primordial d'adapter sa prise en charge dès que possible tout en l'impliquant dans un travail motivationnel. Son implication dans la lutte contre sa dépendance augmentera ses chances de guérison tout en préservant la création d'une relation de confiance avec les soignants.²³⁸

Parmi les stupéfiants consommés, les amphétamines (psychostimulants) constituent l'une des substances illicites les plus consommées au monde après le cannabis selon les Nations Unies²³⁹. Ils désignent des stimulants affectant le système nerveux central en produisant une sensation de plaisir, une augmentation de l'énergie et des capacités d'attention²⁴⁰.

Le nombre de consommateurs d'amphétamines est passée de 95 000 en 2008 à 154 000 en 2009²⁴¹, à tel point que cette consommation a été qualifiée « d'endémique »²⁴².

²³⁶ COTTENCIN, O., DOUTRELUGNE, Y., GOUEMAND, M. & CONSOLI, S-M (2009) « Addictions et thérapies systémiques brèves : Un travail sous contrainte » *L'Encéphale*, n°35, pp. 214-229.

²³⁷ BALHAZARD-OLETTE, S. & LAUGIER, C. (2014) « Hospitalisation sous contrainte *versus* hospitalisation libre et addiction à l'alcool : influence sur le devenir des patients » *Alcoologie et Addictologie*, 36(4), pp. 293-305 ; CHARRIAU, V. & NAUDET, F. (2014) « Hospitalisation sans consentement en addictologie en comparaison avec l'hospitalisation libre, en aigu et à deux ans » *Alcoologie et Addictologie*, 36(4), pp. 307-315.

²³⁸ BALHAZARD-OLETTE, S. (2017) « Contraindre aux soins les personnes souffrant d'une addiction à l'alcool dans le cadre d'une hospitalisation sans consentement » in GILOUX, N. & PRIMEVERT, M., *Les soins psychiatriques sans consentement*, éditions LEH, pp. 125-129.

²³⁹ UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (2011) *Amphetamines and Ecstasy 2011 Global ATS Assessment*. Vienna, Austria: Author, p. 118.

²⁴⁰ BAIRAN, A., BOERI, M. & MORIAN, J. (2012) « Methamphetamine use among suburban women: Implications for nurse practitioners » *Journal of American Association of Nurse Practitioners*, 26, 620-628.

²⁴¹ SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION (2010) *Results from the 2009 National survey on Drug Use and Health: Volume I. Summary of National Findings*. Office of Applied Studies, NSDUH Series H-38A, HHS Publication No. SMA 10-4586. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, p. 154.

²⁴² WEITSHEIT, R. A. & WHITE, W. L. (2009) *Methamphetamine: Its history, pharmacology and treatment*. Centre City, MN: Hazelden, p. 220.

Aux États-Unis comme au Royaume-Uni, cette hausse de la consommation a été constatée en particulier dans les banlieues et les zones rurales excentrées²⁴³.

Même à faible dose, les amphétamines perturbent voire détruisent les facultés cognitives du consommateur²⁴⁴. Ils provoquent sur le court terme une accélération du rythme cardiaque et respiratoire, des convulsions, des insomnies... A long terme, ils provoquent l'apparition de psychoses, de pertes de la mémoire, de comportements agressifs, de troubles de l'humeur²⁴⁵, une forte fatigue ainsi que des troubles anxieux et dépressifs.²⁴⁶

Les femmes souffrant de troubles psychiatriques seraient plus enclines à consommer des amphétamines en guise d'automédication²⁴⁷. Une étude justifie ce constat par la forte exposition des femmes au stress, notamment lorsqu'elles sont originaires d'un milieu social défavorisé²⁴⁸. Souvent, elles souffrent de troubles dépressifs sévères accompagnés d'idées suicidaires et de psychoses²⁴⁹. Si les femmes deviennent plus rapidement dépendantes et souffrent davantage des effets secondaires de ces substances, elles répondent mieux au traitement contrairement aux hommes²⁵⁰.

Face à cet enjeu de santé publique, les gouvernements américain et britannique ont édicté de nombreuses lois pour enrayer la production et la distribution des amphétamines. Cependant, rares ont été les campagnes de sensibilisation concernant l'impact de la consommation de ces substances sur la santé²⁵¹. Les soignants doivent faire preuve d'une grande écoute afin de mieux appréhender cette addiction. Par exemple, une étude affirme que les femmes souffrant de comorbidité nient l'existence de leurs troubles mentaux²⁵².

²⁴³ BOERI, M., HARBRY, L. & GIBSON, D. (2009) « A qualitative exploration of trajectories among suburban users of methamphetamine » *Journal of Ethnographic & Qualitative Research*, 3(3), 139-151.

²⁴⁴ LENDE, D. H., LEONARD, T., STERK, C. & ELIFSON, K. (2007) « Functional methamphetamine use: The insiders' perspective » *Addiction Research and Theory*, 15(5), 465-477.

²⁴⁵ PINTO, R. M., CAMPBELL, A. N. C., HIEN, D. A., YU, G. & GORROOCHURN, P. (2011) « Retention in the National Institute on Drug Abuse Clinical Trials Network Women and Trauma Study: Implications for post-trial implementation » *American Journal of Orthopsychiatry*, 81(2), 211-217.

²⁴⁶ BOSHEARS, P., BOERI, M. W. & HARBRY, L. (2011) « Addiction and sociality: Perspectives from methamphetamine users in suburban USA » *Addiction Research and Theory*, 19(4), 289-301.

²⁴⁷ HSER, Y., EVANS, E. & HUANG, Y. (2005) « Treatment outcomes among women and men methamphetamine abusers in California » *Journal of Substance Abuse Treatment*, 28(1) 77-85.

²⁴⁸ DLUZEN, D. & LIU, B. (2008) « Gender differences in methamphetamine use and responses: A review » *Gender Medicine*, 5(1), 24-35.

²⁴⁹ MARSHALL, B. L. & WERB, D. (2010) « Health outcomes associated with methamphetamines use among young people: A systematic review » *Addiction*, 105(6), 991-1002.

²⁵⁰ DLUZEN, D. & LIU, B. (2008), *op. cit.*, p. 28.

²⁵¹ BAIRAN, A., BOERI, M. & MORIAN, J. (2012), *op. cit.*, p. 622.

²⁵² BAIRAN, A., TAYLOR, G. J., BLAKE, B. J., AKERS, T., SOWELL, R. & MENDIOLA, R. (2007) « A model

Lorsque le patient n'est pas en possibilité d'obtenir la substance dont il est dépendant, un état de crise ou *delirium tremens* peut se déclencher. Il s'agit d'un syndrome aigu dû au sevrage brutal d'une personne souffrant d'alcoolisme chronique. Généralement consécutif à un sevrage involontaire, le patient est contraint d'arrêter la prise d'alcool du fait d'une hospitalisation par exemple²⁵³. Le sujet en état de *delirium tremens* devient fortement irritable voire agressif, peut souffrir de dépression ou d'anxiété, connaît des explosions de colère, des sautes d'humeur, des accès de panique, etc.²⁵⁴

Ces symptômes disparaissent au bout d'une dizaine de jours et constituent un passage obligé dans le sevrage d'alcool. C'est la raison pour laquelle les psychiatres recommandent d'isoler le patient en pleine crise avant de poursuivre le traitement, afin de protéger le patient de lui-même comme d'autrui²⁵⁵.

Qu'importe la substance à laquelle le patient est dépendant, il subira des crises similaires en cas de sevrage. Les symptômes subis seront différents en fonction de la substance concernée et de la réponse de l'organisme du sujet. En toute hypothèse, la consommation d'alcool et de stupéfiants ne constitue pas le seul facteur d'aggravation des troubles mentaux : L'impulsivité en fait également partie.

- L'impulsivité, facteur d'aggravation des troubles mentaux

Avant le début des années 2000, peu d'auteurs se sont intéressés à l'impact de l'impulsivité sur les troubles mentaux²⁵⁶. Elle consiste chez le patient à une réaction rapide, spontanée, excessive, non planifiée, potentiellement mal adaptée en réponse à des stimuli internes ou externes. Cette réaction est dangereuse car elle ne tient pas compte des conséquences négatives que la réaction peut provoquer sur autrui comme sur le patient lui-même²⁵⁷.

of HIV disclosure: Disclosure and types of social relationships » *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 19(5), 242-250.

²⁵³ LAROUSSE, delirium tremens : http://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/delirium_tremens/12420 (consulté le 8 août 2017), *np*.

²⁵⁴ GILBERT, D. G., GILBERT, B. O. and SCHULTZ, V. L. (1998) « Withdrawal symptoms: Individual differences and similarities across addictive behaviours » *Personality and Individual Differences* 24: 151-356.

²⁵⁵ GUDJONSSON, G. H., HANNESDOTTIR, K., PETURSSON, H. and TYRFINGSON, T. (2002) « The effects of alcohol withdrawal on memory, confabulation, suggestibility and compliance » *Nordic Journal of Psychiatry* 54: 213-220.

²⁵⁶ ABDEL-BAKI, A., TURGEON, N., CHALFOUN, C. & NGUYEN, A. (2013) « Psychose et impulsivité : un mauvais mariage » *Psychiatrie et Violence*, 12(1), n°1, p. 219.

²⁵⁷ ENTICOTT, P. G. & OGLOFF, J. R. P. (2006) « Elucidation of impulsivity » *The Australian Psychologist*, 41(1), 3-14.

L'impulsivité du sujet peut aussi réagir à une agression réactive. Elle désigne une réaction émotive et disproportionnée en réponse à la perception d'une menace ou d'une certaine frustration ressentie par le patient²⁵⁸.

L'impulsivité constitue un risque accru d'agressivité chez le patient dans la commission de violences auto-agressives (conduites à risque, actes d'automutilation voire tentatives de suicides) ou hétéro agressives (violences volontaires, infractions sexuelles commises sur une tierce personne, homicide)²⁵⁹.

Une étude montre par exemple que le risque suicidaire est treize fois plus élevé chez les patients schizophrènes impulsifs que dans le reste de la population globale²⁶⁰. Les schizophrènes sont d'ailleurs considérés comme davantage impulsifs que le reste de la population²⁶¹.

De même, la comorbidité ralentit considérablement le traitement chez le patient. Celui-ci en effet refuse souvent le traitement par déni ou parce qu'il est convaincu que l'alcool ou les stupéfiants lui permettent de mieux faire face à ses troubles. Dans cette hypothèse, les soins deviennent d'autant plus difficiles si le patient est diagnostiqué comme impulsif²⁶². L'impulsivité se retrouve également chez les patients atteints de troubles dissociatifs de la personnalité, asociaux, bipolaires ou troubles alimentaires.²⁶³

L'impulsivité peut apparaître chez le patient dans deux hypothèses²⁶⁴ :

- *L'impulsivité générale et continue*

Il s'agit de manière générale d'un trait de tempérament, c'est-à-dire une tendance innée à agir de manière impulsive²⁶⁵. Elle révèle alors une action imprudente, irréfléchie, sans considération

²⁵⁸ NELSON, R. J., TRAINOR, B. C. (2007) « Neural mechanisms of aggression » *Nature Reviews Neuroscience*, 7, 536-546.

²⁵⁹ HOPMAN, M. J., VOLAVKA, J., JOHNSON, G., WEISS, E., BILDER, R. M., LIM, K. O. (2002) « Frontal white matter microstructure, aggression and impulsivity in men with schizophrenia: A preliminary study » *Biological Psychiatry*, 52, 9-14.

²⁶⁰ SAHA, S., CHANT, D. & MCGRATH, J. (2007) « A systematic review of mortality in schizophrenia: Is the differential mortality gap worsening over time? » *Archives of General Psychiatry*, 64(10), 1123-1131.

²⁶¹ KALADJIAN, A. JEANNINGROS, R., AZORIN, J. M., ANTON, J. L. & MAZZOLA-POMIETTO, P. (2011) « Impulsivity and neural correlates of response inhibition in schizophrenia » *Psychological Medicine*, 41, 291-299.

²⁶² KRISHNAN-SARIN, S., REYNOLDS, B., DUHIG, A. M., SMITH, A., LISS, T. *et al* (2007) « Behavioural impulsivity predicts treatment outcome in a smoking cessation program for adolescent smokers » *Drug & Alcohol Dependence*, 88(1), 79-82.

²⁶³ JOYAL, C. & DUMAIS, A. (2013) « Impulsivité et psychiatrie : De nouveaux outils pour mieux la définir, l'évaluer, la prévenir et la traiter » *Psychiatrie & Violence*, 12(1).

²⁶⁴ ABDEL-BAKI, A., TURGEON, N., CHALFOUN, C. & NGUYEN, A. (2013), *op. cit.*, p. 220.

²⁶⁵ SWANN, A. C., BJORK, J. M., MOELLER, F. G., DOUGHERTY, D. M. (2002) « Two models of impulsivity: Relationship to personality traits and psychopathology » *Society of Biological Psychiatry*, 51, 988-994.

des potentielles conséquences négatives²⁶⁶.

- *L'impulsivité résultant de troubles psychotiques*

L'impulsivité découle ici de troubles mentaux (ex : schizophrénie) ou résulte de la comorbidité²⁶⁷. En plus d'aggraver ses troubles psychotiques, l'alcool ou les stupéfiants rendent le patient plus impulsif et moins capable de contrôler son comportement.

- Pourquoi soigner les troubles mentaux ?

Cette vision d'ensemble des principaux troubles mentaux montre l'importance de l'enjeu que représente la psychiatrie aujourd'hui. Des soins psychiatriques de qualité, respectueux des libertés individuelles des patients est une priorité, et ce pour plusieurs raisons.

D'abord parce que les troubles mentaux non traités détruisent progressivement les fonctions cognitives de l'individu. Il perd peu à peu la capacité de communiquer avec autrui, d'apprendre, de travailler, d'assurer lui-même la satisfaction de ses besoins essentiels et de respecter les règles de la vie en communauté²⁶⁸. Il incombe traditionnellement à l'Etat d'assurer l'administration de soins médicaux de qualité et les soins psychiatriques n'y font pas exception.

Lorsque les patients sont correctement pris en charge, ils redeviennent progressivement une force de travail pour la société, induisent moins de dépenses de santé et parviennent plus facilement à une plus grande qualité de vie et à un épanouissement de leur existence.

Dès lors, l'enjeu n'est pas purement médical mais répond à un véritable intérêt collectif. Il faudra faire remarquer pourtant que les troubles mentaux ne disparaissent jamais complètement même correctement pris en charge. Dans le meilleur des cas, le patient jouira d'une meilleure qualité de vie en étant inséré dans la société mais il devra s'accommoder de ses troubles mentaux le restant de ses jours²⁶⁹.

Comment l'Etat organise-t-il la prise en charge des troubles psychiatriques ? Est-il indispensable de recourir à l'hospitalisation, et si oui, dans quels cas ? Enfin, comment assurer le respect des libertés individuelles des patients hospitalisés en psychiatrie, lorsqu'ils n'ont pu

²⁶⁶ DICKMAN, S. J. (1990) « Functional and dysfunctional impulsivity: Personality and cognitive correlates » *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(1), 95-102.

²⁶⁷ MOELLER, F. G., BARRATT, E. S., DOUGHERTY, D. M., SCHMITZ, J. M., SWANN, A. C. (2001) « Psychiatric aspects of impulsivity » *American Journal of Psychiatry*, 158, 1783-1793.

²⁶⁸ GERHART, U. C. (1990) *Caring for the chronic mentally ill*. Itasca, IL: F.E. Peacock, Publishers, p. 337.

²⁶⁹ KORR, W. S., ENCANDELA, J. A. & BRIELAND, D. (2005) « Independence or autonomy: Which is the goal? » *International Journal of Law and Psychiatry*, 28, 290-299.

exprimer leur consentement ?

2) Les différents modes d'hospitalisation en civil et common law

Avant d'étudier les différents modes d'hospitalisation, il convient de s'intéresser à l'état des lieux sur la pratique psychiatrique en France (a). Ensuite, nous nous pencherons sur les modalités de l'hospitalisation sous contrainte en droit français (b) et britannique (c).

De plus, l'influence de la Convention européenne des Droits de l'Homme a été conséquente sur le renforcement des droits des malades (d). Il faudra en dernier lieu aborder le dispositif d'aide à la décision aussi appelé directives anticipées en droit français, britannique et écossais (e).

a) Etat des lieux sur la pratique psychiatrique en France

Quel rôle la société attribue-t-elle à l'hôpital psychiatrique ?

Depuis la création des maisons de force, rebaptisées asiles puis hôpitaux psychiatriques, ces structures accueillent les personnes souffrant de troubles psychiatriques sévères. Elles sont le « reflet de notre société obsédée de sécurité qui entend maîtriser la folie »²⁷⁰. L'institution est censée protéger la société des débordements causés par ces individus. Ils sont pris en charge par les soignants comprenant les psychiatres, les infirmiers et les aides-soignants. On y trouvera également d'autres professionnels suivant les établissements, tels que les assistants sociaux, secrétaires médicaux, psychothérapeutes, etc.

En France comme à l'étranger, le psychiatre demeure la figure emblématique des soins psychiatriques. Son rôle consiste dans l'écoute des maux du patient, la création d'une alliance thérapeutique avec lui afin de soulager sa souffrance : « ne jamais décevoir la malade, prévenir en cas de défaillance, écrire s'il le faut, attendre et être là. Et donner son temps, un luxe, et une part de soi-même... le temps, ce remède non-pharmacologique dont on pourrait dire qu'il constitue le fonds des soins »²⁷¹.

Cependant, le psychiatre doit composer son rôle de soignant avec son rôle de geôlier : il doit

²⁷⁰ COUPECHOUX, P. (2006) *Un monde de fous : comment notre société maltraite ses malades mentaux*, Paris, Seuil, p. 16.

²⁷¹ DE BEAUREPAIRE, C. (2009) *Non-lieu – Un psychiatre en prison*, éditions Fayard, p. 165.

assurer que le patient demeure entre les murs de l'institution et suive le traitement administré²⁷². Cette tâche du psychiatre semble contrevenir aux injonctions du serment d'Hippocrate à la base de la déontologie médicale : « j'interviendrai pour protéger [les patients] s'ils sont affaiblis, vulnérables ou menacés dans leur intégrité ou leur dignité »²⁷³.

Est-il éthiquement acceptable de priver le patient de sa liberté lorsqu'il est hospitalisé afin d'assurer qu'il reçoive correctement les soins nécessaires ? Cette privation est-elle conforme aux injonctions de la déontologie médicale, censée préserver l'intégrité et la dignité des patients ? Il est d'ailleurs intéressant de rappeler que la volonté du patient d'être hospitalisé n'emporte pas nécessairement le consentement à être traité, notamment par la prescription de psychotropes. Le consentement du patient à être admis en hôpital psychiatrique ne devrait pas faire l'objet d'une extension quant à son contenu. Le soignant devrait rechercher le consentement du patient chaque fois qu'il s'apprête à réaliser un soin : examen médical, prescription, mesure de contrainte, etc.²⁷⁴

Le Dr. Cavadino, psychiatre britannique, fait justement remarquer que le rôle « de geôlier [du psychiatre] n'a pas véritablement pour objectif d'assurer la protection du patient, mais bien des soignants, et dans une plus large mesure, de la société »²⁷⁵. En effet, lorsque le comportement du patient devient agressif ou lorsqu'il commet des actes d'automutilation, le psychiatre devient « à la fois un officier de police, un geôlier, un juge... habilité par la loi à priver le patient de l'exercice de ses libertés individuelles »²⁷⁶.

Plusieurs auteurs rapportent chez les psychiatres « un sentiment de honte, la perte de leurs idéaux face à la réalité de la pratique médicale... l'image de la profession médicale étant de prendre soin des patients, d'agir dans leur intérêt, de ne pas leur nuire ».²⁷⁷ Ce rôle de "geôlier" se retrouve dans la conception que la société conserve des hôpitaux psychiatriques. Dans le documentaire « Asylum » de M. Bernstein²⁷⁸ des photos et films muets de différents hôpitaux

²⁷² CAVADINO M., (1999), *op. cit.*, p. 533.

²⁷³ Site Internet du CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS, au sujet du serment d'Hippocrate : <https://www.conseil-national.medecin.fr/le-serment-d-hippocrate-1311> (consulté le 9 août 2017), *np*.

²⁷⁴ VIALLA, F. & VAUTHIER, J-P. (2015), *op. cit.*, p. 135 ; PANFILI, J-M (2014) « Les traitements médicamenteux forcés en soins psychiatriques sans consentement et le risque d'atteinte à la dignité » *RDS* 2014, n°58, pp. 1004-1015.

²⁷⁵ CAVADINO M., (1999), *op. cit.*, p. 525.

²⁷⁶ *Ibid*, p. 526.

²⁷⁷ BEAN P., (1980) *Compulsory Admissions to Mental Hospitals*. Chichester, Sx : John Wiley, p. 497.

²⁷⁸ BERNSTEIN, C. (2008) *Asylum*, d'après les images de Georges Daumézou, Paris-Brest Productions.

psychiatriques des années 60 à 80 révèlent une institution aux nombreuses frontières. Des images successives de verrous, de portes blindées, de grillages sont montrées face caméra. Des clés énormes pendant à la taille des soignants. Tout est synonyme d'enfermement et d'isolement.

Les **secteurs psychiatriques** classifient les patients suivant leur statut et leur âge afin de les orienter vers le service de soins le plus adapté à leurs besoins de santé.

En France, le décret du 14 mars 1986, pris en application de la loi du 31 décembre 1985²⁷⁹ prévoit trois types de secteurs psychiatriques :

- Le secteur de psychiatrie générale pour les adultes
- Le secteur de psychiatrie infanto-juvénile pour les enfants de 0 à 16 ans
- Le secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire.

Les secteurs de psychiatrie générale et pénitentiaire retiendront notre attention tout au long de cette étude. Il existe en France 829 secteurs de psychiatrie adulte générale, 320 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile et 26 secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire²⁸⁰.

Cette psychiatrie sectorisée est rattachée à plus de 300 hôpitaux publics, et dans une proportion moindre, aux hôpitaux privés participant au service public hospitalier²⁸¹.

La proportion d'établissements hospitaliers est très inégale selon les régions concernées²⁸². Cette différence s'explique par le refus de certaines régions et départements, dès l'entrée en vigueur de loi *Esquirol* de 1838, de construire des établissements pour « aliénés ».

La psychiatrie française souffre à la fois d'un sous-effectif des lits (c'est-à-dire de places dans les établissements psychiatriques) et de fortes inégalités territoriales selon les établissements de santé²⁸³.

Au regard de sa population globale, il est souvent dit que la France est le premier pays d'Europe en termes de nombre de psychiatres. Au 1^{er} janvier 2010, la France comptait plus de 13 600

²⁷⁹ Décret n°86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique.

²⁸⁰ CASES, C. & SALINES, E. (2004) « Statistiques de psychiatrie en France : Données de cadrage », *Revue française des affaires sociales*, 2004, n°1., p. 25.

²⁸¹ *Ibid*, p. 26.

²⁸² DELARUE, J-M (2011) *Rapport annuel du contrôleur général des lieux de privation de liberté*, éditions Dalloz, Paris, p. 88.

²⁸³ COLDEFY, M. (2004) *Les secteurs de psychiatrie générale en 2000*, DREES, ministère de la Santé, documents de travail, mars 2004, n°42 ; COLDEFY, M. *et al* (2009) « Cinquante ans de sectorisation psychiatrique en France : des inégalités persistantes de moyens et d'organisation » *Questions d'économie de la santé*, n°145., p. 97.

psychiatres dont 45,8% de femmes, soit une densité de 20,9 psychiatres pour 100 000 habitants²⁸⁴. Toutefois, ces chiffres ne concernent pas la psychiatrie infanto-juvénile, dont les praticiens sont moins d'un millier²⁸⁵. Plusieurs psychiatres se sont émus des départs à la retraite des baby-boomers provoquant une forte diminution des effectifs de psychiatres ces dernières années²⁸⁶. Au 1^{er} janvier 2010, l'âge moyen des psychiatres était de 52,5 ans, faisant baisser le nombre de psychiatres de 8,3% entre 2006 et 2030²⁸⁷.

Ensuite, 46,2% des psychiatres exercent majoritairement en cabinet libéral tandis que le reste (40,6%) exerce en établissement de santé, en centre de soins de ville ou en établissement pénitentiaire. L'hôpital public en particulier est déserté par les psychiatries en raison de la lourdeur de l'administration hospitalière et du manque de valorisation de la profession²⁸⁸.

Il existe deux modes d'admission psychiatrique hospitalière : l'hospitalisation libre et l'hospitalisation sous contrainte, c'est-à-dire sans le consentement du patient. Le consentement se définit comme le fait de donner son accord à une action, un projet²⁸⁹, ici des soins de nature psychiatrique. Cette dichotomie s'applique aussi bien à la psychiatrie française que britannique. En France, le député Denys Robiliard recense en 2009 une augmentation des hospitalisations sous contrainte²⁹⁰. Entre 2006 et 2011, elles auraient augmenté de 48%. Les hospitalisations sous contrainte représentent 23% de l'ensemble des personnes prises en charge en hospitalisation complète en psychiatrie, ce qui constitue une part non négligeable des patients²⁹¹.

En contrepartie, la Cour des Comptes française a constaté une baisse du nombre de lits en 60 ans. Ceux-ci seraient passés de 130 000 à 57 000. En 1950, la durée moyenne d'un séjour en hôpital psychiatrique était de 300 jours en moyenne, contre 28 en 2012²⁹². Si le nombre de places en psychiatrie a considérablement diminué, le nombre d'hospitalisations sans

²⁸⁴ DELARUE, J-M (2011), *op. cit.*, p. 88.

²⁸⁵ COLLET, M. & SICART, D. (2008) « La démographie des psychiatriques : état des lieux » dans *Les professionnels de la santé mentale*, DREES, 1^{er} janvier 2008, ministère de la Santé, p. 150.

²⁸⁶ Entretien avec le Dr. Giroux, psychiatre en cabinet libéral le 28 juin 2017 ; ATTAL-TOUBERT, K. & VANDERSCHELEN, M. (2009) « La démographie médicale à l'horizon 2030 : Nouvelles projections nationales et régionales détaillées » – Dossiers solidarité-santé, DREES, ministère de la Santé, n°12, I-2009, p. 227.

²⁸⁷ *Ibid*, p. 228.

²⁸⁸ DELARUE, J-M (2011), *op. cit.*, p. 91.

²⁸⁹ Site Internet du LAROUSSE, au sujet de la définition du consentement en règle générale : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/consentement/18359> (consulté le 16 août 2017), *np*.

²⁹⁰ ROBILIARD, D. (2013) Rapport n° 1284 relatif à la proposition de loi relative aux soins sans consentement en psychiatrie. Assemblée Nationale, 17 juillet 2013, p. 59.

²⁹¹ *Ibid*, p. 103.

²⁹² COUR DES COMPTES (2012) « L'organisation des soins psychiatriques : les effets du plan 'psychiatrie et santé mentale' (2005-2010) » Paris, La Documentation française, p. 156.

consentement du patient s'est rapidement accru. Quelles sont les causes de cette évolution ?

L'adoption progressive d'une logique néolibérale et sécuritaire serait en cause. Le contrôle, voire la suppression du « risque » que représentent les personnes atteintes de troubles mentaux constitue une première justification à cette hausse des hospitalisations sous contrainte. Plusieurs auteurs²⁹³ dénoncent cette dérive sécuritaire de l'hôpital psychiatrique qui veut étouffer le moindre comportement ne se conformant pas aux normes de la société : « la répression des réactions sociales est inacceptable [...], tous les actes individuels sont asociaux. Les fous sont les victimes individuelles par excellence de la dictature sociale... il n'est pas au pouvoir des lois d'enfermer tous les hommes qui pensent et agissent autrement »²⁹⁴.

Certes, l'hospitalisation sous contrainte semble justifiée lorsque le patient devient incontrôlable, attente à sa propre vie ou celle des autres. Cette situation toutefois ne concerne qu'une part infime des personnes souffrant de troubles mentaux et ne devrait pas être étendue aux autres patients.

La deuxième cause imputée à la hausse des hospitalisations sans consentement réside dans la baisse des moyens financiers alloués à la psychiatrie.

Période de crise économique oblige, la psychiatrie subit de plein fouet la baisse de ses ressources ordonnées par le ministère de la Santé : « mesures drastiques d'économie, réductions à venir du nombre de lits d'hospitalisation malgré leur chute déjà impressionnante, coupes annoncées dans les effectifs soignants, pression managériale accrue de jour en jour et déclin des formations »²⁹⁵.

Or, il est difficile de dispenser des soins de qualité si les ressources financières et les effectifs de soignants connaissent des baisses importantes. Il devient de plus en plus difficile pour les soignants de prendre le temps de bâtir une véritable relation patient-soignant. Agir en permanence dans l'urgence rend difficile, *in fine*, de traiter le patient avec humanité et dignité. Cette baisse des fonds se constate également au Royaume-Uni : « baisse des ressources financières allouées à la psychiatrie depuis deux décennies, baisse du nombre de soignants, départ à la retraite anticipée des soignants plus âgés, baisse du taux de recrutement de nouveaux

²⁹³ ARTAUD, A. (1975) « Lettre aux médecins-chefs des asiles de fous » *La Révolution Surréaliste*, n°3, 15 avril 1925, réédité par les éditions Jean-Michel Place, p. 27 ; NAJMAN, T. (2015), *op. cit.*, p. 94.

²⁹⁴ *Ibid.*, p. 27.

²⁹⁵ *Ibid.*, pp. 199-200.

soignants ayant conduit à la fermeture de plusieurs unités psychiatriques »²⁹⁶.

Paradoxalement, le nombre de patients psychiatriques n'a pas baissé. Les unités de soins psychiatriques « se retrouvent rapidement débordées, situation constatée aussi bien au Royaume-Uni qu'aux Etats-Unis »²⁹⁷. De ce fait, les soignants toutes professions confondues se détournent des établissements de soins psychiatriques. Les soignants ayant choisi d'y exercer souffrent d'une réelle impuissance à pouvoir délivrer des soins de meilleure qualité²⁹⁸. La pression managériale enjoignant de toujours faire mieux en disposant de moyens clairement insuffisants crée un climat de travail anxiogène pour ces soignants : « 28% des soignants psychiatriques du secteur public souffrent de troubles mentaux mineurs, tels que l'anxiété et la dépression »²⁹⁹. Ces troubles seraient liés à l'augmentation de leur charge de travail, du manque d'effectifs ainsi qu'à un sentiment d'insécurité causé par les perpétuels changements d'organisation au sein de l'hôpital³⁰⁰.

A ce sujet, la loi de 2016 de modernisation de notre système prévoit la généralisation des GHT (Groupements hospitaliers de territoire). Depuis juillet 2016, ils regroupent obligatoirement tous les établissements publics de santé du territoire (souvent une région) auxquels peuvent s'ajouter les établissements privés.³⁰¹ Il s'agit d'un dispositif dans lequel les établissements de santé publics s'engagent au moyen d'une convention à se coordonner autour d'une stratégie de prise en charge commune du patient.³⁰² La doctrine s'est rapidement opposée à ce projet³⁰³ : sous couvert de vouloir améliorer la prise en charge du patient, le GHT chercherait surtout à contrôler les dépenses de santé réalisées au sein des établissements concernés, opérer des restructurations sous l'égide de l'ARS compétente³⁰⁴, etc. Cette coopération est mobilisée

²⁹⁶ BAKER J. O. & GUTHEIL T. G. (2011) « Are you kidding?': Effects of funding cutbacks in the mental health field on patient care and potential liability issues » *Journal of Psychiatry & Law* 39, 425-432.

²⁹⁷ BAKER J. O. & GUTHEIL T. G. (2011), *op. cit.*, p. 426.

²⁹⁸ APPELBAUM, P. S. & GUTHEIL, T. G. (2007) *Clinical handbook of psychiatry and the law* (4th ed.) Baltimore, MD: Lippincott, Williams & Wilkins, p. 373.

²⁹⁹ NOLAN P. & SMOJKIS, N. (2003) « The mental health of nurses in the UK » *Advances in Psychiatric Treatment*, 9, 374-379.

³⁰⁰ *Ibid*, p. 376.

³⁰¹ Décret n°2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire et décret n°2017-701 du 2 mai 2017 relatif aux modalités de mise en œuvre des activités, fonctions et missions mentionnées à l'article L 6132-3 du Code de la santé publique, au sein des groupements hospitaliers de territoire.

³⁰² VARNIER, F. & TREPRAU, M. (2016) « La coopération hospitalière au service de la modernisation de notre système de santé » *RDSS*, 2016, p. 620.

³⁰³ CLEMENT, J-M (2016), *op. cit.*, p. 107.

³⁰⁴ ROMANENS, J-L (2016) « Loi de modernisation de notre système de santé : chronique d'une naissance dévoyée » *Revue de droit & santé* n°69, p. 24.

« comme un instrument de restructuration, elle constitue dans le même temps un instrument de gestion »³⁰⁵, la contrainte exercée remettant en question la notion même de coopération.³⁰⁶

Tout établissement sous l'égide d'un GHT est débiteur d'un 'projet médical partagé' sur l'ensemble du territoire concerné. Les professionnels de santé médicaux, paramédicaux, sociaux et médico-sociaux sont invités à concilier leurs efforts afin de dispenser des soins de qualité et assurer le suivi médical du patient.³⁰⁷ Ils n'ont pourtant pas voix au chapitre concernant les exigences attendues d'eux par le législateur de 2016.

Le GHT est placé sous le leadership de l'établissement de santé le plus important du territoire, désigné par le directeur général de l'ARS et appelé 'établissement pivot'³⁰⁸. Les professionnels de santé et les établissements concernés devraient répondre de leurs actes si le coût des soins dispensés devait dépasser une certaine somme prévue dans le 'projet médical partagé'. La volonté du gouvernement de contrôler l'ensemble des dépenses de santé est mise en évidence. La démarche semble honnête au premier abord, puisque le regroupement des établissements de santé permettrait de faciliter les soins. Néanmoins, cette première approche révèle une complexification inutile ayant pour objectif de réduire autant que possible les dépenses de santé.³⁰⁹ Il s'agit de soigner plus de patients, dans des structures de plus grande taille à un moindre coût, sous l'égide de l'ARS qui exercera un droit de regard sur les soins prescrits. Il faut ici relever un changement de paradigme : l'objectif de la psychiatrie ne serait plus l'amélioration de l'état de santé du patient comme un but mais un moyen³¹⁰. Il faudrait y voir une recherche de la performance³¹¹ s'inscrivant dans la continuité du service public hospitalier afin de faire bénéficier à chaque usager des soins de qualité. Pourtant, cette noble intention fait apparaître en filigrane la quête d'une réduction des coûts. Faut-il y voir une amélioration ou

³⁰⁵ KELLER, C., LOUAZEL, M., MOQUET-ANGER, M-L (2013) « Les outils de coopération issus de la loi HPST : des instruments au service de la restructuration hospitalière » *RDSS* 2013, p. 687.

³⁰⁶ TOURMENTE, D. (2016) « Les groupements hospitaliers de territoire : missions et gouvernance de ces nouvelles structures de coopération » *JCP A*, 2016 n° 2333.

³⁰⁷ GENISSON, C. & MILON, A. (2014) « Coopération entre professionnels de santé : améliorer la qualité de prise en charge, permettre la profession dans le soin et ouvrir la possibilité de définir de nouveaux métiers » *Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales*, Sénat, n°318, 28 janvier 2014, p. 331.

³⁰⁸ CLEMENT, J-M (2016), *op. cit.*, p. 108.

³⁰⁹ CABANIS, J.-N. (2016) « La loi du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de notre système de santé : une nouvelle étape pour la santé publique » *RDSS*, 2016, p. 597.

³¹⁰ MOULLEC, G. (2017) *op. cit.*, p. 77.

³¹¹ RICCI, J.-C. (2016) « Le Service public hospitalier, outil de performance ? » in *Modernisation du système de santé, un an d'application de la loi du 26 janvier 2016*, Les cahiers de droit de la santé, sous la direction de G. Nicolas et V. Vioujas, LEH Editions, p. 81.

une dénaturation du service public hospitalier contraint à des objectifs de rentabilité ?³¹² Gérer l'hôpital psychiatrique public comme une entreprise serait inavouable pour l'exécutif : en revanche, mais mettre en exergue la performance des soins est plus acceptable...

Cette volonté met en péril la qualité des soins en psychiatrie comme en médecine générale : il ne saurait y avoir de traitement 'express' afin de traiter les pathologies. La psychiatrie est une discipline souffrant déjà d'un manque de moyens et la prise en charge psychiatrique ne peut être expéditive. La rémission du patient psychiatrique requiert du temps, de l'écoute, des échanges avec les soignants... autant de considérations ignorées par l'exécutif dans sa recherche du profit. La volonté du gouvernement de systématiser les GHT s'avère donc « être un cautère sur une jambe de bois ».³¹³ Améliorer la qualité des soins par la création d'une nouvelle bureaucratie serait contre-productif : en revanche, renforcer les effectifs de soignants et le nombre de lits disponibles constituent des mesures concrètes afin de pourvoir efficacement aux besoins de santé de la population.

En tout état de cause, il faudra aborder les procédures d'admissions existantes en hôpital psychiatrique, dites libre et sous contrainte en droit français.

b) La procédure d'admission sous contrainte en droit français

Avant d'étudier précisément les dispositions en vigueur concernant l'admission en hôpital psychiatrique en droit français et britannique, il convient de présenter en substance cette procédure.

Le premier cas concerne la gestion d'une **situation d'urgence au sein d'un établissement de santé**. Comment est gérée l'admission en hôpital psychiatrique d'un individu dangereux pour lui-même ou les autres lorsqu'il se trouve déjà au sein d'un établissement de santé ?

Deux types d'organisation sont possibles³¹⁴ :

- Dans un établissement de santé général (non spécialisé en psychiatrie), le patient est transféré vers une unité de soins psychiatriques au sein même de l'établissement lorsqu'il en existe une.

³¹² VIOUJAS, V. (2016) « La résurrection du service public hospitaliers » *AJDA*, 2016, p. 1272.

³¹³ CLEMENT, J-M (2016), *op. cit.*, p. 127.

³¹⁴ LAUNAY, C. (2002) « Les différents dispositifs d'accueil des urgences psychiatriques » *Annales Médico-Psychologiques*, 160, 191-193.

Il y restera en observation pendant 72 heures avant que son admission ne soit décidée en fonction de son diagnostic, établi par un psychiatre.

- A l'issue de cette période d'observation, le patient est confié à un service de soins adapté à son niveau de dangerosité une fois son diagnostic établi.

S'il se montre agressif voire violent, il peut être transféré vers une unité plus sécurisée.³¹⁵

Cette période d'observation de 72 heures légalise une pratique déjà courante dans de nombreux établissements de santé. Elle devait permettre d'éviter certaines hospitalisations sous contrainte lorsque l'état de santé du patient le permettait.

Tout soignant amené à assurer la prise en charge médicale du patient peut demander son hospitalisation psychiatrique. Si le patient est agité, dangereux pour lui-même ou autrui, un psychiatre peut lui administrer un traitement afin de le contrôler³¹⁶. En pratique, ce sont les infirmiers et les aides-soignants qui assureront l'admission du patient aux soins sous contrainte³¹⁷. L'hospitalisation implique de contenir et rassurer le patient sur la nécessité de celle-ci afin qu'elle se déroule dans les meilleures conditions possibles.

Cette même **situation d'urgence** peut se produire **hors établissement**, dans l'intimité d'un foyer familial, sur le lieu de travail, dans un lieu public, etc. La procédure d'admission sera alors différente. Cette situation d'urgence est appelée **hospitalisation sous contrainte en cas de péril imminent** (article L 3212-1 2° du Code de la santé publique).³¹⁸

Néanmoins, ce mode d'hospitalisation sous contrainte risque de susciter une augmentation des admissions sans consentement, notamment concernant les personnes sans domicile fixe. S'agissant des malades les plus isolés, ils sont moins susceptibles bénéficier d'une sortie de l'établissement à terme. Celle-ci nécessite en effet une domiciliation du patient, c'est-à-dire l'adresse d'un proche susceptible de prendre en charge le patient réinséré dans la société.³¹⁹

De même, il faut craindre des hospitalisations hâtives « sans recul sur la situation clinique » du

³¹⁵ MASSE, G. (2011) « La réforme de la psychiatrie : il faut garder raison », *Nervure*, 3 : éditorial ; VACHERON M-N. & LAQUEILLE, X. (2012) « L'admission en soins psychiatriques sous contrainte : apports et limites de la loi du 5 juillet 2011 », *Centre Laennec*, 2012/1, pp. 10-23 ; THERON, S. (2014), « Les urgences psychiatriques en établissement », *Revue de droit sanitaire et social (RDSS)*, Dalloz, N° 4, p. 707-719.

³¹⁶ BOITEUX, C., CLOSTRE, M., QUEREL, C. & GALLARDA, T. (2004) « Psychiatric emergency » *Encyclopédie Médico-Chirurgicale-Psychiatrie*, vol.1, 87-104.

³¹⁷ NUNS, N. (2005) « Les urgences psychiatriques à l'hôpital général » *Annales Médico-Psychologiques*, 163, 607-610.

³¹⁸ GRENOUILLOUX, A. (2011) « Ethique et normes en psychiatrie et santé mentale », *L'Information Psychiatrique*, 87 ; 6, pp. 479-486.

³¹⁹ CAMBIER, G., BOUGEROL, T. & MICHELETTI, P. (2013) « Enquête qualitative sur la loi du 5 juillet 2011 en psychiatrie », *Santé Publique*, 2013/6, vol. 25, pp. 793-802.

patient. La notion de « péril imminent » permet de contourner l'absence de tiers demandant l'hospitalisation du malade.

Qu'importe le contexte, qu'il s'agisse d'une situation d'urgence ou non, le droit régit les admissions en hôpital psychiatrique, avec ou sans le consentement du patient.

Que prévoit le droit en la matière ?

- Avant l'adoption de la loi du 5 juillet 2011

Trois lois ont régi la procédure d'admission des patients en hôpital psychiatrique, qu'il s'agisse d'une hospitalisation libre (volontaire de la part du patient), ou sous contrainte (sans le consentement du patient) : la loi Esquirol de 1838, la loi Evin de 1990 et la loi du 5 juillet 2011.

La **loi Evin de 1990** désirait « défendre les hospitalisations libres », qui devaient devenir le mode d'admission majeur en hôpital psychiatrique. Ce mode d'hospitalisation, qui n'existait pas sous la loi Esquirol de 1838, reconnaît aux patients bénéficiant de soins psychiatriques les mêmes droits que les patients traités pour d'autres pathologies³²⁰. Cette volonté est restée sans effet, avec « un accroissement régulier et permanent des admissions sans consentement » qui se poursuit encore aujourd'hui³²¹.

La **loi Kouchner du 4 mars 2002**³²² a été promulguée avec pour objectif de mieux répondre aux attentes des malades, « afin d'améliorer leurs droits et mieux définir le rôle des professionnels de santé »³²³. Le principal apport de cette loi a été de renforcer le respect des droits des patients par les soignants dans le cadre d'une hospitalisation ou des soins ambulatoires. Sans concerner spécifiquement les patients en psychiatrie, ces derniers voient leurs droits consacrés par cette loi.

La loi Kouchner apporte quelques modifications à la loi Evin de 1990 afin d'assurer le respect

³²⁰ COELHO, J. (2011) *Soins psychiatriques et juge des libertés de la détention (JLD)*, éditions Les Etudes Hospitalières, p. 14.

³²¹ NAJMAN, T. (2015), *op. cit.*, p. 192.

³²² Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, dite loi Kouchner.

³²³ CARDIN, H. (2014) « La loi du 4 mars 2002, dite 'loi Kouchner' », *Les Tribunes de la Santé*, 2014/1, n° 42, pp. 27-33.

des droits fondamentaux des patients, qu'ils soient hospitalisés ou non.

D'une part, la loi de 2002 protège l'accès direct aux informations de santé des patients, recueillies dans le cadre d'une hospitalisation sans consentement. Selon l'article L 1111-7 du Code de la Santé publique, cet accès peut être subordonné à la présence d'un médecin désigné par le demandeur en cas de risques d'une gravité particulière³²⁴.

Ensuite, l'article L 3211-11-1 du Code de la santé publique (CSP) dispose que les personnes hospitalisées sans leur consentement peuvent bénéficier d'autorisations de sortie de l'établissement de courte durée (n'excédant pas 12 heures). Le patient devra être accompagné d'un ou plusieurs soignants employés dans l'établissement de santé hébergeant le patient. Ces sorties peuvent être autorisées pour motif thérapeutique ou si des démarches extérieures s'avèrent nécessaires³²⁵.

L'article L 3211-11-1 du CSP redéfinit également une condition primordiale dans le régime d'hospitalisations sous contrainte. Chez le patient, cette condition suppose la présence de troubles mentaux nécessitant des soins et compromettant la sûreté des personnes, ou portant atteinte de façon grave à l'ordre public.³²⁶ Malgré ces timides avancées, les praticiens appelaient une réforme de leurs vœux afin d'en corriger les faiblesses³²⁷. Plusieurs dysfonctionnements de cette loi ont été relevés dans un rapport conjoint de l'Inspection générale des affaires sociales et de l'Inspection générale des services judiciaires de 2005³²⁸. L'admission sous contrainte en l'absence de tiers autorisant cette hospitalisation, le manque de solutions alternatives à l'hospitalisation, l'insuffisance du nombre de lits, la nécessité de renforcer les droits des patients constituaient autant de problèmes irrésolus.

Les psychiatres n'étaient pas les seuls à fustiger une loi qu'ils jugeaient inefficace. En effet, la jurisprudence s'efforçait d'en corriger les lacunes. Par exemple, un arrêt du Conseil d'État rendu en 2003³²⁹ indique que le tiers autorisant l'hospitalisation sous contrainte du patient

³²⁴ COELHO, J. (2011), *op. cit.*, p. 16.

³²⁵ *Ibid.*, p. 16.

³²⁶ *Ibid.*, p. 16.

³²⁷ COELHO, J. (2006) « Hospitalisations psychiatriques sous contrainte : Plaidoyer pour une réforme » *Revue de Droit Sanitaire et Social*, mars-avril 2006, n°2, p. 249.

³²⁸ LOPEZ, A., YENI, I., VALDES-BOULOUQUE, M. & CASTOLDI, F. (2005) « Propositions de réforme de la loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation ». Rapport de l'IGAS et de l'IGSJ n°2005-04 et n°11/05, p. 164.

³²⁹ Conseil d'Etat, arrêt n°244867 du 3 décembre 2003 *in* LOPEZ, A., YENI, I., VALDES-BOULOUQUE, M. & CASTOLDI, F. (2005), *op. cit.*, p. 165.

devait entretenir avec lui un lien personnel et antérieur à la demande de soins. Cette procédure a ainsi été renforcée afin d'en réduire le risque d'arbitraire. Sous l'empire de cette loi, il n'était pas rare de faire 'enfermer' un proche devenu indésirable dans un litige successoral par exemple³³⁰.

En effet, la notion de 'lien personnel' était appréciée de manière extensive dans le texte de la loi Evin de 1990. Il pouvait s'agir de n'importe quelle personne ayant rencontré le malade et agissant à titre personnel, à l'exception des soignants de l'établissement d'accueil.

Face à ces dérives, le Conseil d'Etat a logiquement décidé d'y mettre un terme³³¹.

Plus inquiétant encore était le manque de contrôle du juge dans le contentieux des conditions d'hospitalisation... celui-ci semblait peu impliqué³³².

A ce titre, la France a été condamnée à plusieurs reprises par la Cour européenne des Droits de l'Homme (CEDH) au sujet de l'application de la loi de 1990.

Par exemple, le juge français tardait à statuer sur la demande de mainlevée de cette mesure à l'occasion d'une hospitalisation sous contrainte. Le patient avait agi en réparation du préjudice subi à propos du délai excessif de réponse du juge. La France a alors été condamnée dans trois affaires, pour un retard de délai de 46 jours à compter de la demande de mainlevée exprimée par le patient³³³, puis de 24 jours³³⁴, et enfin de 4 mois³³⁵.

Ce délai de réponse excessif s'est reproduit à l'occasion des difficultés d'articulation entre le juge judiciaire et le juge administratif. Cette dichotomie avait provoqué une multiplication inutile des recours, empêchant le requérant de dénoncer l'hospitalisation sous contrainte dont il faisait l'objet. Il avait obtenu gain de cause en faisant condamner la France devant la Cedh³³⁶.

Sous le régime de la loi de 1990, le juge administratif était compétent pour contrôler la légalité externe de la décision d'hospitalisation, c'est-à-dire sur la forme. Le juge judiciaire se prononçait sur le bien-fondé de l'hospitalisation, autrement dit sur le fond. En cas de disproportion de cette mesure d'hospitalisation, seul le juge judiciaire pouvait ordonner la

³³⁰ BERNARDET, P. & DERIVERY, C. (2002) *Enfermez-les tous ! Internements : le scandale de l'abus et de l'arbitraire en psychiatrie*, éditions Robert Laffont, p. 241.

³³¹ COELHO, J. (2011), *op. cit.*, p. 22.

³³² *Ibid*, p. 22.

³³³ Patoux c/ France (2011), n° 35079/06 in LOPEZ, A., YENI, I., VALDES-BOULOUQUE, M. & CASTOLDI, F. (2005), *op. cit.*, p. 167.

³³⁴ LR v France (2002) App No 33395/96 ECHR in LOPEZ... *ibid*, p. 169.

³³⁵ Mathieu c/ France (2005), no. 68673/01 in LOPEZ... *ibid*, p. 171.

³³⁶ Baudouin c/ France (2010), n°35935/03 in LOPEZ... *ibid*, p. 173.

mainlevée³³⁷.

La complexité de ces recours a porté atteinte au droit du patient à la liberté et à la sûreté en l'empêchant de contester la décision le privant de sa liberté d'aller et venir. Prévue à l'article 5 de la Convention européenne des Droits de l'Homme, cette liberté dispose que « toute personne a droit à la liberté et à la sûreté. Nul ne peut être privé de sa liberté sauf dans les cas suivants [...] »³³⁸, c'est-à-dire « la détention régulière d'une personne susceptible de provoquer une maladie contagieuse, d'un aliéné, d'un alcoolique, d'un toxicomane ou d'un vagabond ». Cette notion d'aliéné sera expliquée ultérieurement.

Ces différentes condamnations amènent le pouvoir exécutif à adopter le décret du 20 mai 2010³³⁹, codifié aux articles R 3211-2 à R 3211-18 du Code de la santé publique.

Ce texte dispose que l'ordonnance du juge des libertés et de la détention (juge judiciaire chargé de contrôler le bien-fondé de la décision d'hospitalisation) doit être rendue dans un délai de 12 jours à compter de l'enregistrement de la requête au greffe. Ce délai est porté à 25 jours dans le cas où une expertise est ordonnée³⁴⁰. A peine quatre ans plus tard, le Conseil constitutionnel rend une décision³⁴¹ déclarant ces délais ainsi que les dispositions de l'article L 3212-7 du Code de la santé publique contraires à la Constitution.

Ces dispositions prévoyaient que l'hospitalisation psychiatrique sans consentement pouvait être maintenue au-delà d'un délai de 15 jours sans contrôle du juge judiciaire.

Or, le risque de détention arbitraire provoqué par ces dispositions méconnaissait l'article 66 de la Constitution française du 4 octobre 1958 selon lequel « nul ne peut être arbitrairement détenu. L'autorité judiciaire, gardienne de la liberté individuelle, assure le respect de ce principe ».

Le Conseil constitutionnel émet toutefois une réserve d'interprétation³⁴². Bien que le juge judiciaire soit tenu de statuer dans les meilleurs délais, il doit recueillir toutes les informations nécessaires concernant l'état de santé du patient avant de se prononcer.

³³⁷ Baudouin c/ France (2010), n°35935/03 in LOPEZ... *ibid*, p. 174.

³³⁸ Article 5 (1) (a) de la Convention européenne de sauvegarde des Droits de l'Homme.

³³⁹ Décret n°2010-526 du 20 mai 2010 relatif à la procédure de sortie immédiate des personnes hospitalisées sans leur consentement.

³⁴⁰ COELHO, J. (2010) « Le décret du 20 mai 2010 relatif à la procédure de sortie immédiate des personnes hospitalisées sans leur consentement » *Gazette de l'Hôpital*, octobre 2010, n°88, p. 9.

³⁴¹ Conseil Constitutionnel, décision n°2010-71 QPC du 26 novembre 2010, dite décision Mlle Danielle S (hospitalisation sans consentement) in COELHO, J. (2010), *op. cit.*, p. 9.

³⁴² Conseil Constitutionnel, décision n°2010-71 QPC du 26 novembre 2010, in COELHO, J. (2010), *op. cit.*, p. 9.

La déclaration d'inconstitutionnalité de ces dispositions a été fixée au 1^{er} août 2011 afin de permettre au législateur d'y remédier. Il était alors urgent d'édicter une nouvelle loi régissant les admissions psychiatriques.

Le Conseil constitutionnel ne s'arrête pas là. Dans une deuxième décision rendue le 9 juin 2011³⁴³, il déclare à nouveau contraires à la Constitution les dispositions des articles L 3213-1 et 3213-4 du Code de la santé publique car elles ne permettaient pas un contrôle suffisant des hospitalisations d'office. A l'instar de la décision de 2010, le Conseil constitutionnel reporte la prise d'effet de sa décision au 1^{er} août 2011.

Au cours des débats parlementaires sur le texte de cette nouvelle loi, le contrôleur général des lieux de privation des lieux de liberté rend un avis en date du 15 février 2011³⁴⁴. Il y considère que « dans les conflits entre praticiens, malades, autorités de protection des tiers... l'autorité judiciaire doit jouer davantage son rôle... en cas de désaccord entre le corps médical et l'autorité administrative, le juge compétent [doit] trancher, le directeur d'établissement étant alors tenu de lui en référer sans formalité »³⁴⁵.

De ce fait, la nouvelle loi en préparation devait permettre au juge judiciaire d'assurer un véritable contrôle des hospitalisations psychiatriques sous contrainte. Cette volonté louable a pour objectif de préserver autant que possible les libertés individuelles des patients. En effet, ce contrôle devait permettre de vérifier le bien-fondé de la décision d'hospitalisation.

Cette volonté du législateur doit composer avec la survenue d'un fait divers. En décembre 2008, un patient réalise une fugue de l'hôpital Saint-Égrève, à Grenoble, et tue un jeune homme dans sa fuite. Le président de la République de l'époque, Nicolas Sarkozy, s'empare alors de l'événement et donne une impulsion résolument sécuritaire³⁴⁶ au projet de loi.

Par conviction personnelle ou volonté de rallier davantage d'électeurs à sa cause, le projet de loi adopte une politique du 'risque zéro' aussitôt rejetée par les psychiatres.

Plus inquiétants encore sont les termes de Nicolas Sarkozy lors d'un discours tenu en décembre

³⁴³ Conseil Constitutionnel, décision n°2011-135/140 QPC du 9 juin 2011, dite M. Abdellatif et autre (hospitalisation d'office) in COELHO, J. (2010), *op. cit.*, p. 10.

³⁴⁴ Avis du 15 février 2011 relatif à certaines modalités de l'hospitalisation d'office et aux recommandations relatives à la santé mentale et aux droits des malades in COELHO, J. (2010), *op. cit.*, p. 10.

³⁴⁵ Avis du 15 février 2011 relatif à certaines modalités de l'hospitalisation d'office et aux recommandations relatives à la santé mentale et aux droits des malades in COELHO, J. (2010), *op. cit.*, p. 10.

³⁴⁶ Site Internet du SYNDICAT DES PSYCHIATRES DES HÔPITAUX, « Digest commenté du discours de N. Sarkozy : http://www.sphweb.info/IMG/pdf/Reactions_au_discours_presidentiel_d_Antony_V3-2.pdf (consulté le 11 août 2017), *np*.

2008 : « Tous les malades mentaux sont potentiellement dangereux, potentiellement criminels »³⁴⁷.

Les soignants dénoncent alors le projet de loi, « provoquant un basculement radical de la pratique psychiatrique qui conduira les équipes soignantes à se transformer en une police sanitaire psychiatrique, dont le rôle sera réduit à surveiller, contrôler, injecter... [il s'agit] d'une psychiatrie carcérale, d'enfermement, où l'on ne parle même plus et où l'on se contente d'administrer des traitements médicamenteux massifs »³⁴⁸.

En effet, M. Sarkozy prévoyait de « débloquer 30 millions d'euros pour un plan de sécurisation des hôpitaux psychiatriques ». Cette obsession sécuritaire se concrétise à travers plusieurs mesures :

- Mieux contrôler les entrées et sorties des établissements et prévenir les fugues
- Equiper certains patients hospitalisés sans leur consentement d'un dispositif de géolocalisation, tel que le port du bracelet électronique
- Installer au moins une unité fermée dans chaque établissement qui le nécessite, équipée de portes et de systèmes de vidéosurveillance
- Aménager 200 chambres d'isolement dans l'ensemble des établissements de soins psychiatriques
- Créer quatre unités supplémentaires pour malades difficiles (UMD) de quarante lits chacune³⁴⁹ grâce au versement de 40 millions d'euros supplémentaires.

Ce même discours affiche la volonté présidentielle de renforcer les conditions d'admission.

Le projet de loi prévoit alors de réformer les procédures d'hospitalisation d'office, d'instaurer une obligation de soins ambulatoires et d'encadrer davantage les sorties d'essai (ou définitives) des patients ayant fait l'objet d'une hospitalisation complète. Enfin, il prévoit d'instaurer un système interdépartemental de fichage administratif des malades hospitalisés d'office³⁵⁰.

Les mesures proclamées par M. Sarkozy présentent une certaine contradiction. Il annonce sa volonté de renforcer la sécurité dans les établissements de soins (vidéosurveillance, augmentation du nombre de chambres d'isolement...), mais également de favoriser la mise en

³⁴⁷ SCHALLER, J-J (2011) « Des espaces institutionnels : Lieux à vie ou lieux à vivre ? » *Le sujet dans la cité*, 2011/1, n°2, pp. 75-89.

³⁴⁸ *Ibid*, p. 81.

³⁴⁹ MAILLARD-DECHENANS, N. (2013) « Loi du 5 juillet 2011 : un toilettage bienvenu », *Santé Mentale*, n°180, pp. 6-8.

³⁵⁰ *Ibid*, p. 8.

place de soins ambulatoires. Ces propositions s'avèrent inconciliables. Le projet de loi s'avère résolument sécuritaire dans son esprit. Difficile de croire que les patients pourront bénéficier d'un programme de soins ambulatoires s'ils sont considérés 'dangereux, potentiellement criminels'...

D'autre part, il convient d'insister sur la nécessité de préserver la vie privée des malades. Comment imaginer que l'usage de la vidéosurveillance puisse être cautionné dans un établissement de santé ? Une telle privation de libertés est déjà controversée dans les établissements pénitentiaires, alors que penser de celle-ci ! Les malades ne doivent en aucun cas être confondus avec des personnes condamnées. Il ne s'agit pas de détenus mais de patients, qui plus est bénéficiant de droits en vertu de la loi Kouchner de 2002.

Le fichage administratif des malades hospitalisés sans consentement pose un autre problème de taille. Jusqu'à preuve du contraire, seuls les individus constituant un danger avéré pour l'ordre public peuvent figurer sur un registre à la disposition des forces de l'ordre. Pour n'en citer qu'un seul, le 'fichier S' de personnes soupçonnées d'entretenir des liens avec des activités terroristes rappelle qu'un patient psychiatrique a peu de points communs avec une personne appréhendée pour des faits graves condamnés par la loi pénale.

En somme, le projet de loi n'établit presque plus de distinction entre un patient souffrant de troubles mentaux et une personne détenue, condamnée pour avoir commis sciemment des faits réprimés par la loi pénale.

Malgré l'opposition de la majorité des psychiatres, la loi est adoptée le 5 juillet 2011³⁵¹.

Sitôt adoptée, sitôt contestée : une pétition de 23 000 personnes est signée, constitués de la totalité des syndicats de psychiatrie, le syndicat national des psychologues, les syndicats de personnels soignants, des associations de psychanalystes, des associations de patients, des associations de familles et de membres du syndicat de la magistrature³⁵².

Née dans un climat houleux, que prévoit la loi du 5 juillet 2011 modifiée par la loi du 27 septembre 2013 ?

Fort des acquis des précédentes lois, le législateur de 2013 a souhaité renforcer la protection des droits des patients en santé mentale, notamment en confiant au juge judiciaire des libertés

³⁵¹ Loi n°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 *in* MAILLARD-DECHENANS, N. (2013), *op. cit.*, p. 8.

³⁵² MACHTO, P., CATHELIN, M. & BOKOBZA, H. (2011) « La loi sur la psychiatrie est absurde, incohérente et inapplicable ! » *Le Monde*, édition du 28 mars.

et de la détention de nouvelles prérogatives. Un contrôle renforcé des admissions sous contrainte *a posteriori* a, entre autres, été mis en place³⁵³.

Toutefois, ni la loi Esquirol de 1838, ni la loi de 1990 ni celle du 5 juillet 2011 ne définissent précisément en quoi consistent les troubles mentaux, malgré l'existence d'une définition fournie par l'OMS. Inclure la définition des troubles mentaux dans une loi relative aux admissions sous contrainte en hôpital psychiatrique n'est pas un simple détail.

Comment une loi privant de liberté un individu au prétexte qu'il souffre de troubles mentaux graves peut-elle être légitime si ces troubles ne sont même pas définis ?

En vérité, il semble que le législateur se fonde davantage sur le souci de protéger l'ordre public. La psychiatrie étant une discipline peu fiable, il suffirait de diagnostiquer des troubles mentaux graves chez l'individu perçu alors comme dangereux afin de l'interner.

Les dispositifs d'admission sous contrainte en hôpital psychiatrique mis en place ont été renforcés par la circulaire du 29 juillet 2011³⁵⁴.

Le nouvel article L 3211-2-1 du CSP prévoit deux formes de soins psychiatriques :

- L'hospitalisation complète dans un établissement de soins psychiatriques
- La dispensation de soins ambulatoires

Cette deuxième approche du soin signifie que le patient réside dans son propre domicile, en foyer spécialisé ou chez un proche. Il reçoit son traitement en se rendant dans un centre de soins dit de jour, car le patient n'y est pas hospitalisé. Un psychiatre exerçant dans ce centre établit un programme de soins que des infirmiers ou aides-soignants lui administrent. Il comprend le type de soins dispensé (médicaments, thérapies), la durée du traitement, etc. Dans certains cas, le patient prend le traitement seul sous la surveillance d'un soignant.

Seul un psychiatre participant à la prise en charge du patient peut modifier le contenu du programme de soins en tenant compte de l'évolution de son état de santé³⁵⁵.

Il convient de rappeler que le patient psychiatrique faisant l'objet d'une hospitalisation sous contrainte ne doit plus être capable d'exprimer son consentement. Celui-ci est apprécié selon un critère de faisceau d'indices chez le patient :

³⁵³ COELHO, J. (2011), *op. cit.*, p. 22.

³⁵⁴ Circulaire interministérielle DGOS/R4/312 du 29 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.

³⁵⁵ COELHO, J. (2011), *op. cit.*, p. 22.

- Recevoir l'information appropriée à la décision qui lui est demandée de prendre
- Entendre et de comprendre les informations qui lui sont fournies
- Faire preuve d'un raisonnement logique
- Exprimer son choix de manière intelligible
- Prendre une décision stable dans le temps³⁵⁶.

La déontologie médicale rappelle à l'article R 4127-36 du CSP que « le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas [...] si le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut intervenir sans que la personne de confiance, à défaut la famille ou un de ses proches a été prévenu et informé, sauf urgence ou impossibilité ».

En outre, l'article L 3211-1 du CSP, issu de la loi Kouchner de 2002, dispose que « nul ne peut se voir soigner en matière psychiatrique sans y avoir consenti ». Il existe alors deux exceptions pour les personnes relevant des hospitalisations sous contrainte.

Ces admissions faisant fi du consentement du patient concernent 84 000 hospitalisations par an rien qu'en France³⁵⁷, c'est pourquoi il est fondamental de les appréhender.

Selon l'article L 3211-2-2 du CSP, lorsqu'une personne est admise en soins psychiatriques, elle fait l'objet d'une période d'observation et de soins initiale prenant la forme d'une hospitalisation complète d'une durée maximale de 72 heures³⁵⁸.

Dans les 24 heures suivant l'admission, un médecin réalise un examen complet de la personne et un psychiatre de l'établissement d'accueil établit un certificat médical constatant son état de santé mental.

Le psychiatre confirme ou infirme la nécessité de maintenir les soins psychiatriques au regard des modalités d'admission prévues par le CSP, à savoir :

- L'admission sous contrainte à la demande d'un tiers (articles L 3212-1 et suivants CSP)
- L'admission sur décision d'un représentant de l'Etat (articles L 3213-1 et suivants

³⁵⁶ HAUTE AUTORITE DE SANTE (2005) : *Modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux* : www.sfum.org/documents/consensus/rpc_host_psy.pdf (consulté le 2 mars 2017), p. 74.

³⁵⁷ DELARUE, J-M (2013) Rapport annuel du contrôleur général des lieux de privation de libertés, éditions Dalloz.

³⁵⁸ COELHO, J. (2011), *op. cit.*, p. 23.

CSP)³⁵⁹.

Le dispositif prévoit que le psychiatre de l'établissement, auteur du certificat médical de 24 heures ne peut être le même médecin ayant rédigé le certificat médical à l'origine de l'admission du patient.

Au terme de la période d'observation de 72 heures suivant l'admission, un nouveau certificat médical est établi dans les mêmes conditions afin de déterminer la forme de la prise en charge du patient³⁶⁰. Ce troisième certificat médical a pour objectif d'appréhender les besoins de santé psychiatriques et somatiques du patient. Par exemple, le patient bipolaire peut souffrir d'hypertension.

Lorsque ces certificats médicaux concluent à la nécessité d'une prise en charge psychiatrique, un psychiatre de l'établissement d'accueil propose dans un avis motivé s'il s'agira de soins ambulatoires ou d'une hospitalisation complète³⁶¹.

Dès que son état de santé le lui permet, le patient est informé de sa situation juridique, de ses droits, des voies de recours qui lui sont ouvertes et des garanties qui lui sont offertes par l'intervention du juge des libertés et de la détention³⁶², sur laquelle nous reviendrons plus tard. Nous avons précédemment expliqué la procédure d'urgence du patient psychiatrique représentant un danger pour autrui ou lui-même, aussi appelé **admission en cas de péril imminent**. Il convient alors de s'intéresser aux deux autres formes d'hospitalisation sans consentement existant en droit français.

- L'admission à la demande d'un tiers

Qui peut agir en qualité de tiers ?

Selon l'article L 3212-1 du CSP, un membre de la famille du malade ou toute personne justifiant de l'existence de relations avec le malade antérieures à la demande de soins et lui donnant qualité pour agir dans son intérêt peut constituer le tiers en question.

Les infirmiers, aides-soignants, psychiatres... et autres professionnels de santé exerçant dans

³⁵⁹ *Ibid.* p. 23 ; THERON, S. (2017) *Les soins psychiatriques sans consentement*, Dunod, 2017, Aide-mémoire, 345 p.

³⁶⁰ *Ibid.*, p. 23.

³⁶¹ *Ibid.*, p. 23.

³⁶² *Ibid.*, p. 24.

l'établissement de soins psychiatriques ainsi que le tuteur ou curateur du patient ne peuvent agir en qualité de tiers.

Toutefois, en cas de 'péril imminent' pour la santé de la personne, le directeur de l'établissement de soins psychiatriques peut lui-même demander cette hospitalisation.³⁶³

Quelles sont les conditions tenant au patient ?

Lorsque l'admission du patient est demandée par le tiers, ou en cas de 'péril imminent', par le directeur de l'établissement d'accueil, deux conditions doivent être réunies :

- Les troubles mentaux du patient le rendent incapable d'exprimer son consentement ou son refus des soins
- Son état de santé mental exige 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 une forme ambulatoire.

La décision d'admission est assortie de deux certificats médicaux circonstanciés datant de moins de quinze jours. Elle doit attester que ces conditions sont réunies³⁶⁴.

- L'admission sur décision d'un représentant de l'État

Qui peut agir en qualité de représentant de l'Etat ?

En vertu de l'article L 3213-1 CSP, cette décision d'hospitalisation peut être prise par le préfet ou le maire. A Paris, un commissaire de police peut prendre cette décision sous la forme d'un arrêté.

Quelles sont les conditions tenant au patient ?

Les conditions suivantes doivent être réunies, peu importe que la décision d'hospitalisation provienne d'un préfet, d'un maire ou d'un commissaire de police :

- La personne présente des troubles mentaux graves nécessitant d'être traités

³⁶³ *Ibid*, p. 24.

³⁶⁴ *Ibid*, p. 24.

- Ces troubles mentaux compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte de façon grave à l'ordre public³⁶⁵.

Lorsque l'hospitalisation sous contrainte a été prononcée contre un individu (à l'issue de la période d'observation), le directeur de l'établissement doit adresser sans délai au juge des libertés et de la détention (JLD) une copie du certificat médical établi par un psychiatre de l'établissement d'accueil.

La mention 'sans délai' suppose que le certificat médical doit parvenir au JLD au plus tard au 8e jour à compter de l'admission du patient dans l'établissement hospitalier.

Le JLD territorialement compétent exerce dans le ressort de l'établissement de soins³⁶⁶.

En raison des nombreuses condamnations infligées par la Cour européenne des Droits de l'Homme, le législateur a renforcé le rôle du JLD afin de garantir au mieux les droits du patient hospitalisé sous contrainte.

- L'intervention du juge des libertés et de la détention

Le juge des libertés et de la détention (JLD) est un magistrat du siège. Il juge seul et assisté d'un greffier. Il intervient dans la phase d'instruction de divers contentieux, tels que celui de la garde à vue pour les personnes appréhendées pour avoir commis des faits réprimés par la loi.³⁶⁷ De plus, le JLD statue sur le contentieux des soins psychiatriques sans consentement³⁶⁸, qu'il s'agisse d'une admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers, sur décision d'un représentant de l'État ou en cas de 'péril imminent'. A l'heure actuelle, on dénombre environ 70 000 hospitalisations sous contrainte ordonnées chaque année en France.³⁶⁹

La loi du 5 juillet 2011 comporte une double extension du rôle du JLD.

D'une part, il doit se prononcer dans le cadre de tous les recours facultatifs dont il sera saisi à propos des admissions sous contrainte.

Ensuite, en cas d'hospitalisation complète, et qu'importe le mode d'admission du patient, le JLD intervient obligatoirement dans les quinze jours au plus tard de l'admission. Ensuite, il

³⁶⁵ *Ibid*, p. 27.

³⁶⁶ *Ibid*, p. 28.

³⁶⁷ MINISTÈRE FRANÇAIS DE LA JUSTICE (2017), au sujet du rôle du juge des libertés : <http://www.justice.gouv.fr/organisation-de-la-justice-10031/lordre-judiciaire-10033/juge-des-libertes-et-de-la-detention-25302.html> (consulté le 14 août 2017), *np*.

³⁶⁸ *Ibid*.

³⁶⁹ PRIMEVERT, M. (2015) « Légitimité et office du juge » in LUNEL, A., *op. cit*, p. 192.

intervient à nouveau sur le bien-fondé de la prolongation des soins avant l'expiration de chaque échéance de 6 mois.³⁷⁰ La loi du 25 juillet 2013³⁷¹ apporte quelques modifications, obligeant le JLD à statuer avant l'expiration du douzième jour, et non plus du quinzième dans le cadre de la saisine obligatoire³⁷².

De plus, depuis le 1er janvier 2013, le JLD est seul compétent pour connaître de la régularité des décisions administratives prises en matière de soins psychiatriques³⁷³. Cet apport met fin à la distinction entre la saisine du juge administratif judiciaire selon le type d'irrégularité qui entache l'admission psychiatrique. La nuance des contrôles sur la forme et le fond disparaissent. Pour rappel, avant l'entrée en vigueur de la loi du 5 juillet 2011, le juge administratif contrôlait la légalité de la décision d'admission par exemple sur la forme, et le juge judiciaire sur le fond. Cette mesure devant être saluée a pour but de faciliter les recours formés contre la décision d'admission sous contrainte. Aujourd'hui, les recours ne peuvent être adressés qu'à un seul et même juge, le JLD.

Si une irrégularité affecte la décision administrative (ex : décision d'hospitalisation complète), elle ne peut entraîner la mainlevée de la mesure (la fin de l'hospitalisation) que si l'individu subit une atteinte à ses droits³⁷⁴. Selon l'article L 3216-1 CSP, ces irrégularités pourront être citées devant le tribunal de grande instance, compétent pour statuer en matière de réparation du préjudice subi par le patient au cours de l'hospitalisation³⁷⁵.

L'avis du 15 février 2011³⁷⁶ rendu par le Conseil constitutionnel poursuit dans le sens d'une meilleure prise en compte des droits des patients. Il incite le JLD à favoriser un équilibre entre les droits des personnes privées de liberté, les exigences de l'ordre public, la nécessité des soins et la fragilité des personnes mises en cause³⁷⁷.

Traditionnellement, le magistrat siège au sein d'un tribunal. Au contraire, l'intervention du JLD

³⁷⁰ MINISTERE FRANÇAIS DE LA JUSTICE (2017), *op. cit.*, *np.*

³⁷¹ Loi n°2013-869 du 27 septembre 2013 visant à modifier certaines dispositions issues de la loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection de personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.

³⁷² MAILLARD-DECHENANS, N. (2013), *op. cit.*, p. 8 ; THERON, S. (2014) « La loi du 27 septembre 2013 : une révision partielle du régime des soins psychiatriques », *Revue de droit sanitaire et social (RDSS)*, N° 1, p. 133.

³⁷³ COELHO, J. (2011), *op. cit.*, p. 29.

³⁷⁴ *Ibid.*

³⁷⁵ *Ibid.*, p. 30.

³⁷⁶ Avis du 15 février 2011 relatif à certaines modalités de l'hospitalisation d'office et aux recommandations relatives à la santé mentale et aux droits des malades *in* COELHO, J. (2011), *op. cit.*, p. 29.

³⁷⁷ COELHO, J. (2011), *op. cit.*, p. 29.

est gouvernée par le **principe de l'audience foraine** lorsqu'il tranche le contentieux des hospitalisations psychiatriques sous contrainte³⁷⁸.

En général, le juge tient une audience par semaine au sein de l'établissement. Les patients ne sont conduits au tribunal qu'en cas d'urgence ou d'appel. Parmi les soignants, les témoignages sont unanimes pour souligner l'intérêt de l'audience foraine pour la sérénité des patients³⁷⁹.

De nombreux magistrats assurent à tour de rôle la tenue des audiences, ce qui pose problème car l'acquisition de connaissances psychiatriques est complexe. Elle suppose un investissement régulier, incompatible avec une forte rotation³⁸⁰. Dans certains cas, il n'existe pas de salle réservée aux audiences du JLD au sein de l'hôpital psychiatrique.

Or, la loi prévoit qu'une telle salle doit être mise à disposition pour ces audiences « afin d'assurer la clarté, la sécurité, la sincérité des débats ainsi que l'accès du public. Elle doit être environnée d'une salle de délibéré et d'un local permettant l'entretien confidentiel du patient avec son avocat »³⁸¹. En somme, la pratique révèle des difficultés considérables. Le JLD peut être confronté au manque de volonté des soignants qui ne sont pas convaincus de l'utilité de ces audiences... Ces dispositions sont donc très inégalement appliquées mais la procédure est globalement suivie afin que l'audience du JLD se déroule dans les meilleures conditions³⁸².

Comme tout individu, le patient dispose du droit d'être assisté d'un avocat afin de faire entendre sa cause devant le juge. A ce titre, la **présence d'un avocat au cours d'une audience tenue par le JLD** est prévue à l'article L 3211-12-2 CSP³⁸³. L'avocat peut être choisi, commis d'office ou désigné au titre de l'aide juridictionnelle. Pourtant, cette mesure est très inégalement appliquée en pratique³⁸⁴. Le bâtonnier de l'Ordre des avocats avoue lui-même que lorsque l'établissement psychiatrique est trop éloigné du lieu d'exercice ou du domicile d'un avocat, « il ne peut imposer à un confrère de consacrer une demi-journée à un tel déplacement avec de telles conditions de rémunération »³⁸⁵, souvent très insuffisantes au regard des efforts fournis...

³⁷⁸ HAZAN, A. (2015) Rapport annuel général du contrôleur général des lieux de privation de liberté, éditions Dalloz, p. 28.

³⁷⁹ HAZAN, A. (2015), *op. cit.*, p. 29.

³⁸⁰ *Ibid.*

³⁸¹ *Ibid.*, p. 24.

³⁸² *Ibid.*, p. 24.

³⁸³ Article entré en vigueur dans le cadre de la circulaire du 18 août 2014 de présentation des dispositions de la loi n°2013-869 du 27 septembre 2013 et du décret n°2014-897 du 15 août 2014 modifiant la procédure judiciaire de mainlevée et de contrôle des mesures de soins psychiatriques sans consentement.

³⁸⁴ HAZAN, A. (2015), *op. cit.*, p. 25.

³⁸⁵ *Ibid.*

D'autre part, le manque de formation des avocats comme des juges rend le jugement difficile à prévoir... sur quels principes les magistrats se fondent-ils pour rendre leur décision s'ils ne possèdent même pas de connaissances suffisantes en matière de pathologies mentales ? Bien souvent, seul le diagnostic psychiatrique du patient fait foi. La perception de dangerosité ou de fragilité du patient prévaut chez le JLD qui se fiera à son intuition afin de se rendre son jugement... En tout état de cause, elle est insuffisante et peut rendre les jugements imprévisibles voire contradictoires selon les patients.

Il est intéressant de préciser que la très grande majorité des instances rendues par le JLD concerne les recours formés par les malades contre la décision d'admission sous contrainte initiale. Le patient peut invoquer à l'occasion de son recours :

- *L'incompétence de l'auteur de l'acte ayant permis l'admission sous contrainte initiale ou le renouvellement de l'hospitalisation.* En vertu des articles L 3213-1 et 3212-1 du CSP, le représentant de l'Etat dans le département ou le directeur de l'établissement de soins sont compétents en la matière. Ils peuvent déléguer cette fonction mais la délégation doit être écrite et mentionner le nom et la fonction de l'agent délégataire, la nature des actes délégués, la durée de la délégation et être publiée. Or, le CSP ne prévoit pas les modalités d'une telle publication, par exemple par un affichage dans l'établissement, à l'accueil ?
- *Un vice de procédure* tel que l'absence de notification des droits concernant la possibilité de saisir le JLD, l'absence de notification de la décision imposant les soins, l'absence des certificats médicaux prévus par la loi, le respect du principe de contradictoire... ce dernier prévoit que le patient doit avoir eu la possibilité de présenter ses observations sauf si l'impossibilité de les recueillir a été constatée.
- *Un vice de forme* comme l'absence d'identification de l'auteur de la décision (nom, prénom et qualité de l'auteur, une copie illisible étant irrecevable par le JLD), le défaut de motivation en fait et en droit (ex : indication de l'existence de troubles mentaux nécessitant des soins immédiats, éléments laissant craindre un danger pour autrui, l'ordre public ou le patient lui-même).

La décision d'admission sous contrainte initiale est souvent validée par le JLD sur le fondement des certificats médicaux rédigés par les psychiatres. Il est toutefois indispensable au JLD de motiver correctement l'ordonnance rendue sans se limiter au renvoi aux certificats médicaux à sa disposition. Il doit rappeler que ces éléments justifient la mesure, les troubles mentaux du patient « compromettant la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre

public » au regard des articles 3212-1 du CSP³⁸⁶.

Il est heureux que la loi du 5 juillet 2011 ait permis d'unifier ce contentieux en le confiant à l'office du juge judiciaire uniquement. L'ancienne dichotomie entre le juge administratif et judiciaire compromettait gravement le droit au recours juridictionnel du patient qui se trouvaient bien en peine de déterminer l'autorité compétente afin de faire entendre sa requête. S'agissant d'un patient souffrant de troubles psychiatriques, il est d'autant plus vulnérable face aux difficultés techniques de tels recours. Cependant, il convient de se demander si une telle judiciarisation de l'admission sous contrainte n'est pas 'un mal pire que le remède' ? En effet, cette protocolisation des instances rendues par le JLD ne risque-t-elle pas de ralentir encore davantage la procédure ? Elle risque de complexifier la démarche pour le patient ayant intenté un recours contre l'acte d'admission ou de renouvellement de son hospitalisation sous contrainte et constitue un obstacle à l'effectivité de son droit au recours.

De plus, elle faire reposer sur les épaules des soignants et celles de l'autorité compétente pour rendre cet acte (directeur de l'établissement de soins ou représentant de l'Etat) une charge supplémentaire dans le but de veiller scrupuleusement à ce que les actes n'omettent aucune information importante. Une telle irrégularité provoquerait pour le JLD d'ordonner la sortie du patient de l'établissement de soins. Pourtant, il serait illusoire d'imaginer qu'une 'sortie sèche' à l'instar de la libération d'un ex-détenu soit prononcée. Selon une étude³⁸⁷, la majorité des mainlevées ordonnées par le JLD ou par l'arrêt d'appel donnent lieu à une prise en charge ambulatoire ou à une nouvelle mesure d'hospitalisation complète. Ce mythe déconstruit le fantasme du fou libéré en l'absence d'un suivi médical approprié.

Une autre question a été soulevée concernant les soins ambulatoires lors des débats parlementaires du 19 septembre 2013 au Sénat. Les rendre obligatoires crée une antinomie en vertu de leur objectif initial : rendre le malade acteur de ses soins lorsque son état le permet sans lui faire subir une mesure aussi contraignante que l'hospitalisation complète.³⁸⁸ *A contrario*, contraindre le patient à des soins ambulatoires l'expose à la « menace » d'une

³⁸⁶ Cass. Civ 1^{ère}, 8 juillet 2015, pourvoi n°14-21.150 et Cass. Civ 1^{ère}, 28 mai 2015, pourvoi n°14-15.686 *in* GARGOULLAUD, S. & LEGOHEREL, D. (2015) « L'office des juges : entre (sauvegarde des) libertés et sécurité (juridique) », *in* LUNEL, A., *op. cit.*, p. 171-172.

³⁸⁷ *Ibid.*, p. 169.

³⁸⁸ MARIA, I. (2012) « Hospitalisation d'office, des dispositions encore insatisfaisantes », *Droit de la famille*, n°7, juillet 2012, comm. 128.

réhospitalisation. Cette « sanction » est déontologiquement inacceptable et méprend le principe d'autonomie du patient : il ne peut être acteur de ses soins s'il ne suit pas rigoureusement ses prescriptions...

Du reste, les avocats semblent se désintéresser de la question, l'immense majorité ne faisant jamais appel de la décision obtenue. De ce fait, il n'y a que très peu de jurisprudence sur la question, alors qu'elle représente l'une des disciplines du droit où les atteintes aux droits des patients sont les plus importantes...

Ce désintéressement trouverait l'une de ses justifications dans la rémunération des avocats à l'occasion des audiences du JLD. Elle constitue un élément essentiel du débat :

- D'abord, seuls les dossiers effectivement plaidés sont rémunérés. Lorsque l'hôpital psychiatrique est trop éloigné, il arrive que des audiences soient annulées à la dernière minute alors que les avocats s'étaient déplacés...
- Ensuite, le montant de l'aide juridictionnelle versée aux avocats « est une indemnisation miséreuse, qui ne couvre pas le coût économique auquel l'avocat doit faire face afin d'exercer son métier ».³⁸⁹

La rémunération constitue de ce fait un véritable obstacle au bon déroulement des audiences relatives aux soins sans consentement.

En outre, il est rare que le psychiatre assurant la prise en charge du patient assiste à l'audience. Un infirmier le remplace le plus souvent en restant aux côtés du patient au cours de l'audience. Il peut le faire de manière systématique ou à la demande du patient. Le JLD peut également inviter l'infirmier à se prononcer sur un élément du dossier s'il souhaite obtenir des éclaircissements³⁹⁰.

Cette particularité éveillera ici notre attention.

Il est compréhensible que le psychiatre manque de temps pour assurer cette tâche supplémentaire et soit remplacé par un autre soignant. Pourtant, seul le psychiatre ayant une bonne connaissance du dossier médical du patient est davantage qualifié pour apporter des informations concernant sa santé mentale. Il est responsable du bien-être du patient tout au long du séjour hospitalier.

³⁸⁹ HAZAN, A. (2015), *op. cit.*, p. 26.

³⁹⁰ *Ibid.*, p. 27.

De plus, le texte de la loi du 5 juillet 2011 prévoit « la possibilité de tenir des audiences en visioconférence ». Elle est rejetée avec virulence par les praticiens, qualifiée de « dérive qui envahit le fonctionnement de la justice... l'absence des corps, de la parole échangée directement et le dialogue par instruments interposés perturbent les comportements ». ³⁹¹

Il va sans dire que le patient déjà en souffrance peut ne pas comprendre le déroulé de l'audience et s'effrayer de l'absence de personnes, remplacées par des machines dont il ne saisit pas forcément l'intérêt.

A l'occasion des audiences tenues par le JLD, les relations entre l'administration des établissements psychiatriques, les magistrats, les avocats et les soignants sont décrites comme généralement satisfaisantes. Afin de renforcer cette coopération, pourquoi ne pas proposer des réunions fréquentes et régulières entre juges et psychiatres sur la méthode à employer afin d'améliorer le déroulement des audiences ? ³⁹²

Plusieurs initiatives méritent d'être mentionnées à ce sujet. Depuis 2013, dans certains établissements, des journées de rencontres entre avocats et psychiatres sont organisées ; dans d'autres, magistrats et avocats sont invités à visiter l'hôpital ³⁹³.

Les efforts du législateur à travers les lois de 2011 et 2013 doivent être reconnus. Une réelle tentative de faire respecter les droits du patient a été réalisée. La saisine obligatoire du JLD à l'issue des douze premiers jours d'hospitalisation en constitue un excellent exemple.

Certes, les difficultés de mise en place de ces audiences demeurent, mais la volonté d'assurer au mieux le respect des droits des patients hospitalisés sous contrainte est louable.

Un tel dispositif pourrait être amélioré par le versement de fonds supplémentaires (rétribution plus élevée des avocats) et une meilleure formation des praticiens du droit en matière de soins psychiatriques. Un changement des mentalités est par ailleurs nécessaire afin d'assurer un meilleur respect des droits des patients.

Les soignants doivent prendre conscience de l'importance de ces audiences pour les patients hospitalisés sous contrainte. Loin d'être une simple audience routinière, il s'agit d'une décision de justice pouvant conduire le patient à recouvrer la liberté, à quitter la logique d'enfermement de l'hôpital.

³⁹¹ LECLERC, H. (2011) « La loi du 5 juillet 2011 : le juge et le fou », *Journal français de la psychiatrie*, 2010/3, pp. 22-24.

³⁹² HAZAN, A. (2015), *op. cit.*, p. 27.

³⁹³ *Ibid.*, p. 27.

En toute hypothèse, l'intervention systématique du JLD offre au patient les avantages d'une procédure ouverte et d'un débat contradictoire. Elle n'aurait pourtant que peu de sens pour les malades, peu conscients de l'opportunité que représentent ces audiences en raison de leur pathologie. Nombreux sont les patients déstabilisés, voire effrayés à la perspective de comparaître devant un juge. Ils sont souvent persuadés d'avoir commis un délit tel que celui d'être malade.³⁹⁴

D'autre part, il est demandé au juge de décider du sort du patient d'un point de vue médical alors qu'il ne possède pas les compétences ou les connaissances médicales requises. La loi de 2011 accorde peu de marge au magistrat en termes de moyens, de délais et de moyens d'investigation. Seules ses impressions, le témoignage du soignant accompagnant le patient, l'établissement d'un certificat médical peuvent le renseigner sur la bonne décision à prendre.³⁹⁵

A ce titre, il a été proposé de réduire le rôle du JLD au seul contrôle de la légalité de la mesure d'hospitalisation du patient, puisqu'il ne possède pas de compétences médicales. Il ne devrait pas juger la capacité du psychiatre à poser un diagnostic.³⁹⁶ La loi « entraîne une confrontation des cultures médicale et judiciaire ». Le JLD est amené à se prononcer sur une décision d'ordre médical, comme le rappelle le Pr. Truchet : « la décision médicale est une décision technique et non une décision juridique. Elle ne crée par elle-même aucun effet de droit... On n'imagine d'ailleurs pas qu'elle puisse faire l'objet d'une action en annulation. Ce serait une grave perversion de la médecine et du Droit que de vouloir la traiter comme une décision juridique ».³⁹⁷ Le JLD est-il réellement légitime à se prononcer sur la question de l'admission psychiatrique initiale ou du renouvellement de celle-ci ? Il faudrait sans doute affirmer que le juge se limite à vérifier la régularité des conditions de forme et de fond de l'acte, sur un terrain purement juridique. Or, comment s'en assurer ? Peut-être estimera-t-il qu'une description trop vague des troubles mentaux du patient soit insuffisante pour justifier une hospitalisation complète, telle qu'un « probable trouble de la personnalité de type histrionique évocateur d'un

³⁹⁴ VACHERON M-N. & LAQUEILLE, X. (2012) « L'admission en soins psychiatriques sous contrainte : apports et limites de la loi du 5 juillet 2011 », *Centre Laennec*, 2012/1, pp. 10-23.

³⁹⁵ CAMBIER, G., BOUGEROL, T. & MICHELETTI, P. (2013), *op. cit.*, p. 797.

³⁹⁶ BOILLET, D. & WELNIARTZ, B. (2011) « La loi du 5 juillet 2011 : Une loi de défiance à l'égard des malades et de leurs médecins », *Perspectives Psy*, 2011 ; 50, pp. 207-209 ; LEGUAY, D. (2009) « Soins sans consentement : Y a-t-il un sens de l'histoire ? », *Perspectives Psy*, 2009 ; 48, pp. 13-21.

³⁹⁷ TRUCHET, D. (1995) « La décision médicale et le droit », *AJDA*, p. 611.

état crépusculaire ». ³⁹⁸ Sans surprise, un certain scepticisme plane sur le droit de regard du JLD sur ces actes médicaux. ³⁹⁹ Dès lors, la seule préoccupation du psychiatre serait le soin tandis que le juge chercherait à libérer le patient de sa mesure d'hospitalisation afin d'assurer le respect de ses libertés. ⁴⁰⁰

Or, l'article 66 de la Constitution nous rappelle que l'autorité judiciaire est garante de la liberté individuelle. L'hospitalisation complète étant privative de liberté, il est logique qu'il revienne au JLD de contrôler la légalité de cette mesure. L'arrêt européen *Pleso c. Hongrie* évoque en ce sens que « la maladie mentale ne constitue pas en tant que telle la justification d'une privation de liberté, mais que le respect de la liberté individuelle [...] peut conclure à écarter les recommandations médicales : l'hospitalisation non volontaire ne peut être utilisée qu'en dernier recours... et uniquement si une telle mesure implique de réels bénéfices pour la santé sans faire peser sur l'intéressé une charge disproportionnée ». ⁴⁰¹ Le JLD pourrait par exemple prononcer une hospitalisation partielle, permettant au patient regagner son domicile quelques jours par semaine, par exemple. Le rôle de l'autorité judiciaire est bien de concilier la nécessité des soins psychiatriques chez le malade et la conservation de ses libertés individuelles chaque fois que cela est possible. ⁴⁰² Il n'agit pas en opposition avec les psychiatres mais en étroite collaboration avec eux : l'objectif de cette mesure n'est-il de prendre soin du patient aussi bien sur le plan de la santé mentale que de sa liberté individuelle ?

En effet, l'hospitalisation psychiatrique sous contrainte prive le malade de l'exercice de plusieurs libertés individuelles : liberté d'aller et de venir à l'extérieur de l'établissement de soins voire dans les couloirs du service si le patient est mis à l'isolement et / ou sanglé, droit à l'intégrité physique et psychique et libre consentement aux soins puisqu'un traitement psychiatrique lui est imposé, droit à la vie privée et familiale compte tenu de l'éloignement géographique vis-à-vis de ses proches, de son environnement de vie, etc. L'office du juge judiciaire concernant la protection des libertés fondamentales du patient est donc amplement

³⁹⁸ GARGOULLAUD, S. & LEGOHEREL, D. (2015), in LUNEL, A., *op. cit.*, p. 170.

³⁹⁹ PECHILLON, E. (2012) « Le pouvoir médical face au refus de consentement : Un savant dosage effectué par le juge des référés » *JCP Adm et CT*, n°40, 8 octobre 2012.

⁴⁰⁰ CAMBIER, G., BOUGEROL, T. & MICHELETTI, P. (2013), *op. cit.*, p. 798.

⁴⁰¹ CEDH, 2 octobre 2012, *Pleso c. Hongrie*, requête n°41242/08 in GARGOULLAUD, S. & LEGOHEREL, D. (2015), in LUNEL, A., *op. cit.*, p. 181.

⁴⁰² GUYOMAR, M. (2009) « La justiciabilité des mesures pénitentiaires devant le juge administratif », *AJDA*, p. 415 ; VIOUJAS, V. (2014) « La justiciabilité des décisions médicales devant le juge administratif », *La Semaine Juridique*, ACT n°23, 9 juin 2014, p. 59.

justifié d'autant plus qu'il se limite à contrôler la régularité de l'acte d'admission ou de renouvellement de l'hospitalisation sans consentement.⁴⁰³

De surcroît, les juges se trouvent avec une augmentation considérable du nombre d'audiences : d'environ mille par an avant 2011, ils doivent désormais tenir en 60 000 et 70 000 audiences par an.⁴⁰⁴ La vague de contestation des magistrats en ce sens est tout à fait compréhensible. Exercer leur profession ne peut se réduire à l'abattage d'une tâche. Il leur est indispensable d'étudier chaque cas de manière attentive au risque de délivrer une justice expéditive et ainsi mettre en péril l'exercice des libertés du patient.

Malgré ses axes d'amélioration, l'intervention du JLD relève d'une importance capitale afin de défendre les droits des patients. Ce rôle est d'autant plus exacerbé lorsque le patient fait l'objet d'une admission sous contrainte en UMD, Unité pour malades difficiles.

- L'admission du patient en UMD (Unité pour malades difficiles)

Selon les termes de l'article L 3222-3 du CSP, « les personnes qui présentent pour autrui un danger tel que les soins, la surveillance et les mesures de sûreté nécessaires ne peuvent être mises en œuvre que dans une unité spécifique » sont admises en UMD. Le 'D' d'UMD renvoie en pratique aux initiales de 'dangereux' ou de 'détenu' : de ce fait, ces unités accueillent majoritairement des hommes souffrant de schizophrénie ayant commis des violences hétéroagressives⁴⁰⁵ et notamment des infractions sexuelles, soit un tiers des patients admis en UMD.⁴⁰⁶

Le patient admis en UMD fera toujours l'objet d'une admission sous contrainte sur décision d'un représentant de l'Etat ou à l'occasion de fait commis, réprimés par la loi. Le décret du 26 octobre 2016⁴⁰⁷ révisé les modalités d'admission de la loi du 5 juillet 2011. Désormais, l'article

⁴⁰³ PRIMEVERT, M. (2015), *op. cit.*, in LUNEL, A., *op. cit.*, p. 192.

⁴⁰⁴ DEVERS, G. (2011) « Hospitalisation sous contrainte, les bonnes pratiques sont conformes à la Constitution », *Droit, Déontologie et Soins*, 2011 :11, pp. 2-14.

⁴⁰⁵ LE BIHAN, P., SALVETTI, M., BENEZECH, M. (2012) « Application de la loi du 5 juillet 2011 en unité pour malades difficiles » *Annales médico-psychologiques*, p. 714.

⁴⁰⁶ BARATTA, A., SENNINGER, J-L & AROUDJ, S. (2013) « Les auteurs pour violences sexuelles en unité pour malades difficiles » *Annales médico-psychologiques*, 2013, p. 513.

⁴⁰⁷ Décret n°2016-1445 du 26 octobre 2016 relatif aux communautés psychiatriques de territoire.

R 3222-22-II du CSP dispose que l'admission du patient dans une UMD est prononcée par arrêté du préfet du département ou, à Paris, du préfet de police. Le préfet compétent est celui qui exerce dans le département d'implantation de l'établissement où est accueilli le patient, et non plus le préfet du département où est situé l'UMD comme le prévoyait la loi de 2011.⁴⁰⁸

En vertu de l'article R 3222-6 du CSP, le dossier de chaque patient hospitalisé en UMD est examiné par la commission du suivi médical. Cette commission est indépendante et se compose de médecins psychiatres extérieurs à l'UMD ; néanmoins, ils peuvent exercer au sein de l'établissement accueillant le patient. La commission du suivi médical se réunit au moins une fois par mois dans l'établissement. Elle peut s'autosaisir à tout moment de la situation d'un patient hospitalisé dans une UMD ou être saisie directement par le patient. Cette commission a pour objet de « contrôler que la situation des patients hospitalisés [en UMD] justifie le maintien de l'hospitalisation dans une telle unité et de saisir le préfet lorsqu'elle estime que ces conditions ne sont plus remplies » selon la décision du Conseil constitutionnel du 30 juin 2014.⁴⁰⁹

La sortie de l'UMD est décidée par arrêté préfectoral après avis de la commission du suivi médical lorsqu'elle estime que le patient ne présente plus un danger nécessitant le maintien en UMD. Le patient est alors transféré dans un délai de vingt jours environ dans un service de psychiatrie classique⁴¹⁰.

Il est compréhensible que le préfet, garant de l'ordre public dans le département émette la décision de faire admettre le patient en hôpital psychiatrique. Toutefois, le fait qu'il puisse empêcher la sortie du patient de l'UMD, en dépit d'un avis favorable de la commission du suivi médical, pose problème. Seul un psychiatre devrait avoir le pouvoir de mettre ou non un terme au séjour hospitalier du patient en UMD. Pourtant, le Conseil d'Etat a reconnu que : « le représentant de l'Etat du département dans lequel une personne est hospitalisée d'office est compétent pour décider seul, en vertu de ses pouvoirs de police spéciaux, du transfert de cette personne vers un autre établissement »⁴¹¹. Le préfet ne possède pas les connaissances nécessaires en matière de psychiatrie pour décider du sort du patient. Sur quoi peut-il se

⁴⁰⁸ CE 13 mars 2013, *Consorts Loise*, n° 342704, au Lebon ; AJDA 2013, p. 604.

⁴⁰⁹ CE, 30 juin 2014, n°352668 *in* GUIGUE, S. (2014) « La position du Conseil d'Etat sur les dispositions réglementaires relatives aux UMD » *RDS*, n°32, novembre 2014, p. 1741-1743.

⁴¹⁰ Site Internet PSYCOM, au sujet des modalités d'entrée et de sortie des UMD : <http://www.psycom.org/Espace-Presses/Sante-mentale-de-A-a-Z/Unite-pour-malades-difficiles-UMD> (consulté le 16 août 2017), *np*.

⁴¹¹ Conseil d'Etat, arrêt *SCP Peignot* n°354976 du 13 mars 2013.

fonder ? L'absence de violences commises sur les soignants ? Le bon suivi du traitement ? Le choix discrétionnaire du préfet ne semble pas légitime.

De même, la procédure d'admission et de sortie de l'UMD telle qu'elle existait sous la loi du 5 juillet 2011 a fait l'objet d'une condamnation par le Conseil constitutionnel. Dans sa décision du 20 avril 2012⁴¹², il considère que :

- Le fait que le juge puisse saisir le préfet pour faire admettre le patient en UMD n'est pas entouré des garanties suffisantes
- Les personnes séjournant en UMD ne bénéficient pas d'un respect suffisant de leurs droits. L'admission au sein de cette unité de soins reste floue et précipitée d'autant plus que la procédure de sortie est difficile.

Cette décision conduit le juge constitutionnel à censurer deux dispositions de la loi de 2011, enjoignant le législateur à les modifier avant le 1^{er} octobre 2013. Elle témoigne d'une plus grande considération accordée aux droits des patients hospitalisés en psychiatrie.

Or, l'entrée en vigueur de la loi du 27 septembre 2013 n'a pu résoudre les difficultés d'application de cette procédure. En effet, le flou du texte entraîne des tractations entre l'administration de l'établissement d'origine et le corps médical. Il est fréquent que la réadmission en service psychiatrique 'normal' rencontre des réticences.

Les soignants peuvent exprimer leurs doutes concernant l'absence de dangerosité du patient notamment en cas de violences commises contre les soignants. La sortie d'UMD est alors retardée, voire repoussée à une lointaine échéance tandis que le patient voit son séjour en UMD prolongée⁴¹³. Le décret de 2016 prévoit à ce titre que le patient dont la sortie d'UMD a été prononcée doit être réaffecté à un autre établissement de santé dans un délai de vingt jours.⁴¹⁴ Il n'est pourtant pas certain que ces dispositions soient respectées en l'absence de sanctions et du manque de places dans l'établissement psychiatrique le plus proche, par exemple.

En 2013, le contrôleur général des lieux de privation des libertés formule à ce sujet deux recommandations⁴¹⁵ :

⁴¹² Décision n°2012-235 QPC du Conseil constitutionnel du 20 avril 2012 *in* GUIGUE, S. (2014) « L'article L 3222-3 du Code de la santé publique, relatif aux UMD, est conforme à la Constitution » *RDS* n°59, mai 2014, p. 1334 ; GUIGUE, S. (2016) « Présentation du décret du 1^{er} février 2016 sur les UMD et le programme de soins » *Revue droit & santé* n°71, pp. 457-460.

⁴¹³ DELARUE, J-M (2013), *op. cit.*, p. 71.

⁴¹⁴ Art. R 3222-2-V du Code de la santé publique.

⁴¹⁵ DELARUE, J-M (2013), *op. cit.*, p. 71.

- L'arrêté du préfet mettant fin au séjour en UMD doit être immédiatement suivi d'un autre arrêté permettant de réintégrer le patient dans son établissement psychiatrique d'origine. Ces arrêtés doivent s'imposer à l'UMD dont l'inaction engagerait la responsabilité de l'établissement hospitalier vis-à-vis du patient
- En cas de doute, l'ARS (voir abréviations) doit définir un critère à suivre afin d'évaluer la dangerosité du patient, sa faculté de réadaptation à être admis dans un hôpital psychiatrique général, etc.

Il faudra ajouter d'ailleurs que loi du 5 juillet 2011 ne permet pas au juge d'ordonner l'hospitalisation sous contrainte du malade. Ce pouvoir revient au préfet (hospitalisation à la demande d'un représentant de l'Etat) ou au tiers sur le fondement d'un unique certificat médical. Si l'article 66 de la Constitution française reconnaît le rôle du juge judiciaire de « gardien des libertés individuelles », le législateur doit lui en donner les moyens. Il aurait été bienvenu de confier au juge judiciaire le contrôle des hospitalisations *a priori*, c'est-à-dire dès que la demande d'hospitalisation sous contrainte a été formulée à l'encontre du patient. Seul le juge judiciaire pourrait ainsi, au regard des éléments versés au procès, affirmer si l'hospitalisation est abusive ou non.⁴¹⁶

Bien que favorable au sort des patients, ce pouvoir aggraverait davantage l'engorgement des tribunaux déjà prégnant dans l'exercice de la justice. Les hospitalisations s'en trouveraient certes ralenties, mais la protection des droits des patients ne justifie-elle pas une telle procédure ? L'enjeu des libertés individuelles ne doit pas être négligé et il serait plus sûr de faire contrôler chacune des hospitalisations sans consentement ordonnées.

La question des voies de recours du patient admis en UMD pose également problème. En effet, le patient contestant la seule mesure de placement en UMD devrait former un recours pour excès de pouvoir devant le juge administratif, et non plus devant le JLD. Il serait alors plus simple pour le patient de contester la mesure d'hospitalisation psychiatrique prise dans son ensemble sans mentionner expressément le transfert en UMD.⁴¹⁷

⁴¹⁶ RHENTER, P. (2011) « La réforme des hospitalisations psychiatriques sans consentement : un éclairage historique », *Journal français de la psychiatrie*, n°38, pp. 12-15 ; SELTENSPERGER, B. (2010) « L'application de la loi du 5 juillet 2011 par les juges des libertés et de la détention depuis le 1^{er} août 2011 » *Journal français de la psychiatrie*, 2010/3, n°38, pp. 36-42.

⁴¹⁷ CE 13 mars 2013, *Consorts Loise*, n° 342704, au Lebon ; AJDA 2013. 604 in GILOUX N. & PRIMEVERT, M. (2015) « Le psychiatre et le juge face à la protection de la personne dans les soins contraints » *RDSS* 2015, p. 973.

Si elle offre de réelles opportunités de préserver la liberté des patients hospitalisés en faisant contrôler les mesures d'hospitalisation par le JLD, la loi du 5 juillet 2011 ne résout pas les difficultés pratiques de l'exercice de la psychiatrie.⁴¹⁸ Les psychiatres dénoncent toujours le manque de moyens dans l'offre de soins ambulatoires comme hospitaliers, lacune déplorée lors de l'adoption de la loi Esquirol de 1838⁴¹⁹ comme de 1990.⁴²⁰

Ensuite, la loi de 2011 entretient une confusion persistante entre la gravité des troubles mentaux dont souffrent les patients admis en UMD et leur dangerosité : les soignants comme l'opinion publique restent convaincus que les patients atteints de troubles mentaux sévères sont dangereux. Il relève donc de l'intérêt général de les enfermer autant que possible afin d'éviter qu'ils ne se livrent à des actes de violences sur autrui⁴²¹. La doctrine observe à ce titre que « la grande faiblesse du droit des UMD vient du fait qu'il n'existe aucune définition législative du 'D' »⁴²². Le patient psychiatrique est-il admis en UMD parce qu'il n'existait pas de structure habilitée à le prendre en charge ? S'agit-il de ses précédentes condamnations, ses fugues, ses antécédents médicaux ? Pour toutes ces raisons, le Conseil constitutionnel estime que l'admission en UMD est 'potentiellement arbitraire'.⁴²³ Le législateur de 2011 et de 2013 n'a pas jugé utile de légiférer davantage à ce sujet, qualifiant l'UMD de « réanimation psychiatrique » consistant à délivrer des soins intensifs grâce à une équipe soignante renforcée malgré « un cadre de type partiellement carcéral ».⁴²⁴ Le flou concernant ce régime d'admission a transformé chez les soignants et l'opinion publique le malade mental résistant au traitement en patient schizophrène, dangereux, violent, imprévisible⁴²⁵... qu'il convient

⁴¹⁸ CAMBIER, G., BOUGEROL, T. & MICHELETTI, P. (2013), *op. cit.*; AGENCE DE PRESSE MEDICALE (2011) *Soins sans consentement : Les établissements hospitaliers réclament 50 millions d'euros supplémentaires en 2010*. Paris : APM Média, 21 décembre 2011, p. 46.

⁴¹⁹ CAROLI, F. (1991) *Hospitalisation psychiatrique, ancienne et nouvelle loi*, Paris : PUF, coll. Nodules, p. 117.

⁴²⁰ SENON J-L. (2005) « Soins ambulatoires sous contrainte : Une mise en place indispensable pour préserver une psychiatrie publique moderne », *L'Information Psychiatrique*, 2005 : 81, pp. 627-634.

⁴²¹ COUTURIER, M. (2012) « La réforme des soins psychiatriques sans consentement : de la psychiatrie disciplinaire à la psychiatrie de contrôle » *RDSS*, 2012, p. 97 ; CASTAING, C. (2011) « Pouvoir administratif versus pouvoir médical ? » *AJDA* 2011, p. 2055 ; PENA, A. (2011) « Internement psychiatrique, liberté individuelle et dualisme juridictionnel : la nouvelle donne » *RFDA* 2011, p. 951.

⁴²² VIOUJAS, V. (2016) « Les unités pour malades difficiles : de l'ombre au clair-obscur » *RDSS*, 2016, p. 501.

⁴²³ PECHILLON, E. (2012) « Censure partielle de la loi du 5 juillet 2011 relative aux soins sous contrainte : vers une réforme en profondeur de la psychiatrie avant octobre 2013 ? » *JCP A* 2012, n°2230.

⁴²⁴ ROBILIARD, D. (2013) Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie : rapport d'étape. Ass. nat., n°1085, 29 mai 2013, p. 19 ; LE MENN, J. (2013) Rapport au nom de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi visant à modifier certaines dispositions issues de la loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, Sénat, n°835, 11 septembre 2013, p. 25.

⁴²⁵ AZOULAY, M. (2012) *Cent ans de prise en charge à l'unité pour malades difficiles Henri Colin*, thèse soutenue sous la direction d'A-S Léger, Université Paris Diderot.

d'écarter de la société et des autres patients pour des raisons de sécurité.



Fig. 2 : chambre munie de sangles de contention en UMD au sein d'un hôpital
psychiatrique⁴²⁶

En l'occurrence, une intervention législative aurait été la bienvenue en raison des conditions d'hospitalisation subies par les patients. Les privations de liberté subies par les patients en UMD et la structure sécurisée de ce service rappellent douloureusement l'univers carcéral : hauts murs gris, barreaux, multiples portes fermées à clé, mobilier vissé au sol, interdiction de sortir de sa chambre une grande partie de la journée, etc.⁴²⁷ De plus, le fait que le patient soit souvent admis dans une UMD éloignée de son domicile constitue clairement une atteinte à son droit à une privée et familiale, bien que le Conseil d'Etat ait refusé cet argument. Il considère que l'atteinte n'est pas disproportionnée au regard du faible nombre d'UMD concerné et de la nécessité de délivrer les soins psychiatriques⁴²⁸.

La condamnation du Conseil constitutionnel du 20 avril 2012 concernant l'absence de dispositions suffisantes relatives à l'admission en UMD n'a pas suffi.⁴²⁹ Les sages n'ont pas

⁴²⁶ Cahier de photos du rapport d'activités 2011 du CGLPL, p. 11 : http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2012/02/CGLPL_rapport-2011_photos.pdf (consulté le 25 avril 2019).

⁴²⁷ VIOUJAS, V. (2016), *op. cit.*, p. 503.

⁴²⁸ CE, sect., 28 juill. 2000, *M. E.A.*, n° 151068, au Lebon ; D. 2000. 241 ; RFDA 2001. 1239, concl. S. Boissard.

⁴²⁹ Décision n° 2012-235 QPC du 20 avril 2012 *in* VIOUJAS, V. (2016) *op. cit.*, p. 503.

réprouvé l'absence de définition légale de l'UMD ou les difficiles conditions de vie des patients. Ils se sont néanmoins inquiétés du fait que le placement dans ces unités rendrait la mainlevée de la mesure d'hospitalisation plus difficile que pour un service psychiatrique hospitalier traditionnel. La loi du 27 septembre 2013 se contente donc d'affirmer que « le placement en UMD constitue [...] une mesure d'organisation hospitalière affectant le malade dans un service spécialisé ». Loin des réalités pratiques, le législateur ne semble pas prendre conscience des enjeux auxquels les patients admis en UMD sont soumis. Les atteintes graves à leurs droits sont passées sous silence, leur 'dangerosité' semble les justifier sans que l'opinion publique ne s'en émeuve.

La loi française en matière d'admissions sous contrainte ayant été présentée, il convient à présent d'examiner ce que propose le droit britannique, et à titre subsidiaire les droits irlandais et écossais en la matière.

c) La procédure d'admission en hôpital psychiatrique en droit britannique

En droit britannique, les mesures d'hospitalisation libres et sous contrainte sont régies par une même législation, le **Mental Health Act de 1983 (MHA)**. Contrairement au droit français, le législateur britannique définit d'emblée les troubles mentaux, à savoir « un handicap ou trouble mental persistant... induisant un comportement anormalement agressif ou une conduite sérieusement irresponsable »⁴³⁰.

Cette définition a été rejetée par certains praticiens, accusée de légitimer « une détention arbitraire et obligatoire de patients rangés sous une classification extensive, dans des termes mal définis [...] induisant une pratique médicale anormalement agressive, irresponsable »⁴³¹. De même, cette définition correspond mal à la définition clinique des troubles mentaux telle qu'elle est présentée par l'OMS⁴³².

Dès 1999, les psychiatres britanniques s'étaient interrogés sur la nouvelle définition à donner aux troubles mentaux. Il fallait éviter en effet que celle-ci soit trop large afin d'éviter les abus⁴³³

⁴³⁰ Mental Health Act 1983, section 1 (2).

⁴³¹ COLLINS, P. (1991) « The treatability of psychopaths », *Journal of Forensic Psychiatry* 2(1): 103-10.

⁴³² GORSUCH N. « Disturbed female offenders: helping the 'untreatable » *The Journal of Forensic Psychiatry* Vol. 10, No. 1 April 1999, 98-118.

⁴³³ FORRESTER, A., OZDURAL, S., MUTHUKUMARASWAMY, A. & CARROLL A. (2008) « The evolution of mental disorder as a legal category in England and Wales » *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, Vol. 19, No. 4, December 2008, 543-560.

sous couvert d'une volonté de soigner les malades⁴³⁴.

En 2007, le MHA est amendé mais conserve son appellation de *Mental Health Act* 1983. L'amendement prévoit que les 'troubles mentaux' désignent selon la nouvelle section 2 'tout trouble ou pathologie mentale affectant un individu'.⁴³⁵ L'amendement ajoute que les 'difficultés d'apprentissage' supposent une 'déficience significative dans le fonctionnement de l'intelligence'. Elles ne peuvent faire l'objet d'un traitement que si elles s'accompagnent d'un 'comportement anormalement agressif ou sérieusement irresponsable'⁴³⁶.

En créant une approche extensive de la notion de trouble mental, cette nouvelle définition est susceptible d'augmenter le nombre d'hospitalisations sous contrainte⁴³⁷. Aucune classification des troubles suivant leurs caractéristiques n'est réalisée alors que celle-ci aurait été pertinente⁴³⁸.

Aujourd'hui, nous nous trouvons dans une ère du contrôle des malades psychiatriques⁴³⁹. Le souci du législateur ne serait plus seulement de les soigner, mais de les tenir à l'écart de la société dite normale au cas où elles constitueraient un danger... il s'agit en pratique d'une 'détection préventive'⁴⁴⁰. Cette approche méconnaît la diversité des troubles mentaux et omet l'extrême fragilité des patients en les présentant comme des individus dangereux.

Il faut rappeler que les patients psychiatriques sont davantage susceptibles de commettre des actes d'automutilation ou tentatives de suicide que des violences sur autrui.

La maladie mentale est source de souffrances pour le patient, non une 'excuse' invoquée afin de troubler l'ordre public et perpétrer des violences en toute impunité.

A ce titre, quelles sont les conditions tenant au patient à l'occasion d'une hospitalisation psychiatrique sous contrainte selon le MHA ?

⁴³⁴ MULLEN, P. E. (1999) « Dangerous people with severe personality disorder: British proposals for managing them are glaringly wrong and unethical » *British Medical Journal*, 319, 1146-1147.

⁴³⁵ Mental Health Act 1983, section 2 (1), (as amended in 2007).

⁴³⁶ FORRESTER, A., OZDURAL, S., MUTHUKUMARASWAMY, A. and CARROLL A. (2008), *op. cit.*, p. 554.

⁴³⁷ *Ibid*, p. 554.

⁴³⁸ FORRESTER, A., OZDURAL, S., MUTHUKUMARASWAMY, A. and CARROLL A. (2008), *op. cit.*, p. 555.

⁴³⁹ NAJMAN, T. (2015), *op. cit.*, p. 42.

⁴⁴⁰ FORRESTER A. (2002) « Preventive detention, public protection and mental health » *The Journal of Forensic Psychiatry*, Vol. 13, No. 2, September 2002, 329-344.

- Les conditions tenant au patient

En principe, toute hospitalisation psychiatrique (libre ou sous contrainte) doit être précédée d'un examen psychiatrique du patient mené par un psychiatre⁴⁴¹. Le malade doit présenter des troubles mentaux d'une réelle gravité nécessitant un traitement. Toutefois, un écart considérable entre la théorie et la pratique a été déploré⁴⁴². L'article 3 du MHA 1983 exige chez l'individu un trouble mental le rendant anormalement agressif ou lui faisant adopter un comportement sérieusement irresponsable. En pratique, cette condition s'élargit en « trouble mental grave, tel qu'une dépression sévère ou une crise psychotique importante »⁴⁴³.

La dépression d'un individu justifie en pratique une hospitalisation sous contrainte. Or, il est douteux que toutes les personnes présentant des troubles dépressifs soient 'anormalement agressives' ou 'adoptent un comportement sérieusement irresponsable'. Une dérive réelle des admissions sous contrainte est donc à craindre.

La section 3 du MHA rappelle pourtant que « le trouble mental doit être d'une telle nature ou d'une telle gravité qu'un traitement hospitalier du patient devienne nécessaire ». Il faudra rappeler que rien n'indique que l'hospitalisation possède un intérêt thérapeutique : même inefficace, elle est poursuivie 'dans l'intérêt du patient'⁴⁴⁴. En pratique, la dangerosité ou le risque suicidaire constituent davantage un motif d'admission sous contrainte.

Le MHA n'indique pas non plus quel degré de gravité des troubles suffit à justifier l'hospitalisation sous contrainte.

Il revient au psychiatre d'évaluer la dangerosité du patient selon ses troubles mentaux et ses antécédents, par exemple en cas de schizophrénie ou de troubles bipolaires⁴⁴⁵. Sur ce point, les droits français et britannique présentent une importante similitude. Quant aux soins ambulatoires, ils sont privilégiés dans la prise en charge des pathologies légères sans que la loi précise lesquelles⁴⁴⁶.

⁴⁴¹ Mental Health Act 1983, section 2.

⁴⁴² FISTEIN, E. C., CLARE, I. C. H., REDLEY, M. & HOLLAND, A. J. (2016) « Tensions between policy and practice: A qualitative analysis of decisions regarding compulsory admission to psychiatric hospital » *International Journal of Law & Psychiatry*, 46, 50-57.

⁴⁴³ FISTEIN, E. C., CLARE, I. C. H., REDLEY, M. & HOLLAND, A. J. (2016), *op. cit.*, p. 55.

⁴⁴⁴ *Ibid.*, p. 55.

⁴⁴⁵ KINDERMAN, P. & TAI, S. (2008) « Psychological models of mental disorder, human rights and compulsory mental health care in the community » *International Journal of Law and Psychiatry*, 31, 479-486.

⁴⁴⁶ *Ibid.*, p. 485.

Lorsque le psychiatre établit l'existence des troubles mentaux graves chez le patient, il évalue sa capacité à exprimer son consentement aux soins. Celui-ci bénéficie d'une présomption simple de capacité, supposant que tout patient a le pouvoir de consentir au traitement jusqu'à l'apport d'une preuve contraire⁴⁴⁷. Cette preuve contraire suppose que le patient ne peut comprendre ou restituer les informations qui lui sont fournies ou ne peut prendre une décision concernant l'intérêt de consentir aux soins⁴⁴⁸. Il est alors difficile de savoir si cette appréciation est extensive ou limitative.

De même, quelles sont les autorités compétentes pouvant ordonner l'hospitalisation sous contrainte du patient ?

- Les autorités compétentes pour ordonner l'hospitalisation sous contrainte

En droit britannique, la distinction entre l'admission sur demande d'un tiers et celle sur décision d'un représentant de l'Etat n'existe pas. Le MHA prévoit que la demande d'admission peut émaner⁴⁴⁹ :

- D'un professionnel de la santé mentale assermenté (*approved mental health professional*)

Il peut s'agir d'un psychiatre, infirmier, aide-soignant, d'un thérapeute ou un psychologue exerçant en hôpital psychiatrique. Ces professionnels de la santé doivent suivre une formation spécifique les sensibilisant au respect des droits des patients hospitalisés en psychiatrie, à l'évaluation de la nécessité d'interner ou non le patient, etc.⁴⁵⁰

- Ou d'un tiers, proche du patient en vertu d'un lien familial ou autre (*nearest relative*)

L'expression *nearest relative* sous-entend que le tiers doit être la personne entretenant le lien le plus proche possible avec le patient. En l'absence de précisions apportées par la loi, qui serait ce tiers : son compagnon, ses ascendants, ses descendants, son frère ou sa sœur ?

Contrairement au droit français, l'unicité de cette procédure d'admission facilite son

⁴⁴⁷ WILSON S. and FORRESTER A. (2002) « Too little, too late? The treatment of mentally incapacitated prisoners » *The Journal of Forensic Psychiatry* Vol. 13, No. 1 April 2002, 1-8; Re T (Adult: Refusal of Medical Treatment) [1992] 3 All ER 93.

⁴⁴⁸ Re MB (Medical Treatment) [1997] 2 FLR 426, CA.

⁴⁴⁹ Mental Health Act 1983, section 2

⁴⁵⁰ MINISTERE DE LA SANTE BRITANNIQUE (2017), « Code of Practice – Mental Health Act 1983 »: http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130123193537/http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_084597 (consulté le 16 août 2017), *np*.

application. En effet, les trois modes français d'hospitalisation sous contrainte ont pour défaut de la ralentir, la rendant inutilement procédurière. Ils retardent l'hospitalisation du patient lorsqu'elle est nécessaire tout comme la fin de son séjour hospitalier, l'exposant à une grave violation de ses droits.

Relevons par ailleurs que la personne représentant l'ordre public n'est pas évoquée ici. Cette omission pourrait être due au fait qu'une autorité similaire au préfet n'existe pas en droit britannique. Dans le cas contraire, le législateur estime sans doute que cette prérogative ne relève pas de son champ de compétences.

Suivant la demande de placement en hôpital psychiatrique, le MHA exige que le patient soit examiné par un psychiatre dans les quatorze jours suivant la demande de placement en hôpital psychiatrique. Il est indispensable que le patient soit examiné successivement par deux psychiatres différents, à cinq jours d'écart⁴⁵¹. A la différence du droit français, l'examen psychiatrique du patient doit être réalisé par deux psychiatres différents. En effet, il est toujours bon de prendre en considération l'avis d'un confrère. L'admission du patient est ordonnée lorsqu'elle est considérée comme thérapeutique.

Elle doit être indispensable afin de préserver la vie du patient, ou empêcher une détérioration de son état de santé somatique et psychiatrique⁴⁵². Si les deux psychiatres estiment que l'hospitalisation sous contrainte est requise, celle-ci doit avoir lieu dans les quatorze jours à compter de la réalisation du dernier examen psychiatrique.

En somme, deux critères cumulatifs doivent être réunis afin d'hospitaliser le malade psychiatrique sans son consentement :

- L'hospitalisation doit être proportionnée à la nature et la gravité des troubles mentaux du patient
- Le psychiatre doit raisonnablement penser que cette hospitalisation est nécessaire afin d'éviter que le patient ne constitue une menace pour autrui comme pour lui-même⁴⁵³.

Comme en France, un psychiatre de l'établissement d'accueil devient responsable du patient nouvellement admis, appelé *responsible medical officer* ou RMO. Une fois le diagnostic du

⁴⁵¹ Mental Health Act 1983, section 2.

⁴⁵² Re F v West Berkshire Health Authority, sub nom F. [1990] 2 AC 1 in Site Internet du MINISTERE DE LA SANTE BRITANNIQUE (2017), *op. cit.*

⁴⁵³ P v Cheshire West and Chester Council and P & Q v Surrey County Council [2014] UKSC 19 in Site Internet du MINISTERE DE LA SANTE BRITANNIQUE (2017), *op. cit.*

patient établi, il devra mentionner le contenu de son traitement : nature et posologie des substances administrées, modalités de leur administration, thérapies⁴⁵⁴.

Fortement inspiré du droit britannique, quel est l'apport du droit écossais au regard de la procédure d'hospitalisation psychiatrique sous contrainte ?

- L'apport du droit écossais sur la procédure d'admission

Edicté peu après le MHA 1983, le *Mental Health (Scotland) Act* de 1984 constitue l'équivalent écossais de la législation britannique en matière de soins psychiatriques avec ou sans consentement, à quelques différences près.

Lorsque le patient n'est plus en capacité d'exprimer son consentement, le psychiatre en charge du patient (*responsible medical officer*) doit choisir la solution qui restreindra le moins possible l'exercice des libertés individuelles du patient⁴⁵⁵. Lorsque cela est possible, il doit encourager dans la mesure du possible le patient à exprimer ses souhaits⁴⁵⁶. Lorsque le patient est incapable d'exprimer son consentement aux soins, le psychiatre agit en son nom.

Or, l'exercice de ce pouvoir constitue un contresens.⁴⁵⁷ Le psychiatre privilégie le plus souvent sa propre conception de ce qui serait dans l'intérêt du patient, sans prendre la peine de consulter ce dernier. Cette tendance se retrouve dans de nombreux pays. Elle va pourtant à l'encontre de l'autonomie du patient, principe jouant un rôle central dans l'éthique médicale. L'autonomie implique la liberté (c'est-à-dire l'absence de contrainte exercée sur le patient afin qu'il accepte ou refuse par exemple des soins) ainsi que la capacité de délibérer, décider et agir.⁴⁵⁸ Dans l'absolu, nul autre que le patient ne devrait prendre les décisions concernant son état de santé.

Une jurisprudence écossaise de 1989⁴⁵⁹ précise que le psychiatre peut outrepasser le refus de

⁴⁵⁴ LAROUSSE, au sujet de la posologie : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/posologie/62857> (consulté le 28 février 2018), *np*.

⁴⁵⁵ STEVENSON, G. S. & ANDERSON, T. R. S. (2009) « Principles, patient welfare and the Adults with Incapacity (Scotland) Act 2000 » *International Journal of Law and Psychiatry*, 32, 120-126; *Mental Health (Scotland) Act 1984*, section 1 (2).

⁴⁵⁶ *Mental Health (Scotland) Act 1984*, section 1 (4) (a) et (b).

⁴⁵⁷ LAURIE, G. M. & MASON, J. K. (2000) « Negative treatment of vulnerable patients: Euthanasia by any other name » *The Juridical Review*, 3, 159-178.

⁴⁵⁸ HIGH COMMISSIONER FOR HUMAN RIGHTS TO THE GENERAL ASSEMBLY (2009), annual report, presented 2009, 26th January, para 48-9.

⁴⁵⁹ *F (Mental Patient Sterilization) v West Berkshire Health Authority* [1989] 2 WLR 1025; (1989) All ER 545 *in* LAURIE, G. M. & MASON, J. K. (2000), *op. cit.*, p. 163.

soins du patient dans trois hypothèses seulement :

- Lorsque la santé du patient est en jeu
- Lorsque le traitement assure une amélioration de son état de santé somatique ou physique
- Lorsque le traitement permet d'éviter une dégradation de son état de santé physique ou somatique

La même décision précise que seul le psychiatre (et dans d'autres disciplines médicales, le médecin) a le pouvoir d'ordonner une telle hospitalisation. Les juges ne peuvent y contraindre le patient sauf à l'occasion d'une condamnation pénale, ce que nous aborderons ultérieurement. Bien que le refus de soins du patient soit souvent ignoré par des soignants, cette précision apportée par le droit écossais mérite d'être saluée. En effet, bien que la pratique psychiatrique en empêche la réalisation, le droit s'efforce de rappeler que les droits du patient même hospitalisé sous contrainte, doivent être respectés.

Depuis 1950, la Convention européenne des Droits de l'Homme consacre et protège les droits fondamentaux des individus et donc ceux des patients psychiatriques hospitalisés volontairement ou sous contrainte. Quels sont les changements apportés par cette législation ?

d) La Convention européenne des Droits de l'Homme et le renforcement des droits des patients psychiatriques

Le **Human Rights Act (HRA) de 1998** (« loi des droits humains ») oblige le Royaume-Uni à respecter la Convention européenne des Droits de l'Homme de 1950 ainsi que la jurisprudence émanant de la Cour européenne des Droits de l'Homme. Elles acquièrent avec l'entrée en vigueur de cette loi force contraignante en droit britannique.

La Convention européenne des Droits de l'Homme et des libertés fondamentales est un traité concrétisant et rendant contraignants une pluralité de droits inaliénables tels que le droit à la vie, le droit à la protection contre la torture, les traitements inhumains et dégradants, le droit à la sûreté, etc.⁴⁶⁰

Ce traité, adopté par les Etats membres du Conseil de l'Europe en 1950, a pour but de protéger les droits de l'Homme et les libertés fondamentales dans chacun des Etats membres

⁴⁶⁰ Site Internet de la COUR EUROPEENNE DES DROITS DE L'HOMME : <http://www.echr.coe.int/Pages/home.aspx?p=basictexts&c=fre> (consulté le 1^{er} mars 2018), *np*.

signataires.⁴⁶¹ C'est notamment le cas de la France, de l'Espagne, du Portugal, de la Turquie... et du Royaume-Uni.

Le droit national (ou interne) de ces Etats doit alors être suffisamment clair et accessible pour assurer que les lois s'appliquent de manière prévisible⁴⁶², sans laisser de place à l'arbitraire⁴⁶³ en conformité avec les libertés fondamentales prévues par la Convention⁴⁶⁴.

Une loi contrevenant à une liberté fondamentale prévue par la Convention ou une décision de la CEDH sera inapplicable et devra être abrogée⁴⁶⁵.

Une décision de justice non respectueuse de cette norme pourra constituer un litige devant la CEDH après épuisement des recours devant les juridictions nationales.

Si la CEDH constate une violation d'une liberté fondamentale telle qu'elle est prévue dans la Convention, la décision est annulée. Le requérant obtiendra réparation de son préjudice en vertu de la violation de ses droits protégés par la Convention.

Condamné par la Cour, l'Etat signataire voit alors sa responsabilité engagée et devra s'acquitter du versement d'une amende au titre de cette violation des droits consacrés par la Convention⁴⁶⁶.

Une obligation de résultat repose sur l'Etat signataire, consistant à protéger la liberté de leurs citoyens contre les détentions arbitraires, y compris dans les hôpitaux psychiatriques⁴⁶⁷.

Le juge et le législateur ne sont pas les seuls à devoir respecter les droits issus de la Convention. Les organismes de droit privé et public ainsi que les personnes exerçant des fonctions publiques sont soumis à la même obligation.

De ce fait, le personnel soignant (psychiatres, infirmiers, aides-soignants) est indirectement concerné par cette obligation⁴⁶⁸.

Les patients admis en établissement de santé psychiatrique jouissent de droits inaliénables garantis par la Convention européenne des Droits de l'Homme. Ils n'en bénéficient pas au titre

⁴⁶¹ *Ibid*, np.

⁴⁶² *Kawka v. Poland* (2001) App No 25874/94 ECHR in LAURIE, G. M. & MASON, J. K. (2000), *op. cit.*, p. 164.

⁴⁶³ *Amuur v. France* (1996) 22 EHRR 533 in LAURIE... *op. cit.*, p. 164.

⁴⁶⁴ *Kawka v. Poland* (2001) App No 25874/94 ECHR in LAURIE... *op. cit.*, p. 165.

⁴⁶⁵ GOSTIN, L. O. (2000) « Human rights of persons with mental disabilities » *International Journal of Psychiatry and Law* 23: 125-159; MACGREGOR-MORRIS, R., EWBANK, J. & BIRMINGHAM, L. (2001) « Potential impact of the Human Rights Act on psychiatric practice: The best of British values » *British Medical Journal* 322, 848-850.

⁴⁶⁶ MACGREGOR-MORRIS, R., EWBANK, J. & BIRMINGHAM, L. (2001), *op. cit.*, p. 848.

⁴⁶⁷ *Stork v. Germany* (2006) 43 EHRR 96 in MACGREGOR-MORRIS, R., EWBANK, J. & BIRMINGHAM, L. (2001), *op. cit.*, p. 849.

⁴⁶⁸ SUGARMAN P. A. (2002) « Persons of unsound mind, dangerousness and the Human Rights Act 1998 » *The Journal of Forensic Psychiatry* Vol. 13, No. 3 December 2002, 569-577.

de leur statut de patient mais de leur condition inaliénable d'être humain.

Quels sont les droits fondamentaux intéressant les patients psychiatriques, hospitalisés sous contrainte en particulier ?

- Les principaux droits fondamentaux consacrés par la Convention

Il s'agit ici de mentionner les principaux droits applicables à ces patients de manière non-exhaustive :

- **L'article 2 relatif au droit à la vie** : « le droit de toute personne à la vie est protégé par la loi. La mort ne peut être infligée à quiconque intentionnellement, sauf en cas d'une exécution capitale prononcée par un tribunal au cas où le délit est puni de cette peine par la loi »⁴⁶⁹.
- **L'article 3 prohibant l'usage de la torture, des traitements inhumains ou dégradants** : « nul ne peut être soumis à la torture ni à des peines ou traitements inhumains et dégradants ».

Cette liberté fondamentale est la seule à être absolue, c'est-à-dire qu'elle ne souffre aucune exception⁴⁷⁰. Aucun motif ne permet selon la Convention de justifier l'emploi de la torture sur un individu qu'importe la situation dans laquelle il se trouve⁴⁷¹, y compris en « temps de guerre ou de toute autre situation d'urgence menaçant la sécurité de la nation » (art. 15 (1).)

- **L'article 6 garantissant l'accès à un procès équitable** : « toute personne a droit à ce que sa cause soit entendue équitablement, publiquement et dans un délai raisonnable, par un tribunal indépendant et impartial [...] »⁴⁷².
- **L'article 8 préservant le droit au respect de la vie privée et familiale**⁴⁷³ : « il ne peut y avoir ingérence d'une autorité publique dans l'exercice de ce droit que pour autant que cette ingérence est prévue par la loi et qu'elle constitue une mesure [...] nécessaire

⁴⁶⁹ Article 2 (1) de la Convention européenne des Droits de l'Homme (1950).

⁴⁷⁰ AKUFFO, K. (2004) « The involuntary detention of persons with mental disorder in England and Wales – A human rights critique » *International Journal of Law and Psychiatry*, 27, 109-133.

⁴⁷¹ Article 3 de la Convention européenne des Droits de l'Homme (1950).

⁴⁷² Article 6 (1) de la Convention européenne des Droits de l'Homme (1950).

⁴⁷³ Article 8 (1) de la Convention européenne des Droits de l'Homme (1950).

à la sécurité nationale, à la sûreté publique [...] »⁴⁷⁴

- **L'article 5 (1) protégeant le droit à la liberté et à la sûreté** retiendra notre attention : « toute personne a droit à la liberté et à la sûreté. Nul ne peut être privé de sa liberté sauf dans les cas suivants [...] »⁴⁷⁵ tels que « la détention régulière d'une personne susceptible de provoquer une maladie contagieuse, d'un aliéné, d'un alcoolique, d'un toxicomane ou d'un vagabond »⁴⁷⁶.
- **L'article 5 (4)** portant sur ce même droit rappelle que « toute personne privée de sa liberté par arrestation ou détention a le **droit d'introduire un recours devant un tribunal**, afin qu'il statue à bref délai sur la légalité de sa détention et ordonne sa libération si la détention est illégale ».

Cette dernière disposition concerne tout particulièrement les personnes atteintes de troubles mentaux lorsqu'elles sont appréhendées pour des faits réprimés par la loi pénale. Le cas très particulier de ces individus sera abordé dans la seconde partie de cette étude.

Que devons-nous entendre par la notion d'aliéné ?

Dans l'arrêt *Winterwerp c. Pays-Bas*⁴⁷⁷, la CEDH refuse de définir le terme d'aliénation mentale. Les juges de cette Cour ont estimé qu'une définition définitive ne pouvait être donnée, étant appelée à évoluer avec les progrès de la science, la diversité des traitements disponibles, le regard que la société porte sur les pathologies mentales, etc. Selon les psychiatres, l'aliénation mentale recouvre le terme de maladie mentale, mais d'autres troubles psychiques peuvent s'y ajouter⁴⁷⁸.

L'arrêt *Winterwerp* poursuit en précisant les conditions de mise en œuvre d'une admission psychiatrique sous contrainte. Sauf en cas d'urgence, l'individu concerné ne doit pas être privé de sa liberté à moins que son aliénation mentale n'ait été prouvée par l'apport d'un diagnostic médical. Cette expertise doit avoir été attestée par la juridiction nationale compétente. Elle doit

⁴⁷⁴ Article 8 (2) de la Convention européenne des Droits de l'Homme (1950).

⁴⁷⁵ Article 5 (1) (a) de la Convention européenne des Droits de l'Homme (1950).

⁴⁷⁶ Article 5 (1) (e) de la Convention européenne des Droits de l'Homme (1950).

⁴⁷⁷ *Winterwerp v. Netherlands* (1979) *European Human Rights Reports* 2, 387 in AKUFFO, K. (2004), *op. cit.*, p. 122.

⁴⁷⁸ SUGARMAN P. A. (2002) « Persons of unsound mind, dangerousness and the Human Rights Act 1998 » *The Journal of Forensic Psychiatry* Vol. 13, No. 3 December 2002, 569-577.

mentionner que le trouble mental est d'une telle gravité qu'il exige l'hospitalisation de la personne concernée.

De plus, le prolongement du séjour hospitalier ne peut être ordonné qu'en cas de persistance des troubles mentaux. En aucun cas il ne doit être décidé au seul motif que son comportement diverge des normes imposées par la société⁴⁷⁹.

Une réserve doit être exprimée concernant ces conditions d'hospitalisation.

Malgré la sévérité des troubles psychiques du patient, l'hospitalisation ne devrait pas constituer une solution systématique. La Haute cour devrait se prononcer davantage en faveur des soins ambulatoires lorsque cela est possible. Est-il si difficile d'admettre que d'autres traitements peuvent être dispensés au patient atteint de troubles mentaux, même graves ? Les solutions ambulatoires doivent-elles être forcément écartées ?

Chaque patient est unique malgré la ressemblance des symptômes. Il faut pouvoir envisager que l'hospitalisation peut être contre-productive pour certains patients.

Une décision ultérieure⁴⁸⁰ montre que la CEDH n'aborde pas la question de l'efficacité de l'hospitalisation. Les juges de la CEDH rappellent que, lorsqu'elle est ordonnée, l'hospitalisation doit être nécessaire afin d'assurer le traitement du patient⁴⁸¹, mais aussi afin d'assurer son contrôle ou sa surveillance dans l'hypothèse où il constituerait un danger pour lui-même ou les autres. Par ailleurs, le patient admis sous contrainte en hôpital psychiatrique doit être accueilli dans un établissement de santé « approprié »⁴⁸², et notamment dans un « environnement thérapeutique »⁴⁸³. Or, aucune obligation au traitement ne découle de l'article 5 de la Convention... le traitement doit être soigneusement évalué avant d'être imposé au patient⁴⁸⁴.

Malgré la bonne volonté des juges de Strasbourg, l'arrêt *Munjaz c. Royaume-Uni*⁴⁸⁵ montre les limites de la protection accordée aux droits des patients. En l'espèce, le requérant, M. Munjaz, souffre de troubles mentaux graves l'ayant conduit à être hospitalisé sous contrainte au sein

⁴⁷⁹ Winterwerp v. Netherlands (1979) *European Human Rights Reports* 2, 387 in AKUFFO, K. (2004), *op. cit.*, p. 124.

⁴⁸⁰ Witold Litwa v. Poland (2000) ECHR 140, 26629/95 in AKUFFO... *ibid*, p. 126.

⁴⁸¹ Guzzardi v. Italy (1980), 3 EHRR 333, 7367/76 in AKUFFO... *ibid*, p. 128.

⁴⁸² Ashingdane v. United Kingdom (1985) *European Human Rights Reports* 7, 528 in AKUFFO... *ibid*, p. 130.

⁴⁸³ Aerts v. Belgium (2000) *European Human Rights Reports* 29, 50 in AKUFFO... *ibid*, p. 132.

⁴⁸⁴ SUGARMAN P. A. (2002), *op. cit.*, p. 572.

⁴⁸⁵ Munjaz v. United Kingdom [2012] 2913/06 ECHR 1704 in SUGARMAN P. A. (2002), *op. cit.*, p. 572.

d'un hôpital psychiatrique à haute sécurité (*Regional Secure Unit ou RSU*). Son comportement était réputé violent et imprévisible.

Après épuisement des recours devant les juridictions nationales, M. Munjaz soutient devant la Haute cour les allégations de violation des droits suivants :

- Le droit au respect de la vie privée et familiale (art. 8) : la politique de soins qui lui était appliquée ne respectait pas selon ses dires son droit au développement personnel. Son hospitalisation ne lui permettait pas de tisser des liens avec le monde extérieur.
- Le droit à la liberté et à la sûreté (art. 5) : il dénonce l'absence de recours contre la décision d'hospitalisation sous contrainte dont il a fait l'objet, constituant selon lui une privation de liberté supplémentaire à son hospitalisation forcée⁴⁸⁶.

La CEDH a rejeté toutes ces allégations. Selon elle, il ne saurait y avoir de restriction de liberté à l'intérieur d'une autre mesure de restriction de liberté lorsque celle-ci a été mise en œuvre conformément à la loi⁴⁸⁷. Cette solution implique d'abord que le requérant ait été admis en toute légalité sur le fondement du MHA. Même sous contrainte, son hospitalisation a été appliquée en vertu de cette loi et ne peut donc porter atteinte à ses droits. Ensuite, le requérant n'a pas été en mesure d'invoquer les faits prouvant que les conditions de son hospitalisation étaient disproportionnées au regard de la gravité de ses troubles.

Bien que justifiée sur le plan légal, cette décision est inacceptable d'un point de vue éthique. Il est vrai que l'hospitalisation psychiatrique à l'heure actuelle ne favorise pas le développement personnel du patient, ne lui permet pas de vivre une existence normale ni d'entretenir des relations avec le monde extérieur. Il est pourtant légitime que l'individu souffrant de troubles mentaux veuille prendre part à la vie en société.

Refuser cette demande sur la seule présence de troubles psychiatriques, même graves, ne semble pas une position jurisprudentielle favorable au respect des droits des patients.

De plus, l'obligation d'attribuer au patient hospitalisé un traitement adapté à ses besoins en matière de santé mentale, reposant sur les autorités de santé n'est pas une obligation de résultat mais de moyens⁴⁸⁸. Assurer la dispensation de soins adaptés repose donc uniquement sur la bonne volonté des soignants et des pouvoirs publics. Il n'existe aucune obligation les

⁴⁸⁶ HALE, B. (2007) « Justice and equality in mental health law: The European experience » *International Journal of Law and Psychiatry*, 30, 18-28.

⁴⁸⁷ *Ibid.*, p. 21.

⁴⁸⁸ R (K) v Camden and Islington Health Authority [2001] EWCA Civ 240 in HALE... *ibid.*, p. 21.

contraignant à améliorer les soins psychiatriques administrés.

Par exemple, l'hospitalisation peut s'avérer néfaste pour le patient en provoquant une aggravation de ses troubles. Dans cette hypothèse, rien n'oblige le RMO à prendre les mesures nécessaires pour proposer un autre traitement, par exemple des solutions ambulatoires avec réinsertion dans un foyer sécurisé pour adultes.

Rappelons néanmoins que cette situation devient illégale si les troubles mentaux du patient disparaissent ou du moins s'atténuent de telle sorte que l'hospitalisation n'est plus nécessaire. Il ne doit plus par ailleurs représenter une menace pour autrui ou lui-même⁴⁸⁹.

De ce fait, les droits proclamés par la Convention ne reflètent pas la réalité de la pratique psychiatrique : il s'agit d'idéaux vers lesquels tendent les juges de la Haute cour⁴⁹⁰. L'engorgement de la CEDH en raison du grand nombre de requêtes formées devant ce tribunal aggrave le problème⁴⁹¹. Il est pourtant certain que cet instrument a gagné une réelle crédibilité en accordant une attention particulière à la protection de ces droits, louable mission qu'elle s'efforce de poursuivre aujourd'hui⁴⁹².

La protection du droit à la protection contre la torture, les traitements inhumains et dégradants représente un accomplissement important de la Cour européenne des Droits de l'Homme.

- L'exemple du droit à la protection contre la torture et les traitements inhumains ou dégradants

L'interdiction de la torture, des traitements inhumains ou dégradants est absolue et consacrée par l'article 3 de la Convention. Pouvons-nous considérer que l'hospitalisation psychiatrique et l'administration forcée d'un traitement constituent un traitement inhumain et dégradant au regard de l'art. 3 de la Convention ?⁴⁹³

La jurisprudence *Ireland c. Royaume-Uni*⁴⁹⁴ apporte quelques éclaircissements à ce sujet :

⁴⁸⁹ *Ibid*, p. 22.

⁴⁹⁰ BARTLETT, P. & WATCHERS, H. (2005) « Editorial: Introduction to special edition on law and rights » *International Journal of Law and Psychiatry*, 28, 97-98.

⁴⁹¹ STEINER, H. J. & ALSTON, P. (2000) *International human rights in context* (2nd Edition). Oxford: Clarendon Press, p. 327.

⁴⁹² PRIOR, P. M. (2007) « Mentally disordered offenders and the European Court of Human Rights » *International Journal of Law and Psychiatry*, 30, 546-557.

⁴⁹³ AKUFFO, K. (2004), *op. cit.*, p. 127.

⁴⁹⁴ *Ireland v. United Kingdom* (1978) No. 25 2 EHRR 25 in PRIOR, P. M. (2007), *op. cit.*, p. 550.

- Les *traitements dégradants* sont caractérisés par des sentiments de peur, d'infériorité, d'humiliation, de déclassement, voire de ne plus être considéré comme un être humain du fait des traitements subis, ainsi que par la destruction de toute résistance physique ou morale.
- Les *traitements inhumains et dégradants* impliquent une certaine préméditation avec laquelle ces traitements sont infligés, leur durée, le fait d'infliger une intense douleur physique ou morale subie par l'individu ainsi qu'une détresse psychologique profonde.
- La *torture* enfin suppose un degré aggravé des souffrances infligées et la volonté de nuire.

En psychiatrie, des traitements inhumains et dégradants peuvent apparaître lorsque le patient est hospitalisé dans des conditions sanitaires déplorables (chambre trop petite, insalubrité, durée d'exercice quotidienne insuffisante voire absente), l'administration de substances dont les effets secondaires sont douloureux, etc. Ces critères peuvent être considérés individuellement et ne sont pas limitatifs.

A l'occasion d'une requête portée devant la CEDH, ces traitements peuvent conduire à la mainlevée de la mesure d'hospitalisation sous contrainte. L'hospitalisation n'est alors plus considérée comme thérapeutique car elle constitue une source de souffrances intolérables chez le patient⁴⁹⁵.

Il est très probable que le patient sera alors transféré vers un autre établissement plus respectueux de ses droits, dans un cadre de vie salubre. Pourtant à notre connaissance, il n'existe pas d'étude menée sur les conséquences de telles décisions rendues par la CEDH.

La Convention européenne s'efforce de rendre effectif le respect des droits des patients, et en particulier le droit à l'autonomie. Il consiste pour le patient à décider lui-même de l'opportunité d'un traitement ou d'une hospitalisation complète par exemple.

Lorsque le patient ne peut exercer seul son droit à l'autonomie, un dispositif d'aide à la prise de décision est mis en place. Il s'agit de prévoir, en cas de perte de leur capacité de consentement, quelle solution thérapeutique apporter à ses troubles psychiatriques.

⁴⁹⁵ McFeely v. United Kingdom (1981) No. 8317/78, 3 EHRR 161 *in* PRIOR... *ibid*, p. 550.

e) *Le dispositif d'aide à la prise de décision : les directives anticipées*

Les droits britannique et français s'accordent pour affirmer le droit du patient d'accepter ou de refuser les soins lorsqu'il est en capacité d'exprimer son consentement.

Cette capacité peut disparaître en cas de progression d'une maladie mentale (ex : Alzheimer⁴⁹⁶) ou être absente de manière permanente (ex : retards d'apprentissage lourds).

De nombreuses décisions de santé posent problème lorsque le patient est incapable d'exprimer son consentement dans le secteur psychiatrique :

- Le placement en hôpital psychiatrique sous contrainte
- Les mesures de protection des majeurs dont il peut faire l'objet
- L'absence d'action en justice afin de demander la mainlevée de la mesure d'admission psychiatrique sous contrainte
- L'exercice difficile voire impossible d'un nombre conséquent de ses droits (liberté d'aller et de venir, d'exercer une activité professionnelle, droit au respect de la vie privée et familiale)⁴⁹⁷.

La déontologie médicale privilégie autant que possible l'autonomie du patient⁴⁹⁸. Elle suppose que nul autre que le patient ne devrait prendre les décisions concernant son état de santé⁴⁹⁹. Recueillir le consentement du patient a pris une importance considérable ces dernières décennies, en particulier en raison de l'entrée en vigueur du *Human Rights Act* de 1998⁵⁰⁰. Même frappé de l'incapacité d'exprimer son refus de soins, il dispose toujours de ce droit concernant aussi bien sa santé psychiatrique que somatique⁵⁰¹.

En droit britannique, ce n'est pas au patient de prouver qu'il possède la capacité légale

⁴⁹⁶ EMMETT, C., POOLE, M., HUGHUES, J. C. (2013) « Homeward bound or bound for a home? Assessing the capacity of dementia patients to make decisions about hospital discharge: Comparing practice with legal standards » *International Journal of Law and Psychiatry*, 36, 73-82.

⁴⁹⁷ DREW, N., FUNK, M., TANG, S., LAMICHANE, J., CHAVEZ, E. & KATONTOKA, S. (2011) « Human rights violation of people with mental and psychosocial disabilities: An unresolved global crisis » *Lancet*, 378, 1664-1675.

⁴⁹⁸ ZAUBLER, T. S. & FINS, J. (1996) « Ethical, legal and psychiatric issues in capacity, competency and informed consent: an annotated bibliography » *General Hospital Psychiatry* 18, 155-172.

⁴⁹⁹ High Commissioner for Human Rights to the General Assembly (2009), annual report, presented 2009, 26 January, para 48-9.

⁵⁰⁰ MOGG, A. and BARTLETT A. (2005) « Refusal of treatment in a patient with fluctuating capacity » *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, Mars 2005, 16(1): 60-69.

⁵⁰¹ Re T (Adult: Refusal of Medical Treatment) [1992] 3 All ER 930 in MOGG, A. & BARTLETT A. (2005), *op. cit.*, p. 62.

suffisante pour exprimer son consentement ou son refus des soins. La charge de la preuve repose sur la partie adverse (psychiatre, infirmier, proche du patient...) souhaitant lui imposer des soins contre son gré⁵⁰².

La jurisprudence prévoit que le patient ne dispose pas d'une capacité légale suffisante si :

- Il ne comprend pas la nature et le but du traitement proposé, son action thérapeutique, les alternatives disponibles et les risques auxquels il s'expose en cas de refus des soins
- Il n'est pas capable de prendre en considération ces informations suffisamment longtemps afin de prendre une décision
- Il ne peut pas mesurer le pour et le contre des soins proposés et exercer son libre arbitre⁵⁰³.

Si le patient éprouve des difficultés pour exprimer son consentement mais n'est pas considéré légalement incapable, il peut bénéficier d'une certaine assistance en droit britannique, c'est-à-dire les directives et les déclarations anticipées⁵⁰⁴.

Ce dispositif a été initié par la **Convention internationale promouvant les droits et libertés des personnes handicapées** (2007).

- L'impulsion donnée par la Convention internationale promouvant les droits des personnes handicapées

La Convention internationale promouvant les droits et libertés des personnes handicapées garantissent l'exercice des droits des personnes handicapées physiquement et mentalement, tels que les retards d'apprentissage lourds ou les troubles psychiatriques sévères.

En qualité d'Etats signataires, la France et le Royaume-Uni doivent garantir l'exercice de plusieurs droits envers ces personnes souffrant d'un ou plusieurs handicaps importants :

- Droit au respect de la dignité humaine, droit à l'autonomie⁵⁰⁵
- Droit d'être protégé de toute discrimination⁵⁰⁶

⁵⁰² In re C [1997] 2 FLR 180 in MOGG... *ibid*, p. 64.

⁵⁰³ Re MB (Medical Treatment) [1997] 2 FLR 426, CA in MOGG... *ibid*, p. 66.

⁵⁰⁴ CHARTRES, D. & BRAYLEY, J. (2010) *Office of the Public Advocate South Australia: Submission to the productivity commission inquiry into disability care and support*. Collinswood, p. 416 : Office of the Public Advocate; BACH, M. & KERZNER, I. (2010) *A new paradigm for protecting autonomy and the right to legal capacity*. Toronto : Law Commission of Ontario, p. 375.

⁵⁰⁵ Article 3 (a) de la Convention internationale promouvant les droits et libertés des personnes handicapées (2007).

⁵⁰⁶ Article 4 de la Convention internationale promouvant les droits et libertés des personnes handicapées (2007).

- Droit de ne pas subir de privation de liberté en raison d'un handicap physique ou mental⁵⁰⁷
- Droit à une qualité des soins égale celle de tout autre patient non atteint de handicap physique ou mental⁵⁰⁸.

A ce sujet, l'article 12(3) prévoit que « les Etats signataires doivent prendre les mesures appropriées afin de fournir aux personnes atteintes d'un handicap les moyens permettant d'exercer leurs droits ».

A ce titre, le droit britannique prévoit deux dispositifs permettant au patient d'exprimer son consentement ou son refus de soins lorsqu'il n'est pas déclaré légalement incapable :

- Les directives anticipées (*advance care directives*) légalement contraignantes permettent au patient de consentir ou refuser à l'avance un traitement, d'émettre ses souhaits au sujet des soins qui lui sont administrés, etc.
- Les déclarations anticipées (*advance statements*) ne sont pas légalement contraignantes. Elles indiquent les préférences du patient de manière générale, dans tous les aspects d'une décision particulière. Il est recommandé et non obligatoire de les suivre afin de respecter les souhaits du patient⁵⁰⁹.

Les directives et les déclarations sont tellement semblables qu'il semble illogique de les différencier. Pourquoi rendre certaines légalement contraignantes, tandis que d'autres ne tiennent lieu que de « recommandations » à l'attention des soignants ? Il serait bienvenu de rendre ces déclarations contraignantes sous peine de sanctions légales⁵¹⁰. Le cas échéant, promouvoir l'autonomie du patient demeure un vœu pieux et l'exclusion des patients de la prise de décisions demeure. La distinction entre les directives et les déclarations n'aurait par ailleurs plus de raison d'être.

Les potentiels bénéfiques pouvant être tirés de la mise en place de ce dispositif sont nombreux. Il permet au malade psychiatrique de mieux contrôler le cours de son existence, de se sentir davantage comme un citoyen ordinaire et non comme un 'poids' à la charge des autres. Son estime de soi et la qualité de ses relations avec autrui s'améliorent⁵¹¹. Il se sent écouté, respecté

⁵⁰⁷ Article 14.1 (b), *op. cit.*

⁵⁰⁸ Article 25 (d), *op. cit.*

⁵⁰⁹ DAVIDSON, G., KELLY, B. *et al* (2015), *op. cit.*, p. 62.

⁵¹⁰ *Ibid.*, p. 66.

⁵¹¹ CHARTRES, D. & BRAYLEY, J. (2010), *op. cit.*, p. 32.

et subit une moindre pression à accepter les soins⁵¹². Pour l'entourage du patient et les soignants, cette procédure allège la charge de la décision ainsi que le sentiment de culpabilité lié à la prise en charge totale du patient⁵¹³.

Cette Convention a inspiré la mise en place de législations nationales similaires afin de promouvoir l'autonomie du patient psychiatrique au moyen des directives anticipées.

Il convient maintenant d'aborder les modalités de cette procédure en droit britannique.

- Les directives anticipées en droit britannique

En droit britannique, le **Mental Capacity Act 2005** (« acte de capacité mentale » ou *MCA*) prévoit la mise en œuvre des directives et des déclarations anticipées. En vertu de sa section 2, le patient manque de capacité légale s'il souffre d'une pathologie ou d'un trouble affectant gravement sa capacité à la prise de décisions concernant son état de santé.

La section 3 MCA indique que « le trouble ou la pathologie » doit :

- Le rendre incapable de comprendre les informations qui lui sont fournies ayant trait à la décision qu'il doit prendre.

Il s'agit d'une approche fonctionnelle de la capacité légale afin d'établir si le patient comprend la nature, les bénéfices et les risques de la décision qu'il doit prendre⁵¹⁴. La gravité de la décision, les antécédents judiciaires, médicaux et familiaux du patient sont également en pris en compte⁵¹⁵. Une plus grande capacité légale sera attendue du patient s'il s'agit d'une question de vie ou de mort par exemple⁵¹⁶.

En revanche, la gravité seule de la pathologie du patient ne suffit pas à établir son incapacité. Une étude montre que, sur un panel de patients hospitalisés souffrant de troubles mentaux

⁵¹² GALON, P. A. & WINEMAN, N. M. (2010) « Coercion and procedural justice in psychiatric care: State of the science and implications for nursing » *Archives of Psychiatric Nursing*, 24(5), 307-316.

⁵¹³ DAVIDSON, G., KELLY, B. *et al* (2015), *op. cit.*, p. 66.

⁵¹⁴ Law Commission (1995c) *Mental Incapacity. Law Commission Report No. 231*. London: Stationery Office.

⁵¹⁵ Re T (Adult: Refusal of Medical Treatment) [1992] 3 All ER 930 in DAVIDSON, G., KELLY, B. *et al* (2015), *op. cit.*, p. 66; RAYMONT, V., BUCHANAN, A., DAVID, A. S., HAYWARD, P., WESSELY, S. & HOTPF, M. (2007) « The inter-rata reliability of mental capacity assessments » *International Journal of Law and Psychiatry*, 30, 112-117.

⁵¹⁶ Re MB (Medical Treatment) [1997] 2 FLR 426, CA in RAYMONT, V., BUCHANAN, A., DAVID, A. S., HAYWARD, P., WESSELY, S. & HOTPF, M. (2007), *op. cit.*; WONG, J. G., CLARE, I. C. H., GUNN, M. J. & HOLLAND, A. J., (1999) « Capacity to make health care decisions; its importance in clinical practice » *Psychological Medicine*, 29, 437-446.

sévères, plus de 40% d'entre eux étaient suffisamment lucides afin de décider eux-mêmes des soins les concernant⁵¹⁷.

Bien que cette approche soit favorisée par les praticiens, elle est difficile à mettre en place. Comment vérifier de manière certaine que le patient comprenne suffisamment la décision qu'il est lui demandé de prendre concernant ses soins ?⁵¹⁸

Selon la section 3 MCA, « le trouble ou la pathologie » empêchant la prise de décisions du patient doit :

- Le rendre incapable, d'assimiler, de se souvenir des informations qui lui ont été données
- De soupeser les avantages et inconvénients de ces informations avant de prendre une décision ou de communiquer la décision prise.

Lorsqu'une ou plusieurs de ces capacités font défaut, une personne extérieure (soignant, proche du patient) peut prendre la décision dans l'intérêt du malade⁵¹⁹.

L'arrêt britannique *Saint George Healthcare* de 1998⁵²⁰ précise que le psychiatre constatant l'incapacité du patient doit réévaluer l'opportunité du traitement. Il devra soupeser l'intérêt thérapeutique des soins proposés et leurs potentiels effets secondaires. Si le patient a nommé un avocat afin de défendre ses intérêts, il devra être informé immédiatement de l'incapacité légale constatée chez son client.

En l'absence d'avocat, l'établissement d'accueil doit informer l'*Official Solicitor* (équivalent du ministère public britannique) au plus vite de la situation. Cette autorité défend et protège les intérêts des individus vulnérables devant la justice lorsque ceux-ci sont eux-mêmes dans l'incapacité de le faire, tels que les personnes atteintes de troubles mentaux sévères⁵²¹.

En pratique, il est admis que le patient incapable parvienne à prendre une décision pendant un

⁵¹⁷ OWEN, G. S., SZMUKLER, G., RICHARDSON, G., DAVID, A. S., HAYWARD, P., RUCKER, J. *et al* (2009) « Mental capacity and psychiatric in-patients: Implications for the new mental health law in England and Wales » *British Journal of Psychiatry*, 195, 257-263.

⁵¹⁸ SUTO, W. M. I., CLARE, I. C. H., HOLLAND, A. J. & WATSON, P. C. (2005) « Capacity to make financial decisions among people with mild intellectual disabilities » *Journal of Intellectual Disability Research*, 49, 199-209.

⁵¹⁹ EMMETT, C., POOLE, M., HUGHES, J. C. (2013), *op. cit.*, p. 75.

⁵²⁰ *St George's Healthcare NHS Trust v S* [1998] 2 FLR 728 at 758-760 in EMMETT, C., POOLE, M., HUGHES, J. C. (2013), *op. cit.*, p. 75.

⁵²¹ Site Internet du GOUVERNEMENT DU ROYAUME-UNI au sujet de la définition de l'Official Solicitor : <https://www.gov.uk/government/organisations/official-solicitor-and-public-trustee> (consulté le 18 octobre 2016), *np.*

intervalle de lucidité⁵²². Il est alors conseillé de donner l'occasion au patient de rédiger ses directives anticipées lorsque cette hypothèse se produit⁵²³. Les proches du patient et les soignants pourront se fonder sur celles-ci lorsque le patient se trouve dans une période dite de 'crise' ou 'état de décompensation' (discours incohérent, délire, paranoïa, hallucinations visuelles ou auditives, comportement suicidaire ou agressif, etc). En tout état de cause, le patient ne doit pas être considéré comme légalement incapable s'il prend une décision jugée déraisonnable selon les mœurs, les convictions de ses proches ou de son psychiatre.

Au contraire, seules les capacités de raisonnement et de compréhension du patient devraient être prises en considération, mais ce n'est pas le cas en pratique.

Il est fondamental pour le soignant de respecter les préférences, les valeurs et les convictions du malade... en somme, ce qu'il juge meilleur pour sa santé et son existence tout entière⁵²⁴. Le soignant peut également rechercher le juste équilibre entre les désirs du patient et le souci de protéger son état de santé mental⁵²⁵, appelé « bien-être social et personnel de l'individu » par la commission des lois de l'Etat de Victoria en Australie⁵²⁶.

Malgré la volonté louable du législateur britannique et australien, il est difficile de trouver une conception bien arrêtée du bien-être du patient psychiatrique lorsqu'il désire mettre fin aux soins, par exemple en recourant à l'euthanasie⁵²⁷. Cette question spécifique nous intéressera plus loin dans cette étude.

De même, le patient ne peut pas être considéré comme totalement capable ou incapable. Une différenciation doit être réalisée selon la décision qui est attendue de lui.

Le *Royal College of Psychiatrists* (RCP), équivalent britannique de l'Ordre des psychiatres, propose en 2005 **plusieurs niveaux d'incapacité parmi les patients**⁵²⁸ :

⁵²² BUCHANAN, A. (2004) « Mental capacity, legal competence and consent to treatment » *Journal of the Royal Society of Medicine*, 97, 415-420.

⁵²³ SWANSON, J., SWARTZ, M. S., ELBOGEN, E. B., VAN DORN, R. A., WAGNER, H. R., MOSER, L. A. *et al* (2008) « Psychiatric advance directives and reduction of coercive crisis interventions » *Journal of Mental Health*, 17, 255-267.

⁵²⁴ SZMUKLER, G., DAW, R. & CALLARD F. (2014) « Mental health law and the UN Convention on the rights of persons with disabilities » *International Journal of Law and Psychiatry*, 37, 245-252.

⁵²⁵ DUNN, M., CLARE, I. C. H., HOLLAND, A. J. & GUNN, M. J. (2007) « Constructing and reconstructing 'best interests': An interpretative examination of substitute decision-making under the Mental Capacity Act 2005 » *Journal of Social Welfare and Family Law*, 29, 117-133.

⁵²⁶ VICTORIAN LAW REFORM COMMISSION (2012) *Guardianship: Final Report Law Reform Commission*. Melbourne, p. 81.

⁵²⁷ RICHARDSON, G. (2013) « Mental capacity in the shadow of suicide: What can the law do? » *International Journal of Law in Context*, 9, 87-105.

⁵²⁸ ROYAL COLLEGE OF PSYCHIATRISTS (2005c) *Response to the Bournemouth consultation*. London: RCP, p. 59.

- *Niveau 1, la simple restriction de liberté* : l'individu réside à son propre domicile, sa liberté d'aller et venir n'est entravée qu'à certaines occasions (ex : passage d'un infirmier à domicile qui s'assurera que le patient prenne son traitement correctement).
- *Niveau 2, les restrictions de liberté plus importantes* : l'individu réside toujours à son domicile mais des restrictions de liberté lui sont plus fréquemment imposées (hospitalisation de courte durée, sommation de se rendre à une consultation psychiatrique, une thérapie de groupe ou autre).
- *Niveau 3, l'hospitalisation du patient* : l'individu est hospitalisé sous contrainte dans un service de soins psychiatriques. Il peut encore exprimer des souhaits concernant les soins.
- *Niveau 4, l'hospitalisation et la disparition complète de la capacité légale du patient* : le patient hospitalisé sous contrainte ne peut plus exprimer son consentement ou son refus de soins. Son RMO prendra les décisions relatives aux soins psychiatriques et somatiques tandis qu'un de ses proches décidera des autres questions le concernant.

Les praticiens ont appelé cette réforme de leurs vœux⁵²⁹ bien qu'elle soit restée à l'état de projet. L'intervention d'un 'facilitateur' a également été proposée, afin d'aider le patient à exprimer son opinion. Il peut s'agir d'un proche ou d'un professionnel de santé correctement renseigné sur l'état de santé du patient et la teneur de la décision à prendre⁵³⁰.

Plusieurs entrevues entre le professionnel de santé et le patient sont nécessaires afin de prendre connaissance de l'étendue de sa capacité⁵³¹.

D'autre part, plusieurs psychiatres se sont émus de la mauvaise connaissance du MCA par les soignants⁵³². La plupart sont conscients de l'importance de ce mécanisme mais ignorent comment le mettre en place⁵³³.

Dans cette optique, des campagnes d'information diffusées par le ministère de la Santé britannique ou la création d'une formation continue à leur attention seraient les bienvenues.

⁵²⁹ EASTMAN, N. & DHAR, R. (2000) « The role and assessment of mental capacity: A review » *Current Opinion in Psychiatry* 13, 557-561.

⁵³⁰ DAWSON, J. & SZMUCKLER, G. (2006) « Fusion of mental health and incapacity legislation » *British Journal of Psychiatry*, 188, 504-509.

⁵³¹ BANNER, N. F. (2010) *Judging by a different standard? Examining the role of rationality in assessments of mental capacity*. PhD. University of Central Lancashire, p. 256.

⁵³² WILLNER, P., BRIDLE, J., DYMOND, S. & LEWIS, G. (2011) « What do newly appointed health staff know about the Mental Capacity Act (2005)? » *Medicine, Science and the Law*, 51, 97-101.

⁵³³ MUKHERJEE, S. & SHAH, A. (2001) « Capacity to consent: issues and controversies » *Hospital Medicine* 62, 351-354.

Afin d'améliorer le fonctionnement des directives anticipées, une **approche différente de la capacité légale** a été proposée par les praticiens. Elle consiste à évaluer la capacité du patient de comprendre, de se souvenir et de soulever le pour et le contre des informations suivantes :

- Les raisons de son hospitalisation
- Les solutions proposées dans l'hypothèse d'une sortie de l'hôpital (transfert vers un autre établissement, retour au domicile du patient ou d'un de ses proches)
- Les types de soins disponibles dans l'hypothèse d'une sortie d'hôpital (soins ambulatoires, à domicile, moyens de transport disponibles afin de se rendre à ses rendez-vous médicaux)⁵³⁴.

Cette approche serait davantage adaptée au patient dont l'état de santé s'est amélioré, lorsque la mainlevée de sa mesure d'hospitalisation est envisagée.

A ce sujet, le droit écossais propose une approche différente.

- L'apport du droit écossais concernant les directives anticipées

En **droit écossais**, le **Mental Health (Care and Treatment) Scotland Act 2003** (« loi écossaise sur la santé mentale (soins et traitement) ») évoque les modalités de mise en place des directives anticipées chez les patients psychiatriques. Elle leur permet d'exprimer leurs souhaits au sujet de leurs soins dans le cadre d'une hospitalisation comme des soins ambulatoires sous contrainte⁵³⁵.

Le patient peut également mentionner dans les directives des instructions d'ordre financier ou autre le concernant (patrimoine, dispositions testamentaires) ainsi que les raisons morales, religieuses, culturelles... justifiant ses choix⁵³⁶. Cependant, il est obligatoire qu'un témoin du patient soit physiquement présent lors de la rédaction des directives : RMO ou autre soignant, assistant social, auxiliaire de vie, avocat, proche, etc.⁵³⁷

La forme des directives anticipées n'est pas rigide et peuvent régir tous les aspects de la vie du patient légalement incapable. En théorie, cette forme de directives semble la plus respectueuse de l'autonomie du patient. Or, le contenu de ces directives n'est jamais contraignant : le

⁵³⁴ EMMETT, C., POOLE, M., HUGHES, J. C. (2013), *op. cit.*, p. 80.

⁵³⁵ REILLY, J. & ATKINSON J. M. (2010) « The content of mental health advance directives: Advance statements in Scotland » *International Journal of Law and Psychiatry*, 33, 116-121.

⁵³⁶ SCOTTISH EXECUTIVE (2005b) *The New Mental Health Act: A guide to advance statements*. Edinburgh: Scottish Executive, p. 142.

⁵³⁷ REILLY, J. & ATKINSON J. M. (2010), *op. cit.*, p. 116.

psychiatre qui s'apprête à prendre une décision concernant le patient doit en prendre connaissance mais il est libre de ne pas en tenir compte⁵³⁸.

Les praticiens sont souvent réticents à appliquer les directives, craignant par exemple que les patients refusent tout traitement malgré leur agressivité⁵³⁹. Pourtant, les patients sévèrement atteints ont conscience de l'importance de leur traitement. Sans celui-ci, ils seraient contraints d'être isolés en permanence afin de les empêcher de nuire à autrui ou à eux-mêmes⁵⁴⁰.

La présence d'une tierce personne lors de la rédaction des directives soulève plusieurs interrogations : peut-il influencer le patient dans sa prise de décisions ? A-t-il le droit de prendre connaissance du contenu des directives ?

Le législateur écossais reste silencieux à ce sujet. Le psychiatre pourrait tenter de persuader le patient de prendre une décision qui serait conforme 'à son intérêt'. C'est pourquoi les praticiens recommandent de choisir un témoin qui ne soit pas impliqué dans la prise en charge du patient⁵⁴¹.

En outre, le juge peut nommer une tierce personne en qualité de tuteur du patient légalement incapable⁵⁴². Agissant en qualité de représentant légal, il exerce en quelque sorte des droits parentaux sur le patient. Il prend les décisions afférentes à la vie de tous les jours du patient ainsi que celles concernant son traitement. Il n'a cependant aucun pouvoir de décision sur les finances de la personne incapable.

La nature et l'étendue de ces pouvoirs sont délimitées par le juge, notamment en fonction des troubles mentaux du patient, de sa réponse au traitement, de l'évolution de sa pathologie dans le temps, etc.⁵⁴³ D'origine prétorienne, cette procédure a été reprise dans la loi **Adult with Incapacity (Scotland) Act 2000** (« loi écossaise relative aux adultes atteints d'incapacité »). L'*Act* définit l'incapacité du patient comme celle d'agir, de prendre des décisions, de communiquer et de les comprendre, qu'elles concernent sa santé ou non ⁵⁴⁴. Le législateur

⁵³⁸ SCOTTISH EXECUTIVE (2005a) *Mental Health (Care and Treatment) (Scotland) Act 2003*. Edinburgh: Scottish Executive, p. 217.

⁵³⁹ ELBOGEN, E., SWARTZ, M. S., VAN DORN, R., SWANDON, J. W., KIM, M. & SCHEYETT, A. (2006) « Clinical decision-making and views about psychiatric advance directives » *Psychiatric Services*, 57, 350-355.

⁵⁴⁰ BACKLAR, P., MCFARLAND, B. H., SWANSON, J. W. & MAHLER, J. (2001) « Consumer, provider and informal caregiver opinions on psychiatric advance directives » *Administration and Policy in Mental Health*, 28, 609-618.

⁵⁴¹ REILLY, J. & ATKINSON J. M. (2010), *op. cit.*, p. 117.

⁵⁴² Dick v Douglas (1924) SC 787 in REILLY, J. & ATKINSON J. M. (2010), *op. cit.*, p. 117.

⁵⁴³ *Ibid.*

⁵⁴⁴ Adult with Incapacity (Scotland) Act 2000, s. 1 (6) in REILLY, J. & ATKINSON J. M. (2010), *op. cit.*, p. 117.

écossais précise tout de même que le degré d'incapacité du patient, même important, ne permet pas de justifier à lui seul l'hospitalisation sous contrainte.⁵⁴⁵

De même, le droit irlandais⁵⁴⁶ ajoute que la seule existence d'une addiction à l'alcool ou aux stupéfiants ne suffit pas à ordonner cette hospitalisation⁵⁴⁷. Le cas échéant, elle constituerait une grave violation des libertés individuelles du patient.

Ainsi, l'incapacité légale et la présence de troubles mentaux graves représentant un danger pour autrui ou le patient ne peuvent pas être confondues.

Que propose le droit français en la matière ?

- Les directives anticipées en droit français

En droit français, les directives anticipées sont régies par l'article L 1111-11 du CSP, modifié par la loi du 2 février 2016⁵⁴⁸. Elles ont été créées par la loi du 22 avril 2005⁵⁴⁹. Cet article prévoit que toute personne majeure ait la possibilité de rédiger des directives anticipées dans l'hypothèse où elle serait un jour incapable d'exprimer sa volonté. Contrairement au droit britannique, leur champ d'application concerne principalement la fin de vie (c'est-à-dire en cas d'affection grave et incurable) et les soins palliatifs du patient.

Il est indispensable que le patient soit atteint d'une pathologie grave et incurable afin que ces directives soient applicables, quelle que soit sa cause. Le patient peut alors décider des conditions de la poursuite ou de l'arrêt du traitement. Révisables et révocables, elles doivent être rédigées suivant un modèle bien précis, prévu dans un décret d'application⁵⁵⁰.

Les directives anticipées permettent par ailleurs d'éviter l'écueil d'un "choix binaire entre hospitalisation et abstention". Le patient hospitalisé sous contrainte peut toujours exprimer ses

⁵⁴⁵ Adult with Incapacity (Scotland) Act 2000, s. 44 (4) in RAMSAY, H., ROCHE, E. & O'DONOGHUE, B. (2013), *op. cit.*, p. 157.

⁵⁴⁶ Mental Health (Ireland) Act (2001) in REILLY, J. & ATKINSON J. M. (2010), *op. cit.*, p. 117.

⁵⁴⁷ RAMSAY, H., ROCHE, E. & O'DONOGHUE, B. (2013) « Five years after implementation: A review of the Irish Mental Health Act 2001 » *International Journal of Law and Psychiatry*, 36, 83-91.

⁵⁴⁸ Loi n°2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie, art. 8.

⁵⁴⁹ Loi n°2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie in GRILLO, E. (2007) « L'autonomie : dimensions et paradoxes », *Ethique et Santé*, vol. 1, p. 180 ; FLOCH, M. (2011) « Effectivité de la personne de confiance et des directives anticipées : évaluation de procédures institutionnelles au CHRU de Brest » *Revue générale de droit médical*, n°39, pp. 7-22.

⁵⁵⁰ Décret n°2016-1067 du 3 août 2016 relatif aux directives anticipées prévues par la loi n°2016-87 du 2 février 2016.

préférences concernant son traitement, incitant progressivement le patient à s'impliquer dans le processus de soins.⁵⁵¹ Il peut également désigner une personne de confiance ou adresser aux soignants des instructions non-médicales.⁵⁵²

L'objectif de ces directives anticipées est de réduire le nombre des hospitalisations sous contrainte en aidant le patient à identifier les signes précurseurs de rechute. Elles favorisent une prise en charge du malade en amont en invitant le patient à s'exprimer sur ses troubles et leurs conséquences.⁵⁵³

De plus, elles sont considérées comme des instruments de défense des patients contre le pouvoir médical et ses excès.⁵⁵⁴ Leur rédaction doit être envisagée comme un « partage d'expertises : le praticien apporte ses connaissances médicales et scientifiques, le patient son savoir concernant sa maladie et son vécu des décompensations ». ⁵⁵⁵ Il est d'ailleurs indispensable d'en revoir régulièrement le contenu afin de permettre au patient de les modifier, par exemple suite à la gestion d'un état de crise douloureux pour le malade. Si cette condition est respectée, « le patient pourra envisager les soins de façon plus positive et s'y impliquer plus facilement ». ⁵⁵⁶

L'article 8 de la loi du 2 février 2016 énonce que le contenu des directives anticipées s'impose au médecin, sauf

- 'En cas d'urgence vitale pendant le temps nécessaire à une évaluation complète'

Cette disposition manque de clarté car le législateur ne définit pas la notion « d'urgence vitale » : sans doute s'agit-il de l'hypothèse où la vie du patient est en jeu, où le médecin se voit contraint de sauver le patient, tel qu'un arrêt de la fonction cardiaque. Or, dans ce cas, le principe même des directives anticipées serait dénaturé... ce manque de clarté nuit à la bonne application des directives anticipées. Celles-ci devraient s'imposer au soignant qu'importe la

⁵⁵¹ LOPEZ A., YENI, I., VALDEZ-BOULOUQUE, M. et CASTOLDI, F. (2005) *Propositions de réforme de la loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de leurs troubles et à leurs conditions d'hospitalisation*, rapport n° 2005-064, Inspection Générale des affaires sociales, p. 124.

⁵⁵² MAITRE, E. *et al* (2013) « Les directives anticipées en psychiatrie : revue de la littérature qualitative, état des lieux et perspectives », *Encéphale* : <http://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2012.10.012>, *np* ; GROSS, R. (2011) « Les directives anticipées en psychiatrie » : http://raoulgross.info/wp-content/uploads/2011/02/Enjeux_D_A_Psy.pdf (consulté le 31 juillet 2018), *np*.

⁵⁵³ MAUREL, M. (2009) « Education and recurrence prevention » *Encéphale*, 35 (Suppl. 1), pp. 520-523.

⁵⁵⁴ SZASZ T. S. (1982) « The psychiatric will. A new mechanism for protecting persons against 'psychosis' and psychiatry » *American Psychology*, 37(7), pp. 762-770

⁵⁵⁵ MAITRE, E. *et al* (2013), *op. cit.*, *np*.

⁵⁵⁶ *Ibid.* Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées sous la forme d'un document écrit sur papier libre, daté et signé : un modèle pré-rempli peut également être utilisé. Le malade doit ensuite en informer son médecin ou ses proches et désigner un lieu afin de conserver le document. Leur durée de validité est illimitée mais le patient peut les modifier ou les annuler à tout moment en rédigeant de nouvelles directives : le document le plus récent sera pris en compte par les soignants.

situation dans laquelle se trouve le patient.

- 'Lorsque les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale'.

Dans ce cas de figure, le psychiatre rend sa décision à l'issue d'une procédure collégiale qui devra figurer dans le dossier médical. Le refus d'application des directives est porté à la connaissance du patient et de ses proches. Cette exception est de loin la plus problématique. Le principe même des directives pour le patient est de disposer de son corps et de son traitement comme il l'entend. Aucune considération morale, éthique, religieuse ou culturelle ne devrait entrer en considération. Seule la volonté du patient devrait être respectée sans être remise en question. Le cas échéant, où se trouve l'intérêt des directives ? Qu'en est-il du respect de l'autonomie du patient ?

Ces exceptions rendent l'application de ces dispositions hasardeuses, les directives anticipées seraient mises en œuvre selon le bon vouloir du médecin. Dans cette hypothèse, la subsistance du paternalisme médical empêche également la bonne exécution des dispositions de la loi du 2 février 2016. Le paternalisme se définit comme un « comportement, une attitude consistant à maintenir un rapport de dépendance ou de subordination tout en lui donnant une valeur affective à l'image des relations familiales »⁵⁵⁷.

Il s'agit du rapport d'autorité exercé par le soignant sur le patient. Il est fréquent que le patient, animé d'un sentiment de respect envers le soignant n'ose pas aller à l'encontre de l'injonction ou des conseils qui lui sont prodigués. Quant au soignant, il peut se sentir imbu d'une certaine supériorité l'amenant à imposer sa propre conception de « l'intérêt » du patient.

En effet, il fut plus souvent question d'obéissance que de partage dans la relation patient – soignant comme l'affirme au XIV^e siècle le chirurgien français Guy de Chauliac : « le médecin attend de son patient qu'il lui obéisse tel un serf à son Seigneur » ?⁵⁵⁸ Il a ainsi été longtemps déplacé d'évoquer la notion du consentement chez le patient.

Bien qu'il soit « adouci » dans la plupart des disciplines médicales en raison d'une importance croissante accordée au respect des droits des patients, le paternalisme reste prégnant en psychiatrie. Il y est communément admis que les patients psychiatriques sous contraintes soient

⁵⁵⁷ LAROUSSE, au sujet du paternalisme : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/paternalisme/58624> (consulté le 23 août 2017), *np*.

⁵⁵⁸ DE CHAULIAC, G. (1363) *Chirurgica magna in* VIALLA, F. & VAUTHIER, J-P. (2015) « Quelle place pour le consentement dans l'hospitalisation psychiatrique ? » *in* LUNEL, A., *op. cit.*, p. 127.

imprévisibles et dangereux. La relation médecin – patient a longtemps été considérée comme asymétrique en raison de l’absence de discernement chez le patient.⁵⁵⁹ Il paraît alors bien normal que le soignant prenne toute décision concernant les soins du patient, de toute évidence légalement incapable en raison de ses troubles mentaux...⁵⁶⁰ La médecine, et notamment la psychiatrie, serait alors écartelée entre sa mission de dispenser les soins nécessaires à la condition du malade et son désir de prendre en considération les souhaits du patient. Elle est partagée « entre la crainte d’une intrusion excessive et le risque d’un laxisme moralement difficilement admissible ».⁵⁶¹ Il revient pourtant au patient d’être seul acteur de ses décisions, surtout concernant son traitement, car la recherche du consentement est ancrée dans le respect de la dignité de la personne humaine. C’est parce que la soignant s’efforce de rechercher le consentement du patient à son traitement, à son hospitalisation, à toute mesure thérapeutique qu’il fait preuve d’humanité envers le patient et lui-même.⁵⁶²

Par ailleurs, les patients psychiatriques seraient trop peu informés de l’existence de ces directives. Une étude réalisée au CHU de Brest en 2010 révèle que seuls 8% des patients avaient connaissance de ce dispositif. Ils étaient d’ailleurs mal renseignés sur leur mise en œuvre et confondaient des notions telles que la personne de confiance et la personne à prévenir en cas d’urgence.⁵⁶³ L’hôpital était vide de toute information juridique, les dépliants et fascicules étaient difficilement accessibles aux patients. Les soignants n’avaient que très peu de temps à accorder à ce type de formations tandis qu’une majeure partie d’entre eux était « réticente vis-à-vis de cette question juridique en milieu hospitalier ».⁵⁶⁴

Bien qu’ils aient conscience de l’importance de ces droits, ils ne les jugeaient pas nécessaires ou du moins ne se sentaient pas concernés par leur application. L’exercice de ce droit les rapprochait d’une « certaine fin de vie qu’ils voudraient justement éviter » comme un sujet

⁵⁵⁹ SAVATIER, R., AUBY, J-M & PEQUIGNOT (1956) *Traité de droit médical*, Litec, p. 224.

⁵⁶⁰ MCMILLAN, J. & GILLET, G. (2005) « Moral responsibility, consciousness and psychiatry » *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 1018-1021.

⁵⁶¹ COMITE CONSULTATIF NATIONAL D’ETHIQUE (2005) Avis n°87, p. 30 in VIALLA, F. & VAUTHIER, J-P. (2015), *op. cit.*, p. 128.

⁵⁶² SARGOS, P. (1999) « L’obligation d’informer le patient », *LPA*, 22 septembre 1999, n°189, p. 9.

⁵⁶³ GRILLO, E. (2007) « L’autonomie : dimensions et paradoxes », *Ethique et Santé*, vol. 1, p. 180 ; FLOCH, M. (2011) « Effectivité de la personne de confiance et des directives anticipées : évaluation de procédures institutionnelles au CHRU de Brest » *Revue générale de droit médical*, n°39, pp. 7-22.

⁵⁶⁴ FLOCH, M. (2011) *Le respect de la volonté des patients : enquête sur la personne de confiance et les directives anticipées*, Bordeaux, LEH Edition, 2011, Mémoires numériques de la BNDS, p. 316.

tabou.⁵⁶⁵ Face à la réticence des soignants et des patients pour le respect accordé à cette procédure, l'exercice des directives anticipées serait illusoire, surtout en psychiatrie. Favoriser l'autonomie du patient psychiatrique serait vain, « il faut donc plutôt s'assurer qu'il a globalement compris le but des soins et qu'il les accepte globalement ».⁵⁶⁶

En effet, il existe une « présomption d'ignorance » des patients concernant leurs droits. Elle doit être compensée par la réalisation d'une obligation renforcée d'information reposant sur les soignants. A défaut de pouvoir recueillir le consentement total du patient psychiatrique, il faut à tout le moins qu'il comprenne la nécessité des soins dont il fait l'objet.⁵⁶⁷ Le soignant doit être particulièrement vigilant et rechercher le consentement chez le patient dont la conscience est « altérée par la maladie, le stress, une incompréhension de la gravité de ses troubles et l'importance de ses enjeux »⁵⁶⁸, notamment dans le cas des urgences gériatriques et psychiatriques.⁵⁶⁹ Toutefois, le soignant devra toujours accorder une réelle importance à la force du désir d'autonomie du patient. Même âgé, même délirant, le malade demeure un être humain s'efforçant de garder le contrôle de son existence à travers l'administration de ses soins.⁵⁷⁰

De même, la manière d'informer le patient sur ce droit repose souvent sur le bon vouloir des soignants et leurs méthodes seraient contre-productives dans l'objectif de favoriser l'expression des désirs du patient. Certains médecins énumèrent toutes les informations, du principe des directives aux conditions de leur validité sans que le patient n'ait émis le souhait d'être informé : « l'obligation d'informer loyalement se confond avec l'obligation de 'tout dire'. Plus douloureux encore, 'tout dire' se traduit par n'importe comment à n'importe quel

⁵⁶⁵ RENAULT, A. & BOLES, J-M. (2010) « La personne de confiance » in *Enjeux éthiques en réanimation* sous la direction de L. PUYBASSET, Ed. Springer, p. 81.

⁵⁶⁶ FLOCH, M. (2011), *op. cit.*, p. 319.

⁵⁶⁷ BERTHIAU D. (2006) « Comprendre le principe d'autonomie en droit de la santé » in *Médecine et droit*, 2006, p. 58 ; DE DINECHIN O. (2006) *Vulnérabilité et décisions au regard du Comité consultatif national d'éthique*, Reliance 2006/2, n°20, p. 74.

⁵⁶⁸ LE GALL, G. & LE GALL, F. (2007) « Le respect absolu de la volonté du patient pose un véritable problème de société : aspects éthiques et juridiques » in *Revue fondamentale des questions hospitalières*, n°14, 2007, p. 416.

⁵⁶⁹ FOURNIER, V. & TRARIEUX, S. (2005) « Les directives anticipées en France », in *Médecine et droit*, 2005, p. 147.

⁵⁷⁰ BOLES, J-M., GLASSON, C. & HAZIF-THOMAS, C. (2011) « Le refus de traitement chez la personne âgée : quelle dignité pour l'homme ? » *Revue générale de droit médical*, n°41, pp. 121-136 ; COMITE CONSULTATIF NATIONAL D'ETHIQUE (1998) *Rapport sur le vieillissement*, avis n°59, 8 octobre 1998 ; HAZIF-THOMAS, C., THOMAS, P. & WALTER, M. (2010) « Refus de soins, décision médicale et interdisciplinarité » *La revue francophone de gériatrie et de gérontologie*, septembre 2010, t. XVII, n° 167, pp. 338-347,

moment ». ⁵⁷¹ *A contrario*, d'autres soignants « se réfugient derrière le confortable 'j'attends qu'il me questionne, et s'il ne le fait pas, c'est qu'il est dans le déni' » ⁵⁷². La solution médiane selon l'auteur de ces lignes se situerait dans une question que peu de médecins auraient le courage de prononcer : « Que voulez-vous savoir ? ». En effet le médecin a certes l'obligation d'informer le patient mais celui-ci ne désire pas nécessairement tout savoir de sa maladie, du principe des directives anticipées ou de la manière dont la fin de vie, si elle est ordonnée, aura lieu. Peut-être que certaines informations retiendront son attention ; pour le reste, il pourrait faire confiance au médecin ou serait anxieux de 'trop savoir' la manière dont ses jours prendront fin...

C'est donc sans surprise que seuls 2,5% des patients français décédés en 2012, toutes disciplines médicales confondues, avaient rédigé des directives anticipées. Un plan national a été prévu pour la période 2015-2018 dans le développement des directives anticipées dans le cadre des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie. Il convient de préciser cependant que les soins psychiatriques restent exclus de ce dispositif. ⁵⁷³

Par conséquent, les directives anticipées se voient restreintes dans leur champ d'application à la fin de vie en droit français, quand la décision du patient n'est pas purement et simplement contournée par les soignants. Malgré l'avancée qu'elles constituent, leur application doit être étendue aux autres hypothèses, telles que la présence de troubles psychiatriques chez le patient.

Il convient maintenant de s'intéresser aux considérations éthiques concernant l'hospitalisation psychiatrique. Constitue-t-elle aujourd'hui la meilleure solution thérapeutique dans le traitement des troubles mentaux ?

3) Questionnements éthiques autour de l'hospitalisation

Appréhender l'aspect éthique de l'hospitalisation requiert en premier lieu d'évaluer la qualité des soins psychiatriques et somatiques dispensés en hôpital psychiatrique (a).

Néanmoins, la psychiatrie souffre d'une réelle remise en cause de sa fiabilité (b).

Son manque de crédibilité scientifique et son caractère attentatoire aux libertés individuelles des patients a conduit en France à la création d'organes de contrôle. Ils ont pour objectif de

⁵⁷¹ OLLIVET, C. (2016) « Combats et renoncements. L'humanité d'un engagement partagé jusqu'à la mort » in HIRSCH, E., *Fins de vie, éthique et société*, éd. Erès, p. 38.

⁵⁷² *Ibid*, p. 39.

⁵⁷³ LEGIGAN, C. (2018) « Les directives anticipées en psychiatrie : Une revue de la littérature », thèse soutenue à l'Université de Bordeaux, p. 148.

protéger l'exercice des droits des patients psychiatriques (c), tels que le contrôleur général des lieux de privation de liberté.

a) Les soins psychiatriques et somatiques : quelle qualité ?

En 2009, M. Milon, sénateur français, rend un rapport sur l'état de la psychiatrie en France⁵⁷⁴. Ce rapport constitue le point de départ d'une longue réflexion sur le souci d'une meilleure prise en compte des droits des patients. Elle a permis notamment l'édition de la loi du 5 juillet 2011 régissant les hospitalisations sous contrainte en psychiatrie.

Le rapport Milon dénote plusieurs dysfonctionnements de la pratique psychiatrique en France. D'une part, l'accès aux soins n'est pas optimal. L'auteur relève que le nombre d'hospitalisations psychiatriques concerne majoritairement les hospitalisations sous contrainte : rares sont les soins en amont (ou préventifs)⁵⁷⁵.

Or, le législateur de 2011 souhaitait faire du psychiatre un véritable acteur de soins dans ce domaine. Il est dès lors indispensable que l'usager des services de santé (c'est-à-dire le patient) ait connaissance des soins psychiatriques préventifs disponibles. En d'autres termes, le public doit être informé des solutions permettant de prévenir plutôt que de guérir les troubles mentaux du patient.

C'est dans cette perspective que les moyens financiers et humains des centres médico-psychologiques doivent être renforcés⁵⁷⁶. Créés à l'initiative des circulaires du 15 mai 1960⁵⁷⁷ et du 9 mai 1974⁵⁷⁸, ils constituent le maillon central du secteur psychiatrique.

Aussi appelés 'centres de consultation des soins', ils désignent des unités hospitalières du secteur psychiatrique chargées de coordonner et d'accueillir les personnes souffrant de troubles mentaux. Ces secteurs permettent de prévenir, traiter et accompagner les patients en limitant dans la mesure du possible leur hospitalisation⁵⁷⁹.

⁵⁷⁴ MILON, A. (2009) Rapport n°1701-328 sur la prise en charge psychiatrique en France, présenté le 8 avril 2009 devant le Sénat, p. 11.

⁵⁷⁵ *Ibid*, p. 12.

⁵⁷⁶ DELARUE, J-M (2013) Rapport annuel du contrôleur général des lieux de privation de libertés, éditions Dalloz, p. 229.

⁵⁷⁷ Circulaire du 15 mai 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales.

⁵⁷⁸ Circulaire interministérielle DGS/891/MS 1 du 9 mai 1974 relative à la mise en place de la sectorisation psychiatrique infanto-juvénile.

⁵⁷⁹ BNDS, définition des centres médico-psychologiques : <https://www.bnds.fr/dictionnaire/cmp.html> (consulté le 4 septembre 2017), *np*.

Bien qu'il s'agisse d'unités hospitalières, la vocation première de ces centres concerne la détection et la prise en charge ambulatoire des patients psychiatriques, malgré des délais d'attente excessifs (deux à trois mois) avant d'obtenir un rendez-vous⁵⁸⁰. Cet état de fait provoque inmanquablement des répercussions sur la santé des patients. Il peut provoquer chez le patient un état de décompensation le conduisant à une hospitalisation sous contrainte.

Faute de pouvoir prévenir, seule l'hospitalisation dans les situations d'urgence ('en cas de péril imminent' selon la loi française du 5 juillet 2011) permet de prendre en charge les troubles psychiatriques. A cela s'ajoute des difficultés d'organisation. Nombreux sont les centres médico-psychologiques à ouvrir leurs portes à des horaires restreints (entre 9h et 12h, puis de 14h à 16h), ce qui les rend peu accessibles pour les patients.

D'autre part, l'offre de soins reste insuffisante en France car le nombre de lits ne cesse de diminuer. Le vieillissement de la population n'arrange rien ; elle complexifie les pathologies mentales, notamment chez les personnes âgées atteintes des maladies de Parkinson ou d'Alzheimer⁵⁸¹.

Quant aux personnes vivant dans une situation de grande précarité (sans domicile fixe, personnes vivant dans des logements insalubres...), il est très difficile, pour ne pas dire impossible de recourir aux soins psychiatriques⁵⁸². L'aide sociale leur est indispensable mais elle ne peut pallier l'absence de traitement psychiatrique adapté à leurs troubles⁵⁸³.

En effet, l'isolement social les empêche de rechercher l'aide thérapeutique nécessaire. Dans l'immense majorité des cas, leurs troubles ne sont pas soignés, s'aggravent avec le temps et les exclut chaque jour davantage de la société.

C'est la raison pour laquelle l'intervention d'unités médicales d'urgence est primordiale. La présence de psychiatres ou d'infirmiers habitués à travailler avec des personnes présentant des troubles mentaux est nécessaire⁵⁸⁴.

Plusieurs années sont nécessaires afin d'établir un diagnostic clair et définitif des troubles dont souffre le patient. En moyenne, c'est au terme de dix ans, après consultation de trois ou quatre

⁵⁸⁰ DELARUE, J-M (2013), *op. cit*, p. 229.

⁵⁸¹ MILON, A. (2009), *op. cit*, p. 12.

⁵⁸² *Ibid*, p. 12.

⁵⁸³ DECLERCK, P. (2001) *Les naufragés. Avec les clochards de Paris*. Plon, 2001, p. 142.

⁵⁸⁴ *Ibid*, p. 143.

médecins que le patient pourra obtenir un diagnostic sur ses troubles.⁵⁸⁵ Ce délai d'obtention d'un diagnostic fiable aggrave les troubles psychiatriques du patient sur le long terme. L'hospitalisation devient souvent la seule solution possible à la prise en charge des troubles mentaux du patient, parfois devenu incontrôlable⁵⁸⁶.

A ce titre, il est estimé qu'environ un tiers des patients schizophrènes, la moitié des patients dépressifs et les trois quarts des patients souffrant d'une addiction à l'alcool n'ont pas eu accès à des soins à temps avant d'être hospitalisés⁵⁸⁷.

Ensuite, la qualité des soins somatiques est souvent décriée au sein des hôpitaux psychiatriques. Celle-ci s'explique notamment par le fait que le médecin généraliste ou somaticien, soit rentré tardivement dans ces hôpitaux⁵⁸⁸. Il était communément admis que tous les troubles dont souffraient ces patients étaient purement psychiatriques, relevant seulement de leur « imagination ».

Tout patient admis dans un hôpital psychiatrique doit bénéficier d'un examen somatique, mais celui-ci n'a pas toujours lieu en pratique. Il s'agit par exemple de l'hypothèse où un patient est transféré d'un service somatique hospitalier vers un service psychiatrique lorsqu'il se trouve dans un état de décompensation⁵⁸⁹.

Dans d'autres établissements, le manque de médecins généralistes empêche la tenue de ces examens médicaux. Cette situation se produit le plus souvent lorsque le patient est placé en cellule d'isolement (ou salle de soins intensifs). Il a par exemple été relevé dans un hôpital psychiatrique de la région parisienne que les examens somatiques étaient réalisés par un jeune médecin interne en psychiatrie, faute de médecins généralistes suffisants⁵⁹⁰.

Une fois le patient admis, l'offre de soins reste très inégale selon les établissements. Dans certains cas, l'examen des patients a lieu tous les jours, dans d'autres, uniquement sur demande du patient délivré après un temps d'attente variable.⁵⁹¹ Il n'est pas rare que les patients ne puissent bénéficier de soins somatiques basiques tels que des soins dentaires en raison d'un

⁵⁸⁵ MILON, A. (2009), *op. cit.*, p. 12.

⁵⁸⁶ *Ibid.*, p. 12.

⁵⁸⁷ HAUT CONSEIL DE LA SANTE PUBLIQUE (2009) Table ronde organisée le 17 février 2009 par l'Opeps et la commission des affaires sociales du Sénat sur l'usage du médicament en psychiatrie, p. 52.

⁵⁸⁸ DELARUE, J-M (2013), *op. cit.*, p. 243.

⁵⁸⁹ *Ibid.*, p. 243.

⁵⁹⁰ *Ibid.*, p. 244.

⁵⁹¹ *Ibid.*, p. 244.

manque de moyens⁵⁹².

En 2013, le député français Denys Robiliard alerte les pouvoirs publics : « l'absence de suivi somatique des patients [psychiatriques] qui a pour conséquence un taux de mortalité des malades psychiatriques supérieur à la moyenne générale de la population. Ainsi l'espérance de vie d'un schizophrène est écourtée de neuf à douze ans par rapport à la population générale »⁵⁹³. Pourtant, les pouvoirs publics rechignent à améliorer les soins somatiques administrés en hôpital psychiatrique, « compte tenu des dépenses supplémentaires impliquées »⁵⁹⁴.

Ce sont les raisons pour lesquelles la psychiatrie est considérée comme le « véritable parent pauvre de la médecine »⁵⁹⁵. La qualité des soins somatiques, pourtant à l'origine de toute pratique médicale est négligée. Il est difficile de croire que des soins psychiatriques de bonne qualité puissent être dispensés dans ces conditions, de telle sorte que l'hospitalisation peut difficilement être efficace.

- L'hospitalisation : quelle efficacité ?

L'hospitalisation a-t-elle un impact positif sur les patients psychiatriques ? Il ne s'agit pas ici d'examiner cliniquement l'efficacité thérapeutique de l'hospitalisation mais de s'intéresser au vécu des patients, qu'ils soient hospitalisés volontairement ou sous contrainte.

En 2007, le Dr. Janody, psychiatre français, a regroupé des témoignages divers de patients hospitalisés : « quand je suis mal, je vais dans ma chambre, je souffre, après je vais mieux... [l'hôpital psychiatrique est] un lieu où l'on peut vivre sa folie normalement »⁵⁹⁶.

L'hôpital serait un « lieu de savoir-souffrir »⁵⁹⁷ où le patient est entouré d'individus atteints des mêmes troubles. L'établissement de soins est présenté comme un lieu où il est 'normal' de souffrir d'une pathologie mentale, où il est socialement accepté d'entrer en état de crise en raison de celle-ci⁵⁹⁸, etc.

Cette indulgence pourrait s'expliquer par l'absence de sentiment d'appartenance à la société

⁵⁹² *Ibid*, p. 244.

⁵⁹³ ROBILIARD, D. (2013) Rapport n° 1284 relatif à la proposition de loi relative aux soins sans consentement en psychiatrie. Assemblée Nationale, 17 juillet 2013, p. 79.

⁵⁹⁴ NAJMAN, T. (2015), *op. cit.*, p. 166.

⁵⁹⁵ Entretien avec le Dr. Giroux, psychiatre en cabinet libéral le 28 juin 2017.

⁵⁹⁶ JANODY, P. (2007) « Où va l'hôpital psychiatrique ? » *Essaim*, 2007/2, n°19, pp. 169-182.

⁵⁹⁷ *Ibid*, p. 176.

⁵⁹⁸ ROE, D. & RONEN, Y. (2003) « Hospitalization as experienced by the psychiatric patient: A therapeutic jurisprudence perspective » *International Journal of Law and Psychiatry*, 26, 317-322.

chez le patient. Réputé dangereux, fou, criminel ou à tout le moins différent des autres, le patient ne se sentirait à sa place qu'entre les murs de l'hôpital où il ressent « un profond sentiment de bien-être »⁵⁹⁹. La chambre d'hôpital représente alors pour le malade « un nid douillet [...] dans lequel court le fantasme d'un accueil inconditionnel et sans fin »⁶⁰⁰.

Le cadre hospitalier crée chez le patient une illusion de refuge contre une société rejetant la maladie mentale. Puisque le patient ne se sent accepté nulle part, l'hôpital reste la seule demeure qui lui ouvrira infailliblement les bras. Néanmoins, cette affirmation réduit l'hospitalisation à un lieu d'acceptation inconditionnelle de la folie sans la prendre réellement en charge. Le malade ne peut-il attendre plus de celle-ci ? L'objectif de l'hospitalisation n'est-il pas de traiter et guérir les troubles mentaux afin de permettre le retour du patient dans la société ?

En tant que discipline médicale, l'objectif de la psychiatrie est d'assurer l'accompagnement et le soin des malades. Dissimuler les patients derrière les murs de l'institution ne résoudra pas le problème et ne fera que rendre plus invisible encore la maladie mentale au regard de la société. Elle stigmatise davantage les patients, littéralement mis au ban d'une société les considérant comme une menace permanente⁶⁰¹.

Véritable cage dorée des malades psychiatriques, l'hôpital peut devenir un lieu de mal-être. Les patients admis en séjour de moyenne à longue durée en hôpital psychiatrique « parlent de leur ennui, de leur isolement, de leur sentiment pénible d'inutilité sociale, de leur sentiment de différence et d'exclusion »⁶⁰².

Le Dr. Goffmann, psychiatre américain, relève très justement que l'hospitalisation constitue pour le patient une « déchéance sociale »⁶⁰³. Elle est souvent ressentie comme un véritable traumatisme pour le malade. Empêché de voir les siens, il subit une stigmatisation supplémentaire : il n'est plus seulement 'fou', mais aussi considéré comme incapable, indigne de vivre en société. Son hospitalisation provoque une véritable destruction de son identité⁶⁰⁴.

⁵⁹⁹ BRIENT, P. (2007) « Du regard à la parole : La relation soignant-soigné en psychiatrie », *Cahiers de psychologie clinique*, n° 28-1, pp. 61-68.

⁶⁰⁰ KAES, K., BLEGER, J., ENRIQUEZ, E., FORNARI, F., FUSTIER, P., ROUSSILLON, R. & VIDAL, J-P. (2003) *L'institution et les institutions*, Etudes psychanalytiques, éditions Dunod.

⁶⁰¹ TOPIWALA, A., WANG, X. & FAZEL, S. (2012) « Chinese forensic psychiatry and its wider implications » *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, Vol. 23, No. 1, February 2012, 1-6.

⁶⁰² SPIERS, E. & COMBALUZIER, S. (2009) « Stigmatisation perçue en fin d'hospitalisation et réinsertion sociale des sujets malades mentaux » *Recherche en soins infirmiers*, 2009/2, n°97, pp. 98-103.

⁶⁰³ GOFFMANN, E. (1961) *Asylum: Essays on the social situations of mental patients and other inmates*. New York, p. 261.

⁶⁰⁴ ESTROFF, S. (1989) « Self, identity and subjective experiences of schizophrenia: In search of the subject »

Dès son admission, le patient reçoit brutalement la confirmation de son anormalité. Il est envahi par de profonds sentiments de désespoir et de honte, perdant toute estime de soi⁶⁰⁵.

Il est fréquent que les proches du patient ne le reconnaissent plus quelque temps après l'hospitalisation. Ils ont alors le sentiment que l'ancienne identité du patient s'est totalement effacée en tant qu'individu, pour ne laisser place qu'à celle du malade. Il ne se vit plus qu'à travers la maladie⁶⁰⁶.

Le nombre de patients hospitalisés pour un séjour de très longue durée est tout sauf négligeable. En Grande-Bretagne, deux tiers des patients admis en hôpital psychiatrique y séjournent pendant deux ans, et plus de la moitié d'entre eux, pendant cinq ans⁶⁰⁷.

L'hospitalisation ne devrait pas constituer une solution générale aux troubles mentaux, surtout lorsque le séjour du patient est de longue durée. En effet, difficile de concevoir qu'un être humain puisse devenir heureux emmuré au sein de l'institution, bridant l'exercice de ses droits. Une hospitalisation de courte durée serait préférable assortie de fréquentes sorties d'essai, par exemple tous les six mois. Faire garder au patient un certain ancrage dans le monde réel, loin de la logique institutionnelle, lui serait grandement bénéfique. Toutefois, il est indispensable que le patient soit accompagné dans le suivi de son traitement comme dans l'accomplissement de ses tâches quotidiennes (se nourrir, faire sa toilette, effectuer quelques achats...). Si de tels moyens étaient mis en place sur les plans humain et financier, peut-être pourrions-nous voir apparaître une pratique différente de la psychiatrie.

A ce titre, deux tendances composant la psychiatrie hospitalière doivent être définies : l'institutionnalisation et la désinstitutionnalisation.

- L'institutionnalisation et la désinstitutionnalisation

Depuis la fin de la Seconde Guerre Mondiale, deux tendances globales tendent à alterner en

Schizophrenia Bulletin, 15, 189-196.

⁶⁰⁵ GOFFMANN, E. (1961), *op. cit.*, p. 261.

⁶⁰⁶ GARA, M., ROSENBERG, S. & COHEN, B. (1987) « Personal identity and the schizophrenic process: An integration » *Psychiatry*, 50, 267-279; LALLY, S. J. (1988) « How psychiatric patients become engulfed in a mentally ill self-concept: 'Does being here mean there is something wrong with me?' » Unpublished Ph. D dissertation, The University of North Carolina at Chapel Hill, p. 179.

⁶⁰⁷ RUTHERFORD, M. & DUGGAN, S. (2007) *Forensic mental health services: Facts and figures on current provision*. London: Sainsbury Centre for Mental Health, p. 65.

matière d'hospitalisations psychiatriques. Elles sont appelées *institutionnalisation* et *désinstitutionnalisation*.

L'institutionnalisation désigne le fait de faciliter, de promouvoir voire de systématiser l'hospitalisation des individus présentant des troubles mentaux.⁶⁰⁸ Tendance à la fois sociale et médicale, elle se produit en général dans des périodes de repli, comme celle que nous traversons actuellement. Elle est prégnante dans nos sociétés occidentales, en France, au Royaume-Uni et aux États-Unis.

En effet, l'émergence du néolibéralisme et le refus de l'aléa ou risque ont incité les pouvoirs publics à hospitaliser en masse. Or, la médecine n'est pas une science exacte, et la psychiatrie encore moins. L'hospitalisation constitue une solution 'sûre' afin d'éviter que les malades ne commettent des agressions, des meurtres ou des viols.

Selon les pouvoirs publics, favoriser les soins ambulatoires ferait planer la menace de débordements de la part des patients, d'explosions de violence, d'agressions, etc. De plus, mettre en place cette approche différente des soins nécessite une augmentation des budgets alloués aux établissements de santé psychiatrique.

En somme, l'institutionnalisation est à la fois le symptôme d'une dérive sécuritaire de la psychiatrie et l'expression d'une volonté de réduire les dépenses allouées à cette discipline médicale⁶⁰⁹. Il est plus facile et moins coûteux d'interner massivement, de dispenser des traitements médicamenteux et de restreindre les libertés des patients dans un univers cloisonné. D'ailleurs, l'institutionnalisation n'implique pas de créer de nouvelles places (ou lits) en hôpital psychiatrique. C'est tout l'inverse qui se produit !

Une pression insoutenable pèse alors sur les épaules des soignants : il faut interner toujours plus, avec moins de moyens financiers et humains et moins de lits, tout en améliorant constamment la qualité des soins somatiques et psychiatriques⁶¹⁰. En somme, une équation impossible.

Par opposition, la désinstitutionnalisation consiste à ouvrir les services de psychiatrie, à faciliter les sorties d'essai et à tenter des méthodes de soins différentes de la seule hospitalisation. Des

⁶⁰⁸ NAJMAN, T. (2015), *op. cit.*, p. 119.

⁶⁰⁹ BARRETT, B., BYFORD, S., SEIVEWRIGHT, H., COOPER, S., DUGGAN, C. & TYRER, P. (2009) « The assessment of dangerous and severe personality disorder: Service use, cost and consequences » *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 20, 120-131.

⁶¹⁰ NAJMAN, T. (2015), *op. cit.*, p. 119.

années 1980 jusqu'en 2005 environ, la pratique psychiatrique se dirigeait vers une désinstitutionnalisation progressive des patients. Lorsque l'état de santé mental du patient le permettait, il était davantage pris en charge dans des foyers spécialisés en ville ou tout simplement réintégré dans la société⁶¹¹. Le patient pouvait par exemple résider chez un proche ou à son propre domicile.

La moitié des années 2000 semble marquer un tournant : les services de psychiatrie connaissent depuis un processus de « ré-institutionnalisation » des patients⁶¹². Ce phénomène serait imputable à l'apparition du néolibéralisme, aggravé par la survenue de la crise financière de 2008.

Pour certains auteurs, le ré-institutionnalisation serait due en vérité à la hausse de la consommation d'alcool et de stupéfiants dans la population globale et pas seulement par les patients psychiatriques⁶¹³. D'autres incriminent l'absence de soutien de la société envers les malades psychiatriques voire leur rejet pur et simple causé par une individualisation rampante⁶¹⁴.

Sans nier ces hypothèses, le climat sécuritaire demeure la justification la plus logique.

L'institutionnalisation actuellement en vigueur répond à un désir des pouvoirs publics de contrôler tout risque, y compris les malades présentant des troubles mentaux graves.

Cependant, la fiabilité de la psychiatrie en tant que discipline médicale doit être questionnée, si l'institutionnalisation provoque des privations de liberté à l'égard des patients.

b) La fiabilité de la psychiatrie remise en cause

La psychiatrie n'est pas seulement le parent pauvre des disciplines médicales en raison de ses moyens humains et financiers insuffisants. Elle est aussi l'une des disciplines médicales les plus controversées en raison de son manque de fiabilité.

Les troubles psychiatriques se distinguent des troubles somatiques en ce qu'ils portent non sur le corps mais sur l'esprit. Si le corps peut être palpé et ausculté, il en est différemment pour les

⁶¹¹ KEOWN, P., MERCER, G. & SCOTT, J. (2008) « Retrospective analysis of hospital episode statistics, involuntary admissions under the Mental Health Act 1983, and number of psychiatric beds in England, 1996-2006 » *British Medical Journal*, 337, p. 1837.

⁶¹² *Ibid*, p. 1837.

⁶¹³ WALLACE, C., MULLEN, P. & BURGESS, P. (2004) « Criminal offending in schizophrenia over a 25-year period marked by deinstitutionalisation and increasing prevalence of comorbid substance use disorders » *American Journal of Psychiatry*, 161, 716-727.

⁶¹⁴ TURNER, T. & SALTER, M. (2008) « Forensic psychiatry and general psychiatry: Re-examining the relationship » *Psychiatric Bulletin*, 32, 2-6.

troubles de l'âme. Il est alors logique qu'il soit plus difficile de diagnostiquer et de traiter efficacement ces pathologies.

Bien que le DSM répertoriant les différents troubles mentaux fasse figure d'autorité, il ne fait pas l'unanimité parmi les praticiens. Par exemple, il ne peut assurer avec certitude le degré de dangerosité des patients atteints de troubles de la bipolarité. Il est alors difficile de déterminer si le patient sera hospitalisé en service hospitalier classique ou en UMD.

Dès lors, les psychiatres se fondent généralement sur leur propre perception de la dangerosité du patient.

- La classification des patients : gravité des troubles psychiatriques et dangerosité

Il existe au Royaume-Uni trois types d'établissements psychiatriques en raison de leur niveau de sécurité, selon le niveau de dangerosité avéré ou supposé du patient. Ce sont les établissements à haute, moyenne ou basse sécurité.

L'environnement thérapeutique (permettant au patient d'exercer davantage d'activités, de posséder ses effets personnels dans sa chambre ou non...) est également pris en compte afin que le cadre de l'hospitalisation soit en adéquation avec ses besoins de santé⁶¹⁵.

La répartition des patients entre les différents établissements doit être réalisée sur la base de rapports d'expertise, rédigés par des psychiatres ayant une connaissance exhaustive du dossier médical du patient, de ses antécédents familiaux et judiciaires⁶¹⁶.

Or, le manque de moyens humains empêche l'établissement de ces diagnostics pour chaque patient. Chaque patient court alors le risque d'être affecté à un établissement de santé bien trop sécurisé malgré l'absence de preuve de sa 'dangerosité'.

Dès lors, comment classer les patients entre ces différents types d'établissements ?

Une étude britannique propose la création de trois niveaux correspondant aux trois types d'hôpitaux psychiatriques évoqués⁶¹⁷ :

- Niveau 1 de dangerosité (élevé) : le patient a été condamné ou appréhendé pour des

⁶¹⁵ KENNEDY, H. G. (2002) « Therapeutic uses of security: Mapping forensic mental health services by stratifying risk » *Advances in Psychiatric Treatment*, 8, 433-443.

⁶¹⁶ *Ibid*, p. 437.

⁶¹⁷ JASON J., THOMAS-PETER B., WARREN S. and LEADBEATER C. (1998) « An investigation of the personality characteristics of mentally disordered offenders detained under the Mental Health Act », *The Journal of Forensic Psychiatry*, vol. 9, n°1, Mai 1998, 58-73.

faits de meurtre, de violences volontaires ayant entraîné la mort sans intention de la donner, infligé de graves blessures physiques ou commis des infractions sexuelles (viol, agressions sexuelles, répétées ou non).

Au Royaume-Uni, les RSU, ou *Regional Secure Unit* accueillent les personnes atteintes de troubles mentaux graves. Ils sont réputés dangereux en raison de la commission des faits évoqués. On en dénombre trois : Ashworth, Broadmoor et Rampton⁶¹⁸.

- Niveau 2 de dangerosité (moyen) : le patient a été condamné ou appréhendé pour des faits de violences volontaires causées par l'utilisation d'armes autres que des armes blanches ou à feu ou ayant entraîné des blessures telles que des fractures de membres autres que la tête.

Il peut également s'agir d'infractions sexuelles (atteintes sexuelles répétées), de harcèlement moral, physique ou sexuel ou d'incendies criminels.

- Niveau 3 de dangerosité (faible) : le patient a été condamné ou appréhendé pour faits de violences volontaires ayant causé des blessures légères.

Il peut aussi avoir commis des actes d'automutilation, voire des tentatives de suicide prouvant qu'il représente un danger pour lui-même⁶¹⁹.

Le patient peut bénéficier de soins ambulatoires lorsqu'il n'a jamais été appréhendé pour des faits de nature pénale⁶²⁰. Il est toutefois indispensable qu'il ne représente pas un danger pour lui-même, par exemple dans le cas d'un patient dépressif ayant attenté à ses jours. Dans ce cas, il sera hospitalisé dans un service peu sécurisé (niveau 3 de dangerosité).

Il faudra préciser qu'en dépit de la pertinence de ces classifications, elles n'ont aucune valeur légale ni caractère contraignant. Par ailleurs, elles ne peuvent pallier l'absence de diagnostic psychiatrique du patient. Ces recommandations ne sont pertinentes que si elles apportent des éléments de réponse supplémentaires quant à la 'dangerosité' du patient.

Les RSU (*Regional Secure Unit*) accordent une place plus importante à la sécurité : interdiction parfois totale des patients de posséder des effets personnels, de porter leurs propres vêtements, fouille systématique de leurs armoires, etc...

⁶¹⁸ *Ibid*, p. 61.

⁶¹⁹ PIERZCHNIAK, P., PURCHASE, N., KENNEDY, H. G., FARNHAM, F., DETARANTO, N. et al. (1999) « Assessing the needs of patients in secure settings: A multidisciplinary approach » *Journal of Forensic Psychiatry*, 23, 343-354.

⁶²⁰ *Ibid*, p. 350.

Les établissements à faible sécurité au contraire mettent l'accent sur les soins médicamenteux et les activités thérapeutiques⁶²¹.

Dans la mesure du possible, un certain équilibre doit être recherché afin d'obtenir un cadre institutionnel à la fois sécurisant (le patient doit se sentir en sécurité dans l'établissement) et sécurisé (les soignants doivent pouvoir exercer leur profession sans crainte d'agressions de la part des patients)⁶²².

En résumé, la sécurité de l'hôpital psychiatrique ne doit pas constituer un obstacle à la dispensation de soins de qualité mais s'inscrire dans une démarche thérapeutique. Les soins doivent être administrés dans les meilleures conditions.

Lorsque l'état du patient s'améliore de telle sorte qu'il devient 'moins dangereux', il peut être transféré dans un hôpital psychiatrique moins sécurisé. Lorsque ce transfert est envisagé, le psychiatre et l'administration hospitalière évaluent plusieurs critères :

- Le patient est-il stable psychiquement ?
- Les actes du patient sont-ils prévisibles ?
- Tolère-t-il l'autorité et le fait que son existence soit encadrée par des mesures de sécurité strictes au sein de l'hôpital ?
- Accepte-t-il les intrusions fréquentes des soignants dans le cadre des soins ?⁶²³.

Il faudra faire remarquer que les établissements psychiatriques britanniques ne répondent pas tout à fait au principe de sectorisation comme c'est le cas en France.

Si le domicile du patient est pris en considération, l'administration hospitalière attachera davantage d'importance à la notion de dangerosité du patient.

En France, les hôpitaux psychiatriques ne sont pas répartis en fonction de leur niveau de sécurité, mais selon la zone géographique couverte. Souvent, des UMD sont prévues dans les hôpitaux psychiatriques français pour les patients les plus agités. Les exigences de sécurité restent ensuite très variables selon l'hôpital et la culture de soins de l'établissement.

Il serait difficile d'affirmer quelle serait la meilleure organisation en termes de soins. La

⁶²¹ CRICHTON, J. (2009) « Defining high, medium and low security in forensic mental healthcare: the development of the Matrix of Security in Scotland » *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, Vol. 20, No. 3, June 2009, 333-353.

⁶²² CONLON, L., GAGE, A. & HILLIS, T. (1995) « Managerial and nursing perspectives on the response to inpatient violence ». In J. H. M. Crichton (Ed.) *Psychiatric patient violence: Risk and response*. London: Duckworths, p. 87.

⁶²³ KENNEDY, H. G. (2002) « Therapeutic uses of security: Mapping forensic mental health services by stratifying risk » *Advances in Psychiatric Treatment*, 8, 433-443.

sectorisation a toutefois le mérite de pouvoir hospitaliser le patient non loin de son domicile lorsque cela est possible. En effet, il n'est pas rare que le patient psychiatrique britannique soit hospitalisé dans un établissement éloigné de son lieu de domicile. La réduction constante du nombre de lits ces vingt dernières années, tous pays confondus, accentue encore le phénomène.

De même, la dangerosité supposée du patient est aussi peu fiable que la discipline même de la psychiatrie. Est-il réellement pertinent d'interner les patients en fonction de leur niveau de dangerosité ?

Il peut aussi arriver que les pathologies des patients soient considérées comme inclassables, lorsqu'elles ne correspondent à aucun des troubles répertoriés par le DSM. Il s'agit souvent de patients souffrant de troubles de la personnalité associés à la prise d'alcool ou de stupéfiants⁶²⁴. La comorbidité du patient fausse le diagnostic, faisant apparaître certains symptômes imputables à la consommation de ces substances et non aux troubles au patient.

Le principal risque pour le patient consiste à se voir administrer un traitement médicamenteux auquel il n'a pas consenti, d'autant plus que celui-ci risque d'être inefficace. Il est alors logique que le patient ne réponde pas au traitement, celui-ci étant normalement destiné à traiter une autre pathologie. Il s'expose également à des effets secondaires importants.

A ce titre, l'individu peut-il être interné sous contrainte en dépit de l'absence de diagnostic psychiatrique ?

La jurisprudence britannique *R v Ashworth* (2003) répond avec fermeté à cette question. Elle considère qu'il est illégal d'ordonner l'hospitalisation sous contrainte du patient sauf s'il souffre d'un ou plusieurs troubles dont la liste est prévue par le *Mental Health Act 1983* (MHA)⁶²⁵. Cette liste reprend d'ailleurs les principales pathologies psychiatriques formulées par le DSM. Cette décision a été consacrée dans la section 63 du MHA 1983.

Il incombe au RMO de classer le patient en fonction de ses troubles mentaux afin de justifier son hospitalisation sous contrainte⁶²⁶.

En raison du manque de moyens et du nombre important de patients dont le psychiatre a la

⁶²⁴ HAW C., STUBBS, J. & IRONS A. (2005) « A survey of treatment for unclassified disorder among detained general and forensic patients at a large psychiatric hospital » *The Journal of Forensic Psychiatry*, September 2005 16(3): 494-507.

⁶²⁵ *R v Ashworth Hospital Authority ex p B* [2003] EWCA Civ 547 in HAW C., STUBBS, J. & IRONS A. (2005), *op. cit.*, p. 504.

⁶²⁶ *Ibid*, p. 504.

charge, cette classification peut durer plusieurs mois⁶²⁷. Or, il y a urgence à poser un diagnostic définitif des troubles du patient.

Le RMO peut également avoir un effet inverse : agir de manière précipitée en se fondant sur ses impressions au motif d'une 'nécessité médicale'⁶²⁸.

Un diagnostic mal établi pose problème à deux égards, d'abord parce qu'il justifie légalement l'hospitalisation sous contrainte du patient et porte gravement atteinte à ses droits. Ensuite, un diagnostic établi hâtivement conduit à l'administration d'un traitement mal adapté, susceptible d'aggraver les troubles du patient.

Rappelons d'ailleurs que le diagnostic doit mentionner expressément la gravité des troubles du patient⁶²⁹ ; celle-ci doit être telle que l'hospitalisation du patient est indispensable. Si ses troubles sont modérés, le RMO doit proposer des soins ambulatoires afin de préserver les droits du patient.

Enfin, le RMO doit mettre un terme au traitement en l'absence de diagnostic psychiatrique. Il s'expose le cas échéant à l'engagement de sa responsabilité civile, pénale et déontologique auprès du patient⁶³⁰.

Le manque de fiabilité de la psychiatrie et l'absence de consensus scientifique sur les pathologies qui la constituent ont abouti à la formation de nombreuses critiques quant à la pertinence du DSM⁶³¹.

- Quelle crédibilité scientifique accorder au DSM ?

Bien que considérée comme la 'Bible du secteur de la psychiatrie', le DSM est au mieux considéré comme un dictionnaire définissant les différentes pathologies mentales. Elles ne sont pourtant que le fruit d'une entente entre plusieurs psychiatres, sans contrôle ni test scientifique rigoureux⁶³². C'est la raison pour laquelle le DSM est considéré comme largement insuffisant

⁶²⁷ *Ibid*, p. 505.

⁶²⁸ IRONS, A. (2003) « No treatment unless for a classified disorder » *Capsticks Mental Health Law Newsletter* (p. 1). London: Capsticks Solicitors, p. 491.

⁶²⁹ MAHAPATRA, P. (2003) « Classification under Mental Health Act 1983 and consent to treatment » *Psychiatric Bulletin* 27, 395.

⁶³⁰ IRONS, A. (2003), *op. cit*, p. 496.

⁶³¹ INSEL, T. (2013), Transforming diagnosis : <http://www.nimh.nih.gov/about/director/2013/transforming-diagnosis.html> (consulté le 22 décembre 2016), *np*.

⁶³² INSEL, T. R. & LIEBERMAN, J. A. (2013) *DSM-5 and RdoC: Shared Interests*. News release. American

en termes de fiabilité : par exemple, il n'indique pas le meilleur traitement à administrer pour chaque trouble. Cette lacune démontrerait à elle seule l'absence flagrante de rigueur scientifique de l'ouvrage⁶³³. Le DSM se fonde sur le fondement de statistiques créant un « consensus de diagnostic sans que leur validité théorique n'ait jamais été démontrée.⁶³⁴ L'Association britannique de psychologie juge cette classification arbitraire. Elle affirme que les pathologies mentales référencées dans l'ouvrage sont tellement nombreuses qu'une personne sur huit peut se voir appliquer l'une d'entre elles⁶³⁵. Or, il serait excessif de prétendre qu'une telle proportion de personnes sont atteintes de troubles psychiatriques.

Plusieurs auteurs se sont intéressés en particulier aux troubles de l'hyperactivité et de l'attention (ADHD) référencée dans la cinquième édition du DSM actuellement en vigueur⁶³⁶. Ces troubles n'existaient pas dans la quatrième édition du DSM. Le seul fait qu'ils aient été inscrits dans le DSM a provoqué la hausse du nombre de diagnostics de troubles de l'hyperactivité et de l'attention, en particulier chez les enfants et les adolescents.

Pouvons-nous affirmer que les enfants souffrant de ces troubles soient si nombreux ? Est-il possible de considérer que d'autres causes soient à l'origine de ces troubles tels qu'une alimentation trop riche ou une activité physique insuffisante ? S'agit-il réellement d'une pathologie psychiatrique lourde ?

Cette hausse du nombre de pathologies mentales référencées dans le DSM ne serait pas due au hasard. La 'création de nouvelles fausses épidémies'⁶³⁷ serait imputable à l'existence de conflits d'intérêts entre les psychiatres et l'industrie pharmaceutique⁶³⁸.

De ce fait, l'apparition de nouveaux troubles mentaux revient à créer de nouveaux besoins de

Psychiatric Association (Release No. 13-37), p. 143.

⁶³³ *Ibid*, p. 144.

⁶³⁴ DOUBLE, D. (2002) « The limits of psychiatry », *British Medical Journal*, 324, pp. 900-904.

⁶³⁵ [http://www.bps.org.uk/sites/default/files/documents/pr19238attachment - final bps statement on dsm-5_12-12-2011.pdf](http://www.bps.org.uk/sites/default/files/documents/pr19238attachment_-_final_bps_statement_on_dsm-5_12-12-2011.pdf) (consulté le 22 décembre 2016), *np*.

⁶³⁶ BATSTRA, L., HADDERS-ALGRA, M., NIEWEG, E., VAN TOL, D., PIJL, S. J. & FRANCES, A. (2012) « Childhood emotional and behavioural problems: Reducing overdiagnosis without risking undertreatment » *Developmental Medicine and Child Neurology*, 54, 492-494.

⁶³⁷ VERHOEFF, B. (2010) « Drawing borders of mental disorders: An interview with David Kupfer » *Biosocieties*, 5, 467-475. Cette théorie signifie que les entreprises pharmaceutiques inciteraient les psychiatres à reconnaître l'existence de 'nouveaux' troubles pour lesquels de nouveaux médicaments sont préconisés. Les troubles de l'hyperactivité chez l'enfant en sont un bon exemple : il est normal pour un enfant de déborder d'énergie... De même, les troubles de l'anxiété sociale désignent à l'origine la timidité comme trait de caractère. A-t-on idée de prescrire un médicament lorsqu'une personne est timide et réservée ?

⁶³⁸ BATSTRA, L., HADDERS-ALGRA, M., NIEWEG, E., VAN TOL, D., PIJL, S. J. & FRANCES, A. (2012), *op. cit.*, p. 493.

santé. L'industrie pharmaceutique peut alors répondre à ces nouveaux besoins par la mise sur le marché de médicaments destinés à soigner ces troubles.

Ce phénomène favorise l'enrichissement des psychiatres comme des industriels. Les services de psychiatrie ne désemploient pas avec l'arrivée de nouveaux patients tandis que l'industrie pharmaceutique continue de réaliser des bénéfices sur les traitements disponibles. Le bénéfice financier à la clé entre ces deux professions est conclu au détriment des malades. Les nouveaux traitements prescrits sont aux mieux inefficaces, au pire toxiques.

Cette nouvelle impulsion donnée à la psychiatrie ne se limite plus à la prise en charge thérapeutique des maladies mentales mais à la « gestion prévisionnelle des populations à risque »⁶³⁹. Autrefois appelées les classes laborieuses, les personnes appartenant aux catégories socio-professionnelles 'les plus basses' (ouvriers, employés non qualifiés, chômeurs) seraient davantage susceptibles de sombrer dans la délinquance. Les pouvoirs publics s'attacheraient par l'action médicamenteuse à maîtriser ce risque à tout prix, y compris sous la forme d'une hospitalisation sous contrainte ou d'un traitement à vie.

Dès lors, « nul besoin de soigner quand on peut surveiller et rééduquer [...] librement et de manière égalitaire ».⁶⁴⁰

Aujourd'hui, la psychiatrie 'médicalise' tout comportement, toute déviance dans la perspective de parvenir au 'risque zéro' de délinquance, de violences, de trouble à l'ordre public, apogée de notre époque sécuritaire. Le discours psychiatrique lui-même se fait le héraut de cette nouvelle idéologie : les névroses, psychoses, souffrances psychiques et autres angoisses ont été remplacées par les notions de risque et de dangerosité. Le danger, c'est forcément l'autre, celui que je dois dénoncer, celui dont je dois m'écarter, celui qu'il faut enfermer en raison de son 'risque' et de sa 'dangerosité'.⁶⁴¹

La médicalisation de la psychiatrie consiste donc dans le traitement systématique des maladies mentales par la seule action pharmacologique, initiée dès les années 1980 à travers deux pôles :

- La gestion des risques sociaux (traquer le trouble mental pour le soigner afin de réduire

⁶³⁹ CASTEL, R. (1981) *La gestion des risques – de l'antipsychiatrie à l'après-psychanalyse*, Paris, Editions de Minuit, p. 94 ; GORI, R. (2008) « Malaise dans la psychiatrie ? » *Cliniques méditerranéennes* 2008/2, n°78, pp. 49-64.

⁶⁴⁰ *Ibid*, p. 50.

⁶⁴¹ GORI, R. (2010) « Flexibilité du diagnostic en psychiatrie » *L'information psychiatrique*, 2010/4, vol. 86, pp. 329-337.

les risques de débordements sociaux)

- La gestion des fragilités individuelles par la création d'une culture psychologique de masse.

Le deuxième pôle suppose que le malade mental doit mettre en œuvre tous les moyens possibles afin de soigner ses troubles : il doit être « responsabilisé », devenir actif dans la prise en charge de sa maladie mentale. Il s'agit d'un rejet social de la maladie mentale, réduite à l'état de danger pour l'ordre public.⁶⁴²

Or, l'application du DSM à tous les troubles mentaux dénature la fonction même du psychiatre : « fini la réflexion basée sur l'expérience... voici venu le temps de la mécanisation. Ainsi le DSM [...] arrive-t-il à transformer les psys en machines à classer, travaillant à la chaîne, étiquetant les cas sans penser que chacun est singulier ». ⁶⁴³

En effet, selon le sociologue Michel Foucault, « le psychiatre n'a plus besoin de la folie [...] elle n'a plus besoin du délire, elle n'a plus besoin de l'aliénation pour fonctionner. La psychiatrie peut psychiatiser toute conduite ». ⁶⁴⁴ Cette évolution néolibérale de la psychiatrie fait régresser l'humain, médicalisant à outrance la souffrance psychique. ⁶⁴⁵

Le psychiatre est de moins en moins amené à traiter les troubles mentaux mais les 'anormaux' : « c'est la question du trouble [...], du désordre [...], du danger » qui doit être soigné, gommé, effacé dans les agissements et paroles du malade. ⁶⁴⁶ La psychiatrie serait alors un mythe, « une aliénation répandue grâce à une éducation répressive qui nie et détruit l'expérience originelle de l'enfant pour le faire entrer de force dans des moules sociaux préfabriqués ». ⁶⁴⁷

Cette dérive du DSM est contestée par les praticiens, qualifiée de « mécanisation de la perception clinique, aujourd'hui industrialisée par le DSM [...]. Elle témoigne avant tout d'un besoin de contrôle face à la terreur du réel » ⁶⁴⁸, c'est-à-dire le caractère incontrôlable des

⁶⁴² CASTEL, R. (1981) & GORI, R. (2008), *op. cit.*, p. 73.

⁶⁴³ CORCOS, M. (2011), *op. cit.*, p. 55.

⁶⁴⁴ FOUCAULT, M. (1999) *Les anormaux. Cours au Collège de France, 1974-1975*, p. 148.

⁶⁴⁵ ZARIFIAN, E. (1994) *Des paradis pleins la tête*, Paris, éd. Odile Jacob, 1998, p. 79 ; ROUDINESCO, E. (2004) *Le patient, le thérapeute et l'Etat*, Paris, éd. Fayard, p. 107 ; RIFKIN, J. (2000) *L'âge de l'accès. La révolution de la nouvelle économie*. Paris, La Découverte, p. 64.

⁶⁴⁶ FOUCAULT, M. (1999), *op. cit.*, p. 149 ; RECHTMAN, R. (2010) « De la psychiatrie à la régulation sociale » in CHILAND, C., BONNET, C., BRACONNIER, A. *et al*, Paris : Erès, p. 60.

⁶⁴⁷ HOCHMANN, J. (2015) *Les antipsychiatries. Une histoire*, éd. Odile Jacob, p. 177.

⁶⁴⁸ CORCOS, M. (2011) *L'homme selon le DSM. Le nouvel ordre psychiatrique*, éd. Albin Michel, p. 16.

troubles mentaux. La subjectivité de chaque individu, y compris celle du malade, doit être étouffée : la folie, la déraison semblent constituer des obstacles à une rationalité hégémonique de l'individu sain de corps et d'esprit, tout entier dévoué à l'exercice de son emploi.⁶⁴⁹

La psychiatrie participe alors à une « séquestration sociale, molle, liquide, flexible des sujets en les insérant dans des réseaux de conformisation des conduites »⁶⁵⁰, notamment les populations marginalisées.⁶⁵¹

Le DSM est régulièrement dénoncé pour ses liens éthiquement inacceptables avec les industries pharmaceutiques. Publié pour la première fois en 1952, il est rapidement diffusé à travers le monde et soutenu par une 'pharmacologisation' croissante de la maladie mentale et du mal de vivre. Sa troisième édition augmente significativement le nombre de pathologies mentales répertoriées : 60 dans le DSM-I, 145 dans le DSM-II et 292 dans le DSM-III. Comment expliquer une telle augmentation ? Les auteurs dénoncent depuis plusieurs décennies l'apparition de conflits d'intérêt entre les psychiatries et les entreprises pharmaceutiques : promotion auprès des prescripteurs (cadeaux publicitaires, financement de congrès, offres de formation continue), financement de recherches universitaires voire rémunération directe de professeurs.⁶⁵²

Cette « influence invisible » exercée par le lobbying des industries pharmaceutiques s'est également propagée chez les décideurs politiques et les instances prétendument indépendantes censées assurer l'innocuité des médicaments et leur efficacité : HAS, ANSM, Agence européenne du médicament, etc.⁶⁵³ L'industrie pharmaceutique est donc parvenue « à un contrôle de toutes les étapes de la recherche, de la conception aux analyses et aux publications des résultants des études d'innocuité et d'efficacité de ses produits ».⁶⁵⁴

⁶⁴⁹ CAVERNI, J-P & GORI, R. (2006) *Le consentement. Droit nouveau du patient ou imposture ?* Paris : InPress, p. 80.

⁶⁵⁰ GORI, R. (2010) « Flexibilité du diagnostic en psychiatrie » *L'information psychiatrique*, 2010/4, vol. 86, pp. 329-337 ; GORI, R. (2008) « Malaise dans la psychiatrie ? » *Cliniques méditerranéennes* 2008/2, n°78, p. 55 ; GORI, R. & DEL VOLGO, M-J (2005) *La santé totalitaire. Essai sur la médicalisation de l'existence*, Paris, éd. Denoël, p. 193.

⁶⁵¹ LABOURET, O. (2012) *Le nouvel ordre psychiatrique*, éd. Erès, p. 11 ; CASTEL, R. (1976) *L'ordre psychiatrique*, Paris, Editions de Minuit, p. 16 et 212 ; DE MONTMOLLIN, G. (1977) *L'influence sociale*, Paris, PUF, p. 67.

⁶⁵² SANTIAGO DELEFOSSE, M. (2011) « Actualité de la pensée critique en psychologie de la santé somatique et mentale dans le monde anglo-saxon », *Bulletin de psychologie*, n°511, pp. 5-13.

⁶⁵³ LABOURET, O. (2011) *Le nouvel ordre psychiatrique*, Paris, éd. Eres, p. 23.

⁶⁵⁴ LANE, C. (2009) *Comment la psychiatrie et l'industrie pharmaceutique ont médicalisé nos émotions*, éd. Flammarion, p. 118 ; KASSIRER, J. P. (2007) *La main dans le sac : médecine + affaires = danger pour la santé !* Montebello, éd. Le mieux-être, p. 91 ; ANGELL, M. (2005) *La vérité sur les compagnies*

En pratique, cette influence s'est matérialisée dans les intitulés même des catégories de troubles psychiatriques, directement suggérés par les laboratoires pharmaceutiques.⁶⁵⁵

La classification des troubles mentaux du DSM ne s'appuie plus sur les maladies mais sur les symptômes, permettant une prise en charge par la seule action des médicaments sans en comprendre leur origine.⁶⁵⁶

Par exemple, la prévention de la dépression, véritable manne financière a constitué pour cette industrie une priorité. En modifiant les critères caractérisant cette pathologie, le nombre de diagnostics de dépression ont ainsi été multipliés par sept entre 1979 et 1996.⁶⁵⁷

Naturellement, le DSM est accusé de « transformer certaines affections aiguës réactionnelles à certains événements de vie (séparation, deuil, maladie) ou situationnelle (confrontation à la solitude, l'amour, la filiation telle que la naissance d'un enfant) en affections chroniques ».⁶⁵⁸

De même, « la timidité devient une phobie sociale, la turbulence un trouble de l'hyperactivité, [...] la mauvaise humeur avant les règles une dysphorie prémenstruelle, le deuil une dysthymie qui entrave les performances », c'est-à-dire un trouble de l'humeur chronique impliquant un spectre dépressif.⁶⁵⁹

La santé mentale peu à peu transformée en 'bien économique comme les autres', il faut s'inquiéter de cette dérive marchande de la psychiatrie. Réduite au seul traitement pharmacologique, elle se limite aujourd'hui à un « capitalisme émotionnel »⁶⁶⁰, « transformant nos expériences de vie en marchandises ».⁶⁶¹ La psychiatrie telle que présentée par le DSM s'éloigne chaque jour un peu plus de la réalité clinique, se limitant au traitement des déviances, troubles ou anormalités inhérentes à l'être humain. La souffrance du malade est rapidement

pharmaceutiques : Comment elles nous trompent et comment les contrecarrer, Montebello, éd. Le Mieux-être, p. 214 ; GORI, R. (2005) « La surmédicalisation de la souffrance psychique au profit de l'économie de marché », *Psychiatrie Française*, 4, pp. 76-92.

⁶⁵⁵ BLECH, J. (2005) *Les inventeurs des maladies*, Arles, Arles Sud, p. 146.

⁶⁵⁶ EHRENBERG, A. (1998) *La Fatigue d'être soi. Figures de la dépression*, Paris, Odile Jacob, p. 137.

⁶⁵⁷ PIGNARRE, P-H (2001) *Comment la dépression est devenue épidémie*, Paris, Hachette, p. 201 ; PIGNARRE, P-H (2003) *Le grand secret de l'industrie pharmaceutique*, Paris, La Découverte, p. 69 ; HUGNET, G. (2004) *Antidépresseurs. La grande intoxication*, Paris, Le Cherche-Midi, p. 173 ; NEYRAND, G. (2007) « La prévention psychique précoce, une démarche controversée » *Contraste* 2007/1, pp. 21-54 ; BAUMAN, Z. (2006) *La vie liquide*. Rodez : Le Rouergue / Chambon, p. 143.

⁶⁵⁸ CORCOS, M. (2011), *op. cit.*, p. 85.

⁶⁵⁹ GORI, R. (2010) « Le DSM : un dispositif de normalisation idéologique ? Commentaire » *Sciences sociales et santé*, 2010/1, vol. 28, pp. 109-117.

⁶⁶⁰ ILLOUZ, R. (2006) *Les sentiments du capitalisme*, Paris, Le Seuil, p. 91. ; GEKIERE, C. (2010) « Valeur marchande du diagnostic », *Journées d'étude APREPA*, Brumath, 25 et 26 mars 2010, p. 154.

⁶⁶¹ ZARKA, Y C. (2007) *Les Intempestifs, critique des nouvelles servitudes*, Paris, PUF, p. 89.

traitée par la voie médicamenteuse sans qu'une plus grande considération soit apportée. Le soin psychiatrique vite expédié, psychiatres et laboratoires pharmaceutiques voient leurs bénéfices inexorablement augmenter. C'est la réalité marchande de la psychiatrie, dénuée de tout son sens vers laquelle nous tendons.

Ces controverses autour de l'absence de rigueur scientifique de la psychiatrie sont renforcées par la résistance du paternalisme médical.

- La remise en cause du « paternalisme médical » en psychiatrie

Le paternalisme médical reste très présent dans la pratique psychiatrique hospitalière⁶⁶². L'écueil pour les soignants serait quasi-inévitable. Comment ne pas se sentir maître d'une situation échappant totalement au contrôle et à la compréhension du patient ?

Comment imaginer que le patient puisse refuser les soins, émettre ses préférences quant au traitement lorsque celui-ci présente un comportement imprévisible, voire dangereux ?

Il est par exemple tentant pour le psychiatre d'arborer la plus grande certitude quant au diagnostic, au traitement à administrer, au bien-fondé d'une sortie d'essai, etc⁶⁶³. Si le trait est exagéré, il reflète une réalité indéniable de la psychiatrie.

Le principal danger du paternalisme médical est justement d'accorder une marge de manœuvre trop importante aux soignants. Leurs décisions ne sont susceptibles d'aucun contrôle, leur autorité comme leur domaine de connaissances ne sont jamais remises en question. Ensuite, ils peuvent totalement ignorer les demandes des patients. Le soignant peut s'arroger le droit de décider seul ce qu'il estime être dans le meilleur intérêt du patient⁶⁶⁴.

L'arrêt *Herczegfalvy c. Autriche*⁶⁶⁵ constitue un exemple probant du caractère arbitraire que peuvent revêtir les décisions du psychiatre. En l'espèce, le requérant atteint de graves troubles psychiatriques a été hospitalisé sous contrainte. Malgré son refus des soins clairement exprimé,

⁶⁶² JONES, K. (1980) « The limitations of the legal approach to mental health law » *International Journal of Law and Psychiatry*, 3(1), 1-15.

⁶⁶³ POUNCEY, C. & LUKENS, J. (2010) « Madness versus badness: The ethical tension between the recovery movement and forensic psychiatry » *Theoretical Medicine and Bioethics*, 31, 93-105.

⁶⁶⁴ FENNELL, P. (1996) *Treatment without Consent: Law, Psychiatry and the Treatment of Mental Disordered People since 1845*. London: Routledge.

⁶⁶⁵ *Herczegfalvy v Austria* (1992) 15 EHRR 437 in FENNELL, P. (1996), *op. cit.*, p. 82.

des sédatifs et une alimentation artificielle lui ont été dispensés. Réticent aux 'soins', les soignants l'ont menotté à son lit.

Le requérant a invoqué la violation de l'article 3 de la Convention européenne au titre des pratiques dont il a été victime, qu'il qualifie de 'traitement inhumain et dégradant'. Néanmoins, les juges n'ont pas retenu de violation de l'article 3, au motif que ces mesures répondaient à une 'nécessité médicale' au regard des troubles graves du requérant⁶⁶⁶.

Le fait que le requérant souffre de graves troubles mentaux et soit incapable de prendre une décision relative à sa santé a permis de légitimer les décisions ordonnées par le psychiatre.

Il est pourtant évident qu'une alimentation artificielle et le fait de menotter le patient constituent des pratiques inacceptables.

La 'nécessité médicale' semble ici hors de propos puisque ces pratiques constituent *per se* « un traitement inhumain et dégradant » au regard de l'article 3. Ce même article précise pourtant que cette interdiction ne souffre d'aucune exception !

La CEDH ne serait donc pas prête à remettre en cause la toute-puissance de la science médicale au profit des revendications du patient.⁶⁶⁷

L'édiction de lois promouvant les droits et l'autonomie du patient n'ont pas fait disparaître le paternalisme médical. Plus insidieux, il subsiste dans les établissements psychiatriques malgré une réelle prise de conscience des soignants.

Cette prise de conscience est due à l'apparition du légalisme ces soixante dernières années. Il se définit par le souci de respecter minutieusement la lettre de la loi. Il fait prévaloir le respect du droit positif (c'est-à-dire en vigueur) sur toute autre considération⁶⁶⁸.

En psychiatrie, le légalisme implique le respect des lois promouvant les droits des patients et d'une certaine éthique médicale. Il enjoint les praticiens à favoriser l'autonomie du patient chaque fois que cela est possible, afin que celui-ci devienne acteur des soins.

Il ne s'agit plus de prendre des décisions arbitraires mais de l'impliquer progressivement dans le processus de décision⁶⁶⁹.

⁶⁶⁶ *Ibid*, p. 82.

⁶⁶⁷ BROWN, J. (2016) « The changing purpose of mental health law: From medicalism to legalism to new legalism » *International Journal of Law and Psychiatry*, 47, 1-9.

⁶⁶⁸ LAROUSSE : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/l%C3%A9galisme/46558> (consulté le 7 septembre 2017), *np*.

⁶⁶⁹ UN HIGH COMMISSIONER FOR HUMAN RIGHTS (2009), Annual Report A/HRC/10/48, Unsworth C. (1987), *The politics of mental health legislation*. Oxford: Clarendon Press, p. 336.

De ce fait, le MHA amendé en 2007 propose une définition plus stricte des troubles mentaux afin de limiter la possibilité d'interner sous contrainte le patient, et accorde aux patients le droit de refuser les soins en cas de capacité légale notamment à travers les directives anticipées, etc.⁶⁷⁰

En France, la loi Evin de 1990 souhaitait faire des admissions volontaires le mode d'hospitalisation général tandis la loi Kouchner de 2002 prévoyait expressément les droits des patients. Le légalisme a notamment pour vocation de créer dans l'intérêt du patient le « cadre thérapeutique le moins contraignant possible »⁶⁷¹. Son application est donc indispensable afin de limiter les décisions arbitraires des psychiatres⁶⁷².

Néanmoins, si le légalisme était systématiquement appliqué (ex : refus des soins par le patient), toute hospitalisation deviendrait une source intarissable de conflits et de recours devant les tribunaux⁶⁷³. L'engorgement des tribunaux serait-il la contrepartie inévitable du respect des droits des patients ?

Ce postulat suggère que tout patient hospitalisé sous contrainte désire faire appel à la justice. C'est oublier pourtant qu'engager un recours judiciaire est une procédure longue et coûteuse pour un résultat incertain... difficile de croire que chaque patient concerné adoptera cette solution.

Inévitable lorsque le patient souffre de graves troubles mentaux, l'hospitalisation peut-elle être davantage respectueuse des droits des patients ?

- Une hospitalisation plus respectueuse des droits des patients ?

Tour à tour saluée pour son intérêt thérapeutique et décriée pour son caractère attentatoire aux libertés individuelles⁶⁷⁴, l'hospitalisation est toujours source de dilemme moral en psychiatrie. L'intérêt de l'hospitalisation sous contrainte doit être reconnu lorsque les troubles mentaux du patient sont d'une telle gravité qu'il constitue un danger pour lui-même ou autrui⁶⁷⁵.

⁶⁷⁰ BROWN, J. (2016) « The changing purpose of mental health law: From medicalism to legalism to new legalism » *International Journal of Law and Psychiatry*, 47, 1-9.

⁶⁷¹ Rouse v Cameron (1966) 373 F. 2d 451 (D. C. Cir.) in BROWN, J. (2016), *op. cit.*, p. 6.

⁶⁷² GLOVER-THOMAS, N. (2002) *Reconstructing mental health law and policy*. London: Butterworths, p. 258.

⁶⁷³ JONES, K. (1980) « The limitations of the legal approach to mental health law » *International Journal of Law and Psychiatry*, 3(1), 1-15.

⁶⁷⁴ BLAND, R., RENOUF, N. & TULLGREN, A. (2009) *Social work practice in mental health*. Sydney: Allen & Unwin, p. 294.

⁶⁷⁵ CAMPBELL, J. (2008) « Stakeholders' views of legal and advice services for people admitted to psychiatric

Toutefois, l'objectif premier de la psychiatrie ne doit pas être perdu de vue : parvenir à un juste équilibre entre la prise en charge du patient, la protection de l'ordre public, le respect de la loi et assurer le bien-être du patient et le respect de ses libertés individuelles⁶⁷⁶.

Lorsque le psychiatre décide d'ordonner ou non l'hospitalisation complète du patient, il favorise nécessairement un intérêt :

- Protéger la société dans la crainte que cette personne ne représente une menace pour lui-même ou autrui,
- Ou protéger l'exercice des libertés individuelles du patient lorsqu'il ne constitue pas une menace pour lui-même ou autrui⁶⁷⁷.

Qu'importe le pays, le droit positif privilégie bien souvent la protection de l'ordre public. Cette préférence pose problème car elle favorise une *détention préventive*⁶⁷⁸ des patients. Elle met en exergue la dangerosité du patient qui est purement subjective et ne se fonde en aucun cas sur la nature de ses troubles psychiatriques.

Il s'agit dès lors d'une action moralement correcte afin de protéger la société prise dans son ensemble d'une poignée d'individus réputés dangereux ; c'est la justification dite utilitariste de l'enfermement des patients⁶⁷⁹. Cependant, il est inacceptable qu'une infime minorité voit ses libertés sacrifiées sur l'autel de l'ordre public.

Dans le contexte néolibéral qui est le nôtre, la dérive sécuritaire est bien réelle lorsqu'il s'agit d'écarter les individus réputés dangereux et protéger la société du risque qu'ils représentent. La profession même du psychiatre est de soigner et d'accompagner les patients. Leur rôle implicite ne devrait pas être de détecter leur 'dangerosité'. Si une telle fonction leur était attribuée, quelles seraient les compétences nécessaires pour mener à bien cette tâche de détection ?⁶⁸⁰

hospital » *Journal of Social Welfare and Family Law*, 30 (3), 219-232; WALLSTEN, T., OSTMAN, M., SJOBERG, R. & KJELLIN, L. (2008) « Patients' and next-of-kins' attitudes towards compulsory psychiatric care » *Nordic Journal of Psychiatry*, 62(6), 444-449.

⁶⁷⁶ CARNEY, T. (2003) « Mental health law in postmodern society: Time for new paradigms? » *Psychiatry, Psychology and Law*, 10(1), 12-32.

⁶⁷⁷ GLEDHILL K. (2000) « Managing dangerous people with severe personality disorder » *The Journal of Forensic Psychiatry*, Vol. 11 No 2 September 2000, 439-447.

⁶⁷⁸ GLEDHILL K. (2000), *ibid*, p. 446.

⁶⁷⁹ CAVADINO M., (1999) « The psychiatrist as gaoler » *The Journal of Forensic Psychiatry*, Vol 10 No 3 December 1999, 525-537.

⁶⁸⁰ APPELBAUM, P. S. (1990), « The parable of the forensic psychiatrist: ethics and the problem of doing harm », *International Journal of Law and Psychiatry*, 13: 249-259.

De surcroît, l'efficacité prêtée à l'hospitalisation doit être remise en question. Dans le cadre d'une étude sur trois RSU britanniques, aucune amélioration notable de l'état de santé mental des patients n'a été relevée. En revanche, il est certain que la majeure partie d'entre eux demeurent internés *ad vitam aeternam*.⁶⁸¹ Il faudra néanmoins garder à l'esprit que les patients admis en RSU souffrent de troubles sévères, souvent à vie.

Ces mêmes patients sont souvent hospitalisés suite à la commission d'infractions pénales graves (viol, meurtre). Leurs antécédents judiciaires et psychiatriques ne les placent pas dans les meilleures conditions pour obtenir une sortie de l'établissement, même temporaire.

L'enjeu auquel doivent faire face les psychiatres est donc conséquent sur les plans déontologique et médical. L'apparition du légalisme a conduit à apporter une approche plus respectueuse des droits des patients bien que la pratique tarde à suivre cette tendance⁶⁸².

L'apparition du légalisme a été remarquée dans plusieurs pays anglo-saxons dès le début des années 1990 : Royaume-Uni⁶⁸³, Canada⁶⁸⁴, Etats-Unis⁶⁸⁵, Australie⁶⁸⁶, etc.

Dès 1979, les principes cardinaux d'une pratique déontologique de la psychiatrie ont été formulés. Il s'agit d'obligations pouvant s'étendre à toute discipline médicale lorsque le soignant dispense des soins au patient⁶⁸⁷ :

- Obligation de ne pas nuire au patient en tant que soignant
- Obligation d'agir dans le bénéfice du patient chaque fois que cela est possible
- Obligation de respecter l'autonomie du patient, c'est-à-dire sa capacité à prendre toute décision relative à sa santé
- Obligation d'agir avec le sens d'une certaine équité.

⁶⁸¹ DELL, S. and ROBERTSON, G., (1988) *Sentenced to Hospital: Offenders in Broadmoor*. Maudsley Monograph No 32. Oxford: Oxford University Press, p. 124.

⁶⁸² ADSHEAD, G. (2000) « Care of custody: Ethical dilemmas in forensic psychiatry » *Journal of Medical Ethics*, 26, 302-304 ; APPELBAUM, P. S. (1997) « A theory of ethics for forensic psychiatry » *Journal of American Academy of Psychiatry and the Law*, 25(3), 233-247.

⁶⁸³ LIVINGSTON, J. D., NIJDAM-JONES, A. & BRINK, J. (2012) « A tale of two cultures: examining patient centred-care in a forensic mental health hospital » *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, Vol. 23, No. 3, June 2012, 345-360.

⁶⁸⁴ MENTAL HEALTH COMMISSION OF CANADA (2009) *Toward recovery & well-being. A framework for a mental health strategy for Canada*, p. 160.

⁶⁸⁵ US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (2009) *National consensus statement on mental health recovery*. Washington DC, p. 149.

⁶⁸⁶ AUSTRALIAN COMMISSION ON SAFETY AND QUALITY IN HEALTHCARE (2010) *Patient-centred care: Improving quality and safety by focusing care on patients and consumers – discussion paper*. Australian Government, p. 113.

⁶⁸⁷ BEAUCHAMP, T. L. & CHILDRESS, J. F. (2008) *Principles of Biomedical Ethics*. New York: Oxford University Press, p. 329.

En pratique, les soignants doivent avoir connaissance de plusieurs principes afin d'assurer le respect de ces obligations⁶⁸⁸. Il s'agit entre autres du droit du patient à l'information sur les traitements disponibles, le droit du refus de soins, la nécessité de rechercher son consentement et la connaissance du droit applicable en matière d'hospitalisation.

Créer une relation de qualité ou 'alliance thérapeutique' entre le patient et le soignant permet de favoriser les chances que le patient suive son traitement⁶⁸⁹, qu'il s'agisse de soins ambulatoires ou hospitaliers⁶⁹⁰.

Toutefois, une alliance thérapeutique peut difficilement être instaurée dans un environnement aussi contraignant que l'hôpital. La seule contrainte que constitue l'hospitalisation sans consentement représente déjà un obstacle de taille⁶⁹¹.

D'autre part, le psychiatre est fréquemment tiraillé entre son rôle de soignant et de « geôlier » des patients hospitalisés.

- Le double rôle du psychiatre : soignant et « geôlier »

La pratique de la psychiatrie est délicate d'un point de vue éthique pour le soignant en raison de son double devoir de loyauté⁶⁹². Le psychiatre est à la fois soumis à un devoir de soins envers le patient et à un devoir de protection de l'ordre public en assurant l'hospitalisation des personnes constituant un danger⁶⁹³.

Ce double rôle place le psychiatre dans une position délicate ; elle a profondément influencé la manière de pratiquer son art thérapeutique depuis la création des premiers asiles⁶⁹⁴.

Les psychiatres seraient naturellement méfiants vis-à-vis des patients et feraient preuve d'une

⁶⁸⁸ PATEL, K. R. & WEINRIEB, R. M. (2012) « Ethical and legal aspects of psychosomatic medicine » *Journal of Psychiatry & Law*, 40, 63-76.

⁶⁸⁹ MEAD, N. & BOWER, P. (2000) « Patient-centeredness: A conceptual framework and review of the empirical literature » *Social Science & Medicine*, 51, 1087-1110.

⁶⁹⁰ WARNER, R. (2010) « Does the scientific evidence support the recovery model? » *The Psychiatrist*, 34(1), 3-5.

⁶⁹¹ GREEN, T., BATSON, A. & GUDJONSSON, G. (2011) « The development and initial validation of a service-user led measure for recovery of mentally disordered offenders » *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 22, 252-265.

⁶⁹² PERLIN, M. J. (1991) « Power imbalances in therapeutic and forensic relationships » *Behavioural Sciences and the Law*, 9, 111-128.

⁶⁹³ HOLMES, D. (2005) « Governing the captives: Forensic psychiatric nursing in corrections » *Perspectives in Psychiatric Care*, 41(1), 3-13.

⁶⁹⁴ SHORTELL, S. M. (1998) « Physicians as double agents: Maintaining trust in an era of multiple accountabilities » *Journal of the American Medical Association*, 280(12), 1102-1108; STONE, A. (1984) *Law, Psychiatry and Morality*. New York: Pergamon, p. 331.

vigilance constante face à leur comportement imprévisible, potentiellement dangereux⁶⁹⁵.

Dans toute pratique médicale, la confiance entre le patient et le soignant est pourtant fondamentale⁶⁹⁶. C'est de la confiance patient/soignant que naît le soin⁶⁹⁷.

A ce titre, plusieurs études soulignent le respect du droit du patient à l'information⁶⁹⁸. Dans une étude canadienne portant sur plusieurs hôpitaux psychiatriques, seuls 14% des patients ont été correctement informés de leurs droits, de leur statut légal et des recours disponibles à l'issue des trois premiers mois d'hospitalisation⁶⁹⁹.

Une étude similaire menée en Nouvelle-Zélande confirme ces chiffres : même pour les patients ayant été informés, la qualité et la quantité des informations fournies étaient insuffisantes⁷⁰⁰.

S'il est indispensable d'informer correctement le patient, le psychiatre doit également prendre en considération ses valeurs, sa culture, ses croyances ainsi que ses antécédents familiaux, judiciaires et médicaux⁷⁰¹. En somme, le psychiatre doit assurer le plus grand respect de l'éthique médicale et répondre aux besoins de santé du patient⁷⁰².

Cette obligation d'informer le patient est édictée dans le *Mental Health (Compulsory Assessment and Treatment Act) 1992* néo-zélandais.

Cette loi prévoit la possibilité pour le patient admis, dès le début de son hospitalisation, de faire appel de la décision d'hospitalisation devant le juge, avec possibilité d'être représenté par un avocat indépendant⁷⁰³.

⁶⁹⁵ AUSTIN, W., GOBLE, E. & KELECEVIC, J. (2009) « The ethics of forensic psychiatry: moving beyond principles to a relational ethics approach » *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, Vol. 20, No. 6, December 2009, 835-850; MARTIN, T. (2001), « Something special: Forensic psychiatric nursing » *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8, 25-32.

⁶⁹⁶ MASON T. (2002) « Forensic psychiatric nursing: A literature review and thematic analysis of role tensions » *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 9(5), 511-521.

⁶⁹⁷ HOLMES, D. (2005), *op. cit.*, p. 8.

⁶⁹⁸ TUOHIMAKI, C., KALTIALA-HEINO, R., KORKEILA, J., PROTSHENKO, J., LEHTINEN, V. & JOUKAMAA, M. (2001) « Psychiatric inpatients' views on self-determination » *International Journal of Law and Psychiatry*, 24, 61-69.

⁶⁹⁹ TOEWS, J., EL-GUEBALY, N., LECKIE, A. & HARPER, D. (1986) « Change with time in patients' reactions to committal » *Canadian Journal of Psychiatry*, 31, 413-415.

⁷⁰⁰ MCKENNA, B. G., SIMPSON, A. I. F., COVERDALE, J. H. & LAIDLAW, T. M. (2001) « An analysis of procedural justice during psychiatric hospital admission » *International Journal of Law and Psychiatry*, 24, 573-581.

⁷⁰¹ BELL, S. (1992) « The Mental Health (Compulsory Assessment and Treatment) Act » *Community Mental Health in Zealand*, 6(2), 16-22.

⁷⁰² AUSTIN, W., GOBLE, E. & KELECEVIC, J. (2009) « The ethics of forensic psychiatry: moving beyond principles to a relational ethics approach » *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, Vol. 20, No. 6, December 2009, 835-850.

⁷⁰³ BELL, S. & BROOKBANKS, W. (1998) *Mental health law in New Zealand*. Wellington: Brookers, p. 427.

En effet, l'appel à une juridiction n'est pas prévu en droit britannique. L'absence de recours juridictionnel pourrait faire l'objet d'un litige et engager la responsabilité du Royaume-Uni devant la Cour européenne des Droits de l'Homme.

Une telle jurisprudence n'a pas encore été rendue, bien que le contentieux soit fortement susceptible de se produire au regard des nombreuses hospitalisations ordonnées.

Il convient dès lors de s'intéresser à deux organes français s'efforçant de faire respecter les libertés individuelles des patients dans le cadre des soins psychiatriques.

c) Les autorités françaises protectrices du respect des libertés individuelles des patients

L'émergence du légalisme dans les pays anglo-saxons a favorisé l'émergence d'une pratique de la psychiatrie plus respectueuse des droits des patients. En France toutefois, ces changements ont été plus à longs à apparaître. Dans cette optique, des organes de protection des droits des patients psychiatriques ont vu le jour en droit français. Ils ne trouvent pas d'équivalent en droit britannique, américain ou canadien.

- Les commissions départementales de soins psychiatriques ou CDSP

A l'origine appelées commissions de relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge, ces organismes intervenaient essentiellement à propos des interventions de pertes d'objets des patients et les dégradations de matériels en milieu psychiatrique⁷⁰⁴.

Elles possédaient de réelles difficultés à évoquer la vie quotidienne des patients, leurs réclamations concernant la qualité des soins, leurs relations avec les soignants, etc.

Ces commissions étaient composées de deux médiateurs désignés par le directeur de l'établissement psychiatrique, de deux représentants des usagers du système de santé (c'est-à-dire des patients) désignés par l'ARS (Agence régionale de santé)⁷⁰⁵.

Or, la majorité des membres de la commission étant nommée par le directeur de l'hôpital, souvent réticent à traiter les requêtes des patients. Les cadres de santé pour la plupart tentaient

⁷⁰⁴ DELARUE, J-M (2013) *op. cit.*, p. 241.

⁷⁰⁵ Une ARS ou Agence régionale de santé est une autorité chargée du pilotage régional du système de santé. Elle définit et met en œuvre la politique de santé de la région en fonction des besoins de santé majeurs de la population : veiller à la sécurité sanitaire, assurer la continuité de l'offre de soins entre la médecine hospitalière et la médecine de ville : <https://www.ars.sante.fr/quest-ce-quune-agence-regionale-de-sante> (consulté le 9 mars 2018), *np*.

de protéger la réputation de l'établissement⁷⁰⁶.

Face à l'absence de contrôle réel de ces commissions, la loi du 5 juillet 2011 y a opéré de profonds changements, les renommant *commissions départementales de soins psychiatriques* (CDSP).

Chaque commission est composée :

- D'un psychiatre désigné par le procureur général près la cour d'appel
- D'un psychiatre désigné par le préfet
- D'un magistrat désigné par le premier président de la cour d'appel
- De deux représentants des usagers du système de santé
- D'un médecin généraliste désigné par le préfet

La mission de chaque commission est très différente selon les départements et dépend en grande partie du degré d'implication de ses membres⁷⁰⁷.

Il convient de saluer l'effort accompli par le législateur afin de promouvoir une plus grande indépendance des membres des CDSP. Le fait qu'ils ne soient pas nommés par le directeur d'établissement constitue un changement considérable. L'absence de rapport d'autorité direct entre les membres des CDSP et le directeur de l'hôpital facilite, assurément, la prise d'initiatives sans crainte de représailles sur leur carrière.

L'article L 3223-1 du Code de la santé publique (CSP) définit les missions dévolues aux CDSP :

- Traiter les requêtes des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques, notamment pour les patients hospitalisés sans consentement
- Statuer sur les modalités d'admission de tout patient faisant l'objet de soins psychiatriques.

Ces commissions sont informées de toute décision d'admission, de renouvellement ou de fin des soins en hôpital psychiatrique. Les médecins membres des CDSP ont accès à toutes les données médicales des patients dont ils étudient les cas.

- Examiner au besoin la situation des patients hospitalisés sous contrainte ; cet examen est de droit (sans que le patient en fasse expressément la demande) lorsque la durée

⁷⁰⁶ DELARUE, J-M (2013) *op. cit.*, p. 241.

⁷⁰⁷ *Ibid.*, p. 242.

d'hospitalisation est prolongée au-delà d'un an à compter de son admission

- Saisir le représentant de l'Etat dans le département, ou le procureur de la République, ou le préfet de police à Paris lorsque la situation d'un patient le requiert
- Assurer les visites des établissements de soins psychiatriques afin de s'assurer que toutes les dispositions prévues par la loi soient respectées
- Adresser un rapport annuel au juge des libertés et de la détention de son ressort, ou à un représentant de l'Etat dans son ressort ou, à Paris, au préfet de police.

Enfin, les personnels des hôpitaux psychiatriques sont tenus de répondre à toutes les demandes d'information formulées par les commissions.

Malgré l'impulsion donnée par le législateur, les CDSP ne sont pas toujours en mesure d'accomplir toutes leurs tâches même si elles disposent de compétences importantes. Il revient au ministre de la Santé et aux ARS de doter ces instances de ressources suffisantes afin qu'elles puissent remplir leur rôle.

Le manque de moyens financiers et d'implication des membres (qui possèdent souvent une activité professionnelle) empêche leur bon fonctionnement⁷⁰⁸. Lorsque les moyens et l'implication des membres sont présents, la commission devient une instance de recours importante pour les patients. En revanche, le recours au juge cependant n'a pas été facilité par la création de ces commissions⁷⁰⁹.

Il est également recommandé au ministère de la Santé d'organiser régulièrement des réunions entre les ARS et les CDSP afin de mettre au point des directives concernant l'examen des requêtes, assurer une dispensation de soins psychiatriques de qualité tout en respectant les droits des patients, faire le point sur les actions menées, etc⁷¹⁰.

Les CDSP restent aujourd'hui en voie d'amélioration. Il est indispensable que les pouvoirs publics et les membres des CDSP s'impliquent davantage afin qu'elles deviennent de véritables recours pour les patients psychiatriques et leurs proches.

En vérité, le principal organe de contrôle de respect des libertés individuelles des patients demeure principalement le CGLPL, ou contrôleur général des lieux de privation de libertés.

⁷⁰⁸ *Ibid.*, p. 248.

⁷⁰⁹ *Ibid.*, p. 249.

⁷¹⁰ *Ibid.*

- Le contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL)

Le statut de contrôleur général des lieux de privation de libertés a été créé par la loi du 30 octobre 2007⁷¹¹. Il s'agit d'une autorité administrative indépendante ; il ne reçoit d'instructions d'aucune autorité, qu'elle soit exécutive, législative ou judiciaire.

En effet, assurer la transmission d'informations aussi sensibles que celles tenant aux personnes privées de liberté requiert avant tout une certaine indépendance.

M. Delarue, ancien CGLPL affirme qu'« il n'y a pas d'indépendance sans transparence, pas de transparence sans information »⁷¹².

Le CGLPL est nommé pour une durée de six ans sans qu'il puisse être révoqué au cours de son mandat, ni renouvelé à l'issue de celui-ci. Il ne peut être poursuivi pour les opinions qu'il exprime ou les actes qu'il accomplit dans l'exercice de ses fonctions. De même, il ne peut exercer d'autres activités professionnelles ou de mandats électifs⁷¹³.

Son champ de compétences concerne tous les lieux de privation de liberté tels que :

- Les établissements pénitentiaires,
- Les établissements de santé (psychiatriques notamment),
- Les établissements placés sous l'autorité conjointe des ministères de la Santé et de la Justice tels que les unités hospitalières spécialement aménagées et les centres médico-judiciaires de sûreté⁷¹⁴.

Le CGLPL peut visiter ces établissements à tout moment sur l'ensemble du territoire français, que les visites soient programmées ou non. Si elles sont préalablement organisées, le directeur d'établissement en est informé quelques jours avant.

L'autorité concernée ne peut s'opposer à une visite sauf pour motif grave : péril grave lié à la défense nationale, à la sécurité publique ou à une catastrophe naturelle⁷¹⁵.

La principale mission du CGLPL est de veiller à ce que les personnes privées de liberté soient traitées avec humanité et dignité. En effet, à l'exception de leur liberté d'aller et venir, les

⁷¹¹ Loi n°2007-1545 du 30 octobre 2007 instituant un contrôleur général des lieux de privation de liberté

⁷¹² DELARUE, J-M (2012) Rapport annuel du contrôleur général des lieux de privation de libertés, éditions Dalloz, p. 297.

⁷¹³ Site Internet du CGLPL au sujet du statut et des missions de celui-ci : <http://www.cglpl.fr/missions-et-actions/autorite-independante/> (consulté le 20 mars 2017), *np*.

⁷¹⁴ *Ibid, np.*

⁷¹⁵ *Ibid, np.*

personnes privées de libertés demeurent titulaires des droits fondamentaux définis dans les textes nationaux et internationaux.

Certains de ses droits sont absolus : droit à la vie, à la protection contre la torture, les traitements inhumains et dégradants, droit à la protection de l'intégrité physique et psychique, etc. Certains droits au contraire peuvent être limités pour des raisons tenant à l'ordre public comme le droit au respect de la vie privée et familiale ou à la liberté d'expression⁷¹⁶.

Le CGLPL se voit ainsi confier une triple mission :

- S'assurer que les droits absolus des patients, inhérents à la qualité d'êtres humains, soient respectés
- S'assurer qu'un juste équilibre soit établi entre le respect des droits fondamentaux des personnes privées de liberté et les considérations d'ordre public et de sécurité
- Et surtout, prévenir et empêcher toute violation de ces droits fondamentaux.⁷¹⁷

Le CGLPL ne peut assurer ces tâches seul et s'entoure de contrôleurs généraux qui l'assistent. Ils agissent sous sa seule autorité, sont soumis au secret professionnel et à un devoir d'impartialité. Lors des visites, le CGLPL accompagné ou non de ses contrôleurs généraux peut s'entretenir avec toute personne dont le concours lui semble nécessaire. Leurs échanges demeurent strictement confidentiels.

Ils peuvent obtenir toute information et toute pièce utile à l'exercice de leur mission, sauf si leur divulgation est susceptible de porter atteinte au secret de la défense nationale ou à la sûreté de l'Etat.⁷¹⁸

En outre, depuis la loi du 26 mai 2014⁷¹⁹, les contrôleurs ayant la qualité de médecins peuvent accéder à des informations auparavant couvertes par le secret médical avec l'accord de la personne concernée. Cet accord n'est pas requis lorsque sont en cause des atteintes à l'intégrité physique ou psychique commises sur un mineur ou une personne incapable de se protéger en raison de son âge et / ou d'une incapacité physique et / ou psychique.⁷²⁰

Par ailleurs, le CGLPL adresse au(x) ministre(s) concerné(s) un rapport pour chaque

⁷¹⁶ *Ibid, np.*

⁷¹⁷ *Ibid.*

⁷¹⁸ *Ibid.*

⁷¹⁹ Loi n°2014-528 du 26 mai 2014 modifiant la loi du 30 octobre 2007 instituant un Contrôleur général des lieux de privation de liberté.

⁷²⁰ *Ibid, np.*

établissement visité, des recommandations qu'il peut rendre publiques, ainsi qu'un rapport annuel et public, des analyses thématiques, etc. Il rend « compte de sa gestion » au plus grand nombre, soit à l'ensemble des citoyens »⁷²¹.

Le CGLPL porte à la connaissance du procureur de la République tout fait laissant présumer l'existence d'une infraction pénale, tels que des faits graves de nature à entraîner des poursuites disciplinaires pour le soignant.⁷²²

Le CGLPL et son équipe doivent respecter un certain nombre d'exigences afin de mener à bien leurs tâches :

- Dénoncer l'absence de liberté de mouvement des personnes dans les lieux de privation de libertés
- Assurer la confidentialité des données recueillies et des entretiens menés
- Effectuer des visites d'une durée suffisamment longue dans les établissements privatifs de liberté

En effet, plus la visite prendra de jours, plus les contrôleurs généraux pourront consulter les personnes pouvant apporter des témoignages et des documents pertinents dans leur rapport de visite, « afin de mettre au jour les pratiques contraires aux droits fondamentaux »⁷²³.

En tout état de cause, les contrôleurs doivent faire preuve d'une grande rigueur afin de constituer des rapports de qualité et dénoncer les privations de liberté dans les établissements concernés. Ils doivent prendre en considération l'ensemble des facteurs pesant sur les bonnes ou mauvaises conditions de vie. Par exemple, les conditions de travail des soignants en établissement psychiatrique ne doivent pas être négligées.

De même, les contrôleurs doivent rester vigilants, s'interroger en permanence sur les méthodes de travail, la culture des soins en vigueur dans chaque établissement afin d'améliorer son fonctionnement dans le respect des droits des patients, etc.⁷²⁴

Plusieurs difficultés entravent la fonction du CGLPL.

D'une part, les rapports, recommandations, analyses thématiques et toute autre production du CGLPL n'ont aucune valeur contraignante pour les établissements concernés.

⁷²¹ DELARUE, J-M (2012), *op. cit.*, p. 297.

⁷²² *Ibid*, p. 297.

⁷²³ *Ibid*, p. 298.

⁷²⁴ *Ibid*, p. 298.

Les dénonciations réalisées sont bien connues des pouvoirs publics, mais aucun instrument ne permet de savoir si les travaux du CGLPL portent réellement leurs fruits⁷²⁵.

Les visites du CGLPL sont à l'origine initiées par les contrôleurs généraux eux-mêmes. Il arrive tout de même qu'une personne subissant des privations de liberté fasse appel à cette autorité afin qu'elle réclame la cessation de ces privations : c'est la saisine du CGLPL⁷²⁶.

Afin de venir en aide aux individus subissant des restrictions ou privations de liberté, le CGLPL met en place plusieurs procédures :

- D'abord, mettre en place le contradictoire dans le recueil d'informations de chaque saisine.

Cela signifie, pour les contrôleurs généraux, de recueillir un avis différent de celui ayant réalisé la saisine sur chaque privation de liberté ou mauvais traitement dénoncé.

Il peut s'agir de l'avis d'un médecin, d'un infirmier, d'un travailleur social... exerçant au sein de l'établissement dénoncé⁷²⁷.

- Ensuite, rechercher les circonstances dans lesquelles l'incident ou les incidents se sont produits.

Les vérifications sur place sur pièce sont indispensables afin d'avoir la meilleure connaissance possible du contexte.

Les vérifications sur place désignent les témoignages et autres informations de nature orale recueillies à l'occasion des visites par les contrôleurs généraux.

Les vérifications sur pièce concernent les documents fournis par les soignants ou l'administration hospitalière au sujet du contexte de la saisine. Ces dernières permettent par exemple de connaître le déroulement des faits ayant conduit à l'incident privatif de liberté que le patient a subi au cours de son hospitalisation⁷²⁸.

- Enfin, porter à la connaissance de l'administration le contenu de la saisine.

Celle-ci, souvent accompagnée des remarques faites par le patient ou un de ses proches, est adressée au directeur de l'établissement psychiatrique.

Peu après l'entrée en vigueur de la loi du 30 octobre 2007, un projet de loi prévoyait une

⁷²⁵ *Ibid*, p. 302.

⁷²⁶ *Ibid*, p. 305.

⁷²⁷ *Ibid*, p. 305.

⁷²⁸ *Ibid*, p. 305.

obligation pour le destinataire de la saisine, transmis par le CGLPL, d'y donner réponse sous peine de sanctions⁷²⁹. Ce projet de loi a été abandonné.

Lorsque les faits incriminés sont constitutifs d'une infraction pénale (ex : violences volontaires commises par un soignant sur un patient agité), les faits sont rapportés au procureur de la République. Des poursuites pénales doivent alors être engagées contre les soignants.

Pourtant le CGLPL déplore le manque de communication avec les pouvoirs publics ainsi qu'avec les établissements privés de liberté visités⁷³⁰.

A ce titre, il est peu fréquent qu'une réponse soit adressée au CGLPL au sujet d'une saisine ou de remarques émises à propos de conditions de vie d'un établissement de soins psychiatriques.

La création du CGLPL doit clairement être saluée. L'initiative est excellente et l'édiction de nombreux rapports depuis sa création ont montré l'importance de cette autorité.

C'est notamment grâce aux travaux du CGLPL que de nombreuses informations, maltraitances et autres réalités des établissements privés de liberté ont été révélées.

Malheureusement, révéler ces mauvaises pratiques est insuffisant. Informer l'opinion publique est certes important mais ne permet pas à elle seule d'améliorer les soins dispensés aux patients psychiatriques.

A ce titre, quelle sont les mauvais traitements que sont susceptibles de subir les patients en hôpital psychiatrique, notamment au regard des moyens dits de contrainte ?

B) LES MOYENS DE CONTRAINTE ET LA GESTION DES INCIDENTS EN PSYCHIATRIE HOSPITALIERE

Face aux faits de violence commis par les patients psychiatriques, les soignants ont très fréquemment recours à la contrainte malgré la polémique qui entoure cette pratique (1).

A ce titre, il convient de se demander s'il est possible de réduire le nombre d'actes de violence au sein des hôpitaux psychiatriques (2), d'autant plus que d'autres incidents peuvent survenir, venant troubler la tranquillité du service hospitalier (3).

⁷²⁹ *Ibid*, p. 305.

⁷³⁰ *Ibid*, p. 308.

1) L'emploi controversé de la contrainte en hôpital psychiatrique

Le comportement du patient peut être dangereux lorsqu'il commet des violences auto-agressives : actes d'automutilation, tentative de suicide, etc. Ces violences peuvent par ailleurs être dirigées contre autrui, un soignant ou un autre patient : violences volontaires, agressions sexuelles allant jusqu'au viol, dégradation de matériel pouvant blesser autrui, etc.

Le recours à la contrainte permet de mettre fin à l'apparition de ces violences (a) et assure la sécurité au sein du service hospitalier (b). Or, cette méthode n'est pas sans risque pour la santé somatique et psychiatrique du patient et porte gravement atteinte à sa dignité, d'où son caractère controversé (c). C'est la raison pour laquelle des propositions ont été formulées afin de privilégier d'autres méthodes d'apaisement du patient en proie à la violence (d).

a) *Les différentes mesures de contrainte assurant la sécurité du service hospitalier*

Il existe trois mesures de contrainte, opérées par les soignants sur le patient lorsque de telles circonstances se présentent.

- La **contrainte chimique ou sédation** consiste en l'administration de substances médicamenteuses en cas d'urgence, lorsque le patient devient incontrôlable.

Il peut s'agir d'halopéridol⁷³¹ ou de diazépam, deux psychotropes permettant de calmer le patient, aussi appelés sédatifs⁷³². La chlorpromazine est également très utilisée⁷³³.

Cette méthode permet certes de calmer le patient⁷³⁴ mais ne traite en aucun cas ses troubles mentaux. Elle rend le patient inoffensif et incapable du moindre mouvement en neutralisant tout comportement d'automutilation ou agressif⁷³⁵ : il est alors 'sédaté'.

⁷³¹ GOLDBERG, R. J., DUBIN, W. R. & FOGEL, B. S. (1989) « Behavioural emergencies. Assessment and psychopharmacologic management » *Clinical Neuropharmacology* 12, 233-248.

⁷³² MADEN, A., CURLE, C., MEUX, C., BURROW, S. and GUNN, J. (1995) « The treatment and security needs of patients in special hospitals » *Criminal Behaviour and Mental Health* 3: 290-306.

⁷³³ MCLAREN, S., BROWNE, F. W. A. & TAYLOR, P. J. (1990) « A study of psychotropic medication given 'as required' in a regional secure unit » *British Journal of Psychiatry* 156, 732-735.

⁷³⁴ SRIVASTAVA, A. (2009) « Limited evidence for the effectiveness of P.R.N. Medications among psychiatric inpatients » *Journal of Psychiatric Practice*, 15, 193-201.

⁷³⁵ HAW, C. & STUBBS, J. (2011) « Medication for borderline personality disorder: A survey as a secure hospital » *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 15, 280-285; CHAKRABATI, A., WHICHER, E. V., MORRISON, M. & DOUGLAS-HALL, P. (2007) « As required' medication regimens for seriously mentally ill people in hospital » *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, art. No.: CD003441; TUDDENHAM L. & LOGAN J. (2005) « Psychotropic drugs given for aggressive incidents in a special hospital » *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology* 16(1): 85-91.

La sédation est pratiquée dans tous les établissements psychiatriques qu'il s'agisse d'hôpitaux psychiatriques à haute⁷³⁶, moyenne ou basse sécurité⁷³⁷ au Royaume-Uni comme en France.

L'injection des sédatifs, lorsqu'elle est orale ou intramusculaire, est par ailleurs profondément traumatisante pour les patients⁷³⁸. L'absorption orale de ces substances est préférable, évitant le recours aux seringues qui peuvent effrayer et blesser le patient⁷³⁹. Parfois, ce sont les patients eux-mêmes qui demandent à bénéficier de la contrainte chimique⁷⁴⁰.

Néanmoins, l'administration de cette sédation n'est pas sans danger. Les patients se voient déjà prescrire un traitement dans la prise en charge de leurs troubles. Leur injecter une substance supplémentaire visant à les 'calmer' les expose à un risque de surconsommation de médicaments⁷⁴¹. Les effets secondaires des traitements s'additionnent alors à leur traitement habituel ; par exemple, les sédatifs peuvent provoquer chez le patient des complications cardiaques⁷⁴².

Suite à plusieurs morts soudaines de patients sédatisés, l'Ordre des psychiatres britannique a mis en garde les soignants contre les dangers somatiques d'un recours trop fréquent à la contrainte chimique⁷⁴³.

Traumatisante, contre-thérapeutique voire toxique en termes d'effets secondaires, le recours à la contrainte chimique doit être réalisé avec prudence. C'est la raison pour laquelle plusieurs hôpitaux psychiatriques américains ont totalement mis fin à cette pratique.

Les résultats obtenus sont édifiants : baisse significative des incidents violents provoqués par les patients, diminution du nombre de recours aux deux autres contraintes (géographique et

⁷³⁶ MCLAREN, S., BROWNE, F. W. A. & TAYLOR, P. J. (1990), *op. cit.*, p. 733.

⁷³⁷ PILOWSKI, L. S., RING, H., SHINE, P. J., BATTERSBY, M. & LADER, M. (1992) « Rapid tranquilisation, a survey of emergency prescribing in a general psychiatric hospital » *British Journal of Psychiatry* 160, 831-835.

⁷³⁸ NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE (2005b) *The short-term management of disturbed/violent behaviour in inpatient psychiatric settings and emergency departments*. London: Royal College of Nursing, p. 112.

⁷³⁹ TUDDENHAM L. & LOGAN J. (2005), *op. cit.*, p. 89.

⁷⁴⁰ HAW, C. & WOLSTENCROFT, L. (2014) « A study of the use of sedative PRN medication in patients at a secure hospital » *Journal of Psychiatry & Psychology*, Vol. 25, No. 3, 307-320; Entretien avec Safia Z., infirmière à l'hôpital psychiatrique Paul Brousse (Villejuif), 18 août 2017.

⁷⁴¹ DAVIES, S. J. C., LENNARD, M. S., GHAHRAMANI, P., PRATT, P., ROBERTSON, A. & POTOKAR, J. (2007) « PRN prescribing in psychiatric inpatients – Potential for pharmacokinetic drug interactions » *Journal of Psychopharmacology*, 21, 153-160.

⁷⁴² LELLIOTT, P., PATON, C., HARRINGTON, M., KONSOLAKI, M., SENSKY, T. & OKOCHA, C. (2002) « The influence of patient variables on polypharmacy and combined high dose of antipsychotic drugs prescribed for inpatients » *Psychiatric Bulletin*, 26, 411-414.

⁷⁴³ ROYAL COLLEGE OF PSYCHIATRISTS (1997) *The Association between Antipsychotic Drugs and Sudden Death*. Council Report CR57. London: RCP, p. 302.

physique), amélioration du climat de travail chez les soignants, etc⁷⁴⁴.

Il en a été déduit que seul le suivi du traitement justifiait l'emploi de la contrainte chimique. La mesure n'est donc pas thérapeutique mais punitive lorsque le patient refuse de prendre son traitement ou n'obtempère pas aux ordres donnés par les soignants⁷⁴⁵.

En somme, lorsque le patient ne présente pas de danger véritable et imminent pour autrui ou lui-même, sa seule utilité est de le rendre plus obéissant au cours de son hospitalisation⁷⁴⁶.

- La **contrainte géographique ou mise à l'isolement** consiste à confiner l'individu à n'importe quelle heure du jour ou de la nuit dans une pièce où les portes et fenêtres sont verrouillées de l'extérieur.⁷⁴⁷ Le patient en état de crise ne doit pas être en mesure de se blesser avec les objets présents dans cette salle.



Fig. 3 : chambre d'isolement au sein d'un hôpital psychiatrique français⁷⁴⁸

⁷⁴⁴ THAPA, P. B., PALMER, S. L., OWEN, R. R., HUNTLEY, A. L., CLARDY, J. A. & MILLER, L. H. (2003) « P.R.N. (as needed) orders and expose of psychiatric inpatients to unnecessary psychotropic medications » *Psychiatric Services*, 54, 1282-1286.

⁷⁴⁵ THAPA, P. B., PALMER, S. L., OWEN, R. R., HUNTLEY, A. L., CLARDY, J. A. & MILLER, L. H. (2003), *op. cit.*, p. 1284.

⁷⁴⁶ MCLAREN, S., BROWNE, F. W. A. & TAYLOR, P. J. (1990) « A study of psychotropic medication given 'as required' in a regional secure unit » *British Journal of Psychiatry* 156, 732-735.

⁷⁴⁷ Australian Mental Health Act 1986 (Victorian State), s. 82 in CHING, H., DAFFERN, M., MARTIN, T. & THOMAS, S. (2010) « Reducing the use of seclusion in a forensic psychiatric hospital: assessing the impact of aggression, therapeutic climate and staff confidence » *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, Vol. 21, No. 5, October 2010, 737-760.

⁷⁴⁸ Cahier de photos du rapport d'activité annuel du CGLPL 2015, p. 3 : <http://www.cglpl.fr/wp->

La chambre d'isolement, aussi appelée chambre de soins intensifs, est meublée très sommairement. Un lit fixé au sol occupe l'essentiel de l'espace⁷⁴⁹.

En théorie, la mise à l'isolement ne doit être employée que si les autres méthodes de contrainte ont échoué ou sont impossibles à mettre en place dans des circonstances données⁷⁵⁰. Elle permet de désamorcer la situation dangereuse et imminente que crée le patient en état de crise, à l'égard d'autrui ou de lui-même⁷⁵¹. De nombreux rapports d'enquête déplorent le recours abusif à cette pratique, notamment à des fins punitives⁷⁵² alors que les recommandations de bonnes pratiques l'interdisent expressément⁷⁵³.

D'autres guides de bonnes recommandations enjoignent au contraire de recourir à cette contrainte en dépit des morts de patients recensées dans ces chambres⁷⁵⁴.

Par exemple, un patient agité est placé en cellule d'isolement sans traitement, sans surveillance médicale alors qu'il souffre de difficultés respiratoires, de troubles cardiaques ou d'obésité. Des cas d'arrêts cardiaques ont été rapportés dans ces hypothèses⁷⁵⁵.

Pour toutes ces raisons, le recours à l'isolement ne doit être décidé que s'il ne présente aucun danger pour la santé du patient.⁷⁵⁶

Pourtant, la mise à l'isolement n'est pas un traitement psychiatrique au sens médical du terme⁷⁵⁷. Il s'agit d'une réponse à un comportement violent du patient supposant une menace

[content/uploads/2016/03/CahierPhoto2015.pdf](#), p. 3 (consulté le 9 avril 2019).

⁷⁴⁹ GORDON H., HINDLEY N., MARSDEN A. and SHIVAYOGI M., « The use of mechanical restraint in the management of psychiatric patients: is it ever appropriate? » *The Journal of Forensic Psychiatry*, vol. 10 No 1, April 1999, 173-186.

⁷⁵⁰ THOMAS, S. D., DAFFERN, M., MARTIN, T., OLGOFF, J. R. P., THOMSON, L. D., & FERGUSON, M. (2009) « Factors associated with seclusion in a state wide forensic psychiatric service in Australia over a two-year period » *International Journal of Mental Health Nursing*, 18, 2-9.

⁷⁵¹ EXWORTHY T., MOHAN D., HINDLEY N. and BASSON J. (2001), *op. cit.*, p. 423; FENNELL, P. (1996) *Treatment without Consent: Law, Psychiatry and the Treatment of Mental Disordered People since 1845*. London: Routledge, p. 217.

⁷⁵² BURSTEN B. (1975) « Using mechanical restraints on acutely disturbed psychiatric patients » *Hospital and Community Psychiatry* 26: 757-758.

⁷⁵³ DEPARTMENT OF HEALTH AND THE WELSH OFFICE (1993) *Code of Practice. Mental Health Act 1983*. London: HMSO, p. 114.

⁷⁵⁴ MADEN, A., CURLE, C., MEUX, C., BURROW, S. and GUNN, J. (1995) « The treatment and security needs of patients in special hospitals » *Criminal Behaviour and Mental Health* 3: 290-306.

⁷⁵⁵ MADEN A., SCOTT, F., BURNETT, R., LEWIS, G. H., & SKAPINAKIS, P. (2004) « Offending in psychiatric patients after discharge from medium secure units: prospective national cohort study » *British Medical Journal* 328, 1354, p. 242.

⁷⁵⁶ DEPARTMENT OF HEALTH AND THE WELSH OFFICE (1993), *op. cit.*, p. 116.

⁷⁵⁷ EXWORTHY T., MOHAN D., HINDLEY N. and BASSON J. (2001) « Seclusion: punitive or protective? » *The Journal of Forensic Psychiatry* Vol 12, No 2, September 2001, 423-433.

imminente pour autrui ou lui-même⁷⁵⁸. La contrainte physique n'apprend pas au patient à prévenir en amont le comportement dangereux qu'il est susceptible d'adopter.

Il le place dans une position d'infantilisation tandis que les soignants détiennent tous les pouvoirs : celui de déclencher la mise à l'isolement, d'y mettre fin, d'accéder aux requêtes du patient ou non (ex : se rendre aux toilettes, demander à voir un médecin, etc)⁷⁵⁹.

- La **contrainte physique** suppose une intervention active du personnel soignant par l'emploi d'un vêtement ou objet spécifique permettant d'immobiliser le patient.



Fig. 4 : emploi de la contrainte physique sur un patient psychiatrique⁷⁶⁰

Suivant les établissements, il peut s'agir d'un gilet de contention (ou camisole de force) ou de simples sangles empêchant le patient se mouvoir. Elles peuvent être fixées aux jambes, aux bras voire sur le torse du patient. Ces moyens de contention mécanique ne doivent jamais immobiliser la tête en raison d'un risque de strangulation pour le patient agité⁷⁶¹.

Le patient s'expose aussi à d'autres risques lorsqu'il se retrouve sanglé : chutes, contusions, coupures et autres blessures que le patient est susceptible de s'infliger en tentant de se défaire

⁷⁵⁸ MADEN A., SCOTT, F., BURNETT, R., LEWIS, G. H., & SKAPINAKIS, P. (2004), *op. cit.*, p. 243.

⁷⁵⁹ EXWORTHY T., MOHAN D., HINDLEY N. and BASSON J. (2001), *op. cit.*, p. 428.

⁷⁶⁰ Cahier de photos du rapport d'activité annuel du CGLPL 2015, *op. cit.*, p. 2 : <http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2016/03/CahierPhoto2015.pdf> (consulté le 25 avril 2019).

⁷⁶¹ EXWORTHY T., MOHAN D., HINDLEY N. and BASSON J. (2001), *op. cit.*, p. 428.

de ses liens⁷⁶².

Il faudra à ce sujet évoquer la technique du *packing* ayant fait l'objet de vives controverses. Provenant de l'anglais 'remplir', 'mettre dans', il s'agit d'une technique en psychiatrie consistant à envelopper de manière transitoire un patient avec des linges humides froids, parfois à température ambiante. Ce dispositif a pour objectif de faire prendre conscience au sujet de l'image et de la consistance de son corps. Introduite en France dans les années 1960 par le psychiatre américain M. A. Woodbury, elle est indiquée dans les cas d'autisme infantile en cas de mutilations, de psychoses avec tendance à l'agressivité ou encore d'anorexie mentale.⁷⁶³ Elle est à l'origine pratiquée par les aliénistes (psychiatres) du XIX^{ème} siècle afin de calmer l'agitation du malade mental et fait alors office de mesure de contention.



Fig. 5 : préparation de serviettes mouillées destinées à une séance de packing au CHRU de Lille⁷⁶⁴

En France, c'est dans les années 1980 que la technique connaît un regain d'intérêt chez les psychiatres. En pédopsychiatrie, les soignants étaient confrontés à l'immense souffrance

⁷⁶² STRUMPF, N. E. and EVANS, L. K. (1989) « Tying down the elderly – a review of the literature on physical restraints » *Journal of American Geriatrics Society* 37: 65-74.

⁷⁶³ DELION, P. (2012) « Coudre doucement sujet, corps, groupe, institution : réflexions à partir des pratiques de packing jusqu'à une psychothérapie institutionnelle » *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 2012/2, n°57, pp. 47-54.

⁷⁶⁴ L'EXPRESS (2009) « Autisme : comment se passe une séance de *packing* ? » article du 16 juin 2009 : https://www.lexpress.fr/diaporama/diapo-photo/actualite/societe/sante/autisme-comment-se-passe-une-seance-de-packing_767971.html (consulté le 29 avril 2019), *np*.

psychique des enfants autistes qui ne parvenaient pas à s'exprimer et se livraient à des actes d'automutilation. Selon le psychiatre français Pierre Delion, le *packing* permet au malade de retrouver la perception et la sensation de son corps. C'est en percevant son enveloppe psychique que le malade 'rassuré' cesse de s'agiter, de présenter un comportement agressif, de se blesser volontairement, etc.⁷⁶⁵ Pour autant, il déconseille le recours abusif à cette méthode qui doit faire l'objet de discussions entre les soignants. Le *packing* est par exemple contre-indiqué chez le malade présentant des angoisses d'étouffement, qu'elles manifestes ou non. Il ne doit pas s'agir d'une mesure de contention en tant que telle mais d'un véritable soin mis en œuvre par plusieurs soignants formés à cet effet.⁷⁶⁶

La mise en place du *packing* se déroule en trois temps : le choc thermique nécessite la présence des soignants, suivi d'une période de réchauffement de bien-être et de détente.⁷⁶⁷ Il est alors fondamental que les soignants (idéalement au nombre de quatre)⁷⁶⁸ gardent un contact visuel et échangent avec le malade afin que celui-ci se sente en confiance⁷⁶⁹. Excéder une douzaine de séances serait contre-thérapeutique pour le patient. Enfin, une séance de thérapie vient clôturer le *packing* afin que le patient puisse exprimer ses pensées et son ressenti, lorsque que cela est possible. Cette méthode aurait fait ses preuves chez les enfants ou adolescents atteints d'autisme lourd murés dans un mutisme total ou ne parvenant pas à s'exprimer correctement.⁷⁷⁰

⁷⁶⁵ HAAG, G., TORDJMAN, S. *et al* (1995) « Grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile traité » *La Psychiatrie de l'Enfant*, n°38-2, pp. 495-527.

⁷⁶⁶ DELION, P. (2012), *op. cit.*, p. 52.

⁷⁶⁷ POUS, G. (1974) « Le pack » *L'information psychiatrique*, vol. 50, n°1, pp. 23-32.

⁷⁶⁸ BOVIER, P. & BRANDLI, H. (1979) « L'enveloppe humide, une tentative d'approche de la psychose » *L'Information Psychiatrique*, vol. 55, n°7, pp. 771-782.

⁷⁶⁹ DELION, P. (2012) *Le Packing avec les enfants autistes et psychotiques*, Ramonville Saint-Agne, éd. Erès.

⁷⁷⁰ SAUTEJEAN, A. & ROUDEIX, M. H. (1979) « Packs et traitement institutionnel d'une psychose autistique » *L'Information Psychiatrique*, vol. 55, n°7, 785-789.



Fig. 6 : enveloppement de l'enfant autiste dans des draps humides, entouré de deux soignantes au CHRU de Lille⁷⁷¹

L'emploi du *packing* a été décrié par plusieurs associations de parents d'enfants autistes, qualifiée de traitement inhumain et dégradant voire d'actes de torture. Associée à un acte de maltraitance, les détracteurs de cette méthode relèvent que dans certains cas les linges sont à des températures très basses (en-dessous de 0) car sortant d'un congélateur à -18°C. Or, de nombreux patients autistes présentent une hypersensibilité au toucher : le *packing* inflige dans leur cas une souffrance intense que le personnel soignant ne peut comprendre ou imaginer. De même, ces associations déplorent que la méthode ait été employée sur leur enfant autiste sans même qu'ils en soient informés.⁷⁷² Une étude publiée en 2018 sur 41 enfants autistes en grande majorité sous traitement médicamenteux ne met pas en évidence un effet thérapeutique de ce dispositif, que les linges utilisés soient secs ou humides par ailleurs.⁷⁷³ La pratique du *packing* n'est pas non sans risque : chute avec fracture osseuse, angoisse et stress exacerbés par une mesure que l'enfant ne comprend pas, sentiment d'étouffement, etc. Une proposition de loi a ainsi été déposée par le député Daniel Fasquelle le 10 mai 2016 visant à interdire la pratique du *packing* sur toute personne atteinte du spectre autistique : celle-ci n'a pas été votée.

Cet état des lieux appelle plusieurs observations. D'abord, l'étude réalisée en 2018 sur l'efficacité du *packing* ne semble pas pertinente car elle a été réalisée sur des enfants sous

⁷⁷¹ L'EXPRESS (2009), *op. cit.*, np.

⁷⁷² HAUT CONSEIL DE LA SANTE PUBLIQUE (2010) *Risques associés à la pratique du packing pour les patients mineurs atteints de troubles envahissants du développement sévères : Rapport de synthèse d'experts*, p. 26.

⁷⁷³ DELION, P., LABREUCHE, J., DEPLANQUE, D. & COHEN, D. (2018) « Therapeutic body wraps (TBW) for treatment of severe injurious behavior in children with autism spectrum disorder (ASD): A 3-month randomized controlled feasibility study » *PLOS ONE*, n°13, n°6, e0198726.

médication. Or, le propre du *packing* est de calmer l'angoisse et l'agitation du patient autiste : il est évident que cette méthode ne peut produire de résultats si le sujet était déjà 'calmé' sous l'effet de psychotropes... Cette mesure n'a pas pour objectif de rendre au malade de meilleures capacités de langage ou de raisonnement : les associations de parents d'enfants autistes ou les statisticiens à l'origine de cette étude s'attendaient sans doute à un remède miracle mais ce n'en est pas un.

Ensuite, certains soins psychiatriques suscitent l'incompréhension ou la peur : à juste titre, il ne s'agit pas de méthodes indolores telles que la prise d'un médicament par voie orale. L'emprise physique du malade est certes impressionnante et doit être entourée de mesures de sécurité, réalisée par des professionnels de santé correctement formés. Pour autant, est-il légitime de vouloir interdire une méthode que nous, sujets sains, ne comprenons pas ? Viendrait-il à l'esprit de quiconque de vouloir interdire la mise à l'isolement du malade agité en proie à des hallucinations, menaçant de s'ôter la vie ? La méfiance des associations de parents d'enfants autistes est compréhensible mais il serait sans doute plus sage de se reporter à l'avis des psychiatres sur cette méthode. Si le *packing* a été efficace sur plusieurs patients dans les sources citées dans les années 1980, pourquoi ne le serait-il plus aujourd'hui ? Les associations de parents et l'opinion publique préfèrent-ils que leur enfant soit sous médication ou qu'il fasse l'objet d'un *packing* ?

Le Dr. Delion rappelle les cas de *packing* ayant permis de mettre un terme aux automutilations sur plusieurs patients au cours de sa carrière : « Il faut avoir vu guérir, en quelques semaines de *packing*, de ses automutilations atroces Jennifer qui s'était énucléé un premier œil, puis qui entamait le deuxième, pour comprendre pourquoi cette technique peut être utile. Non pas qu'elle guérisse l'autisme, mais elle aide à franchir un cap particulièrement difficile [pour le patient]. Il faut avoir partagé pendant neuf ans les trois séances hebdomadaires de *packing* avec Nicolas... pour éprouver le fait que ce jeune garçon était pris en otage en lui-même par un Nicolas vengeur dont il n'arrivait pas à canaliser la haine de son environnement familial ».⁷⁷⁴ Bien qu'elle ait subi de nombreuses critiques, cette méthode continue d'être pratiquée en France qui fait figure d'exception à l'étranger. En effet, le *packing* est contraire aux directives de traitement appliquées au Canada, aux Etats-Unis, au Royaume-Uni et en Australie.⁷⁷⁵ Nous

⁷⁷⁴ DELION, P. (2012), *op. cit.*, p. 53.

⁷⁷⁵ AMARAL, D. (2011) « Against the packing: A consensus statement » *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, n°50(2), pp. 191-192.

assistons ainsi à une réelle résistance des pédopsychiatres français en la matière.

Dans une situation d'urgence, la contrainte physique peut être réalisée de manière différente. Cette perception « d'urgence » est toutefois subjective et n'entretient aucun lien avec la pathologie du patient.⁷⁷⁶ Il s'agit alors d'une mise à terre du patient par deux soignants ou plus.



Fig. 7 : immobilisation du patient agité par plusieurs soignants⁷⁷⁷

Le visage peut être face contre terre ou non, suivant la prise effectuée⁷⁷⁸.

Cette mesure est rejetée par les patients comme par les soignants en raison de son absence d'intérêt thérapeutique. Elle met inmanquablement le patient en danger : la mise à terre, souvent brusque et violente, l'expose à des risques de fractures, de déboîtements, d'arrêt cardiaque, d'insuffisance respiratoire, de crises d'angoisse, etc⁷⁷⁹.

⁷⁷⁶ WHITTINGTON, R. & WYKES, T. (1994) « Going in strong!: confrontive coping by staff » *Journal of Forensic Psychiatry*. 5, 609-614; DOUGLAS, K. & SKEEM, J. (2005) « Violence risk assessment: getting specific about being dynamic » *Psychology, Public Policy and Law* 11, 347-383.

⁷⁷⁷ Cahier de photos du rapport d'activité annuel du CGLPL 2015, p. 4 : <http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2016/03/CahierPhoto2015.pdf> (consulté le 25 avril 2019).

⁷⁷⁸ WHITTINGTON, R., LANCASTER G., MEEHAN, C., LANE, S. & RILEY, D. (2006) « Physical restraint of patients in acute mental healthcare settings: patient, staff and environmental factors associated with the use of a horizontal restraint position » *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology* June 2006; 17(2): 253-265.

⁷⁷⁹ WYNN, R. (2004) « Psychiatric inpatients' experiences with restraint » *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology* 15, 124-144; MCALLISTER, M., CREEDY, D., MOYLE, W., & FARRUGIA, C. (2002) « Nurses'

Cette méthode de contention physique est doublement inefficace : elle risque de blesser aussi bien les patients que les soignants et ne traite pas les troubles mentaux du malade⁷⁸⁰. Une étude britannique montre ainsi que cette méthode a provoqué la mort de douze patients entre 1994 et 2001. La majorité des décès s'était produite lorsque le patient est immobilisé au sol ou sur un lit.⁷⁸¹

Le NICE (*National Institute for Clinical Excellence*), organisation médicale britannique promouvant les bonnes pratiques médicales, a appelé à la plus grande prudence lorsque ce type de contrainte est mis en pratique⁷⁸². Dès lors, l'immobilisation du patient en position assise est recommandée⁷⁸³ afin d'éviter de blesser le patient. De même, que devons-nous entendre par la perception de « danger imminent » justifiant l'emploi de la contrainte physique ?

Par exemple, un patient élevant la voix et proférant des insultes représente-t-il un danger imminent justifiant le recours immédiat à cette contrainte ?⁷⁸⁴

L'appréhension du danger diffère selon chacun : le soignant placé dans une situation de stress réagit différemment s'il est expérimenté ou non. L'influence de l'environnement de travail joue également un rôle prépondérant dans la gestion des situations dangereuses chez les soignants : cadence de travail, nombre de patients dont chaque soignant est responsable, effectif des soignants pour chaque service, quantité et qualité des formations reçues sur l'emploi de la contrainte, etc.⁷⁸⁵

Les trois types de contrainte peuvent s'additionner selon les patients et la culture de soins selon l'établissement hospitalier, voire au sein de celui-ci du service concerné.

Il n'est pas rare que le patient soit isolé et immobilisé au moyen de sangles de contention ou isolé et sédaté sans être immobilisé. Toutefois, la mise à l'isolement demeure une constante. En effet, afin de protéger soignants et patients du risque que présente le patient en état de crise,

attitudes towards clients who self-harm » *Journal of Advanced Nursing* 40, 578-586.

⁷⁸⁰ WRIGHT S., SAYER, J., PARR A-M., GRAY, R., SOUTHERN D. & GOURNAY K. (2005) « Breakaway and physical restraint techniques in acute psychiatric nursing: results from a national survey of training and practice » *The Journal of Forensic Psychiatry* 16(2): 380-398.

⁷⁸¹ PATERSON, B., BRADLEY, P. & STARK, C. (2003) « Deaths associated with restraint use in health and social care: the results of a preliminary survey » *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 10, 3-16.

⁷⁸² NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE (2005b) *The short-term management of disturbed/violent behaviour in inpatient psychiatric settings and emergency departments*. London: Royal College of Nursing, p. 192.

⁷⁸³ WHITTINGTON, R., LANCASTER G., MEEHAN, C., LANE, S. & RILEY, D. (2006), *op. cit.*, p. 255.

⁷⁸⁴ LAZARUS, R. (1999) *Stress and emotion: A new synthesis*. London: Free Association Books, p. 125.

⁷⁸⁵ WHITTINGTON, R., LANCASTER G., MEEHAN, C., LANE, S. & RILEY, D. (2006), *op. cit.*, p. 256.

il est plus sûr de l'isoler du reste du service⁷⁸⁶ que de tenter de le sédaté. Cet objectif de sécurité justifie le recours à la contrainte.

L'impératif de sécurité gouverne de nombreuses décisions au sein du service psychiatrique hospitalier ; il convient d'en expliquer les raisons.

b) Assurer la sécurité du service hospitalier, justification du recours à la contrainte

En toute hypothèse, la contrainte a pour objectif de préserver la sécurité des patients comme des soignants au sein de l'unité hospitalière. Cette priorité est tout à fait légitime.

L'hôpital prenant en charge la responsabilité d'apporter les soins au patient, il doit assurer sa sécurité avant toute autre considération. C'est pourquoi il doit prendre toutes les mesures nécessaires en ce sens.

Lorsque le patient entre en crise (ou phase de décompensation), il devient un danger pour lui-même (automutilation, tentatives de suicide) ou les autres (violences verbales, physiques ou sexuelles sur les soignants ou les patients). La réponse face à la menace doit alors être immédiate.

L'utilisation des moyens de contention est considérée comme contraire à la déontologie médicale mais demeure d'actualité, qu'il s'agisse des Etats-Unis, du Royaume-Uni ou de la France. Une étude américaine révèle que 10 à 30% des patients hospitalisés sont sujets à des mesures de contrainte, qu'importe leur mode d'hospitalisation⁷⁸⁷.

Ces chiffres doivent être considérés avec la plus grande prudence car leur caractère controversé empêche une bonne lisibilité des statistiques. Il est fréquent que les chiffres soient sous-évalués, de même que toutes les mesures de contrainte ne sont pas comptabilisées lorsqu'elles sont réalisées⁷⁸⁸.

L'emploi de la contrainte subit de nombreuses influences sociétales. Le fait que nous vivions dans un climat sécuritaire exacerberait l'emploi de la contrainte en milieu hospitalier. La

⁷⁸⁶ Entretien avec Safia Z., infirmière à l'hôpital psychiatrique Paul Brousse (Villejuif), 18 août 2017.

⁷⁸⁷ STEINERT, T., LEPPING, P., BERNHARDSGRUTTER, R., CONCA, A., HATLING, T., JANSSEN, W. *et al* (2009) « Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: An international comparison » *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 17, 250-262.

⁷⁸⁸ STEINERT, T. & LEPPING, P. (2008) « Legal provisions and practice in the management of violent patients. A case vignette study in 16 European countries » *European Psychiatry*, 24, 135-141.

perception du patient psychiatrique comme étant fou, dangereux et incontrôlable renforce cette tendance. Il n'est donc pas étonnant que le nombre d'actes de contention pratiqués ait augmenté ces dernières années⁷⁸⁹.

Les soignants (infirmiers et aides-soignants) sont appelés à contrôler ces risques, parfois de manière disproportionnée au regard du risque posé, banalisant le recours à la contrainte⁷⁹⁰. Elle doit pourtant rester une pratique exceptionnelle, uniquement lorsque le patient entre en phase de décompensation⁷⁹¹.

La récente visite des contrôleurs du CGLPL au sein du Centre hospitalier universitaire de Saint-Etienne en janvier 2017 est accablante. Lors de celle-ci, les contrôleurs ont relevé que vingt patients demeuraient assis dans le couloir du service hospitalier, faute de lits suffisants.⁷⁹² Sept d'entre eux, non agités, attendaient d'obtenir un lit en étant attachés au niveau des pieds et d'une ou deux mains. Sur ces sept personnes, deux faisaient l'objet de soins libres et les cinq autres étaient admises sous contrainte.⁷⁹³

Ces personnes patientaient "depuis quinze heures à seize jours sans pouvoir se laver, se changer, avoir accès à leur téléphone ni bénéficier d'aucune confidentialité lors des entretiens et traitements" avec les soignants.⁷⁹⁴

Au-delà même du souci de sécurité, le recours à la contention devient ici systématique afin de pallier le manque de lits et de soignants. Elle ne répond à aucun intérêt thérapeutique d'autant plus que les patients concernés par ces mesures, récemment admis, ne présentaient aucun signe de dangerosité.

Dans les recommandations émises en urgence par Mme Hazan (1956-) en février 2018, celle-ci appelait à une cessation immédiate de ces pratiques qu'elle considère « contraires à l'interdiction de la torture, des traitements inhumains et dégradant au regard de l'article 3 de la

⁷⁸⁹ OWEN, T. & MEYER, J. (2009) *Minimising the use of 'restraint' in care homes: challenge, dilemmas and positive approaches*. London: SCIE, p. 220.

⁷⁹⁰ LEES, S., GRAY, R., GOURNAY, K., WRIGHT, S., PARR, A. M. & SAYER, J. (2003) « Views of nursing staff on the use of restraint » *Journal of Psychiatry and Mental Health Nursing*, 10, 425-430.

⁷⁹¹ DEPARTMENT OF HEALTH (2007b) *Putting people first*. London : The Stationery Office, p. 104.

⁷⁹² « 'Des traitements inhumains' : un rapport accable le service psychiatrie du CHU de Saint-Etienne », *LE NOUVEL OBSERVATEUR*, article du 1^{er} mars 2018 : <https://www.nouvelobs.com/sante/20180301.OBS2920/des-traitements-inhumains-un-rapport-accable-le-service-psychiatrie-du-chu-de-saint-etienne.html> (consulté le 14 mars 2018), *np*.

⁷⁹³ *Ibid.*

⁷⁹⁴ *Ibid.*

Convention européenne des Droits de l'Homme ».⁷⁹⁵

Le président du syndicat français des hôpitaux, M. Pénochet, constate cette même hausse générale du nombre de recours à la contrainte : « la contention est un indicateur de la bonne ou mauvaise santé de la psychiatrie. Plus la psychiatrie va mal, plus la contention sera utilisée »⁷⁹⁶.

L'hôpital psychiatrique doit être un lieu de soins et non de répression. La contrainte est vue comme une dérive sécuritaire de la psychiatrie où il faudrait enfermer systématiquement, contrôler les patients dès qu'un comportement prétendument dangereux apparaît.

C'est sans surprise que l'usage de la contrainte n'a jamais cessé de faire l'objet de critiques de la part du personnel soignant⁷⁹⁷, et ce depuis la naissance des premiers asiles⁷⁹⁸, perçus dès l'origine comme « des lieux clos de pouvoir où sont possibles toutes les maltraitances, parfois sous le couvert du soin ».⁷⁹⁹ Parallèlement, M. Pénochet relève une baisse des effectifs dans les établissements psychiatriques ainsi qu'un manque de formation des soignants sur le bon emploi de ces mesures de contrainte.⁸⁰⁰

Malgré leur généralisation, aucune définition des mesures de contrainte n'a été relevée dans les législations nationales. Les droits français, anglais, américain, canadien... ne prévoient pas non plus de contrôle ou d'encadrement de ces pratiques. Aucune mesure permettant de comptabiliser réellement leur emploi ni les conditions de leur mise en œuvre n'a été mis en place.

Quelles raisons attribuer à cet état de fait ?

D'abord, est-ce en raison de l'imprévisibilité seule du comportement des patients ? Les soignants estiment-ils que ces mesures soient inévitables, les patients étant susceptibles d'entrer en état de décompensation à tout moment ?

Ensuite, peut-on incriminer l'insuffisance des effectifs en psychiatrie hospitalière ? Trop peu

⁷⁹⁵ HAZAN, A. (2018) *Recommandations en urgence du 1^{er} février 2018 de la Contrôleuse générale des lieux de privation de liberté relatives au centre hospitalier universitaire de Saint-Etienne (Loire)* : http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2018/02/joe_20180301_0050_0086.pdf (consulté le 14 mars 2018), p. 54.

⁷⁹⁶ FAVEREAU, E. (2013) « On assiste à une forte dérive de la psychiatrie » *Libération*, édition du 25 décembre 2013 : http://www.liberation.fr/societe/2013/12/25/on-assiste-a-une-forte-derive-de-la-psychiatrie_968916 (consulté le 11 mai 2017), *np*.

⁷⁹⁷ HENCKES, N. (2009) « Un tournant dans les régulations de l'institution psychiatrique : La trajectoire de la réforme des hôpitaux psychiatriques en France de l'avant-guerre aux années 1950 », *Genèses*, n°76, pp. 76-98.

⁷⁹⁸ CASTEL, R. (1976) *L'Ordre psychiatrique. L'âge d'or de l'aliénisme*. Paris, éditions de Minuit, p. 49.

⁷⁹⁹ MOREAU, D. (2011), *op. cit.*, p. 4.

⁸⁰⁰ *Ibid.*, p. 4.

nombreux par service, les soignants seraient incapables de permettre une désescalade de la violence en raison d'un nombre toujours plus important de patients sous leur responsabilité. Enfin, est-ce par manque de volonté des administrations hospitalières et des pouvoirs publics qu'aucune mesure n'est mise en place ?

Qu'importe la mesure de contrainte employée, les soignants doivent assurer la surveillance médicale du patient afin de garantir sa sécurité et celle d'autrui⁸⁰¹. Les soignants doivent veiller à ce que ses besoins de santé psychiatriques et somatiques soient satisfaits.

Dans cette perspective, la Haute Autorité de Santé française (HAS) a publié une série de recommandations de bonnes pratiques⁸⁰². En théorie, chaque examen ou surveillance doit être consigné dans le dossier du patient où une fiche mentionne le nom du soignant ainsi que la date et l'heure à laquelle la surveillance est réalisée.

Plusieurs informations doivent être mentionnées : soins et observations réalisés par le soignant, examens médicaux pratiqués, aliments et boissons ingérés par le patient, soins personnels (hygiène, élimination des déchets naturels) et traitements médicamenteux administrés⁸⁰³.

Ces examens présentent plusieurs intérêts.

D'une part, ils sont indispensables afin d'évaluer l'état de santé physique et psychique du patient pendant la mesure de contention. Si celle-ci provoque une dégradation de la santé psychiatrique ou somatique du patient, les soignants doivent demander au psychiatre d'y mettre un terme dans les meilleurs délais⁸⁰⁴.

Les soignants surveillent la tension artérielle, la fréquence cardiaque, l'état d'alimentation, d'hydratation, d'élimination des déchets naturels, la vérification des points d'attaches en cas de contention physique ainsi que l'état cutané du patient. Ils devront être vigilants sur la présence d'ecchymoses, de coupures, d'irritations en raison des attaches, des blessures que le patient s'est infligé seul en se débattant... La HAS recommande aux soignants de réaliser cette surveillance toutes les heures⁸⁰⁵.

⁸⁰¹ Article R 4311-6 du Code de la santé publique.

⁸⁰² HAUTE AUTORITE DE SANTE au sujet des recommandations de bonnes pratiques sur l'isolement et la contention en psychiatrie générale (2017) : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-03/isolement_et_contention_en_psychiatrie_generale_-_recommandations_2017-03-13_10-13-59_378.pdf (consulté le 4 mai 2017), p. 11.

⁸⁰³ *Ibid.*, p. 12.

⁸⁰⁴ *Ibid.*, p. 13.

⁸⁰⁵ *Ibid.*,.

Par ailleurs, les soignants doivent prendre garde aux facteurs de risque thromboembolique pouvant survenir chez le patient (risques d'accidents vasculaires cérébraux en raison de l'âge, de l'obésité, de l'insuffisance rénale, cardiaque ou respiratoire du patient, etc). Certains patients sont particulièrement à risque : patients extrêmement agités, sous l'emprise d'alcool ou de stupéfiants, souffrant d'obésité morbide ou au contraire d'anorexie mentale, femmes enceintes ou en période de post-partum (risque de dépression suivant la naissance de l'enfant ou baby blues), patients ayant été victimes de violences dans le passé, etc⁸⁰⁶.

Il faudra préciser que l'emploi de la contention physique sur le patient seulement agité n'est pas légalement justifié au regard de l'article 3 de la Convention européenne (interdiction de la torture et des traitements inhumains et dégradants). Il est indispensable que le patient contraint ait représenté un réel danger pour autrui (violences hétéro-agressives) ou lui-même (tentative de suicide). Le recours à la contrainte ne doit constituer qu'une mesure de dernier recours lorsque tous les autres soins ont échoué.⁸⁰⁷

Le recours à la contrainte présente également des risques pour les soignants. Il est alors indispensable d'y avoir recours seulement lorsque le patient présente un danger manifeste pour autrui ou lui-même.

Or, psychiatres et juristes prêtent un caractère répressif à la contrainte. Cette allégation est-elle fondée ? L'objectif de la contrainte peut-il être de sanctionner le patient psychiatrique et si oui dans quelles circonstances ?

c) Le caractère répressif de la contrainte décrié

En tout état de cause, l'emploi de la contrainte est-il véritablement efficace ? Permet-il de « calmer » le patient devenu agressif ou ayant attenté à ses jours ? La pertinence de la mesure de contrainte relève de chaque patient, de la nature de ses troubles et des circonstances qui l'entourent. Elle ne peut constituer une mesure systématique et ne doit être ordonnée que lorsqu'elle est strictement nécessaire.

Les effets des substances médicamenteuses et la fréquence des 'tours' de surveillance médicale

⁸⁰⁶ *Ibid*, p. 15.

⁸⁰⁷ CEDH, Bures c/ République tchèque, 18 octobre 2012, n° 37679/08 in DESCHAMPS, J-L. & GUIGUE S. (2012) « Condamnation par la CEDH d'un usage abusif de la contention par un hôpital psychiatrique » *Revue droit & santé*, n°51, pp. 120-121.

entrent aussi en considération. Tout incident (perte de connaissance, crise d'épilepsie...) doit figurer dans le dossier du patient.

Or, les services hospitaliers de psychiatrie souffrent d'un sous-effectif de soignants tandis que le nombre de patients continue d'augmenter. Il leur est par conséquent impossible d'exiger d'eux d'assurer la surveillance du patient sous contrainte toutes les heures. De même, les dossiers médicaux des patients contiennent rarement toutes les informations exigées par les recommandations de bonnes pratiques. L'augmentation des ressources budgétaires et des effectifs des soignants est donc indispensable afin de rendre la pratique psychiatrique plus respectueuse de la dignité et des droits des patients, en particulier dans le cadre des mesures de contrainte. La HAS enjoint également d'assurer la salubrité des chambres d'isolement. Elles doivent être suffisamment grandes afin d'accueillir le patient⁸⁰⁸ et doivent être entretenues. De même, les salles de soins intensifs doivent mettre à la disposition du patient un accès aux sanitaires (par l'accès d'une salle d'eau attenante par exemple). Un seau posé dans un coin de la pièce, en guise de pot de chambre, est inapproprié car profondément attentatoire à la dignité du patient.

D'autre part, la pièce doit être assortie d'un mobilier (lit, siège au minimum) confortable mais sécurisé pour le patient⁸⁰⁹. L'espace doit être équipé de moyens d'orientation : heure, date, fenêtre faisant entrer la lumière du jour dans la pièce. La chambre ne doit pas être trop éloignée des soignants ou de leur salle de repos. La HAS fait utilement remarquer que la vidéosurveillance ne suffit pas pour assurer la sécurité des patients. Elle doit être physique et réactionnelle, c'est-à-dire qu'elle doit intervenir dans les meilleurs délais lorsqu'elle est nécessaire⁸¹⁰. Elle peut être utilisée, mais doit être strictement encadrée⁸¹¹.

⁸⁰⁸ Site Internet de la HAUTE AUTORITE DE SANTE (2017), *op. cit.*, p. 15.

⁸⁰⁹ *Ibid.*, p. 15.

⁸¹⁰ *Ibid.*, p. 15.

⁸¹¹ DELARUE J-M (2014) Rapport annuel d'activité du contrôleur général des lieux de privation de liberté : http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2015/04/CGLPL_rapport-2014_version-web_3.pdf (consulté le 7 juin 2017), p. 36.

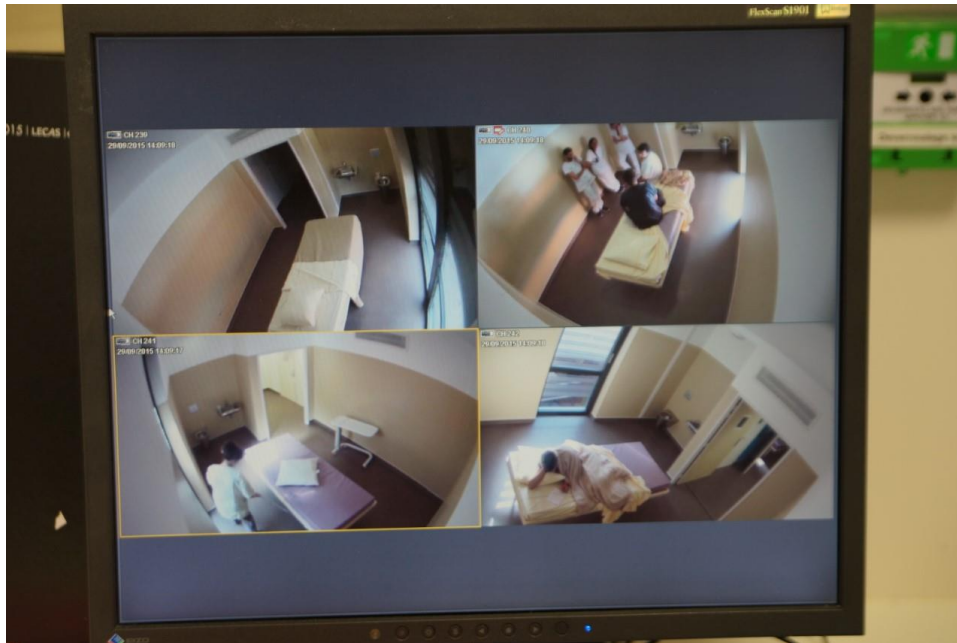


Fig. 8 : emploi de la vidéosurveillance dans une chambre d'isolement⁸¹²

L'emploi de la vidéosurveillance pose par ailleurs un réel problème au regard du respect de la vie privée du patient. Elle crée un droit de regard des soignants sur l'intimité du patient lorsque celui-ci ignore être surveillé. Cet aspect ne fait que renforcer le caractère punitif de la mesure de contrainte. Si le patient est placé en salle de soins intensifs, il perd le droit de demeurer à l'abri des regards pendant toute la durée de la contrainte.

La nécessité thérapeutique ne justifie pas l'emploi des caméras car les surveillances physiques et les examens médicaux suffisent à assurer la sécurité du patient. La vidéosurveillance, elle, implique un contrôle visuel et auditif total du patient, prisonnier de sa propre condition et traité comme un détenu. Elle renforce le caractère sécuritaire de la psychiatrie hospitalière, réduisant le patient à un "risque" qu'il faut contrôler à tout prix – y compris celui d'ignorer le droit du patient à la dignité et à la vie privée.

Outre-Manche, l'arrêt britannique *Pountney v. Griffiths*⁸¹³ donne expressément aux hôpitaux psychiatriques le pouvoir de contrôler et de « discipliner » ses patients. Ils peuvent prendre les mesures nécessaires afin d'éviter que le patient n'inflige de violences sur autrui⁸¹⁴. Dans cette jurisprudence, la contrainte est légitimée pour des raisons purement disciplinaires :

⁸¹² Cahier de photos du rapport d'activité annuel du CGLPL 2015, *ibid*, p. 1.

⁸¹³ *Pountney v Griffiths* [1976] 2 All ER 881 in HOGGETT, B. (1996) *Mental Health Law*. London: Sweet & Maxwell, p. 331.

⁸¹⁴ *Ibid*, p. 333.

- Lorsque le patient adopte un « comportement agité » : impossibilité pour le patient de rester immobile par exemple pendant les soins ou port d'une tenue inappropriée.
- Lorsque le patient adopte un « discours inapproprié » : questions répétitives, pessimisme du patient qu'il exprime à de nombreuses reprises.
- Lorsque le patient adopte un « comportement non-coopératif » tel le fait de se cacher à l'arrivée d'un soignant, errer la nuit dans les couloirs, etc.⁸¹⁵

Ces problèmes fréquents perturbent le bon fonctionnement du service hospitalier de psychiatrie. Il est cependant inacceptable qu'ils justifient que le patient soit entravé, sédaté, isolé des autres patients alors qu'il ne représente pas forcément un danger manifeste pour autrui ou lui-même.

- Lorsque le patient refuse des soins que les soignants estiment vital pour sa santé physique ou mentale.

Cette hypothèse est encore plus discutable. Elle suppose que le seul refus de soins du patient légitime l'emploi de la contrainte si les soignants le jugent nécessaire.

C'est par exemple le cas de l'immobilisation du patient anorexique à son lit au moyen de sangles de contention, afin de lui administrer une alimentation et une hydratation artificielles.

- L'usage de la contrainte chez le patient anorexique

A ce titre, l'arrêt britannique *Re J*⁸¹⁶ autorise les tribunaux à contraindre les patients à recevoir certains soins psychiatriques ou somatiques malgré le refus du patient.

En l'espèce, la patiente atteinte d'anorexie et de boulimie mentale avait été hospitalisée sous contrainte. Elle décide après plusieurs mois d'hospitalisation de refuser le traitement. En dépit de son refus de soins clairement exprimé, les juges déclarent la patiente incapable de percevoir la nécessité de ces soins en raison des graves troubles alimentaires menaçant sa santé.

⁸¹⁵ COHEN-MANSFIELD, J., MARX, M. S., DAKHEEL-ALI, M., REGIER, N. G., THEIN, K. & FREEDMAN, L. (2010a) « Can agitated behaviour of nursing home residents with dementia be prevented with the use of standardized stimuli? » *Journal of the American Geriatrics Society*, 58, 1459-1464; YATES, K. F., KUNZ, M., KHAN, A., VOLAVKA, J. & RABINOWITZ, S. (2010) « Psychiatric patients with histories of aggression and crime five years after discharge from a cognitive-behavioural program » *The Journal of Psychiatry & Psychology*, Vol. 21, No. 2, April 2010, 167-188.

⁸¹⁶ Re J (A minor) (Consent to treatment), sub. Nom. Re W (A minor) (Medical Treatment: Court's Jurisdiction) [1997] Fam 64 in HOGGETT, B. (1996), *op. cit.* p. 331.

Cette décision a été entérinée dans l'arrêt *In re C*⁸¹⁷. En l'espèce, la patiente souffrait également d'anorexie et ses antécédents psychiatriques (dépression sévère), familiaux (séviesses sexuelles subies pendant l'enfance) et médicaux étaient nombreux. Elle était considérée comme 'hautement dysfonctionnelle' et devait être soignée au besoin sous contrainte dans le cadre d'un programme de 'réalimentation' impliquant des soins somatiques et psychiatriques⁸¹⁸.

Il ne fait aucun doute que les deux patientes souffraient de maux réels sur les plans somatique et psychiatrique. Cependant, leur anorexie leur fait-elle perdre toute compétence légale ? Pourquoi un patient anorexique ou boulimique serait-il considéré comme incapable de prendre seul les décisions relatives à son état de santé ?

Dans les deux espèces, les patientes ne présentaient pas de difficultés ou de retards d'apprentissage. Elles étaient tout à fait aptes à raisonner et comprendre les informations qui leur étaient données quant au traitement. Dès lors, pourquoi les contraindre à subir – car tel est le terme qui doit être employé ici – des soins qu'elles rejetaient obstinément ?

Ces deux jurisprudences demeurent de droit positif au Royaume-Uni. Elles dénotent la survivance d'un paternalisme médical faisant fi de l'autonomie du patient. Si l'adage premier du serment d'Hippocrate consiste en premier lieu à ne pas nuire, c'est clairement le but inverse qui est ici obtenu.

Il est indéniable que ces patientes se trouvaient en danger de mort si leur poids était trop bas. Pourtant, le soignant devrait respecter l'autonomie du patient en tout état de cause, même si cette décision risque d'attenter à sa vie.

Ces décisions montrent à quel point il est mal aisé pour les juges de définir ce que signifie l'intérêt du patient⁸¹⁹. Cependant, la démarche des soignants visant à préserver la vie des patientes est compréhensible, même si elle implique de recourir à la contrainte.

Il revient alors au juge de respecter autant que possible la volonté du patient afin de respecter son droit à l'autonomie. Il ne devrait pas se ranger, sous prétexte qu'il n'est pas compétent pour se prononcer sur le bien-fondé du traitement, derrière l'avis du psychiatre. Seul le respect du

⁸¹⁷ *In re C* [1997] 2 FLR 180 in HOGGETT, B. (1996), *op. cit.*, p. 334.

⁸¹⁸ PARKER C. (1998) « Detention and treatment » *The Journal of Forensic Psychiatry*, vol. 9 No 3, December 1998, 609-614.

⁸¹⁹ SHAH, A. (2010) « The concept of 'best interests' in the treatment of mentally incapacitated adults » *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, Vol. 21, No. 2, April 2010, 306-316.

droit devrait motiver ses décisions.

La Cour européenne des Droits de l'Homme abonde en ce sens dans son jugement *X et Y c. Pays-Bas*⁸²⁰. En vertu de l'article 8 de la Convention européenne relatif au droit au respect de la vie privée et familiale, tout individu a le droit de conserver son intégrité physique et mentale, notamment par le refus de soins. Imposer un traitement malgré le refus exprimé par le patient constitue une violation de cet article.

En somme, l'emploi de mesures de contrainte sur le patient anorexique refusant le traitement est profondément contraire à l'éthique médicale et à l'article 8. Non content de devoir subir des soins longs et douloureux (pour ne citer que l'alimentation par voie intraveineuse), il devra se soumettre à des mesures telles que la contention physique s'il tente de se débattre.

Les psychiatres considèrent l'alimentation artificielle comme un traitement médical approprié dans la prise en charge de l'anorexie et de la boulimie. Pourtant, elle constitue dans les faits une pratique inhumaine et dégradante, selon l'article 3 de la Convention européenne des Droits de l'Homme⁸²¹.

Si le patient épuisé, en grande souffrance mentale et physique désire mettre fin aux soins, pourquoi l'en empêcher ? N'existe-t-il pas d'autre manière de pratiquer la psychiatrie en étant davantage respectueux de la volonté du patient ? Le recours à une contrainte plus douce, moins traumatisante pour le patient est-elle possible ?

- Le recours à une contrainte nuancée : la contrainte symbolique

D'autres nuances entourent l'usage de la contrainte et doivent être appréhendées.

Le Dr. Moreau, psychiatre français, défend l'emploi d'une contrainte à laquelle le patient consent⁸²², qu'il qualifie de contrainte symbolique⁸²³. Elle peut prendre la forme de pressions affectives exercées par les proches du patient ou d'injonctions de la part des soignants.

La contrainte symbolique comprend un 'dégradé de formes de menaces' : présence effective d'infirmiers ou d'agents de sécurité en nombre même s'ils n'interviennent pas directement

⁸²⁰ X and Y v Netherlands [1986 8 EHRR 235, para. 22] in BRAHAMS, D. (1994) « Detention and enforced feeding » *Lancet* 344: 1697-1698.

⁸²¹ BRAHAMS, D. (1994), *op. cit.*, p. 1697.

⁸²² MOREAU, D. (2011) « Conjurer la qualification de violence dans l'usage professionnel de la contrainte : le recours à la chambre d'isolement dans un service de psychiatrie », *Revue Sociologie Santé*, n°33, mars 2011, p. 3.

⁸²³ *Ibid*, p. 4.

lorsque le patient commence à s'agiter, injonctions verbales, etc. Lorsque le patient devient incontrôlable, les soignants s'emparent physiquement du malade afin de le placer en chambre d'isolement.

Selon le Dr. Moreau, il s'agit de faire accepter au patient certaines pratiques par la force de la persuasion « afin d'éviter le rapport de force brutal »⁸²⁴. La contrainte est d'abord morale : si le patient devient trop agité, elle redevient physique. En réalité, la contrainte ne disparaît pas « parce que le patient sur lequel la contrainte s'exerce n'est pas décisionnaire ni dans son déclenchement, ni dans sa mainlevée »⁸²⁵.

La contrainte est en soi plus 'douce' car elle est verbalisée avant d'être physique. Le patient conserve toujours le sentiment d'être soumis à une obligation sous peine de subir le recours à la contrainte. Un choix s'offre à lui : obéir aux injonctions des soignants (ex : cesser de troubler la tranquillité du service en proférant des grognements) ou subir l'emploi de la contrainte.

Dès lors, la contrainte physique est-elle inévitablement néfaste pour le patient psychiatrique ? Un chef de service d'un pôle de psychiatrie hospitalière affirme que la contrainte peut être thérapeutique. Il soutient que « la chambre d'isolement [...] permet de contenir, d'apaiser l'agitation extrême du patient en crise »⁸²⁶.

La littérature psychiatrique classique distingue d'ailleurs isolement et contention. La contention est « punitive alors que l'isolement serait une modalité de soin, par nature thérapeutique, permettant d'apaiser l'agitation » du patient en proie à un état de crise.⁸²⁷ Dans ce cas de figure, contenir le patient est thérapeutique lorsqu'il empêche le patient de blesser autrui ou lui-même. La sédation chimique, systématiquement employée au cours de l'isolement empêche le patient de se débattre et de se blesser involontairement.

Or, le recours à la contrainte ne répond pas toujours à l'intérêt du patient même dans ces situations d'urgence. Par exemple, l'usage de sangles de contention au cours de la mise à l'isolement serait contre-thérapeutique. Le patient s'expose à un risque de coupures, de

⁸²⁴ *Ibid*, p. 4.

⁸²⁵ DIAMOND, R. J. (1996) « Coercion and tenacious treatment in the community. Applications to the real world » in DENNIS, D. L. & MONAHAN, J., *Coercion and aggressive treatment: A new frontier in mental health law*, New York, Plenum Press, 1996, pp. 51-72.

⁸²⁶ MOREAU, D. (2011), *op. cit.*, p. 12.

⁸²⁷ ABONDO, M., BOUVET, R. & LE GUEUT, M. (2014) « Isolement et contention en psychiatrie : quels fondements juridiques ? » *Revue droit & santé*, n°62, pp. 1626-1631 ; ANGOLD, A. (1989) « Seclusion », *The British Journal of Psychiatry*, n°154, pp. 437-444 ; LE MENTEC, M. (2011) *Isolement et contention en psychiatrie, 'thérapies' de la docilité*, mémoire EHESS, p. 53.

contusions, d'ecchymoses et de strangulation en essayant de se mouvoir malgré les liens qui l'entravent⁸²⁸. De même, la mise à l'isolement du patient déjà en grande souffrance est-elle pertinente, alors que des paroles ou une simple présence humaine pourraient l'apaiser ?

L'intérêt de la mise à l'isolement dans une situation d'urgence peut aisément se comprendre. Toutefois, le patient privé de tout contact humain, seul pour faire face à l'état de décompensation est loin de constituer une solution idéale⁸²⁹. Il serait intéressant de placer un soignant à l'extérieur de la chambre de soins intensifs afin d'établir un contact visuel et verbal avec le patient. Il pourrait tenter de l'apaiser par la parole en gardant un contact humain, si infime soit-il afin d'éviter que le patient ne se sente trop isolé.

Il s'agit ici d'atténuer les aspects contraignant et punitif de cette mesure. Il faut craindre que « la contrainte ait pour effet de mater, de dompter le patient rétif [faisant peser sur la contrainte] une accusation de violence morale, accompagnée d'une violence physique »⁸³⁰.

Comme l'affirmait le philosophe français Diderot, « l'homme n'est rien sans l'homme ». Comment espérer que le patient trouve seul en lui les ressources lui permettant de retrouver le calme s'il n'est pas aidé par un soignant ? L'empathie, l'écoute et l'accompagnement ne sont-ils pas les missions de ce dernier ?

Par ailleurs, la seule efficacité de la contrainte chimique consiste à sédaté le patient sans prendre en charge ses troubles psychiatriques. Son impact reste profondément nocif chez le malade⁸³¹ :

- Les patients ignorent quelle substance va leur être prescrite et peuvent se croire 'empoisonnés' par le soignant
- Les médicaments et le composant sédatif administrés expose les patients à de graves effets secondaires
- Les patients peuvent rejeter les soignants et les traitements en ayant eu le sentiment que le corps médical n'a pu assurer leur sécurité en ayant recours à la contrainte⁸³².

⁸²⁸ MOREAU, D. (2011), *op. cit.*, p. 12.

⁸²⁹ BOUVILLE, V. & BECKER, V. (1996) « Les fixations, une alternative à l'isolement ? » in *L'isolement thérapeutique en psychiatrie*, Journée clinique pluridisciplinaire, 8 février 1996, Centre Hospitalier Esquirol, p. 64.

⁸³⁰ MOREAU, D. (2011), *op. cit.*, p. 11.

⁸³¹ COHEN-MANSFIELD, J., THEIN, K., DAKHEEL-ALI, M. & MARX, M. S. (2010b) « Engaging nursing home residents with dementia in activity: The effect of modelling, presentation order, time of day and setting characteristics' » *Aging & Mental Health*, 14, 471-480.

⁸³² VUCKOVICH, P. K. (2010) « Compliance versus adherence in serious and persistent mental illness » *Nursing*

La contrainte chimique ne constitue donc pas un soin approprié pour le malade agité : elle met en péril sa santé psychiatrique et somatique et bafoue son droit à l'autonomie.⁸³³.

La perception des mesures de contrainte est d'autant plus négative en raison des témoignages de patients en ce sens. Il faudra s'y intéresser et plus particulièrement concernant l'impact de la mise à l'isolement chez les malades psychiatriques.

- La contrainte entre nécessité thérapeutique et objet de souffrance chez le malade

Perçue comme une forme de torture⁸³⁴, le recours à la contrainte est particulièrement humiliant pour les malades, parfois traînés de force⁸³⁵ dans la chambre de soins intensifs et sommés de se déshabiller⁸³⁶. Certains établissements de santé justifient l'exigence de déshabiller le patient afin d'éviter qu'il ne s'étrangle avec ses propres vêtements. C'est la raison pour laquelle un pyjama spécial indéchirable est fourni au patient, sensé minimiser les risques d'auto-strangulation⁸³⁷.

Cependant, chaque établissement applique ses propres procédures dans la mise en œuvre de la contrainte. Le patient peut être déshabillé, sédaté, sanglé ou non. Malgré ces différences, les patients ressentent de manière récurrente des sentiments de colère, de violation de leurs droits⁸³⁸, de tristesse, d'impuissance, d'abandon, de peur chaque fois qu'ils sont placés en isolement⁸³⁹. Quelques rares patients témoignent positivement de cette expérience qu'ils jugent apaisante, trouvant dans la chambre de soins intensifs un environnement sécurisant et

Ethics, 17, 77-85.

⁸³³ LHERMITTE, A., TERESA MUNOZ SASTRE, M., SORUM, P. C. & MULLET, E. (2015) « French lay people's and health professionals' view regarding the acceptability of involuntary treatment of nursing home residents » *International Journal of Law and Psychiatry*, 38, 38-43.

⁸³⁴ VELTKAMP, E., NIJMAN, H., STOLKER, J. J, FRIGGE, K., DRIES, P. & BOWERS, L. (2008) « Patients' preferences for seclusion or forced medication in acute psychiatric emergency in the Netherlands » *Psychiatric Services*, 59(2), 209-211.

⁸³⁵ SOLIDAY, S. M. (1985) « A comparison of patient and staff attitudes towards seclusion » *Journal of Nervous and Mental Disease*, 173(5), 282-291.

⁸³⁶ HAW, C., STUBBS, J., BICKLE A. & STEWART, I. (2011) « Coercive treatments in forensic psychiatry: a study of patients' experiences and preferences » *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, Vol. 22, No. 4, August 2011, 546-585.

⁸³⁷ Entretien avec Safia Z. (2017), *op. cit.*

⁸³⁸ HONNETH, A. (1997) « Recognition and moral obligation » *Social Research*, 64(1), 16-35.

⁸³⁹ ALTY, A. & MASON, T. (1994) « Patients' view about seclusion » in A. ALTY & T. MASON (Eds.) *Seclusion and Mental Health: A break with the past* (pp. 161-173). London: Chapman and Hall, p. 143.

protecteur.⁸⁴⁰

D'autre part, le ressenti des patients est particulièrement négatif au sujet de la sédation chimique.⁸⁴¹ L'usage de la médication forcée ne les incite pas à suivre correctement leur traitement mais à le rejeter⁸⁴². Les patients souvent sédatisés voient leur état de santé mental s'améliorer plus lentement contrairement aux patients qui n'y ont pas été exposés⁸⁴³.

Ces études menées dans plusieurs hôpitaux psychiatriques britanniques et américains déplorent une pratique très discutable de la psychiatrie.

Toutefois, le sort des patients psychiatriques français n'est guère enviable.

En 2014, le contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) de l'époque, M. Delarue, dresse un état des lieux déplorable de l'emploi de la contrainte. Le patient n'est pas toujours informé de la mesure qui sera mise en œuvre avant d'être sanglé, sédatisé et /ou isolé. Pourtant, avertir en amont le patient de la mise en place de la contrainte permet d'en limiter les effets anxiogènes chez le patient⁸⁴⁴.

Les modalités de surveillance, normalement prévues toutes les heures, sont peu ou pas respectées. M. Delarue relève un passage du psychiatre dans la cellule d'isolement seulement deux fois par jour dans un hôpital contre une fois toutes les vingt-quatre heures dans un autre. Le temps accordé à chacun de ces patients sous contrainte varie énormément d'un service à un autre, l'effectif des soignants, etc.⁸⁴⁵

De nombreux patients font également état des restrictions difficiles qui leur sont imposées au cours des mesures de contrainte. Il peut leur être interdit de garder en leur possession le moindre effet personnel, de se rendre aux sanitaires, etc. Les chambres d'isolement sont souvent insalubres et fortement éclairées de jour comme de nuit afin de 'mieux surveiller le patient'⁸⁴⁶.

⁸⁴⁰ MEEHAN, T., VERMEER, C. & WINDSOR, C. (2000) « Patients' perceptions of seclusion: A qualitative investigation » *Journal of Advanced Nursing*, 47(1), 33-38.

⁸⁴¹ CANO, N. *et al* (2013) « L'hospitalisation en psychiatrie : point de vue des patients et perspectives éthiques » *Annales Médico-psychologiques*, vol. 171, issue 8, pp. 518-523 ; CANO, N. *et al* (2011) « L'isolement en psychiatrie : point de vue des patients et perspectives éthiques » *L'Encéphale*, n°37, p. S4-S10 ; GUIBET-LAFAYE, C. (2014) « Imposer la contrainte en psychiatrie : une question éthique ? » *in Libertés et contrainte en psychiatrie : enjeux éthiques*, CANO, N., HENRY J-M & RAVIX, V., Les Etudes Hospitalières, p. 15-32.

⁸⁴² GAULT, I. (2009) « Service-user and carer perspectives on compliance and compulsory treatment in community mental health services » *Health & Social Care in the Community*, 17(5), 504-513.

⁸⁴³ SCHWARTZ, H. I., VINGIANO, W. & PEREZ, C. B. (1988) « Autonomy and the right to refuse treatment: Patients' attitudes after involuntary medication » *Hospital & Community Psychiatry*, 39 (10), 1049-1054.

⁸⁴⁴ DELARUE J-M (2014) Rapport annuel d'activité du contrôleur général des lieux de privation de liberté, *op. cit.*, p. 154.

⁸⁴⁵ *Ibid.*, p. 154.

⁸⁴⁶ *Ibid.*

Ainsi, la pratique de la contrainte appelle des modifications afin qu'elle soit moins douloureuse, moins traumatisante pour les patients comme pour les soignants. Il est étonnant de constater que la loi reste silencieuse quant à la bonne façon de pratiquer une mesure de contention ou la salubrité des salles de soins intensifs.

Il est communément admis que seul le psychiatre peut ordonner la mesure de contrainte et y mettre fin. Cependant, elles désignent des situations d'urgence où l'infirmier ou aide-soignant n'a pas la possibilité de faire appel au psychiatre. Les soignants doivent agir rapidement afin d'éviter que l'état de crise du patient ne produise des conséquences dommageables. La nécessité médicale l'emporte ici sur le respect de la hiérarchie hospitalière. Le vécu d'un patient schizophrène révèle l'absence de contrôle quant aux mesures de contrainte ordonnées : « même si objectivement vous êtes maltraité, vous n'aurez jamais raison contre un membre de l'hôpital. Il n'y a pas plus corporatiste que celui qui anime les infirmiers et médecins [...] le patient, qu'on se le dise, a toujours tort ».⁸⁴⁷

Au regard de la pratique psychiatrique actuelle, il est urgent de limiter le recours à la contrainte. Plusieurs organismes ont formulé des recommandations à ce sujet face à la réduction des moyens et des effectifs en psychiatrie hospitalière.

d) Les propositions en faveur d'une réduction du recours à la contrainte

La reconnaissance progressive des droits des patients a conduit les psychiatres à se saisir de cette opportunité pour proposer des approches thérapeutiques différentes. L'objectif de ces mesures est de réduire le recours à la contrainte tout en garantissant la sécurité du service hospitalier.

- Le programme d'évaluation des risques

Il faudra rappeler que les recommandations de bonnes pratiques ne sont pas légalement contraignantes. Elles ne s'imposent pas au praticien qui demeure libre de les appliquer ou non

⁸⁴⁷ TONKA, P. (2013) *Dialogue avec moi-même – Un schizophrène témoigne*, présenté et commenté par Philippe Jemmet, éditions Odile Jacob, p. 164.

au cours des soins⁸⁴⁸. A ce titre, le *National Health System* (NHS), le système de Sécurité sociale britannique et le *National Institute for Clinical Excellence* (NICE) ont émis en 2009 des recommandations afin de limiter le recours à la contrainte⁸⁴⁹. Ces deux organismes suggèrent de mettre en place un **programme d'évaluation des risques** chez les patients agités. Il s'agit par exemple des patients ayant tenté de mettre fin à leurs jours ou ayant été pénalement appréhendés pour des violences volontaires graves⁸⁵⁰. Selon le NHS et le NICE, répertorier ces agressions permettrait de prévenir en amont les risques pour ces patients de commettre des incidents.

Plusieurs auteurs ont exprimé leur scepticisme quant à l'efficacité de ce programme⁸⁵¹.

Aucun patient psychiatrique n'est épargné par l'apparition d'un état de décompensation, même s'il n'a jamais tenté à ses jours ou agressé une tierce personne. Classifier les patients "à risque" relève uniquement de la supposition.

De surcroît, réduire le patient à un ensemble de facteurs de risque, n'est-ce pas nier la condition du patient à celle d'un risque, d'un danger à contrôler ? L'existence d'un tel programme reviendrait-elle à déshumaniser et systématiser la pratique psychiatrique déjà bien en peine de respecter les droits des patients ?

Ces recommandations mettent en lumière la réalité du contexte néolibéral actuel se concentrant principalement sur la maîtrise des risques. Il faudrait donner une dimension plus humaine à la psychiatrie en cessant de considérer les troubles mentaux comme un 'risque' indésirable menaçant l'ordre public.

Une autre alternative consiste à mettre en place une **stratégie de désescalade de la violence**. Lorsque le patient montre des signes d'agitation annonçant la commission d'un incident (actes d'automutilation, violences volontaires, dégradation de matériel...), il est vivement conseillé

⁸⁴⁸ HAUTE AUTORITE DE SANTE au sujet des recommandations de bonnes pratiques sur l'isolement et la contention en psychiatrie générale : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-03/isolement_et_contention_en_psychiatrie_generale_-_recommandations_2017-03-13_10-13-59_378.pdf (consulté le 4 mai 2017), p. 99.

⁸⁴⁹ NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE (2009) *Antisocial personality disorder: Treatment, management and prevention. Clinical Guideline no. 77*. London: NICE, p. 117.

⁸⁵⁰ RIZZO, M. & SMITH, S. (2012) « Risk assessment and risk management among severely mentally ill patients requiring hospitalisation » *Journal of Psychiatry & Psychology*, Vol. 23, No. 4, August 2012, 497-509.

⁸⁵¹ RICHMOND, J. S., BERLIN, J. S., FISHKIND, A. B., HOLLOMAN, G. H. Jr., ZELLER, S. L., WILSON, M. P. et al. (2012) « Verbal de-escalation of the agitated patients: Consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA de-escalation workgroup » *The Western Journal of Emergency Medicine*, 13(1), 17-25.

au soignant de rester calme⁸⁵². Le ton de la voix du soignant, ses expressions faciales et son langage corporel doivent permettre d'apaiser le patient⁸⁵³.

En 2007, le gouvernement australien formule plusieurs recommandations applicables au sein de chaque service psychiatrique :

- Créer un groupe de projet composé d'un infirmier en hôpital psychiatrique, d'un psychiatre et d'un ancien patient ayant fait l'objet d'une mesure de contrainte. Ce groupe doit rencontrer régulièrement les soignants du service et leur suggérer des propositions afin de réduire le recours à la contrainte.
- Renforcer la formation des soins sur les bonnes pratiques en matière de contrainte, les stratégies de désescalade de la violence et prévoir un programme d'évaluation des risques
- Mettre en place des alternatives aux mesures de contrainte telles que le **placement du patient en chambre d'apaisement**. Elle consiste en une simple chambre d'hôpital dans laquelle le patient est placé lorsque la mise à l'isolement devient indispensable mais sans le sangler au lit ni le sédaté.

Cette pièce a la particularité d'être plus accueillante que la salle de soins intensifs : elle peut contenir des livres, des canapés confortables, des lumières douces, du matériel pour écouter de la musique, etc.⁸⁵⁴ La porte n'y est jamais fermée à clé. La chambre d'apaisement est conçue pour procurer un espace de faible stimulation permettant au patient de se calmer sans avoir recours à la contrainte.

Cette pièce peut être utilisée à la demande du patient comme du soignant, dans le respect d'un cadre défini pour son utilisation. Le patient peut choisir de quitter l'espace à tout moment : il peut regagner sa chambre ou la pièce de séjour que se partagent les autres patients. Si son état s'aggrave au contraire, il peut demander à être placé en isolement, sédaté ou sanglé⁸⁵⁵.

⁸⁵² RICHMOND, J. S., BERLIN, J. S., FISHKIND, A. B., HOLLOMAN, G. H. Jr., ZELLER, S. L., WILSON, M. P. et al. (2012), *op. cit.*, p. 21.

⁸⁵³ TOOBY, J. & COSMIDES, L. (2008) « The evolutionary psychology of the emotions and their relationship to internal regulatory variables ». In M. LEWIS, J. M. HAVILAND-JONES & L. F. BARNETT (Eds.) *The handbook of emotions* (pp. 114-137). New York: The Guilford Press.

⁸⁵⁴ CHING, H., DAFFERN, M., MARTIN, T. & THOMAS, S. (2010) « Reducing the use of seclusion in a forensic psychiatric hospital: assessing the impact of aggression, therapeutic climate and staff confidence » *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, Vol. 21, No. 5, October 2010, 737-760.

⁸⁵⁵ HAUTE AUTORITE DE SANTE au sujet des recommandations de bonnes pratiques sur la contention : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-03/isolement_et_contention_en_psychiatrie_generale_-_recommandations_2017-03-13_10-13-59_378.pdf

Ces propositions doivent être saluées à l'exception du programme d'évaluation des risques en raison de sa connotation sécuritaire. Le placement du patient en chambre d'apaisement en particulier s'est révélé très efficace⁸⁵⁶. En résumé, plus l'environnement de soins serait contraignant pour les patients, plus le nombre de comportements disruptifs serait élevé⁸⁵⁷.

Aujourd'hui, mettre en place ces mesures relève de l'urgence car le nombre de patients psychiatriques hospitalisés ne cesse d'augmenter. Il est indispensable que la psychiatrie devienne moins contraignante et plus respectueuse des droits des patients.

La mise en place d'une pratique plus humaine de la psychiatrie bénéficie également aux soignants. Ils peuvent davantage rechercher le dialogue avec le patient et tenter de prévenir en amont ces incidents au lieu de recourir directement à la contrainte⁸⁵⁸. Mieux sensibilisés et formés, les incidents violents au quotidien seraient moins fréquents. Ils seraient davantage satisfaits de leurs conditions de travail, moins soumis au stress et au risque de burnout⁸⁵⁹.

Si ces mesures sont louables, elles ne peuvent résoudre le problème des moyens financiers et des effectifs de soignants qui doivent impérativement être augmentés. Par ailleurs, une meilleure organisation des services permettrait de créer un sentiment de sécurité et favoriser le dialogue entre soignants et patients⁸⁶⁰.

Le recours à la contrainte doit demeurer une solution de dernier recours⁸⁶¹ lorsque les autres méthodes ont échoué⁸⁶²; de même, la contrainte doit être réalisée dans le respect du droit en vigueur. Les soignants doivent garder à l'esprit l'interdiction de la torture, des traitements inhumains ou dégradants posée par l'article 3 de la Convention européenne⁸⁶³. Il faut rappeler que cet interdit ne souffre aucune exception. Les soignants doivent traiter le patient avec humanité. Le patient et est demeure une personne en état de grande souffrance lorsque la

(consulté le 4 mai 2017) p. 19.

⁸⁵⁶ CHING, H., DAFFERN, M., MARTIN, T. & THOMAS, S. (2010), *op. cit.*, p. 750.

⁸⁵⁷ GOREN, S., SINGH, N. N., & BEST, A. M. (1993) « The aggression-coercion cycle: Use of seclusion and restraint in a child psychiatric hospital » *Journal of Child and Family Studies*, 2, 61-73.

⁸⁵⁸ FISHER, W. A. (1994) « Restraint and seclusion: a review of the literature » *American Journal of Psychiatry* 151 (11): 1584-1591.

⁸⁵⁹ NIJMAN, H. L., MERCKELBACH, H. L., ALLERTZ, W. F. & CAMPO, J. M. (1997) « Prevention of aggressive incidents » *Psychiatric Services* 48, 694-698.

⁸⁶⁰ BOUMANS, C. E., EGGER, J. I. M., BOUTS, R. A. and HUTSCHEMAEKERS G. J. M. (2015) « Seclusion and the importance of contextual factors: An innovation project revisited » *International Journal of Law and Psychiatry*, 41, 1-11.

⁸⁶¹ Article L 3222-5-1 du Code de la santé publique.

⁸⁶² DEPARTMENT OF HEALTH AND THE WELSH OFFICE (1993), *op. cit.*, p. 227.

⁸⁶³ BOWDEN, P. (1990) « The European Convention on Human Rights » in BLUGASS, R., BOWDEN, P. (eds) *Principles and Practice of Forensic Psychiatry*. London : Churchill Livingstone, p. 303.

contrainte s'avère nécessaire.

Sous la supervision du Conseil de l'Europe, le Comité de prévention de la torture et des traitements inhumains et dégradants (CPT) dispose du droit de visiter les établissements psychiatriques. Il s'agit d'un organisme européen composé d'experts indépendants et impartiaux multidisciplinaires (juristes, médecins, spécialistes des questions pénitentiaires, forces de l'ordre) établi par la Convention européenne.⁸⁶⁴

Il protège à titre préventif les personnes privées de liberté contre toutes les formes de mauvais traitement et complète le travail judiciaire de la CEDH. A ce titre, le CPT s'assure que les mesures de contrainte ne sont pas pratiquées en violation de l'article 3⁸⁶⁵. Il prend en compte la nature et les circonstances de la mesure de contrainte mise en place, sa durée, l'impact somatique et psychiatrique de cette mesure sur le patient, etc⁸⁶⁶.

Néanmoins, le CPT n'est pas un mécanisme judiciaire et ne peut exercer de moyen de pression sur les hôpitaux psychiatriques mis en cause car ses productions ne possèdent aucune force légale⁸⁶⁷.

En tout état de cause, les soignants doivent tenter de prendre en charge le patient agité en amont chaque fois que cela est possible.

- La gestion de l'état de décompensation du patient en amont

L'importance du dialogue entre le patient et le soignant est primordiale au cours des mesures de contrainte et plus globalement dans le cadre des soins dispensés.

L'angoisse que toute mesure de contrainte est susceptible de causer chez le patient oblige le soignant à échanger avec lui afin de le rassurer. De même, il est important d'informer le patient agité voire en état de décompensation des raisons permettant la mainlevée de la mesure de contention ordonnée⁸⁶⁸.

⁸⁶⁴ Site Internet du COMITE DE PREVENTION CONTRE LA TORTURE (2018) au sujet des missions du comité : <https://www.coe.int/fr/web/cpt/about-the-cpt> (consulté le 16 mars 2018), *np*.

⁸⁶⁵ *Ibid.*

⁸⁶⁶ MORGAN, R. (1992) « The European Torture Committee », *The Journal of Forensic Psychiatry* 3(3), pp. 405-408.

⁸⁶⁷ Site Internet du COMITE DE PREVENTION CONTRE LA TORTURE (2018), *op. cit.*, *np*.

⁸⁶⁸ Site Internet de la HAUTE AUTORITE DE SANTE au sujet des recommandations de bonnes pratiques sur l'isolement et la contention en psychiatrie générale, *op. cit.*, p. 5.

Le Dr. Bodon-Bruzel, psychiatre française, ne dit pas autre chose : « la contention est un soin intensif, attentif : il faut parler au patient pendant qu'on lui met son maillot [de contention], lui expliquer même s'il vocifère car il souffre d'une atroce absence de limites »⁸⁶⁹.

Le psychiatre doit ordonner la mainlevée de la contrainte dès qu'elle ne présente plus d'intérêt médical⁸⁷⁰: le patient calmé a cessé son comportement dangereux ou cesse de perturber l'organisation du service hospitalier.

Une autre approche de la contrainte consiste à privilégier une mesure de contrainte plutôt qu'une autre, par exemple privilégier la sédation chimique au placement en isolement⁸⁷¹.

La sédation permet de réduire le recours à l'isolement mais pas leur durée ; elle est cependant perçue par les patients comme moins stressante et humiliante, préservant la qualité des relations entre patients et soignants.⁸⁷²

Or, cette méthode revient à sédater davantage des patients qui se sont déjà vu prescrire un traitement. Sans revenir sur les risques de la polymédication que nous avons déjà exposés, cette proposition n'est clairement pas pertinente.

Le législateur français ne demeure pas en reste concernant les propositions visant à réduire le recours à la contrainte. Le registre de traçabilité des mesures de contrainte en constitue un bon exemple.

- Le registre de traçabilité des mesures de contrainte

Initiative louable s'il en est, l'article L 3222-5-1 issu de la loi du 26 janvier 2016⁸⁷³ et l'instruction ministérielle du 29 mars 2017⁸⁷⁴ imposent à chaque établissement de santé psychiatrique hospitalisant des patients sous contrainte de tenir un registre traçant toutes les

⁸⁶⁹ BODON-BRUZEL, M. & DESCOTT, R. (2015) *L'homme qui voulait cuire sa mère*, éditions Stock, p. 167.

⁸⁷⁰ Article R 4311-7 du Code de la Santé publique.

⁸⁷¹ OKIN, R. L. (1985) « Variation among State Hospitals in use of seclusion and restraint » *Hospital and Community Psychiatry* 36(6): 648-652.

⁸⁷² GEORGIEVA, I., MULDER, C. & WIERDSMA, A. (2012) « Patients' preference and experiences of forced medication and seclusion », *The Psychiatric Quarterly*, n°83, pp. 1-13; GEORGIEVA, I., MULDER, C. & NOORTHOORN, E. (2013) « Reducing seclusion through involuntary medication: A randomized clinical trial », *Psychiatry Research*, n°205, pp. 48-53.

⁸⁷³ Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

⁸⁷⁴ Instruction ministérielle DGOS/R4/DGS/SP4/2017/109 du 29 mars 2017 relative à la politique de réduction des pratiques d'isolement et de contention au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie et désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement.

mesures de contrainte ordonnées, les patients concernés ainsi que les conditions de leur mise en œuvre. Ce registre doit mentionner le nom du psychiatre ayant ordonné la mesure, la date et heure à laquelle elle a eu lieu, sa durée, le nom des soignants ayant surveillé le patient, etc.

Les établissements de santé concernés sont également dans l'obligation d'établir un rapport annuel qui doit rendre compte des moyens de contrainte physique et géographique ordonnés⁸⁷⁵.

Si la démarche est hautement salubre, il faudra déplorer le silence du législateur sur la pratique de la contention chimique. Est-ce à dire que la sédation demeure incontrôlée, n'étant pas considérée comme une réelle contrainte ? Le législateur demeure-t-il convaincu que la sédation fait partie intégrante du traitement de chaque patient psychiatrique ?

Ce rapport doit également prévoir la politique définie par chaque établissement afin de limiter le recours à ces pratiques et l'évaluation de sa mise en œuvre, c'est-à-dire son efficacité. Ces obligations incombent à d'autres établissements tels que les services de pédopsychiatrie et de psychiatrie pénitentiaire, les services d'urgences, etc.⁸⁷⁶

La loi est encore trop récente pour apporter un avis sur son influence. De plus, elle ne prévoit pas de sanction pour les établissements rétifs au respect de ces dispositions. Faut-il voir un oubli du législateur ou considère-t-il que cette mesure demeure un vœu pieux ?

Dans son rapport annuel publié en 2017⁸⁷⁷, la HAS rappelle l'interdiction de recourir à la contrainte en cas de sous-effectif des soignants, c'est-à-dire que le nombre de soignants au sein d'un service est insuffisant au regard du nombre de lits. En pratique pourtant, il n'est pas rare qu'un patient agité soit placé en chambre d'isolement même s'il ne constituait pas un danger pour autrui ou lui-même.

Le même rapport estime que seuls les patients admis volontairement en psychiatrie peuvent se voir appliquer une mesure de contrainte. Dans la pratique toutefois, c'est le contraire qui se produit. En témoigne par exemple l'article précédemment cité du journal *Le Nouvel Observateur* au sein de l'hôpital psychiatrique situé à Saint-Etienne. Les patients en attente d'être placés dans une salle patientaient sur des brancards dans les couloirs, attachés aux mains et aux poignets par des sangles de contention au seul motif d'un manque de lits. Ils ne présentaient pourtant pas de danger particulier ; au contraire, ils demeuraient prostrés sur eux-

⁸⁷⁵ Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, *op. cit.*

⁸⁷⁶ Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, *op. cit.*

⁸⁷⁷ Site Internet de la HAUTE AUTORITE DE SANTE au sujet des recommandations de bonnes pratiques sur l'isolement et la contention en psychiatrie générale, *op. cit.*, p. 10.

mêmes⁸⁷⁸.

Dès que la mesure de contention est prononcée à l'égard du patient, il est recommandé de rédiger une fiche de description qui devra figurer dans son dossier médical.

Cette fiche doit prévoir :

- L'identité du patient
- La nature de la mesure de contrainte ordonnée
- La date et heure de début de la mesure de contrainte
- Le motif de la mesure de contrainte (pour quelle(s) raison(s) le psychiatre a-t-il jugé bon de l'ordonner ?)
- Les risques de violence immédiate ou imminente que représente le patient envers autrui ou lui-même : ces risques doivent être clairement détaillés
- Les mesures ayant été adoptées en amont afin d'apaiser le patient (la mesure de contrainte doit demeurer un dernier recours)
- Les modalités de surveillance du patient permettant d'évaluer l'impact de la mesure sur sa santé somatique et psychiatrique
- Les consignes permettant au patient d'assouvir ses besoins naturels et nécessaires (heure de repas, douche, passage aux sanitaires) : celles-ci doivent être clairement tracées⁸⁷⁹.

En dépit des meilleures intentions du législateur français et de la HAS, ces recommandations demeurent non contraignantes. Aucune sanction n'est pas prévue en cas de non-respect de celles-ci. Elles semblent purement utopiques au regard de la réalité de la pratique psychiatrique en France en raison d'un manque de moyens humains et financiers⁸⁸⁰.

A ce titre, le non-respect de cette traçabilité peut-elle entraîner la levée de la mesure d'hospitalisation sous contrainte ? L'arrêt rendu par la cour d'appel de Versailles le 19 juin 2017 soulève cette question.⁸⁸¹

⁸⁷⁸ Site Internet LE NOUVEL OBSERVATEUR, article du 1^{er} mars 2018, *op. cit.*

⁸⁷⁹ Site Internet de la HAUTE AUTORITE DE SANTE au sujet des recommandations de bonnes pratiques sur l'isolement et la contention en psychiatrie générale, *op. cit.*, p. 11.

⁸⁸⁰ NAJMAN, T. (2015), *op. cit.*, p. 193.

⁸⁸¹ CA Versailles, 19 juin 2017, n°17/04374 in SFERLAZZO, K. (2017) « L'irrégularité d'une procédure d'isolement entraîne *ipso facto* la mainlevée d'une mesure d'hospitalisation », *Revue droit et santé*, n°80, pp. 921-923.

En l'espèce, le patient présentait « des troubles du comportement avec état délirant et violent » et avait été hospitalisé sous contrainte. Rapidement placé en isolement, le patient prétend que cette décision était irrégulière car elle n'avait pas été motivée au regard de son état de santé mental selon l'article L 3222-5-1 CSP. Il prétendait que cette irrégularité devait entraîner de ce fait la mainlevée de sa mesure d'hospitalisation.⁸⁸²

Le juge d'appel reconnaît le bien-fondé de la mesure d'isolement prononcée à l'égard du patient, « mesure de sécurité particulière et exceptionnelle qui associe enfermement et soins ». Toutefois, il constate qu'au regard de la loi du 26 janvier 2016 et de l'instruction ministérielle du 29 mars 2017, l'hôpital psychiatrique ne fournit aucun certificat mentionnant cette mise à l'isolement. Aucune traçabilité quant à la nécessité, la durée et les modalités de cette mesure n'a été réalisée par les soignants. Cette modalité pourtant indispensable au respect des droits du patient n'a pas été respectée par l'hôpital psychiatrique. Le patient a donc obtenu gain de cause et sa mesure d'hospitalisation sous contrainte a été levée pour irrégularité de procédure, à savoir son placement en isolement.

Il fallait craindre que la loi du 26 janvier 2016 ne vienne réaffirmer le contenu des précédentes lois sans modifier la pratique psychiatrique toujours plus contraignante.

La décision du juge d'appel doit donc être saluée car elle sanctionne enfin l'illégalité d'une mesure de contrainte ordonnée de manière arbitraire. Si cette question n'a pas encore été étudiée par la Cour de cassation, elle laisse penser que des jurisprudences ultérieures viendront confirmer cette tendance, plus respectueuse des droits des patients.

Paradoxalement, l'élargissement du pouvoir de contrôle des mesures de contrainte par le juge judiciaire a été décrié.⁸⁸³ Le juge ne serait pas en possession de toutes les connaissances médicales afin d'affirmer que la mesure de contrainte ordonnée était appropriée ou non, alors que le placement en isolement et l'hospitalisation sous contrainte sont purement indissociables. L'irrégularité de la première ne devrait pas provoquer la mainlevée de l'hospitalisation sans aucune considération accordée à l'état de santé mental du patient. En effet, celui-ci ne souffrait-il pas de troubles psychiatriques sévères ayant justifié son hospitalisation ? Bénéficie-t-il d'un

⁸⁸² *Ibid*, p. 923.

⁸⁸³ DUJARDIN, V. & PECHILLON, E. (2017) « Le juge judiciaire et le contrôle de la légalité des décisions prises par le psychiatre : les limites du dualisme juridictionnel en matière psychiatrique » *Revue droit et santé* n°75, pp. 121-125.

nouveau programme de soins à la sortie de l'établissement afin que sa prise en charge psychiatrique soit continue ?

Assurer la continuité des soins relève d'une décision médicale et donc de la responsabilité du psychiatre. Le juge judiciaire recherche uniquement le respect de la loi et le contrôle de la légalité des mesures de contrainte fait partie intégrante de cette fonction. En effet, le juge judiciaire représente l'unique autorité à même d'assurer efficacement le respect des droits du patient, notamment dans le contrôle de la légalité des admissions sous contrainte. L'extension de son domaine de compétences représente une opportunité dans l'optique d'une transformation progressive d'une psychiatrie plus digne et plus humaine.

De même, la décision de la Cour de cassation rendue le 24 mai 2018 précise qu'à l'heure actuelle, le patient psychiatrique peut saisir le JLD, compétent en la matière, afin de contester la mesure de contrainte prononcée contre en lui lorsqu'elle a été abusive. Toutefois, la Cour exprime son souhait de voir le Conseil constitutionnel s'exprimer sur le sujet afin de faciliter la mise en œuvre de ce recours.⁸⁸⁴

La fréquente pratique de la contrainte laisse penser que la violence est indissociable de la psychiatrie hospitalière. De ce fait, la violence est-elle une fatalité dont patients et soignants doivent s'accommoder tant bien que mal ?

2) La violence en établissement psychiatrique : une fatalité ?

La violence affecte les patients comme les soignants au sein d'un service psychiatrique hospitalier. Un patient peut infliger à un soignant ou un autre malade des violences verbales (cris, insultes, remarques déplacées, grognements), physiques (coups, griffures, coupures) voire sexuelles (attouchements pouvant aller jusqu'au viol) (a).

Il convient de s'intéresser aux causes justifiant ces faits de violence chez les patients psychiatriques (b) afin de rechercher quelles solutions adopter afin limiter leur apparition (c).

⁸⁸⁴ Cass. 1ère Civ., 24 mai 2018, n°16-28.507 in MIJUSKOVIC, V. (2018) « Une décennie de rapport annuel d'activité pour le CGLPL » *Revue droit & santé* n°84, pp. 685-687.

a) *Les différentes formes de violence en hôpital psychiatrique commises par les patients*

La violence peut prendre deux types de formes au sein d'un établissement de soins psychiatriques :

- **L'agression** désigne une forme de comportement destinée à causer une blessure psychologique et / ou physique chez la victime⁸⁸⁵.

Toutes les agressions ne sont pas violentes mais peuvent annoncer des actes de violence⁸⁸⁶.

De ce fait, la violence est réservée à des actes agressifs intenses, parfois empreints de haine⁸⁸⁷.

Les violences entre patients ont été jusque très récemment négligées en tant que sujet d'étude⁸⁸⁸. Rappelons que seule une minorité de patients est à l'origine de ces incidents qu'ils soient dirigés contre les patients ou les soignants.⁸⁸⁹ Ils peuvent être fréquents sans être quotidiens.

De même, l'agression indirecte peut être de deux sortes différentes :

- La manipulation sociale, où l'agresseur manipule les autres patients et / ou soignants afin de nuire à sa victime
- L'agression d'apparence rationnelle, où l'agresseur tente de dissimuler son agression en adoptant un comportement rationnel, dénué de mauvaise intention⁸⁹⁰.

Une agression devient un **acte de violence** contre un soignant lorsqu'il comporte :

- Un comportement répété se fondant sur un déséquilibre de pouvoirs entre deux personnes ou plus
- Ensuite, il doit inclure une intention de nuire ou d'intimider ainsi que des abus physiques et / ou psychologiques
- Enfin, elle ne doit pas être provoquée à l'origine⁸⁹¹.

⁸⁸⁵ IRWIN, A. (2006) « The nurse's role in the management of aggression » *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13(3), 309-318.

⁸⁸⁶ ANDERSON, C. A. & BUSHMAN, B. J. (2002) « Human aggression » *Annual Review of Psychology*, 53, 27-51.

⁸⁸⁷ RIPPON, T. J. (2000) « Aggression and violence in health care professions » *Journal of Advanced Nursing*, 31(2), 452-460; HAUGVALDSTAD M. J. & HUSUM, T. L. (2016) « Influence of staff's emotional reactions on the escalation of patient aggression in mental health care » *International Journal of Law and Psychiatry*, 49, 130-137.

⁸⁸⁸ IRELAND, J. L. (2002) *Bullying among Prisoners: Review of Research and Recommendations for Intervention*. London: Brunner-Routledge, p. 159.

⁸⁸⁹ EATON, S., GHANNAN, M. and HUNT, N. (2000) « Study of prediction of violence on a psychiatric intensive care unit » *Medicine, Science and the Law* 40: 143-146.

⁸⁹⁰ BJORKQVIST, K., OSTERMAN, K. and LAGERSPETZ, K. M. J (1994) « Sex differences in covert aggression among adults » *Aggressive Behaviour* 20: 27-33.

⁸⁹¹ FARRINGTON, D. P. (1993) « Understanding and preventing bullying » in TONRY, M. (ed.) *Crime and*

Il n'est pas nécessaire que l'agression soit fréquente lorsqu'elle revêt une certaine gravité. Ce peut être l'exemple du patient qui, en état de décompensation, frappe le soignant en plein visage, causant une fracture du nez⁸⁹². Une étude britannique estime qu'environ un incident sur trois entraîne une atteinte physique, qu'elle soit infligée à un patient ou un soignant⁸⁹³.

L'acte de violence peut être dirigé de deux manières différentes contre le soignant :

- De manière directe : l'agresseur interagit directement avec sa victime, l'intention de nuire est claire (agression verbale, physique, sexuelle)
- De manière indirecte : plus subtil, l'agresseur n'interagit pas directement avec la victime. Son intention de nuire est équivoque (répandre des rumeurs, ostracisme de la victime, plaisanteries douteuses, calomnies, critiques, etc)⁸⁹⁴. Celle-ci serait plus fréquente au sein des hôpitaux psychiatriques.⁸⁹⁵

Parfois, l'acte de violence revêt une gravité particulière. Il s'agit d'un incident critique pouvant être de deux sortes :

- Les **crises** surviennent lorsqu'un individu perçoit des obstacles insurmontables l'empêchant de satisfaire un besoin⁸⁹⁶.

« L'objectif insurmontable » désigne par exemple l'interdiction d'aller et venir du patient, qui souhaiterait se promener à l'air libre plutôt que de rester enfermé. Il se livre par exemple à une dégradation de biens afin d'exprimer son mécontentement.

- Les **conflits** se produisent lorsque l'individu ne peut satisfaire un besoin car il est empêché par une ou plusieurs personnes⁸⁹⁷.

Dans cette hypothèse, un ou plusieurs soignants voire l'ensemble du corps médical est considéré comme responsable de la frustration du patient. La frustration est souvent dirigée contre eux⁸⁹⁸. En somme, la crise dirige la frustration du patient contre des biens tandis que le

Justice: A Review of Research. Chicago: University of Chicago Press, p. 141.

⁸⁹² IRELAND J. L. & SNOWDEN P. (2002) « Bullying in secure hospitals » *The Journal of Forensic Psychiatry*, Vol 13, No 3, December 2002, 538-554; BIRKETT, D. (1998) « In defence of the bully » *Guardian Weekend*, April 25, pp. 24-33.

⁸⁹³ BOWERS, L., STEWART, D., PAPADOPOULOS, C. *et al* (2011) « Inpatient violence and aggression: A literature review » Report from the Conflict and Containment Reduction Research Program, Institute of Psychiatry, King's College London, p. 72.

⁸⁹⁴ IRELAND J. L. & SNOWDEN P. (2002), *op. cit*, p. 538.

⁸⁹⁵ IRELAND J. L. (1999) « Bullying among prisoners: a study of adults and young offenders » *Aggressive Behaviour* 25: 162-178.

⁸⁹⁶ CARKUFF, R. R. & BERENSON, B. (1977) *Beyond counselling and therapy*. US: Thomson Learning, p. 281.

⁸⁹⁷ *Ibid*, p. 285.

⁸⁹⁸ WILMOT, W. W. & HOCKER, J. L. (1998) *Interpersonal conflict* (5th Ed.). Boston, MA: McGraw-Hill, p. 316.

conflit la dirige contre les soignants.

Plusieurs causes peuvent être à l'origine des agressions ou des faits de violence en hôpital psychiatrique : quelles sont-elles ?

b) A l'origine des faits de violence chez les patients psychiatriques

Il convient de rappeler que le sens de communauté n'existe pas en hôpital psychiatrique. Les patients n'ont pas toujours conscience qu'il existe d'une part les soignants et de l'autre les patients. Ils n'ont pas le sentiment d'appartenir à un groupe social défini et se définissent principalement par leurs troubles psychiatriques.

C'est justement parce que le patient se sent seul et se définit de manière purement individuelle que l'accomplissement de ses besoins est impérieux. Or, tout individu nécessite de combler ses besoins afin de s'accomplir. C'est la raison pour laquelle l'insatisfaction des besoins du patient peut le conduire à la commission de faits de violence⁸⁹⁹.

- L'absence d'accomplissement de soi chez le patient

Le patient aspire à la satisfaction de ses besoins les plus élémentaires : manger et boire en quantité suffisante, se sentir en sécurité, recevoir suffisamment d'amour et d'affection, atteindre une certaine stabilité émotionnelle comprenant le respect de soi-même et des autres, etc⁹⁰⁰. Ce n'est qu'une fois ces besoins physiques et psychiques satisfaits que le patient peut prétendre à l'accomplissement de soi ; cet objectif se poursuit tout au long de l'existence⁹⁰¹. Or, l'environnement hospitalier en psychiatrie empêche la réalisation de ses besoins en raison de ses nombreuses contraintes.

L'accomplissement de soi se décompose en plusieurs étapes :

- Le fait de se sentir compétent dans la réalisation d'une ou plusieurs activités qui lui tiennent à cœur

⁸⁹⁹ EARLEY, P. C. (1993) « East meets west meets Mideast: Further explorations of collectivists and individualistic work groups » *Academy of Management Journal*, 36, 319-348.

⁹⁰⁰ MASLOW, A. H. (1943) « A theory of human motivation » *Psychological Review*, 50, 370-396.

⁹⁰¹ RYAN, R. M. & DECI, E. L. (2000) « The darker and brighter sides of human existence: Basic psychological needs as a unifying concept » *Psychological Inquiry*, 11, 319-338.

- Le sentiment d'une certaine appartenance à un groupe social (famille, autre communauté)
- Le sentiment d'autonomie, c'est-à-dire la possibilité d'agir selon sa volonté⁹⁰².

Ainsi, l'acte de violence pouvant aller jusqu'à l'incident critique (crise ou conflit) se produit lorsque l'individu n'a plus aucune prise sur son existence. Il connaît alors un sentiment de vide, il se sent inutile et ne trouve aucun sens à son existence. Aucune des étapes de l'accomplissement de soi n'est remplie chez le patient dit violent ou disruptif⁹⁰³.

Malgré cette hypothèse, les causes de l'apparition de ces incidents critiques sont encore floues. Il est certain toutefois que le patient à l'origine de l'incident cherche à attirer l'attention sur un aspect qu'il juge déficient au sein de l'établissement. Le manque de communication ou d'empathie, d'attention envers les patients est souvent en cause⁹⁰⁴.

L'absence de réalisation des souhaits du patient psychiatrique ne justifie pas à elle seule la commission d'incidents violents. D'autres causes telles que la comorbidité, les antécédents judiciaires et la surpopulation hospitalière doivent être étudiées.

- La comorbidité, les antécédents judiciaires et la surpopulation hospitalière

Les troubles mentaux seuls ne suffisent pas à expliquer la survenue des incidents violents en hôpital psychiatriques⁹⁰⁵. D'autres caractéristiques telles que la consommation d'alcool ou de stupéfiants⁹⁰⁶, les antécédents judiciaires et le caractère asocial du patient peuvent les justifier⁹⁰⁷ bien qu'ils ne puissent s'appliquer avec certitude⁹⁰⁸.

⁹⁰² *Ibid*, p. 321.

⁹⁰³ GELFAND, M. J., NISHIL, L. H., HOLCOMBE, K., DYER, N., OHBUCHI, K. & FUKUMO, N. (2001) « Cultural influences on cognitive representation of conflict episodes in the US and Japan » *Journal of Applied Psychology*, 86, 1059-1074.

⁹⁰⁴ MEEHAN, T., MCINTOSH, W. & BERGEN, H. (2006) « Aggressive behaviour in the high-secure forensic setting: The perceptions of patients » *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7, 269-275.

⁹⁰⁵ MASON, T. (2000) « Managing protest behaviour: From coercion to compassion » *Journal of Psychiatry & Mental Health Nursing*, 7, 269-275.

⁹⁰⁶ MILLER, R. J., ZADOLINNYI, K. & HAFNER, R. J. (1993) « Profiles and predictors of assaultiveness for different psychiatric ward populations » *The American Journal of Psychiatry*, 150(9), pp. 1368-1373.

⁹⁰⁷ AMORE, M., MENCHETTI, M., TONTI, C., SCARLATTI, F., LUNDGREN, E., ESPOSITO, W. & BERARDI, D. (2008) « Predictors of violent behaviour among acute psychiatric patients: Clinical study » *Psychiatry & Clinical Neurosciences*, 62(3), 247-255; STUART, H. (2003) « Violence and mental illness: An overview » *World Psychiatry*, 2(2), 121-124.

⁹⁰⁸ FRIEDMAN, R. A. (2006) « Violence and mental illness – How strong is the link? » *New England Journal of Medicine*, 355(20), 2064-2066.

L'atmosphère stricte voire répressive de l'hôpital psychiatrique peut être mise en cause⁹⁰⁹. Cependant, il est difficile de prédire exactement ce qui pousse le patient à commettre un acte violent. La surpopulation dans les établissements psychiatriques en raison de la réduction du nombre de lits peut être mise en cause⁹¹⁰. Les patients se sentiraient opprimés ou menacés par la forte densité du service hospitalier qui les héberge⁹¹¹.

Cette réduction du nombre de places s'explique entre autres par la diminution des ressources allouées aux établissements psychiatriques : formation liée aux spécificités des soins psychiatriques insuffisante ou de mauvaise qualité, soignant en sous-effectif au regard du nombre de patients internés, pressions managériales de l'administration hospitalière en vue d'une sécurisation du service toujours plus importante, etc⁹¹².

Selon le Dr. Najman, « il est évident qu'un ou deux infirmiers, seuls au milieu de deux ou trois dizaines de malades, auront tendance à se tourner beaucoup plus vite vers des mesures d'isolement afin de se protéger »⁹¹³.

Dès lors, les soignants soumis à des injonctions irréalisables ordonnant de fermer toujours plus les services afin de les sécuriser : la priorité n'est plus accordée au soin des malades mais à la maîtrise des risques. Le fondement de leur profession n'est plus de soulager la souffrance des patients mais de surveiller et réprimer leurs moindres faits et gestes.

Cet état des lieux conduit inmanquablement à l'enfermement des patients, les restrictions de leurs libertés et l'emploi systématique de mesures de contrainte.

Aucune considération n'est accordée au respect de la dignité des patients, réduits à l'état de "risques" qu'il convient de surveiller en permanence.

Cependant, cette situation ne saurait être généralisée à tous les hôpitaux psychiatriques. Certains, aux moyens humains et financiers suffisants, administrent des soins de qualité sans transformer l'établissement en 'hôpital-prison'⁹¹⁴.

⁹⁰⁹ VAN DER HELM, G. H. P. (2011) *First do not harm: Group climate in secure correctional institutions* (Unpublished PhD thesis). Vu University, Amsterdam: SWP, p. 145.

⁹¹⁰ PRINS, H. (2002) « Cui bono? Withholding treatment from violent and abusive patients in NHS trusts: 'We don't have to take this » *The Journal of Forensic Psychiatry* Vol 13 No 2, September 2002, 391-406.

⁹¹¹ HARDIE, T. (1999) « Influence of patient density on violence and self-harming behaviour at a medium secure unit » *Medicine, Science and the Law* 39: 161-166.

⁹¹² NAJMAN (2015), *op. cit.*, p. 33.

⁹¹³ *Ibid.*, p. 33-34.

⁹¹⁴ *Ibid.*, p. 33-34.

A ce sujet, il convient de relever qu'un nombre important de patients est hospitalisé dans des services ou établissements trop sécurisés alors qu'ils ne présentent pas de réelle dangerosité⁹¹⁵. Seuls 22% des patients d'un établissement psychiatrique à très haute sécurité correspondent aux critères d'admission selon une autre étude⁹¹⁶. Or, les mauvais traitements sont légion dans les unités sécurisées.

A l'hôpital Val-de-Lys-Artois (Saint-Venant), les patients admis en UMD demeurent enfermés à clef dans leurs chambres quinze heures par jour. Ils ne sont autorisés à en sortir que pour prendre leur repas dans une salle commune prévue à cet effet. Une tentative de fugue d'un patient s'est d'ailleurs soldée par une tentative d'étranglement commise par un soignant⁹¹⁷.

Dès lors, pourquoi ne pas transférer au plus vite ces patients dans un service moins sécurisé ? Plusieurs raisons sont évoquées telles que la « dépendance des patients à la structure sécurisée » car ils y bénéficient de soins particuliers. Ils seraient incapables de se réadapter à un environnement plus ouvert en raison de leur « perte d'autonomie »⁹¹⁸.

L'explication paraît insuffisante car la perte d'autonomie du patient n'est pas irréversible. La responsabilité d'aider le patient à recouvrer cette capacité revient au soignant. Il est fondamental d'aider le patient à réintégrer le plus vite possible un établissement moins sécurisé, plus respectueux de l'exercice de ses libertés individuelles.

En effet, les patients hébergés en UMD souffrent d'une mauvaise qualité de vie : interdiction de garder en leur possession tout effet personnel, de recevoir des visites ou des appels, etc⁹¹⁹. C'est donc sans surprise que les troubles psychiatriques de ces patients s'aggravent, **les** conduisant souvent à la commission d'actes violents.

A ce sujet, on peut citer l'exemple d'une patiente placée en chambre d'isolement et sanglée au lit pendant plus de dix jours. Dès la mainlevée de sa mesure de contrainte, elle tente de s'échapper de l'hôpital par une fenêtre ouverte du bureau infirmier. Dans sa chute, elle se

⁹¹⁵ SHAW J., DAVIES J., MOREY H. (2001) « An assessment of the security, dependency and treatment needs of all patients in secure services in a UK health region » *The Journal of Forensic Psychiatry* Vol 12, No 3, December 2001, 610-637.

⁹¹⁶ MADEN, A., CURLE, C., MEUX, C., BURROW, S. and GUNN, J. (1995) « The treatment and security needs of patients in special hospitals » *Criminal Behaviour and Mental Health* 3: 290-306.

⁹¹⁷ COMITE EUROPEEN POUR LA PREVENTION DE LA TORTURE et des peines ou traitements inhumains ou dégradants ou CPT (2012), *op. cit.*, p. 59.

⁹¹⁸ KENNEDY, J., WILSON C. and COPE R. (1995) « Long-stay patients in a regional secure unit » *Journal of Forensic Psychiatry* 6: 541-551.

⁹¹⁹ SHAW J., DAVIES J., MOREY H. (2001), *op. cit.*, p. 628.

fracture les deux poignets et réintègre le service en ‘écopant’ de mesures de sécurité renforcées afin d’éviter toute autre tentative d’évasion.⁹²⁰

Il est donc indéniable que l'hospitalisation du patient au sein d'un service excessivement sécurisé peut le conduire à adopter un comportement dangereux pour lui-même ou autrui.

Le transfert de ces patients reste difficile en raison du manque de lits disponibles dans les hôpitaux moins sécurisés. En attendant ce transfert, les soignants pourraient améliorer la qualité de vie de ces patients en leur proposant des activités variées, en autorisant des visites fréquentes de leurs proches, etc.⁹²¹ En toute hypothèse, l'hospitalisation sous contrainte des patients au sein d'un hôpital trop sécurisé les expose à une véritable « maltraitance institutionnelle »⁹²².

En toute hypothèse, les malades n’ont pas voix au chapitre. Lorsqu’ils sont interrogés sur la possibilité de voir leur liberté d’aller et venir restaurée ne serait-ce qu’au sein de l’unité de soins, leurs réponses révèlent une réelle résignation : « je ne sais pas », « ce n’est pas à moi de décider », « je n’ai pas le choix ».⁹²³

Par ailleurs, certains patients perçoivent les soins comme une intrusion indésirable dans leur espace personnel voire comme une agression⁹²⁴, créant un contexte propice à l'apparition de faits de violence en hôpital psychiatrique.

- Les contextes propices à l’apparition de faits de violence

Tout système ayant pour objectif l'enfermement d'individus et la privation de leurs libertés mène inévitablement à l'apparition de protestations impulsives ou préméditées⁹²⁵.

Les circonstances conduisant les patients à commettre des incidents violents ont suscité un vif

⁹²⁰ NAJMAN, T. (2015), *op. cit*, p. 139.

⁹²¹ SHAW J., DAVIES J., MOREY H. (2001), *op. cit*, p. 628.

⁹²² DELARUE, J-M (2013), *op. cit*, p. 237.

⁹²³ VAUTHIER, J-F. (2016) « Contention, quand tu nous (re)tiens ! », *Revue droit & santé*, n°71, éditorial, pp. 333-335.

⁹²⁴ KANEY, S., WOLFENDEN, M., DEWEY, M. E. & BENTALL, R. P. (1992) « Persecutory delusions and recall of threatening propositions » *British Journal of Clinical Psychology*, 31, 85-87; FOSTER, C., BOWERS, L. & NIJMAN, H. (2007) « Aggressive behaviour on acute psychiatric wards: Prevalence, severity and management » *Journal of Advanced Nursing*, 58(2), p. 140-149.

⁹²⁵ IRELAND, C. A., HALPIN, L. & SULLIVAN, C. (2014) « Critical incidents in a forensic psychiatric population: An exploratory study of motivational factors » *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, Vol. 25, No. 6, 714-732; MEEHAN, T., MCINTOSH, W. & BERGEN, H. (2006) « Aggressive behaviour in the high-secure forensic setting: The perceptions of patients » *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7, 269-275.

intérêt chez les praticiens⁹²⁶. Les faits de violence directs sont susceptibles de se produire à deux périodes :

- Lors de l'admission du patient
- Au cours d'une hospitalisation de longue durée.

Le taux d'incidents graves est alors de deux à quatre fois supérieures dans les services psychiatriques contrairement aux autres services hospitaliers⁹²⁷.

Les faits de violence indirects consistent dans le fait de persécuter donne à l'agresseur un pouvoir et un statut au patient psychiatrique. Il cherche en quelque sorte à exercer un pouvoir qui lui échappe au détriment de sa victime⁹²⁸. Il faut d'ailleurs de rappeler que la répression des violences permet uniquement de les traiter dans l'urgence mais pas de les prévenir⁹²⁹. La réactivité et une bonne communication entre les soignants sont indispensables afin d'y mettre un terme dans les meilleurs délais⁹³⁰. Ils doivent faire preuve de vigilance afin de limiter les blessures physiques et les traumatismes psychiques subis par les victimes et les personnes ayant été témoins de l'incident⁹³¹.

S'il est utopiste de vouloir éradiquer toute forme de violence des hôpitaux psychiatriques, il reste possible de limiter leur apparition en amont⁹³². Cette tâche est des plus importantes en hôpital psychiatrique car les dommages infligés aux victimes (patients et soignants) sont considérables.

⁹²⁶ HAUTE AUTORITE DE SANTE (2016) *Guide méthodologique - Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en service de psychiatrie*, septembre 2016 ; DAFFERN, M., MAYER, M. M. & MARTIN, T. (2003) « A preliminary investigation into patterns of aggression in an Australian forensic psychiatric hospital » *The Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 14(1) : 67-84.

⁹²⁷ CARR, V. J., LEWIN, T. J., SLY, K. A., CONRAD, A. M., TIRUPATI, S., COHEN, M. *et al* (2008) « Adverse incidents in acute psychiatric inpatient units: Rates, correlates and pressures » *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 42(4), pp. 267-282; OBSERVATOIRE NATIONAL DES VIOLENCES EN MILIEU DE SANTE, direction générale de l'offre de soins : *Rapport annuel 2014*, ministère des Affaires sociales et de la santé : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_ONVS_2014.pdf (consulté le 13 juillet 2017), p. 127.

⁹²⁸ CONNELL A. & FARRINGTON, D. (1996) « Bullying among incarcerated young offenders: developing an interview schedule and some preliminary results » *Journal of Adolescence* 19: 75-93.

⁹²⁹ VAN DER HELM, G. H. P., BOEKEE, I., STAMS, G. J. J. M. & VAN DER HALM, P. H. (2011), *op. cit.*, p. 240.

⁹³⁰ VECCHI, G. M. (2009) « Conflict & crisis communication: Workplace and school violence, Stockholm syndrome and abnormal psychology » *Annals of Behavioural Sciences*, 30-39.

⁹³¹ *Ibid*, p. 33.

⁹³² IRELAND J. L. & SNOWDEN P. (2002), *op. cit.*, p. 549.

c) *Comment limiter l'apparition de faits de violence en hôpital psychiatrique ?*

Il convient de présenter les conséquences dommageables des faits de violences sur les patients et les soignants avant d'étudier les pistes permettant de réduire leur nombre.

- L'impact des faits de violence chez les patients et les soignants

Les patients victimes de violences peuvent connaître une aggravation de leurs troubles ainsi que des blessures physiques⁹³³. A l'instar des patients, les soignants subissent des dommages physiques (ecchymoses, coupures, entorses, fractures, pertes de connaissance) et psychologiques⁹³⁴. Celles-ci sont les plus dramatiques : sentiment de peur, désintérêt des soignants pour leur patient, perte de confiance en eux, sentiment d'impuissance face à la gravité des troubles des patients, colère, paranoïa, sentiment de désespoir, de vulnérabilité, voire dépression et actes d'automutilation pouvant aller jusqu'au suicide⁹³⁵. Souvent, ils s'isolent autres soignants en ayant le sentiment d'être incompris⁹³⁶.

Les soignants victimes de violences seraient davantage susceptibles de recourir à la contrainte afin d'instaurer une certaine discipline dans leur service et mieux contrôler les débordements⁹³⁷. De plus, il est fréquent que leur taux d'absentéisme augmente au moyen d'arrêts maladie⁹³⁸. De manière générale, une baisse de productivité est constatée lorsque leurs conditions de travail sont difficiles⁹³⁹. L'ambiance de travail devient anxiogène⁹⁴⁰ et les

⁹³³ *Ibid*, p. 547.

⁹³⁴ DI MARTINO, V. (2003) *Relationship between work stress and workplace violence in the health sector*. Geneva: World Health Organisation, p. 441.

⁹³⁵ BIGGAM F. H. and POWER K. G. (1998) « A comparison of the problem-solving abilities and psychological distress of suicidal, bullied and protected prisoners » *Criminal Justice and Behaviour* 25: 177-19; LIVINGSTONE, M. S. (1994) « Self-injurious behaviour in prisoners » unpublished PhD thesis, University of Leeds, UK, p. 227.

⁹³⁶ IRELAND J. L. & SNOWDEN P. (2002), *op. cit*, p. 547.

⁹³⁷ BUGENTHAL, D. (2009) « Predicting and preventing child maltreatment: A bio cognitive transactional approach » In A. SAMEROF (Ed.) *The transactional model of development: How children and contexts shape each other* (pp. 97-115). Washington, DC: American Psychological Association.

⁹³⁸ NINJMAN, H. L., BOWERS, L., OUD, N. & JANSEN, G. (2005) "Psychiatric nurses' experiences with inpatient aggression" *Aggressive Behaviour*, 31, 217-227.

⁹³⁹ NIJMAN, H. L., CAMPO, J. M. L. G., RAVELLI, D. P. & MERCKELBACH, H. L. G. J. (1999) « A tentative model of aggression on inpatient psychiatric wards » *Psychiatric Services*, 50, 832-834.

⁹⁴⁰ SCHUBERT, C. A., MULVEY, E. P., LOUGHRAN, T. A. & LOSOYA, S. H. (2012) « Perceptions of institutional experience and community outcomes for serious adolescent offenders » *Criminal Justice and Behaviour*, 39, 71-93.

soignants de moins en moins patients face aux besoins des patients⁹⁴¹. Toute la relation de confiance patient / soignant est altérée⁹⁴² et les patients se sentent maltraités par les soignants au sens littéral du terme⁹⁴³.

Ces conditions de travail éprouvantes provoquent d'ailleurs une augmentation des dépenses de santé au sein des établissements psychiatriques⁹⁴⁴. En effet, les aides-soignants, infirmiers et psychiatres ne sont pas formés pour faire constamment face à des actes de violence. Leur vocation première étant de soigner et non de réprimer, l'administration hospitalière en est réduite à recruter des agents de surveillance afin d'assurer la sécurité des soignants et maîtriser les patients agités.

Un service hospitalier excessivement sécurisé crée un cercle vicieux : les soignants peu empathiques, débordés et en sous-effectif répondent régulièrement par la répression⁹⁴⁵.

Les patients deviennent alors plus agressifs et réticents aux soins, commettant toujours plus de débordements et agressions contre les soignants⁹⁴⁶.

En somme, plus l'environnement de soins est répressif, plus les patients voudront en ébranler les fondements⁹⁴⁷. C'est la raison pour laquelle la sécurité et la salubrité des espaces de soins doit être assurée.

⁹⁴¹ VAN DER HELM, G. H. P., BOEKEE, I., STAMS, G. J. J. M. & VAN DER LAAN, P. H. (2011) « Fear is the key: Keeping the balance between flexibility and control in a Dutch youth prison » *Journal of Children's Services*, 4, 248-263.

⁹⁴² *Ibid*, p. 259.

⁹⁴³ MASON, T. (2000) « Managing protest behaviour: From coercion to compassion » *Journal of Psychiatry & Mental Health Nursing*, 7, 269-275.

⁹⁴⁴ HYDE, C. E. and HARROWER-WILSON, C. (1995) « Resource consumption in psychiatric intensive care: The costs of aggression » *Psychiatric Bulletin*, 19, 73-76.

⁹⁴⁵ PRINSEN, E. J. D. & VAN DELDEN, J. J. M. (2009) « Can we justify eliminating measures in psychiatry? » *Journal of Medical Ethics*, 35(1), 69-73; NEENDHAM, I. (2006) « Psychological responses following exposure to violence » In *Violence in mental health settings: Causes, consequences, management*, pp. 295-321. New York, USA: Springer.

⁹⁴⁶ KLIMSTRA, T. A., AKSE, J., HALE, W. W., RAAJIMAKERS, Q. A. W. & MEEUS, W. H. J. (2010) « Longitudinal associations between personality traits and problem behaviour symptoms in adolescence » *Journal of Research in Personality*, 44, 273-284; DUXBURY, J. (2002) « An evaluation of staff and patient views of and strategies employed to manage inpatient aggression and violence on one mental health unit: A pluralistic design » *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9(3), 325-337.

⁹⁴⁷ GOREN, S., SINGH, N. N., & BEST, A. M. (1993) « The aggression-coercion cycle: Use of seclusion and restraint in a child psychiatric hospital » *Journal of Child and Family Studies*, 2, 61-73.

- Le souci de garantir la sécurité et la salubrité des espaces de soins

Il est fondamental de recueillir toutes les informations pertinentes concernant l'incident survenu au sein du service hospitalier : date, heure, lieu, nom des patients impliqués, circonstances à l'origine de l'incident, réaction des soignants, sanction infligée au(x) patient(s) responsable(s), etc.⁹⁴⁸

D'autre part, une politique de prévention et de gestion des agressions devrait être mise en place dans chaque hôpital psychiatrique afin d'y faire face dans les meilleures conditions. Chaque soignant doit y être formé afin d'améliorer la pratique psychiatrique⁹⁴⁹.

En France, Mme Hazan, actuel CGLPL, déplore le recours trop fréquent à la contrainte surtout en cas de sous-effectif et l'absence de surveillance médicale appropriée⁹⁵⁰. Rappelons que seule la mise en danger du patient ou d'une tierce personne justifie l'emploi de la contrainte.

Cette situation se produit notamment en cas de transfert d'un 'patient détenu' (provenant d'un établissement pénitentiaire) afin de recevoir des soins psychiatriques. Ces patients, considérés sans examen médical comme trop dangereux pour être placés dans des chambres classiques, sont systématiquement isolés, menottés à leur lit et parfois sédatisés⁹⁵¹.

Mme Hazan déplore également l'absence de traçabilité des mesures de contrainte mises en œuvre. Une circulaire aurait dû voir le jour lorsque Marisol Touraine étaient encore ministre de la Santé et des affaires sociales, mais elle n'a pas aboutie⁹⁵².

L'insalubrité des chambres d'isolement est également dénoncée : sanitaires insuffisants et dégradants, salles de soins intensifs trop éloignés des postes de surveillance des soignants, luminaires en mauvais état ou inexistant... dans certains services, Mme Hazan relève même la nudité des patients placés en isolement⁹⁵³.

Le CPT a ainsi relevé en 2012 « plusieurs cas de patients en attente de placement en UMD mis en chambre d'isolement pendant des périodes prolongées pouvant aller jusqu'à six mois

⁹⁴⁸ IRELAND J. L. and SNOWDEN P. (2002), *op. cit.*, p. 549.

⁹⁴⁹ *Ibid.*, p. 550.

⁹⁵⁰ HAZAN, A. (2016), *op. cit.*, p. 27.

⁹⁵¹ *Ibid.*, p. 67.

⁹⁵² *Ibid.*, p. 67.

⁹⁵³ *Ibid.*, p. 28.

d'affilée ». ⁹⁵⁴ Ces patients étaient « sous contention complète », c'est-à-dire que leur abdomen, leurs membres inférieurs et supérieurs étaient totalement immobilisés par des sangles de contention de jour comme de nuit. Certains patients ne pouvaient faire leurs besoins qu'au moyen d'une sonde urinaire ⁹⁵⁵. Cette pratique est purement inacceptable d'un point de vue éthique ; il n'est pas étonnant que certains patients se révoltent contre de tels traitements.

Améliorer la salubrité des chambres et lieux communs de l'hôpital psychiatrique constitue une nécessité absolue. Le patient ne peut se sentir en sécurité dans des locaux inappropriés. De même, un nombre de lits suffisant doit être installé dans chaque établissement afin de faire face à la demande de soins. Ces conditions *sine qua non* doivent être résolues de toute urgence afin de dispenser des soins de qualité. Le cas échéant, il est inévitable que les patients subissent l'hospitalisation comme une mesure punitive, une mesure d'enfermement les conduisant à commettre des violences.

En toute hypothèse, est-il approprié de pénaliser le patient auteur de faits de violence ?

- Poursuivre pénalement les patients : un choix déontologiquement inacceptable

C'est avec la naissance de la psychiatrie moderne au XIX^{ème} siècle que le fou a été reconnu en tant que patient en vertu de la loi Esquirol de 1838. L'article 64 du code pénal de 1810 prenait en compte la démence de l'auteur d'une infraction au moment des faits afin de le déclarer pénalement responsable ou non. La loi offrait deux alternatives : soit le malade était fou et interné en application de la loi Esquirol, soit il était sain d'esprit et condamné à une peine d'emprisonnement. Ce manichéisme prend fin avec la circulaire Chaumié du 20 décembre 1905 qui prévoit l'hypothèse selon laquelle l'auteur de l'infraction « souffre d'anomalies mentales momentanées » permet une atténuation de la peine pénale. Ce n'est qu'en 1994 que l'ancien article 64 sera remplacé par l'article 122-1 du code pénal. ⁹⁵⁶

La loi a alors invité le psychiatre à évaluer le degré de responsabilité de l'individu dont les facultés mentales ont été altérées au moment des faits. Or, en conseillant le juge sur le degré

⁹⁵⁴ COMITE EUROPEEN POUR LA PREVENTION DE LA TORTURE et des peines ou traitements inhumains ou dégradants ou CPT (2012), *op. cit.*, p. 68.

⁹⁵⁵ *Ibid.*

⁹⁵⁶ HENNION-JACQUET P. (2015) « La psychiatrisation du droit pénal, entre fusion et confusion » in *L'institution psychiatrique au prisme du droit – La folie entre administration et justice*, sous la direction de G. Koubi, P. Hennion-Jacquet et V. Azimi, éd. Panthéon-Assas, p. 93.

de responsabilité de l'auteur des faits, il émet un avis sur sa *dangerosité*.⁹⁵⁷ Le psychiatre est devenu incontournable à toutes les étapes de la procédure pénale dans la répression des infractions sexuelles dans un premier temps⁹⁵⁸. Il se prononce sur les possibilités de resocialisation des auteurs d'infractions sexuelles bien qu'il ne soit pas formé sur ces questions. Il étudie également le degré de dangerosité de l'auteur de l'infraction souffrant d'un trouble grave de la personnalité.⁹⁵⁹ Plus récemment, il a été demandé au psychiatre de se prononcer sur la nécessité de délivrer au condamné des soins psychiatriques (injonction de soins, suspension de peine pour raisons médicales)... sur lesquels nous reviendrons plus tard.⁹⁶⁰

Le juge pénal n'est pas assez formé sur la question des troubles mentaux et se repose volontiers sur l'avis du psychiatre. Ses conclusions influencent le tribunal de manière prépondérante. S'il est admis que l'avis de l'expert ne lie pas le juge, il est fréquent qu'il se conforme à l'expertise, faute de connaissances médicales suffisantes. L'expertise assume alors une fonction répressive alors qu'elle ne constitue jamais une vérité absolue : on peut légitimement se questionner sur sa fiabilité. D'autre part, le juge court le risque que le malade, une fois réinséré dans la société récidive. Il se peut également que les victimes ne comprennent pas une telle décision, désireux de voir le condamné purger une peine d'emprisonnement afin de racheter sa faute.⁹⁶¹ Ensuite, l'apport des conclusions de l'expert psychiatre peut porter atteinte au respect du contradictoire au détriment de la personne accusée. Souvent, l'expert demeure le seul à porter un regard sur son degré de responsabilité sans qu'un autre expert soit nommé afin d'apporter un autre éclairage sur la question. Des conclusions divergentes peuvent également être versées au procès⁹⁶² : comment trancher dans ce cas ? Le juge se fondera-t-il sur l'expertise la plus longuement documentée ou celle se prononçant en faveur d'une condamnation pénale, par « sécurité » ?

⁹⁵⁷ POUPART, J., DOZOIS, J., LALONDE, M. (1982) « L'expertise de la dangerosité » *Criminologie*, vol. 15, n°2, pp. 7-25.

⁹⁵⁸ Loi n°98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs.

⁹⁵⁹ Loi n°2008-174 du 25 février 2008 relative à la détention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental.

⁹⁶⁰ Loi n°2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales.

⁹⁶¹ Art. 246 du Code de procédure pénale ; PELTIER, V. (2012) « Expertise et dangerosité : le nouveau statut juridique de l'expertise en matière de lutte contre la récidive » in *Mélanges en l'honneur de J-H Robert*, Paris : LexisNexis, pp. 575-584.

⁹⁶² HENNION-JACQUET P. (2015), *op. cit*, p. 97.

L'existence de troubles mentaux chez le malade devrait l'écartier de toute peine répressive ou du moins en atténuer la sévérité. C'est pourtant le contraire qui se produit : l'article 122-1 al. 2 prévoit qu'en présence de troubles « psychiques ou neuropsychiques », le juge pénal peut choisir de réduire ou allonger la durée de la peine de manière discrétionnaire. Les décisions rendues sont très aléatoires, suivant l'avis médical exprimé par l'expert psychiatre, la gravité de l'infraction commise, la clairvoyance du juge qui estimera bon de le déclarer pénalement irresponsable, etc.⁹⁶³ Le malade mental souffre d'une double peine : perçu par la société comme un 'fou criminel', il ne bénéficie pas d'une atténuation mais d'une aggravation de sa peine, dans la crainte qu'il ne récidive en vertu d'un principe de précaution⁹⁶⁴. L'hospitalisation psychiatrique devrait être privilégiée face à la solution répressive : le malade mental condamné reste en premier lieu malade et devrait logiquement bénéficier de soins adaptés. Ainsi, « le deuxième alinéa de l'article 122-1 peut jouer contre les prévenus, dans la mesure où il ne comporte pas une atténuation systématique de la peine [...] des peines plus lourdes sont parfois décidées, et les réquisitions sont de plus en plus souvent dépassées par les cours d'assises ».⁹⁶⁵

Il existe de ce fait une fusion de la psychiatrie et du droit pénal qui pose problème : l'avis médical donné par le psychiatre permet de légitimer la sanction du condamné. En d'autres termes, le juge pénal reconnaît chez le condamné l'existence de troubles mentaux au moment de la commission des faits. Il le condamne tout de même à une peine d'emprisonnement qui lui sera délétère alors qu'ordonner des soins psychiatriques serait plus logique d'un point de vue thérapeutique. C'est la raison pour laquelle le nombre de malades mentaux emprisonnés ne cesse d'augmenter comme le confirment des rapports de commissaires aux droits de l'homme⁹⁶⁶ et de parlementaires⁹⁶⁷. De même, la lutte contre la délinquance et la récidive s'accroît au nom de l'impératif sécuritaire⁹⁶⁸. Les sanctions pénales sont plus sévères envers

⁹⁶³ MANZANERA, C. & SENON, J-L (2015) « L'article 122-1 alinéa 2 après la loi du 15 août 2014 : Incidence et questionnements », *op. cit.*, p. 121.

⁹⁶⁴ ROBILIARD, D. (2013) conclusions des travaux de la mission sur *La santé mentale et l'avenir de la psychiatrie*, Rapport d'information parlementaire n°1662, Assemblée nationale, 18 décembre 2013.

⁹⁶⁵ SENON, J-L & MANZANERA, C. (2005) « Psychiatrie et justice pénale : à la difficile recherche d'un équilibre entre soigner et punir » *AJ Pénal*, 10/2005, pp. 353-357.

⁹⁶⁶ GIL-ROBLES, A. (2008) *Le respect effectif des droits de l'homme en France à la suite de sa visite du 5 au 21 septembre 2005*, Bureau du Commissaire aux droits de l'homme ; Mémoire de T. Hammarberg, CommDH(34), 20 novembre 2008.

⁹⁶⁷ BARBIER, G., DEMONTES, C., LECERF, J-R & MICHEL, J-P (2010) *Prison et troubles mentaux : comment remédier aux dérives du système français ?* Rapport d'information n°34 fait au nom de la commission des loins et de la commission des affaires sociales, 5 mai 2010.

⁹⁶⁸ LAMEYRE, X. (2001) « Une justice pénale 'psychopatique' ? » in *Les psychopathies graves. L'évolution psychiatrique*, vol. 66, n°4, Paris : Elsevier, pp. 655-664.

le fou qui est moins considéré comme un malade en souffrance que comme un dangereux délinquant à emprisonner à tout prix⁹⁶⁹.

Il n'est alors pas étonnant que seuls 0,4% des accusés sont déclarés pénalement irresponsables en raison de la gravité de leurs troubles mentaux.⁹⁷⁰ Les psychiatres sont plus enclins à ne retenir qu'une altération des facultés mentales de l'individu afin d'assurer que les malades 'marqués' par l'incarcération ne récidivent pas. La présence de troubles psychiatriques chez le condamné ne permet plus d'atténuer sa peine mais de l'aggraver : déclaré fou, donc dangereux, il est condamné à une peine d'emprisonnement plus longue que l'individu sain d'esprit.

Nous verrons plus loin qu'il est utopique d'affirmer que les malades mentaux condamnés pénalement recevront des soins médicaux appropriés en prison. Il est alors peu surprenant que les soignants ne portent pas plainte contre les malades auteurs de violences en hôpital psychiatrique⁹⁷¹. En effet, ce risque de violences fait partie inhérente de leur profession⁹⁷². Ces incidents sont pourtant lourds de conséquences pour les soignants sur le plan somatique et psychique. De surcroît, dénoncer ces faits aux forces de l'ordre reviendrait à porter atteinte à la relation de confiance patient / soignant, particulièrement fragile⁹⁷³. Il serait alors moralement répréhensible pour le soignant d'endosser le rôle d'accusateur⁹⁷⁴. D'autres encore subissent un fort sentiment de culpabilité, endossant la responsabilité d'un incident qu'ils n'ont pu empêcher⁹⁷⁵.

Pourtant, il est important que les patients ne reproduisent pas ces actes car les patients réintégreront la société tôt ou tard⁹⁷⁶. Si le dialogue avec le soignant constitue une solution

⁹⁶⁹ HENNION-JACQUET P. (2015), *op. cit.*, p. 95.

⁹⁷⁰ LOVELL, A. M. (2005) *Rapport de la commission « Violence et santé mentale » : travaux préparatoires à l'élaboration du plan Violence et Santé*, Paris : ministère de la Santé et des Solidarités, p. 79.

⁹⁷¹ KUMAR, S, FISCHER, J., NG, B., CLARKE, S. & ROBINSON, E. (2006) « Prosecuting psychiatric patients who assault staff: A New Zealand perspective » *Australian Psychiatry*, 14(3), 251-255.

⁹⁷² COYNE, A. (2002) « Should patients who assault staff be prosecuted? » *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9, 139-145.

⁹⁷³ DINWIDDIE S. & BRISKA, W. (2004) « Prosecution of violent psychiatric inpatients: Theoretical and practical issues » *International Journal of Law and Psychiatry*, 27, 17-29.

⁹⁷⁴ APPELBAUM, K. L. & APPELBAUM, P. S. (1991) « A model hospital policy on prosecuting patients for presumptively criminal acts » *Hospital & Community Psychiatry*, 42(12), 1233-1237.

⁹⁷⁵ MILLER, R. D. & MAIER, G. J. (2002) « Nonsexual boundary violations: Sauce for the gander » *The Journal of Psychiatry & Law*, 30, 309-329.

⁹⁷⁶ QUANBECK, C. (2006) « Forensic psychiatric aspects of inpatient violence » *Psychiatric Clinics of North America*, 29, 743-760; QUANBECK, C., MCDERMOTT, B., LAM J., EISENSTARK, H., SOKOLOV, G. & SKOTT, C. (2007) « Categorisation of aggressive acts committed by chronically assaultive state hospital patients » *Psychiatric Services*, 58(4), 521-528.

idéale⁹⁷⁷, elle est malheureusement insuffisante lorsque le patient ne parvient pas à être raisonné, surtout en état de décompensation. Bien qu'il constitue un pis-aller, le recours à la contrainte reste largement pratiqué afin de faire comprendre au patient que les violences qu'il a commises sont prohibées⁹⁷⁸.

Trois cas de patients peuvent être cités à ce sujet.

1^{er} exemple : Mary, hospitalisée sous contrainte, souffre de schizophrénie et d'une addiction aux stupéfiants. Au cours de son hospitalisation, elle viole le règlement intérieur de l'unité de soins à plusieurs reprises. Lorsqu'une infirmière lui reproche sa conduite, Mary la frappe violemment au visage et sur le corps à coups de pied. L'infirmière souffre d'un léger traumatisme crânien et son nez est brisé.

L'infirmière décide de porter plainte au regard de la gravité des faits. Les graves troubles mentaux de la patiente font cesser les poursuites, qualifiant la patiente de personne pénalement irresponsable. Mary explique ne ressentir aucun remords ; elle se sentait frustrée et voulait prouver à l'infirmière qu'elle était suffisamment forte malgré son hospitalisation. Elle est régulièrement placée en isolement afin d'éviter que de tels faits se reproduisent⁹⁷⁹.

Cette situation montre bien tout le dilemme que constitue la gestion des violences infligées par les patients. Incarcérer la patiente la rendrait encore plus agressive mais le dialogue seul est inefficace.

2^e exemple : Mike, hospitalisé sous contrainte, souffre de schizophrénie. Il est connu pour sa propension à agresser sexuellement les femmes, patientes comme soignantes. Il commet une nouvelle tentative de viol sur une infirmière qui reste impunie en raison de ses antécédents psychiatriques. Plus tard, transféré dans une autre unité de soins, il commet un viol sur une patiente⁹⁸⁰.

Le placement du patient en isolement aurait-il pu empêcher la commission de ce viol ? Les soignants ont-ils omis de mentionner ses précédentes tentatives d'agressions sexuelles dans son dossier médical ? A nouveau, la seule communication entre le soignant et le patient n'aurait pas suffi.

⁹⁷⁷ VAN LEEUWEN, M. E. & HARTE, J. M. (2011) « Violence against care workers in psychiatry: Is prosecution justified? » *International Journal of Law and Psychiatry*, 34, 317-323.

⁹⁷⁸ DINWIDDIE S. & BRISKA, W. (2004), *op. cit.*, p. 21.

⁹⁷⁹ VAN LEEUWEN, M. E. & HARTE, J. M. (2011), *op. cit.*, p. 321.

⁹⁸⁰ *Ibid*, p. 321.

3^e exemple : Rob, hospitalisé sous contrainte souffre de schizophrénie. Il agresse verbalement une infirmière en agitant devant elle un couteau, sans la toucher. Il nie les faits devant la justice mais reproduit peu après le même geste. Il écope d'une peine d'emprisonnement de deux mois à l'issue de laquelle il est réhospitalisé en UMD⁹⁸¹.

L'agression est ici caractérisée sans qu'il y ait eu contact avec la victime. En condamnant pénalement le patient, le juge a-t-il fait preuve de clairvoyance ou d'excès de zèle ? Une condamnation préventive serait illégale puisque toute condamnation pénale doit se fonder sur des faits avérés. Néanmoins, les indices étaient-ils suffisamment graves, de nature à laisser penser qu'une tentative de violences volontaires voire de meurtre allait être commise ?

Une dernière solution, plus discutée, consiste dans le recrutement d'agents de sécurité. Ils prêtent main forte aux soignants en sous-effectif lorsque les patients troublent la bonne marche du service en participant à la mise en œuvre des moyens de contrainte⁹⁸².

Les surveillants aident également à la sécurisation des périmètres (blocage des portes) et maîtrisent physiquement les patients.

Or, la prise en charge des patients requiert des compétences auxquels seuls les soignants sont formés. Le malade ne doit en aucun cas être réduit à l'état de risque en raison de sa 'dangerosité'. C'est bien d'un patient dont il est question ici, un être humain en grande souffrance dont les besoins de santé doivent être traités.

C'est la raison pour laquelle le CGLPL recommande vivement de mettre un terme à ces pratiques. En pratique pourtant, il est très fréquent que les agents de sécurité remplacent les soignants, surtout pendant les services de nuit⁹⁸³.

Une autre piste de réduction des incidents violents en psychiatrie consiste à renforcer la sécurité structurelle des services hospitaliers. En améliorant la qualité de vie des patients et les conditions de travail des soignants, les incidents violents seraient moins susceptibles de se produire, par exemple en mettant en place un programme de gestion de la violence hospitalière.

- Le programme de gestion de la violence hospitalière proposé par la HAS

En 2012, M. Delarue (ancien CGLPL) soulignait l'importance d'une bonne formation chez les

⁹⁸¹ *Ibid.*

⁹⁸² DELARUE, J-M. (2012), *op. cit.*, p. 92.

⁹⁸³ *Ibid.*, p. 92.

soignants concernant les actions de prévention afin que les soignants soient préparés au mieux lorsqu'un patient présente un danger pour autrui ou lui-même.

Une bonne transmission des informations entre les équipes de jour et de nuit est également fondamentale ; tout incident significatif doit être mentionné⁹⁸⁴. Il serait d'ailleurs intéressant d'organiser entre soignants et patients des groupes de réflexion sur ces violences. Ils leur permettraient de suggérer les meilleures solutions à mettre en place afin de mettre fin à l'incident tout en préservant les libertés individuelles des patients⁹⁸⁵.

A ce titre, la HAS propose la mise en place d'un programme de prévention et de gestion de la violence hospitalière en psychiatrie en quatre étapes⁹⁸⁶ : l'information, la prévention, la gestion de l'incident violent et l'organisation de projet au niveau institutionnel.

L'information

Les soignants doivent réaliser un « projet thérapeutique individuel » comprenant le diagnostic psychiatrique et somatique du patient, ses symptômes, ses antécédents médicaux, judiciaires ainsi que sa réponse thérapeutique au traitement (s'il est efficace ou non). Une fois ces données recueillies, les soignants rédigent un plan de prévention avec le patient et l'informent des procédures qui seront mises en place si un incident violent devait survenir.⁹⁸⁷

La prévention

Les soignants doivent ensuite mettre en place des « stratégies de désamorçage de situations à risque de violence » : accueillir le patient agité au sein d'un espace d'apaisement prévu à cet effet et s'il échoue, faire appel à des renforts (présence effective de plusieurs soignants) afin de maîtriser physiquement le patient⁹⁸⁸.

Une stratégie de désamorçage consiste à mettre fin à la situation de violence en amont. Il s'agit d'apaiser le patient et empêcher la survenue de l'incident violent. C'est en désamorçant les petites tensions du quotidien que cette prévention sera efficace. Dans cette optique, les

⁹⁸⁴ *Ibid*, p. 90.

⁹⁸⁵ *Ibid*, p. 91.

⁹⁸⁶ HAUTE AUTORITE DE SANTE (2016) *Guide méthodologique - Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en service de psychiatrie*, septembre 2016, p. 15.

⁹⁸⁷ *Ibid*, p. 15.

⁹⁸⁸ *Ibid*, p. 23.

soignants devraient toujours apporter une réponse aux sollicitations des patients, au besoin en leur donnant un délai qu'ils s'efforceront de respecter.

Il s'agit également de prêter attention aux conflits pouvant naître entre les patients, prendre garde à ce que les soignants n'appliquent pas de directives contradictoires, témoignent empathie et compréhension aux demandes formulées par les patients, emploient le vouvoiement en signe de respect, etc⁹⁸⁹. Les soignants doivent rester vigilants face à l'apparition de « signes d'appel cliniques », c'est-à-dire les signes annonciateurs d'une situation de tension chez le patient : angoisse, frustration, menaces verbales, propos incohérents, sentiment de menace, cris, existence d'une 'cible' perçue comme le persécuteur pour le patient, etc⁹⁹⁰.

Engager un entretien avec le patient dès l'apparition de ces signes faciliterait le désamorçage de la situation de violence. Le soignant doit cerner les demandes du patient, apaiser sa souffrance, son angoisse, l'aider à solliciter ses ressources afin de surmonter son agressivité, etc. Les gestes trop brusques, les postures, manifestations et intonations d'autorité doivent être évitées. Le soignant doit s'exprimer dans un langage clair, simple, intelligible, respectueux. De même, l'écoute du patient, la patience et l'empathie sont indispensables afin de mener à bien cette tâche.

Il est surprenant que la HAS propose « l'administration à bon escient de psychotropes » dans cette logique de désescalade de la violence. Le soignant suggère au patient la dispensation de ce traitement dans "son intérêt" tout en prenant en compte les préférences du patient – ce qui est difficilement compatible.⁹⁹¹

S'il est logique de prévenir l'incident violent par le dialogue, le recours à la sédation suscite une certaine controverse puisqu'il s'agit d'un moyen de contrainte qui n'est pas sans risques pour la santé du patient. Le patient agité recherche certainement un échange humain et une oreille compréhensive pour soulager ses maux. Or, recourir à la sédation n'est sans doute pas ce qu'il désire : ce serait pour le soignant une solution de facilité. Il se déresponsabilise en quelque sorte du patient en se reposant sur l'action de la substance plutôt que par le dialogue⁹⁹².

⁹⁸⁹ *Ibid.*

⁹⁹⁰ *Ibid.*

⁹⁹¹ *Ibid.*, p. 23.

⁹⁹² MILLET, B., VANELLE, J. M. & BENYAYA, J. (2014) « Psychotropes et urgences » in MILLET

La gestion de l'incident violent

Les soignants doivent toujours communiquer avec le patient au cours de l'intervention afin de rassurer le patient sur la procédure mise en œuvre : contrainte physique, géographique et / ou chimique. Face au silence de la loi, des faisceaux d'indices permettent de déterminer si la mesure de contrainte est légale ou non⁹⁹³.

D'abord, la mesure de contrainte doit toujours être précédée d'un acte d'agression commis par le patient sur autrui ou lui-même⁹⁹⁴. Il est difficile d'affirmer que la contrainte est justifiée lorsque la violence est uniquement verbale⁹⁹⁵.

Ensuite, la qualité de l'environnement thérapeutique doit être prise en compte : soignants en sous-effectif, locaux insalubres, chauffage insuffisant... plus la qualité des soins est mauvaise, plus le recours à la contrainte sera fréquent⁹⁹⁶.

Enfin, les traumatismes psychiques et les blessures somatiques infligés au patient permettant de déterminer si la contrainte ordonnée était excessive ou non⁹⁹⁷.

La HAS recommande par ailleurs aux soignants l'organisation d'une « réunion d'équipe post-incident » afin d'assurer une meilleure gestion des incidents ultérieurs⁹⁹⁸. Les soignants y retranscrivent par écrit les contraintes exercées, leur contexte, le nombre de soignants impliqués, la réaction du patient, etc.

Cette réunion a pour objectif de mettre en place la procédure la plus rapide et efficace afin de mettre fin à la situation d'urgence dans les meilleures conditions. Le patient doit se sentir écouté et protégé tout le long de la mesure mise en œuvre.

B., VANELLE, J. M. & BENYAYA, J., *Prescrire les psychotropes*, (2e édition), éditions Elsevier-Masson, pp. 353-360.

⁹⁹³ CUSACK, P., MC ANDREW, S., CUSACK, F. & WARNE, T. (2016) « Restraining good practice: Reviewing evidence of the effects of restraint from the perspective of service users and mental health professionals in the United Kingdom (UK) » *International Journal of Law and Psychiatry*, 46, 20-26.

⁹⁹⁴ PERKINS, E., PROSSER, H., RILEY, D. & WHITTINGTON, R. (2012) « Physical restraint in a therapeutic setting: A necessary evil? » *International Journal of Law and Psychiatry*, 35, 43-49.

⁹⁹⁵ DUXBURY, J. (2002) « An evaluation of staff and patient views of and strategies employed to manage inpatient aggression and violence on one mental health unit: A pluralistic design » *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9(3), 325-337.

⁹⁹⁶ LEES, S., GRAY, R., GOURNAY, K., WRIGHT, S., PARR, A. M. & SAYER, J. (2003) « Views of nursing staff on the use of restraint » *Journal of Psychiatry and Mental Health Nursing*, 10, 425-430.

⁹⁹⁷ JONES, P. & KROESE, B. S. (2006) « Service users' views of physical restraint procedures in secure settings for people with learning disabilities » *British Journal of Learning Disabilities*, 35, 50-54; FOSTER, C., BOWERS, L. & NIJMAN, H. (2007) « Aggressive behaviour on acute psychiatric wards: Prevalence, severity and management » *Journal of Advanced Nursing*, 58(2), p. 140-149.

⁹⁹⁸ HAUTE AUTORITE DE SANTE (2016), *op cit*, p. 34.

L'organisation de projet au niveau institutionnel

En dernier lieu, la HAS recommande d'élaborer un guide promouvant la prévention de la violence au sein du service hospitalier et une meilleure formation des soignants⁹⁹⁹.

En tout état de cause, les soignants doivent respecter le patient, reconnaître l'existence de ses troubles, de sa dignité et de ses droits, maintenir une relation de confiance avec les patients et les soignants¹⁰⁰⁰.

La HAS conclut en ces termes : « pour être rassurante, une équipe doit elle-même être rassurée par une organisation, des champs d'intervention, des objectifs clairement définis... [elle aura alors] une meilleure capacité d'anticipation face aux incidents violents [...]. Un environnement bien traitant qui mise sur la qualité de la relation établie avec le patient reste la meilleure prévention de la violence ». ¹⁰⁰¹

Une étude britannique relève les mêmes dysfonctionnements lorsque surviennent des incidents violents. Elle relève un travail d'équipe insuffisant, un temps de relève trop court entre les services de jour et de nuit, des interruptions fréquentes lors des échanges avec les patients, des ordres contradictoires au sein d'un même service, de mauvaises relations avec l'encadrement managérial, l'isolement dans le travail¹⁰⁰², une mauvaise organisation dans la dispensation des soins, etc¹⁰⁰³.

Appliquer ces procédures pourtant pertinentes exige une augmentation des moyens humains dans les hôpitaux psychiatriques. Il est donc indispensable que les effectifs des soignants psychiatriques soient renforcés.

Jusqu'ici, seules les violences commises par les patients ont été abordées. Bien que l'immense majorité des soignants fasse preuve d'une implication et d'un savoir-faire honorables, les

⁹⁹⁹ *Ibid*, p. 37.

¹⁰⁰⁰ CUSSON, R. M. & STRANGE, S. N. (2008) « Neonatal nurse practitioner role transition: The process of re-attaining expert status » *Journal of Perinatal and Prenatal Nursing*, 22(4), 329-337; ZAPATKA, S. A., CONELIUS, J., EDWARDS, J., MEYER, E. & BRIENZA, R. (2014) « Pioneering a primary care adult nurse practitioner interprofessional fellowship » *Journal for Nurse Practitioners*, 10(6), 378-386.

¹⁰⁰¹ HAUTE AUTORITE DE SANTE (2016), *op. cit*, p. 22.

¹⁰⁰² SARGENT, L. & OLMEDO, M. (2013) « Meeting the needs of new-graduate nurse practitioners: A model for support transition » *Journal of Nursing Administration*, 43(11), 603-610.

¹⁰⁰³ ESTRYN-BEHAR, M., VAN DER HEIJDEN, B., CAMERINO, D., FRY, C., LE NEZET, O., CONWAY, P. M. *et al* (2008) « Violence risks in nursing-results from the European 'NEXT' study » *Occupational Medicine*, 58(2), 107-114.

dérives commises par ces derniers ne doivent pas être occultées¹⁰⁰⁴.

Lorsque des **faits de violence** verbale, physique ou sexuelle sont **commis par un soignant**, « l'incident » est considéré comme isolé et passé sous silence. Les mesures nécessaires pour empêcher que les mêmes fait se reproduisent à nouveau, ne sont pas prises.

Ce silence confinant au tabou s'avère particulièrement toxique pour les patients. En effet, le patient victime de violences est particulièrement vulnérable en raison de ses troubles et de son statut de malade. Son hospitalisation le réduit à la condition de patient passif, soumis à la rigidité de la structure hospitalière et de son règlement¹⁰⁰⁵.

Par crainte d'ébruiter les faits, l'administration hospitalière prend rarement les sanctions nécessaires, se limitant à « recommander à l'auteur des faits de prendre des congés ». Le soignant fautif n'écope d'aucune mesure de suspension (la suspension provisoire est une mesure conservatoire reposant sur l'urgence et l'intérêt du public) et encore moins de radiation de l'Ordre de sa profession (il s'agit de la sanction disciplinaire la plus lourde). La victime n'est pas prise en charge et aucun soutien psychologique n'est apporté aux patients ayant été témoins des faits¹⁰⁰⁶.

Deux jurisprudences récentes démontrent une prise de conscience progressive concernant les violences commises par les soignants sur les malades psychiatriques.¹⁰⁰⁷ Il s'agit dans les deux espèces d'actes de violences commis sur des patients adultes souffrant de lourds troubles du développement (autisme). Plusieurs infirmiers et aides-soignants étaient poursuivis pour violences volontaires sur personnes vulnérables n'ayant entraîné aucune incapacité. Ils ont été condamnés à des peines d'emprisonnement avec sursis et pour l'un d'entre eux, à une peine complémentaire d'interdiction d'exercer la profession d'infirmier selon les articles 222-13 et 222-44 CP.¹⁰⁰⁸

Il est heureux que le juge pénal ait enfin prononcé une condamnation pénale contre des soignants accusés de faits de violences sur leurs patients. Bien que leur peine ait été

¹⁰⁰⁴ DELARUE, J-M. (2012), *op. cit.*, p. 92.

¹⁰⁰⁵ *Ibid.*

¹⁰⁰⁶ *Ibid.*

¹⁰⁰⁷ T. corr. Nîmes, 17 janvier 2017, n° 17/180 et T. corr. Nîmes, 5 octobre 2016, n°16/2382 in FONTAINE, C. & TOUZELLIER, M. (2017) « Personnels soignants et violences volontaires commises sur des patients atteints de troubles mentaux sévères : prologue », *Revue droit et santé* n°78, pp. 524-527.

¹⁰⁰⁸ *Ibid.*, p. 526.

relativement clément, elle annonce à l'avenir d'autres condamnations pour le moment occultées par la culture du secret en milieu hospitalier.

Bien sûr, nous n'ignorons pas les difficultés d'exercice de cette profession. Les prévenus ont fait état de « la vétusté des locaux, du manque de personnel, d'horaires difficiles », de « conflits sur le plan de la personnalité » entre les soignants et plus généralement « d'un fonctionnement en vase clos et d'un climat délétère au sein de l'établissement »¹⁰⁰⁹.

Ces conditions de travail ne peuvent excuser de tels actes, à savoir des « brimades, coups, humiliations, surdosage médicamenteux » infligés aux patients. Il est d'ailleurs inquiétant que l'alerte ait été donnée par quelques stagiaires au sein de l'établissement et non par les soignants en exercice. Leurs témoignages mettent en lumière une véritable culture du secret qu'il est important de dénoncer. Ces deux condamnations mettent à mal l'impunité des soignants psychiatriques auteurs de violences sur les patients. Il faut espérer que ces décisions les dissuaderont de commettre de tels méfaits ou de les faire cesser au plus vite.

D'autres incidents peuvent survenir au sein d'un établissement de soins psychiatriques : violences auto-agressives commises par les patients, fugues ou sorties médicales non autorisées et les comportements ou relations sexuelles entre patients.

3) La gestion des autres incidents en hôpital psychiatrique : relations sexuelles, fugues et violences auto-agressives

Les incidents survenant en hôpital psychiatrique recouvrent une réalité plus vaste que les seules violences hétéro-agressives. Ils comprennent entre autres les comportements à connotation sexuelle (a), les fugues (b) et les violences auto-agressives commises par les patients (c). D'autre part, il faudra s'intéresser au cas du patient psychiatrique désirant mourir et de son accès aux soins de fin de vie (d).

a) *L'interdiction des comportements à connotation sexuelle et de l'acharnement thérapeutique*

L'interdiction des comportements et relations sexuelles est affirmée en hôpital psychiatrique. Aussi appelés « comportements inappropriés », elle s'applique aux relations entre patients et

¹⁰⁰⁹ *Ibid.*

aux relations entre soignants et patients.

- L'interdiction des comportements à connotation sexuelle entre patients

Les libertés individuelles des patients sont particulièrement entravées en hôpital psychiatrique : liberté d'aller et de venir, de recevoir des visites, des appels, droit de conserver ses effets personnels, de porter ses propres vêtements, etc.

Ce postulat se confirme dans **l'interdiction des patients d'entretenir des relations sexuelles au cours de leur hospitalisation**. Si la sexualité n'est pas un sujet tabou dans nos sociétés occidentales, il en est tout autrement lorsqu'il s'agit de patients présentant des troubles psychiatriques¹⁰¹⁰. Cette question suscite la méfiance des professionnels de santé, des proches des patients et de la société prise dans sa globalité¹⁰¹¹.

Cette prohibition pose problème car les patients peuvent être hospitalisés plusieurs mois ou plusieurs années. Une étude britannique estime que près d'un patient psychiatrique sur cinq a été hospitalisé pendant plus de cinq ans¹⁰¹².

Comment expliquer une telle réticence ? Les soignants craignent que les deux partenaires ne soient pas consentants. Déjà fragiles psychologiquement, ils seraient davantage vulnérables et incapables de se défendre face à une agression sexuelle.¹⁰¹³ Dès lors, comment préserver les patients d'une hypothétique exploitation sexuelle de leur corps, des infections sexuellement transmissibles ou des grossesses non désirées¹⁰¹⁴ ?

Cette crainte est légitime car les agressions sexuelles commises par les soignants sur les patients ne seraient pas rares¹⁰¹⁵. Selon l'agence britannique de protection des patients, 19 accusations de viol sur des patients ont été rapportées en 2006 et 50% d'entre elles impliquaient

¹⁰¹⁰ MOSSMAN, D., PERLIN, M. L. & DORFMAN, D. A. (1997) « Sex on the wards: Conundrum for clinicians » *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 25(4), 441-460.

¹⁰¹¹ DEIN, K. E., WILLIAMS, P. S., VOLKONSKAIA, I., KANYEREDZI, A., REAVEY, P. & LEAVEY, G. (2016) « Examining professionals' perspectives on sexuality for services users of a forensic psychiatry unit » *International Journal of Law and Psychiatry*, 44, 15-23.

¹⁰¹² DEIN, K. E., WILLIAMS, P. S., VOLKONSKAIA, I., KANYEREDZI, A., REAVEY, P. & LEAVEY, G. (2016), *op. cit.*, p. 15.

¹⁰¹³ DEIN, K. E. & WILLIAMS, P. S. (2008) « Relationships between residents in secure psychiatric units: Are safety and sensitivity incompatible? » *The Psychiatrist*, 32, 284-287.

¹⁰¹⁴ LAGIOS, K. & DEANE, F. P. (2007) « Severe mental illness is a new risk marker for blood-borne viruses and sexually transmitted infections » *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 31(6), 562-566.

¹⁰¹⁵ BATCUP, D. (1994) *Mixed sex wards: Recognising and responding to gender issues in mental health settings and evaluating their safety for women*. Interim report for the Bethlem and Maudsley NHS Trust: The Maudsley Audit Office, p. 114.

des soignants, impliquant agressions verbales et physiques. 0,3% des faits relataient des agressions sexuelles¹⁰¹⁶.

Bien qu'ils doivent être pris en compte, ces chiffres ne peuvent justifier une interdiction absolue de relations sexuelles entre patients, le droit à une vie privée constituant un de leurs droits inaliénables¹⁰¹⁷. En effet l'article 9 alinéa 1 du **code civil** dispose que chaque individu a droit au respect de sa vie privée. Cette prohibition serait la conséquence des théories eugénistes du début du XXème siècle qui soutenaient l'idée que les malades psychiatriques ne devaient pas se reproduire au risque de transmettre leurs "gènes défectueux" à leur progéniture¹⁰¹⁸. La folie étant considérée par les eugénistes comme « une effroyable défiguration héréditaire de l'humanité [...], une contrainte sévère devrait être exercée en vue d'empêcher la libre propagation de la race de ceux qui sont gravement touchés par la folie [et] l'imbécilité ». ¹⁰¹⁹ Or, les troubles mentaux ne sont pas nécessairement génétiques. De même, interdire aux patients le droit à une vie sexuelle épanouie est contraire à la conception moderne que notre société 'libérée' se fait de la sexualité. La recherche de l'intimité et l'expression d'une sexualité entre deux adultes consentants sont considérées comme naturelles. Pourquoi en serait-il autrement pour ces patients ?¹⁰²⁰

L'article 8 de la Convention européenne abonde en ce sens : le droit à une vie sexuelle est inhérent au respect de la vie privée, de même que cette interdiction est nuisible au patient sur le plan social. Il est alors plus difficile pour le patient de nouer des liens avec les autres individus sans qu'il s'agisse de relations sentimentales.

Sur le plan sexuel, il n'est pas sain de refouler indéfiniment ses pulsions, que l'individu souffre de troubles mentaux ou non. Les patients psychiatriques étant particulièrement vulnérables, réfréner leur désir risque d'aggraver leurs troubles¹⁰²¹. La possibilité d'avoir des relations

¹⁰¹⁶ NATIONAL PATIENT SAFETY AGENCY (NPSA) (2006) "With safety in mind: mental health services and patient safety" » *Patient Safety Observatory Report*. 2, July 2006, p. 52.

¹⁰¹⁷ READ, J., BENTALL, R. P & MOSHER, B. (2005) *Models of madness: Psychological, social and biological approaches to schizophrenia*. London: Routledge, p. 263.

¹⁰¹⁸ RUANE, J. & HAYTER, M. (2008) « Nurses' attitudes towards sexual relationships between patients in high security psychiatric hospitals in England: An exploratory qualitative study » *International Journal of Nursing Studies*, 45(12), 1731-1741.

¹⁰¹⁹ GALTON, F. (1908) *Memories of my life, by Francis Galton*. Londres : Methuen, pp. 311 et 323.

¹⁰²⁰ GIDDENS, A. (1992) *The transformation of intimacy: Sexuality, love and eroticism in modern societies*. Cambridge: Polity Press, p. 146.

¹⁰²¹ AKHTAR, S., CROCKER, E., DICKEY, N. et al. (1977) « Overt sexual behaviour among psychiatric inpatients » *Archives of General Psychiatry*, 30, 180-182.

sexuelles les placerait dans de meilleures conditions afin d'améliorer leur santé mentale. Comblé ce besoin peut les inciter à suivre correctement leur traitement afin retrouver à terme une vie normale hors des murs de l'établissement.¹⁰²²

Une autre explication réside dans les mœurs conservatrices qui seraient en vigueur dans les hôpitaux psychiatriques. Les psychiatres interdiraient les relations sexuelles afin de protéger la réputation de l'hôpital. De telles allégations porteraient atteinte à la crédibilité de l'établissement comme des soignants, craignant que la société ne perçoive négativement ces faits.¹⁰²³

Les arguments en faveur d'une autorisation des relations sexuelles entre patients ont conduit à une évolution des mentalités. Des psychiatres recommandent par exemple de sensibiliser les patients sur les contraceptions disponibles¹⁰²⁴ ou suggèrent des formations à destination des soignants afin de combattre les idées reçues sur la sexualité des patients¹⁰²⁵.

Une autre piste consiste à s'inspirer des visites autorisées du partenaire, époux ou compagnon du détenu dans les établissements carcéraux. Pourquoi ne pas mettre en place des chambres réservées aux proches du patient afin de préserver leur intimité ? Cette même solution pourrait être appliquée entre deux patients désirant se livrer à une activité sexuelle consentie¹⁰²⁶.

A ce titre, l'arrêt rendu par la cour administrative d'appel de Bordeaux du 6 novembre 2012 sanctionne le règlement intérieur d'un hôpital ayant interdit de manière générale toute relation sexuelle entre les patients, comme étant constitutif d'une violation de l'article 8 de la CEDH.¹⁰²⁷ Pourtant, il ne faut pas y voir une autorisation sans limites des relations sexuelles en hôpital psychiatrique. Le rapporteur public, D. Katz le formule en ces termes : « il n'est pas question de chasser une prescription extrême et aveugle – l'interdiction générale et absolue des relations sexuelles – pour la remplacer par une opposition extrême et tout aussi aveugle – la

¹⁰²² DEIN, K. E., WILLIAMS, P. S., VOLKONSKAIA, I., KANYEREDZI, A., REAVEY, P. & LEAVEY, G. (2016), *op. cit.*, p. 21.

¹⁰²³ *Ibid.*

¹⁰²⁴ KALICHMAN, S. C., GREENBERG, J. & ABEL, G. G. (1997) « HIV-seropositive men who engage in high-risk sexual behaviour: Psychological characteristics and implications for prevention » *AIDS Care*, 9(4).

¹⁰²⁵ HENSLEY, C., TEWKSBURY, R. & CASTLE, T. (2003) « Characteristics of prison sexual assault targets in male Oklahoma correctional facilities » *Journal of Interpersonal Violence*, 18(6), 595-606.

¹⁰²⁶ *Ibid.*, p. 601.

¹⁰²⁷ CAA Bordeaux, ch. 2, 6 novembre 2012, n° 11BX01790 in VIALLA, F. (2013) « Privée de vie privée : 'Vol retour' au-dessus d'un nid de coucou » *Revue droit & santé*, n°52, chron., pp. 141-151.

permission absolue de ces relations... cela signifie que la restriction à la liberté en cause doit être proportionnée à la situation de chaque cas »¹⁰²⁸. Or, faire l'effort de faciliter des contacts intimes entre les patients qui le désirent incombe *in fine* aux soignants. Il leur revient d'évaluer le 'risque' que représente le malade pour les autres patients et sa capacité à prendre en considération les désirs, la notion de consentement de son partenaire, la nécessité de faire usage des moyens de contraception, etc. Autant de questions qui méritent d'être étudiées avec le concours des patients et des soignants.

Il semble que les modalités pratiques de ces relations sexuelles ne soient pas réellement un obstacle telles que la mise à disposition d'une chambre prévue à cet effet. Au contraire, l'opposition des soignants et de l'opinion publique seraient en cause. Le malade mental est considéré à tort comme totalement déssexualisé, réduit à sa seule condition de malade psychiatrique, ou perçu comme un être pervers susceptible de profiter de la moindre opportunité pour commettre ses méfaits.¹⁰²⁹ Loin de cette dualité réductrice, il semblerait que la meilleure façon d'aboutir au respect de ce droit fondamental serait d'échanger en premier lieu avec les soignants : collaborer avec eux revient à approfondir la relation de soins. La possibilité pour le malade d'exprimer ses désirs, son besoin de chaleur humaine rappelle cette évidence selon laquelle le patient est un être humain comme les autres, exigeant d'être traité avec le même respect.

Si les psychiatres reconnaissent volontiers l'importance d'une vie sexuelle équilibrée entre patients, il en est tout autrement lorsque les soignants sont impliqués.

- La prohibition des comportements à connotation sexuelle entre patients et soignants

Les relations sexuelles entre patients et soignants sont formellement interdites. Il est alors surprenant que la question ne soit pas explicitement abordée dans le Code de déontologie médicale... L'article 2 rappelle à l'évidence le respect de la personne du patient et de sa dignité¹⁰³⁰. L'article 3 dispose que la conduite du soignant « ne doit pas servir à corrompre les

¹⁰²⁸ KATZ, D. (2013) « Peut-on interdire les relations sexuelles aux patients d'un hôpital psychiatrique ? » *AJDA*, p. 115.

¹⁰²⁹ THIERRY, J-B. (2011) « La sexualité des personnes handicapées » in PY, B. *et al*, *La pudeur et le soin*, p. 83-84; VIALLA, F. (2012) « Sentiments, vie privée, vie affective, vie sexuelle et institution sanitaire ou médico-sociale » *Revue droit & santé*, n45, chron. p. 23 et s.

¹⁰³⁰ Article 2 du Code de déontologie de l'Ordre national des médecins.

mœurs »¹⁰³¹ tandis que l'article 51 interdit « toute immixtion sans raison professionnelle dans la vie privée des patients ».¹⁰³² Le serment d'Hippocrate rappelle cette interdiction de manière très claire : « dans toutes les maisons où je dois entrer, je pénétrerai pour l'utilité des malades, me tenant à l'écart de toute injustice volontaire, de tout acte corrupteur en général, et en particulier des relations amoureuses avec les femmes ou les hommes ».¹⁰³³

Cette interdiction reste absolue aussi bien en France qu'aux Etats-Unis¹⁰³⁴. L'interdiction s'applique à tous les professionnels de santé médicaux (médecins, psychiatres) et paramédicaux (aides-soignants, infirmiers, brancardiers, ambulanciers). Tout soignant travaillant au contact du patient se voit appliquer cette interdiction.

De même, tout contact de nature sexuelle avec les patients est strictement prohibé : exhibition d'organes génitaux, contact physique suggestif avec les organes génitaux ou non, pénétration sexuelle, etc¹⁰³⁵.

Les soignants s'adonnant à ce genre de pratiques chercheraient à combler leurs besoins émotionnels ou sexuels¹⁰³⁶ et non ceux du patient¹⁰³⁷. Or, tout contact de nature sexuelle dans le but de 'satisfaire les besoins affectifs, émotionnels ou sexuels du patient' est interdit. La relation thérapeutique ne doit pas impliquer de relation sentimentale ou sexuelle ; celle-ci mettrait en péril la confiance que le patient place chez le soignant.

Cette responsabilité repose sur le soignant car le patient demeure dans un état de grande vulnérabilité. La liberté du patient est entravée par l'hospitalisation : il est donc logique qu'ils soient en droit d'attendre des soins de qualité dans un cadre thérapeutique sécurisant¹⁰³⁸.

En dépit de cet interdit, « une authentique relation amoureuse peut émerger entre un soignant et un soigné » selon le Conseil national de l'Ordre des médecins : « le soigné doit alors être pris en charge par un autre soignant ». Le désir amoureux ne répondant à aucune logique, il est

¹⁰³¹ Article 3 du Code de déontologie de l'Ordre national des médecins.

¹⁰³² Article 51 du Code de déontologie de l'Ordre national des médecins.

¹⁰³³ JOUANNA J. (1992) *Hippocrate*, annexe I, Librairie Arthème Fayard, Paris, p. 150.

¹⁰³⁴ JEHU, D. (1994) *Patients as Victims: Sexual Abuse in Psychotherapy and Counselling*. London: Wiley, p. 219.

¹⁰³⁵ *Ibid*, p. 222.

¹⁰³⁶ THOMAS-PETER B. & GARRETT T. (2000) « Preventing sexual contact between professionals and patients in forensic environments » *The Journal of Forensic Psychiatry* Vol 11, No 1, April 2000, 135-150.

¹⁰³⁷ PETERSON, M. (1992) *At Personal Risk: Boundary Violations in Professional-Client Relationships*. New York: Norton, p. 88.

¹⁰³⁸ LANGS, R. (1976) *The therapeutic interaction*. New York: Jason Aronson, p. 119.

tout de même fondamental que le patient soit confié aux soins d'un autre professionnel de santé. Cette mesure n'est cependant qu'indicative¹⁰³⁹, ce qui limite son application.

Certains patients psychiatriques sont plus exposés au risque de subir des gestes ou paroles à connotation sexuelle de la part des soignants. Il s'agit des patients ayant été pénalement appréhendés et hospitalisés sous contrainte¹⁰⁴⁰ et ceux ayant subi des sévices ou ayant connu des rechutes. Contrairement aux autres patients, leur hospitalisation serait beaucoup plus longue de telle sorte qu'ils nécessitent de soins plus importants.

Il convient de rappeler que le recours au chantage, à la persuasion, l'intimidation, la surprise, la menace ou la force physique constitue déjà une rupture dans la relation de confiance entre patient et soignant¹⁰⁴¹.

Les comportements inappropriés concernent également les patients ayant quitté l'hôpital depuis six mois¹⁰⁴² ou même depuis dix ans¹⁰⁴³. Cette interdiction demeure qu'importe que le patient ait réintégré la société, soit considéré comme guéri et apte à reprendre le cours d'une existence normale.

Il faut rappeler que le Code pénal s'applique à tous, y compris au médecin : le viol peut lui être reproché, défini par « tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise ». L'infraction suppose tout *acte de pénétration sexuelle* et d'autre part que cet acte *soit réalisé à l'égard d'une personne non consentante*.¹⁰⁴⁴

Il est communément admis que certains médicaments « perturbent la lucidité, la vigilance et la capacité de résister » du patient, aussi appelée « soumission chimique ». Il faudra citer plusieurs espèces à ce titre : celle d'un médecin « ayant administré un traitement inadapté à base de Valium afin d'affaiblir une jeune femme pour pratiquer sur elle des attouchements

¹⁰³⁹ PY, B. (2018) « Faut-il interdire les relations sexuelles entre médecins et patients ? Quand une pétition rappelle que l'enfer est pavé de bonnes intentions », *Revue droit et santé*, n°83, pp. 440-444.

¹⁰⁴⁰ MAIER, G. J., BERNSTEIN, M. & MUSHOLT, E. A. (1989) « Personal coping mechanisms for prison clinicians: Toward transformation » *Journal of Prison & Jail Health* 8: 28-39.

¹⁰⁴¹ THOMAS-PETER B. & GARRETT T. (2000), *op. cit.*, p. 142.

¹⁰⁴² Association for Neurolinguistic Programming: Psychotherapy and Counselling Section (1994) *Public Information Booklet*. Washington, DC: ANP, p. 78.

¹⁰⁴³ SHOPLAND, S. & VANDE CREEK L. (1991) « Sex with ex-clients: Theoretical reasons for prohibition » *Ethics and Behaviour* 1(1): 35-44.

¹⁰⁴⁴ Article 222-23 du Code pénal in PY, B. (1999) *Le sexe et le droit*, PUF, coll. « Que sais-je ? », n°3466, p. 54 et s.

sexuels », ¹⁰⁴⁵ le cas d'un étudiant en médecine condamné à quatre ans de prison pour viol sous Rivotril, un antiépileptique à l'effet sédatif, ¹⁰⁴⁶ et enfin un médecin auteur d'agressions sexuelles sur une patiente sous l'effet d'un relaxant ayant subi des attouchements au niveau du sexe. ¹⁰⁴⁷

De même, les relations sexuelles entre le soignant et le compagnon, époux, partenaire, proche ou membre de la famille du patient sont interdites ¹⁰⁴⁸. Ces liens sont susceptibles de briser la confiance du patient placée chez le soignant en faisant naître chez lui des sentiments de trahison, de colère, de vengeance, d'aversion voire de haine. Une agression, voire un fait de violence menace alors le soignant fautif.

La jurisprudence américaine *Mazza c. Huffaker* ¹⁰⁴⁹ condamne sur le terrain de la responsabilité civile le soignant ayant entretenu des relations intimes avec l'épouse de son patient. Les juges en ont déduit que le psychiatre n'exerçait pas l'art thérapeutique avec les connaissances, les compétences et le sens éthique que tout soignant doit appliquer.

Malgré le caractère absolu de cette interdiction ¹⁰⁵⁰, une étude américaine révèle que près de 7% des soignants ont admis avoir eu des relations sexuelles avec un ou plusieurs de leurs patients, qu'il ait été hospitalisé ou ait bénéficié de soins ambulatoires. En moyenne, les relations duraient entre trois et cinq ans. L'étude n'indique pas qui du patient ou du soignant a pris l'initiative de cette relation, l'étendue des rapports physiques, la présence ou absence de relations sexuelles, etc. ¹⁰⁵¹

Il a été affirmé plus haut que le patient ayant une vie sexuelle épanouie avait une meilleure amélioration de son état de santé mental. Cependant, le résultat est inverse lorsque patient et soignant s'adonnent à des relations sexuelles. Dans deux tiers des cas, le patient met un terme

¹⁰⁴⁵ Cass. Crim. 27 octobre 2004, n°04-81.237 in PY, B. (2018) « Faut-il interdire les relations sexuelles entre médecins et patients ? Quand une pétition rappelle que l'enfer est pavé de bonnes intentions », *Revue droit et santé*, n°83, pp. 440-444.

¹⁰⁴⁶ Cass. Crim. 20 octobre 2015, n°12-88264 in PY, B. (2018), *op. cit.*, p. 442.

¹⁰⁴⁷ Cass. Crim. 8 décembre 2004, n°04-81.092 in PY, B. (2018), *op. cit.*, p. 443.

¹⁰⁴⁸ SLOVENKO, R. (2006a) « Patient and non-patient spouse lawsuits for undue familiarity » *The Journal of Psychiatry & Law*, 34, 567-578.

¹⁰⁴⁹ *Mazza v Huffaker* (1983) 61 N.C. App. 170, 300 S.E.2d 833 in SLOVENKO, R. (2006a), *op. cit.*, p. 568.

¹⁰⁵⁰ *Ibid.*

¹⁰⁵¹ GARTRELL, N., HERMAN, J., OLARTE, S. FELDSTEIN, M. & LOCALIO, R. (1986) « Psychiatrist-patient sexual contact: results of a national survey, I: Prevalence » *American Journal of Psychiatry* 143(9): 1126-1131.

au traitement qui lui a été administré¹⁰⁵².

Les raisons justifiant le refus du patient de recevoir son traitement restent obscures. Le soignant lui a-t-il imposé un contact physique ? La relation consensuelle entre patient et soignant devenait-elle conflictuelle en raison de l'interdit qui l'entoure ? La rupture amoureuse seule était-elle la cause de ce refus des soins ?

En toute hypothèse, ces contacts de nature sexuelle provoquent une aggravation des troubles psychiatriques des patients sur le long terme¹⁰⁵³. Plus la relation est longue, plus ces effets négatifs seront importants, bien qu'un seul contact sexuel suffise à traumatiser le patient. Le patient peut adopter un comportement autodestructeur pouvant aller jusqu'à la tentative de suicide¹⁰⁵⁴.

L'interdiction des contacts de nature sexuelle entre le patient et le soignant porte gravement atteinte à la qualité des soins psychiatriques chez un patient déjà fragile. Cette prohibition est donc clairement justifiée.

Les hôpitaux psychiatriques sont traditionnellement caractérisés par une véritable culture du secret. L'existence de ce tabou¹⁰⁵⁵ empêche de traiter ces incidents de manière préventive, c'est pourquoi ces faits sont très rarement sanctionnés¹⁰⁵⁶.

D'autre part, l'attirance d'une personne envers une autre n'est pas analysée de manière sereine. L'interdit déontologique empêche de déconstruire par exemple le mythe selon lequel l'agresseur est nécessairement le soignant de sexe masculin et la victime de sexe féminin¹⁰⁵⁷.

Plusieurs psychiatres ont émis des recommandations afin d'appréhender ce problème :

- Ecarter les candidatures des soignants ayant eu par le passé des relations contraires à l'éthique médicale

Cette mesure implique de tenir un registre mentionnant les soignants ayant adopté un comportement ou tenu des propos inappropriés envers un patient.

- Former les soignants sur ces questions dès leur entrée en fonction : comment éviter

¹⁰⁵² JEHU, D. (1994), *op. cit.*, p. 224.

¹⁰⁵³ COLLINS, T. D., MEBED, A. A. K. & MORTIMER, A. L. (1978) « Patient-therapist sex: Consequences for subsequent treatment » *McLean Hospital Journal* 3: 24-36.

¹⁰⁵⁴ POPE, K. S. & VETTER, V. A. (1991) « Prior therapist-patient sexual involvement among patients seen by psychologists » *Psychotherapy* 28(3): 429-438.

¹⁰⁵⁵ STAKE, J. E. & OLIVER, J. (1991) « Sexual contact and touching between therapist and client: a survey of psychologists' attitudes and behaviour » *Professional Psychology: Research and Practice* 22(4): 297-307.

¹⁰⁵⁶ THOMAS-PETER B. & GARRETT T. (2000), *op. cit.*, p. 141.

¹⁰⁵⁷ STAKE, J. E. & OLIVER, J. (1991), *op. cit.*, p. 302.

toute ambiguïté lors d'un entretien ou d'un soin avec un patient, détecter en amont des signes révélant une érotisation de la relation patient / soignant, les faveurs ou considérations particulières accordées à un patient, rappeler l'importance de ne pas rentrer dans la chambre d'un patient lorsque celui-ci est dénudé...

- Organiser régulièrement des thérapies de groupe entre patients et soignants afin de sensibiliser à ces questions l'ensemble des acteurs concernés dans un cadre ouvert afin de libérer la parole¹⁰⁵⁸.

A ce sujet, l'Association américaine de psychiatrie (APA) a formulé ses propres directives :

- Interdiction de pots-de-vin et autres cadeaux entre soignants et patients
- Interdiction d'un vocabulaire inapproprié, à connotation érotique entre soignants et patients
- Obligation pour le soignant de porter une tenue appropriée lorsqu'il fait face au patient

Pourtant, la limite entre ce qui est autorisé ou non est parfois ténue, notamment en cas de contact physique. Celui-ci est inévitable à l'occasion d'un soin, d'un simple geste de réconfort ou d'apaisement lorsque le patient commence à s'agiter.¹⁰⁵⁹ Il est évident que le contact physique avec une partie génitale est interdit, mais à quel moment une accolade, un regard, un serrement de mains... devient indécent ?

D'autres comportements sont interdits tels que l'exploitation des patients à des fins financières ou affectives (chantage affectif)¹⁰⁶⁰ et l'acharnement thérapeutique.

- L'interdiction de l'acharnement thérapeutique

L'acharnement thérapeutique est rattaché à la catégorie des comportements inappropriés au sein d'un hôpital psychiatrique¹⁰⁶¹. Même animé des meilleures intentions, le soignant peut être tenté d'outrepasser son rôle. Il s'agit par exemple du soignant s'identifiant trop au patient sans parvenir à mettre une certaine distance entre le malade et lui¹⁰⁶², par exemple lorsque le

¹⁰⁵⁸ THOMAS-PETER B. & GARRETT T. (2000), *op. cit.*, p. 146-147.

¹⁰⁵⁹ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2001) *The principles of Medical Ethics with annotations especially applicable to Psychiatry*. Washington, DC: APA, p. 163.

¹⁰⁶⁰ EPSTEIN, R. S. & SIMON, R. I. (1990) « The Exploitation Index: An early warning indicator of boundary violations in psychotherapy » *Bulletin of the Menninger Clinic*, 54: 450-465; MILLER, R. D. & MAIER, G. J. (2002) « Nonsexual boundary violations: Sauce for the gander » *The Journal of Psychiatry & Law*, 30, 309-329.

¹⁰⁶¹ GRUENBERG, P. B. (2001) « Boundary violations » in *Ethics Primer of the American Psychiatric Association*. Washington DC: American Psychiatric Press, p. 148.

¹⁰⁶² DUCKWORTH, K. S., KAHN, M. W., GUTHEIL, T. G. (1994) « Roles, quandaries and remedies: Teaching

soignant nourrit le projet de "sauver le patient"¹⁰⁶³.

Les soignants concernés estiment ne pas s'impliquer de manière excessive dans la relation de soins¹⁰⁶⁴. D'une part, il faut veiller à ce que le soignant ne soit pas fragile émotionnellement. Il doit faire preuve du détachement nécessaire à l'exercice de leur profession. Un juste équilibre est nécessaire : le soignant doit s'impliquer dans l'exercice de l'art thérapeutique mais sans excès afin de se préserver¹⁰⁶⁵.

L'expérience du soignant doit également être prise en considération : a-t-il fréquemment travaillé au contact de patients psychiatriques ? A-t-il déjà exercé au sein d'une UMD ? Quel est son niveau de tolérance avec les patients dits 'dangereux' ? Possède-t-il le sang-froid nécessaire au cours d'une mesure de contention ?¹⁰⁶⁶

De plus, le soignant doit travailler en équipe en faisant appel à ses collègues lorsque la situation l'exige. Il doit aussi avoir la capacité de s'ouvrir émotionnellement aux autres soignants, partager son ressenti, son expérience, ses émotions¹⁰⁶⁷ en particulier après le recours à la contrainte sur un patient.

Les violences commises sur les patients ou les soignants ainsi que les comportements inappropriés ne sont pas les seuls incidents susceptibles de se produire dans les établissements psychiatriques. Les fugues, ou sorties non médicales non autorisées, retiendront ici notre attention.

b) La commission des fugues ou sorties non autorisées par les patients psychiatriques

Il convient en premier lieu de définir le terme de fugue ou sortie médicale non autorisée et d'en préciser les contours.

professional boundaries to medical students » *Harvard Review of Psychiatry* 1: 266-270.

¹⁰⁶³ SABEY, M. & GAFNER, G. (1996) « Boundaries in the workplace » *Health Care Supervisor*, 15: 36-40.

¹⁰⁶⁴ UNGAR, C. (1982) *An epidemic of love*. Unpublished report, Mendota Mental Health Institute, August 5th, 1982.

¹⁰⁶⁵ MAIER, G. J. (1986) « Relationship security: The dynamics of keeper and kept » *Journal of Forensic Sciences* 31: 603-608.

¹⁰⁶⁶ MILLER, R. D. & MAIER, G. J. (2002), *op. cit.*, p. 318.

¹⁰⁶⁷ MILLER, R. D., MAIER, G. J. & KAYE M. (1988) « Orienting the staff of a new maximum-security forensic facility » *Hospital & Community Psychiatry* 39: 780-781.

- Définition et caractéristiques des fugues ou sorties médicales non autorisées

Une fugue suppose le « fait pour quelqu'un, en particulier un mineur, de s'enfuir de son domicile » ainsi que « l'action de partir momentanément quelque part, escapade sans conséquence »¹⁰⁶⁸ Tout l'enjeu de cette définition est de savoir à partir de quelle durée d'absence la fugue est caractérisée. De même, un patient hospitalisé volontairement peut-il être considéré en fugue s'il sort de l'établissement sans autorisation de son psychiatre ?

La fugue comporte également l'hypothèse du patient qui, bénéficiant d'une sortie autorisée par le psychiatre, outrepassé les limites qui lui ont été données. C'est le cas par exemple du patient qui retourne dans l'établissement à 20h au lieu de 18h comme le psychiatre le lui avait prescrit.¹⁰⁶⁹

Le signalement de cet incident aux autorités locales risque-t-il de renvoyer une image négative du service ? Au contraire, faut-il systématiquement informer les pouvoirs publics des fugues afin de préserver la responsabilité des soignants et de l'hôpital ?¹⁰⁷⁰

Le terme même de fugue est particulièrement flou : sa définition varie d'un établissement voire d'un service à l'autre. L'absence de définition dans la loi, les codes de déontologie ou les recommandations de bonnes pratiques entretient cette confusion sémantique¹⁰⁷¹. Les mesures employées pour y faire face seront donc très variables.

Cette situation se retrouve aussi bien en France qu'au Royaume-Uni ou aux Etats-Unis.

L'hypothèse de fugue la plus fréquente concerne le patient récemment hospitalisé sous contrainte. Bouleversé, le patient ne comprend pas les raisons de son hospitalisation et tente de s'enfuir par tous moyens¹⁰⁷². Il peut également s'agir du patient longtemps hospitalisé qui ne supporte plus les contraintes de son mode de vie¹⁰⁷³, du patient ne supportant pas l'autorité ou

¹⁰⁶⁸ NAJMAN, T. (2015), *op. cit.*, p. 144.

¹⁰⁶⁹ CLAXTON, N., HUSAIN S. & TOMISON A. (2006) « Monitoring leave in a secure unit: A clinical performance indicator? » *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology* Mars 2006; 17(1): 32-36.

¹⁰⁷⁰ NAJMAN, T. (2015), *op. cit.*, p. 146-147.

¹⁰⁷¹ DESRUES, T. (2012) *Les fugues en psychiatrie. Etat des lieux au CHU de Nantes en 2011*, thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en médecine soutenue en 2012 à la faculté de médecine de Nantes, p. 6.

¹⁰⁷² DOLAN, M. & SNOWDEN, P. (1994) « Escapes from a medium secure unit » *Journal of Forensic Psychiatry* 5: 275-286.

¹⁰⁷³ THORNTON, D. & SPEIRS, S. (1985) « Predicting absconding from young offender institutions » in Farrington, D. P. and Tarling, R. (eds) *Prediction in Criminology*. Albany, NY: State University of New York Press, p. 253.

celui dont les proches étaient opposés à son hospitalisation¹⁰⁷⁴.

D'autres patients agissent de la sorte afin de prouver au personnel soignant « qu'ils peuvent se débrouiller seuls » hors des murs de l'établissement. Ce motif d'évasion est intéressant en ce qu'il révèle une volonté d'autonomie chez le patient. Hospitalisé sous contrainte, sédaté, privé de l'exercice de la majorité de ses droits, il demeure conscient de son individualité et tente de l'exercer en désespoir de cause. Nous pourrions y voir aussi une dénonciation des conditions de vie en hôpital psychiatrique.

Les idées reçues concernant les fugues sont nombreuses :

- Plus le service sera sécurisé, moins il y aura de fugues

La sécurisation de l'unité implique la fermeture systématique des chambres des patients à clé, l'interdiction de se promener hors des chambres ou des lieux de séjour, l'interdiction de posséder des effets personnels, de porter les vêtements de leur choix, etc.¹⁰⁷⁵

- Les fugues seraient des événements rares traduisant un dysfonctionnement du service (qui ne serait pas suffisamment sécurisé)
- Les fugues généreraient de l'insécurité dans les hôpitaux psychiatriques¹⁰⁷⁶

L'insécurité désigne ici l'intrusion de personnes extérieures dans le cadre d'un trafic d'alcool ou de stupéfiants ou un risque de débordements des personnes déambulant dans le service hospitalier.

- Les fugues pourraient être à l'origine de crimes, les patients étant souvent dangereux
- La plupart des sorties non autorisées par le psychiatre méritent la qualification de fugue¹⁰⁷⁷.

Il serait intéressant de savoir si les fugues sont plus nombreuses dans les unités fermées ou ouvertes, donc moins sécurisées. Une étude française, menée par le Dr. Najman révèle « qu'il n'y a pas de différence significative »¹⁰⁷⁸ entre ces services. La seule différence notable réside dans la durée des fugues, plus longues lorsque l'unité est fermée¹⁰⁷⁹.

¹⁰⁷⁴ BROOK R., DOLAN M. & COOREY P. (1999) « Absconding of patients detained in an English Special Hospital » *The Journal of Forensic Psychiatry* Vol 10, No 1, April 1999, 46-58.

¹⁰⁷⁵ NAJMAN, T. (2015), *op. cit.*, p. 113.

¹⁰⁷⁶ BANTMAN, P. (2010) « La liberté d'aller et venir en psychiatrie. Entre l'exigence de la loi, l'éthique et la réalité des pratiques » *L'Information Psychiatrique*, vol. 86, 2010/4, éditions John Libbey.

¹⁰⁷⁷ NAJMAN, T. (2015), *op. cit.*, p. 113.

¹⁰⁷⁸ DIGONNET, E. & LEYRELOUP, A. M. (2003) « La liberté de circulation : portes ouvertes, portes fermées ? » in Caria, A., *Démarche qualité en santé mentale. Une politique au service des patients*, éditions InPress, p. 249.

¹⁰⁷⁹ DESRUES, T. (2012), *op. cit.*, p. 82.

Loin d'être un cas isolé, la fugue serait au contraire un phénomène régulier, quasi-hebdomadaire. Un rapport de l'IGAS estime qu'en 2010, 22% des patients admis sous contrainte à l'hôpital psychiatrique de Lille-Métropole ont tenté de fuguer.¹⁰⁸⁰ De même, les fugues génèrent-elles de l'insécurité dans les hôpitaux ?

- Fugues et insécurité au sein de l'hôpital psychiatrique

Le rapport de l'IGAS affirme que « dans la grande majorité des cas, les malades fuguent à pied, en plein jour, par le portail central de l'établissement. Dans la quasi-totalité des cas, le retour est rapide et les fugues sans conséquences graves ».¹⁰⁸¹ C'est l'exemple fréquent du patient qui décide seul de rendre visite à un proche demeurant en ville ou de réaliser quelques achats... si le patient s'absente quelques heures, il revient généralement de son plein gré au sein de l'établissement avant la fin de la même journée¹⁰⁸². La commission de délits voire de crimes à l'occasion d'une fugue reste très rare. L'IGAS recense trois meurtres sur une période de cinq ans (2005-2010), en prenant en compte l'ensemble des hôpitaux et services psychiatriques français¹⁰⁸³. Le rapport ne précise pas cependant si ces fugues ont été commises dans un service ouvert ou fermé¹⁰⁸⁴. Ces chiffres rappellent le discours de l'ancien président Nicolas Sarkozy tenu en décembre 2008 et suivi d'une forte volonté de renforcer la sécurité dans les hôpitaux. La rareté de ces faits divers mérite-t-elle de fermer systématiquement les services et de brider au maximum l'exercice des libertés individuelles des patients ?

La dérive sécuritaire de la psychiatrie initiée par M. Sarkozy révèle davantage une politique clientéliste au détriment des patients psychiatriques et surtout du respect de leurs droits.

Au Royaume-Uni, un fait divers similaire défraye la chronique en 1996. Trois patients du RSA d'Ashworth s'étaient enfuis de l'hôpital. Sans qu'ils aient commis la moindre infraction pénale, les pouvoirs publics de l'époque ont interdit toutes les sorties à l'essai pendant plusieurs mois¹⁰⁸⁵. Le fait que les autres patients ne perturbaient en rien la bonne tenue du service

¹⁰⁸⁰ INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES (2011) *Analyse d'accidents en psychiatrie et propositions pour les éviter*, rapport de mai 2011, p. 55.

¹⁰⁸¹ *Ibid*, p. 56.

¹⁰⁸² *Ibid*, p. 57.

¹⁰⁸³ *Ibid*.

¹⁰⁸⁴ *Ibid*, p. 58.

¹⁰⁸⁵ BROOK R., DOLAN M. & COOREY P. « Absconding of patients detained in an English Special Hospital » *The Journal of Forensic Psychiatry* Vol 10, No 1 April 1999, 46-58.

hospitalier était inopérant : la fugue de ces trois patients a suffi à condamner tous les autres... En effet, aucun élément ne permet d'indiquer « qu'au regard de centaines de milliers de fugues » recensées sur une période de cinq ans, la fugue permet de faciliter le passage à l'acte (qu'il s'agisse d'un meurtre ou un délit). En règle générale, les patients commettant une fugue sont rapidement interceptés par les forces de l'ordre et ramenés dans l'établissement lorsqu'ils ne rebrousse pas chemin de leur propre gré.¹⁰⁸⁶

L'appellation de service fermé sous-entend que la porte de la chambre du patient soit systématiquement fermée, indépendamment de la 'dangerosité' du patient. La fermeture du service est propre aux UMD ou RSA mais elle est parfois appliquée dans d'autres services réputés moins sécurisés.

Le patient est donc enfermé jusqu'à quinze heures par jour, autorisé à en sortir pour ses repas et sa toilette. Or, « la seule porte fermée sans explication lui donnera tout juste les raisons de haïr ceux qui l'ont retenu en ces lieux inhospitaliers »¹⁰⁸⁷. Le patient souffre de cet emprisonnement, rejeté des soignants comme de la société prise dans son ensemble.

Autant de raisons valables qui le pousseront tôt ou tard à s'enfuir voire à commettre des violences contre autrui ou lui-même.

En effet, « retenir un patient angoissé contre son gré aboutit à un effet iatrogène [c'est-à-dire un ensemble de conséquences néfastes sur l'état de santé d'un malade, causé par un soin]. La contrainte de soins peut ainsi le rendre paranoïaque, grevant lourdement le capital de confiance [envers les soignants]¹⁰⁸⁸. C'est donc sans surprise que « l'unité fermée peut être perçue comme une punition, une sanction secondaire à des comportements déviants [...] le patient peut se vivre comme un mauvais patient, ni à la hauteur des enjeux ni digne de l'affection ou de la compassion des soignants »¹⁰⁸⁹.

Il est alors peu probable que les soins dispensés en service fermé soient efficaces car le patient ne peut s'épanouir dans cet environnement anxiogène. Il n'est pas surprenant que le patient tente d'échapper à la structure rigide et sécuritaire de l'hôpital psychiatrique.

¹⁰⁸⁶ HUWS R. & SHUBSACHS A. (1993) « A study of absconding by special hospital patients: 1976 to 1988 » *Journal of Forensic Psychiatry* 4: 464-471.

¹⁰⁸⁷ NAJMAN, T. (2015), *op. cit.*, p. 19.

¹⁰⁸⁸ *Ibid.*

¹⁰⁸⁹ NAJMAN, T. (2015), *op. cit.*, p. 42.

Nombreux sont les psychiatres qui, tel le Dr. Najman, fustigent l'impact négatif du service fermé sur les patients « comme une insulte à la dignité, une provocation voire une incarcération, un appel à la transgression »¹⁰⁹⁰.

En somme, faire disparaître toute tentative d'évasion chez les patients psychiatriques est impossible¹⁰⁹¹. L'hôpital psychiatrique demeure par essence un lieu contraignant et privatif de liberté¹⁰⁹² : le patient ne désire que recouvrer sa liberté perdue en tentant de s'enfuir.

Il reste toutefois possible de réduire le nombre des fugues, par exemple en recherchant leurs causes à travers une collaboration entre patients et soignants¹⁰⁹³.

A contrario, une mesure autrement plus répressive est proposée : renforcer la surveillance des patients et des personnes extérieures leur rendant visite, susceptibles de les aider dans leur tentative d'évasion¹⁰⁹⁴. Or, cette surveillance renforcée exacerberait son sentiment d'enfermement et son désir de fuite ; cette mesure est donc contre-productive.

Malgré leur caractère délétère sur les patients et les soignants, pourquoi les services de psychiatrie demeurent-ils fermés ? La crainte de la TS ou tentative de suicide chez les patients est évoquée¹⁰⁹⁵. Le risque suicidaire représenterait la « première raison pour laquelle les services seraient fermés à clef » afin d'éviter des risques tels que les pendaisons, défenestrations ou autres¹⁰⁹⁶. Empêcher le patient d'attenter à ses jours constitue l'ultime priorité des soignants, surtout en psychiatrie¹⁰⁹⁷.

Cependant, en quoi la fermeture des services empêche-t-elle le passage à l'acte ? Si le patient se voit contraint de demeurer dans un service extrêmement contraignant, il sera conforté dans son projet de mettre fin à ses jours. L'ouverture du service serait davantage appropriée : activités, promenades, faciliter les visites des proches, les correspondances écrites, les appels... Redonner l'envie de vivre au patient suicidaire avec par nature incompatible avec son enfermement injustifié.

¹⁰⁹⁰ *Ibid*, p. 119.

¹⁰⁹¹ MOORE E. (2000) « A descriptive analysis of incidents of absconding and escape from the English high-security hospitals, 1989-94 » *The Journal of Forensic Psychiatry* Vol 11, No 2, September 2000, 344-358.

¹⁰⁹² HOLLOWAY, F. (1997) « The assessment and management of risk in psychiatry: Can we do better? » *Psychiatric Bulletin* 21, 283-285.

¹⁰⁹³ MOORE E. (2000), *op. cit*, p. 356.

¹⁰⁹⁴ *Ibid*, p. 358.

¹⁰⁹⁵ NAJMAN, T. (2015), *op. cit*, p. 137.

¹⁰⁹⁶ *Ibid*, p. 137.

¹⁰⁹⁷ Entretien avec le Dr. Giroux, psychiatre en cabinet libéral le 28 juin 2017.

Il est donc évident que « la fermeture des portes est une mesure inefficace, contre-productive et disproportionnée... mais lorsque cela est nécessaire, la mise en chambre d'isolement peut être envisagée »¹⁰⁹⁸. La nécessité désignant ici la commission de violences hétéro ou auto-agressives par le patient psychiatrique.

La seule fermeture des services hospitaliers de psychiatrie ne suffit pas à justifier les tentatives de fugues des patients : d'autres causes doivent être abordées afin d'en mieux comprendre les enjeux.

- Les origines des fugues chez les patients psychiatriques

Plusieurs causes peuvent être évoquées : vétusté des lieux, conditions de vie dégradantes, recours à la contrainte fréquent afin d'assurer la discipline au sein du service, le manque d'empathie et de communication avec les soignants¹⁰⁹⁹, la mauvaise organisation du service, l'absence d'amélioration de l'état de santé mental des patients, des ré-hospitalisations fréquentes¹¹⁰⁰, etc. La qualité de l'organisation du service suppose que les soignants appliquent des consignes cohérentes afin d'y assurer une certaine discipline. Or, l'influence du légalisme rappelle sans cesse aux soignants que les patients sont et doivent rester libres...¹¹⁰¹ Les conflits entre les soignants troublent également la tranquillité du service¹¹⁰². Les fugues révèlent alors un dilemme cornélien auquel la psychiatrie hospitalière doit faire face : « trouver un équilibre entre [...] la protection des personnes présentant un risque pour elles-mêmes ou autrui en raison de leurs troubles psychiques et le respect de la liberté individuelle »¹¹⁰³.

Réduire le nombre de fugues en psychiatrie hospitalière constitue aujourd'hui un enjeu dans l'amélioration structurelle des services et de la culture de soins. A ce titre, l'hôpital psychiatrique Henri Laborit (Poitiers) a tenté une ouverture de ses services de psychiatrie. Le

¹⁰⁹⁸ NAJMAN, T. (2015), *op. cit.*, p. 138.

¹⁰⁹⁹ *Ibid.*, p. 145.

¹¹⁰⁰ CLAXTON, N., HUSAIN S. & TOMISON A. (2006) « Monitoring leave in a secure unit: A clinical performance indicator? » *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, March 2006 : 17(1) : 32-36.

¹¹⁰¹ ALEZRAH, C. & BOBILLO, J-M (2004) « Portes ouvertes ou fermées en hospitalisation à temps plein ? » *L'information Psychiatrique*, septembre 2004, vol. 80, n°7, p. 578.

¹¹⁰² *Ibid.*, p. 580.

¹¹⁰³ DESRUES, T. (2012), *op. cit.*, p. 4.

« pôle ouvert » accueillait des patients hospitalisés avec et sans leur consentement. La durée d'hospitalisation a été réduite à quinze jours environ. Dans ces services, les activités de divertissement « ne sont plus pensées comme un luxe, mais comme un élément contribuant à rendre le séjour agréable, facilitant ainsi le consentement aux soins ». ¹¹⁰⁴

Bien que les patients aient été admis sous contrainte, ils recevaient de plein gré les soins dispensés. Le nombre de fugues y était également plus faible que dans les autres hôpitaux recensés par l'IGAS ¹¹⁰⁵.

Il existerait donc deux méthodes permettant de réduire le nombre de fugues :

- Donner envie aux patients de rester en dispensant les soins dans l'environnement thérapeutique le moins contraignant possible, en respectant la dignité et les droits des patients
- Les empêcher de partir en employant systématiquement la contrainte et la fermeture des services ¹¹⁰⁶.

La deuxième solution est privilégiée dans la majeure partie des services psychiatriques aujourd'hui, en France comme à l'étranger. Cette tendance s'accroît en renforçant toujours plus les contrôles dans les hôpitaux : « signalements excessifs des fugues des patients aux autorités de police avec photos à l'appui, diffusion de mails sur une large partie du territoire incluant des données médicales du patient... le secret médical n'est plus respecté » ¹¹⁰⁷.

Il faudra ajouter que lorsqu'un patient s'échappe de l'hôpital et cause ou subit un dommage, la responsabilité de l'hôpital psychiatrique en qualité de personne morale peut être engagée. Bien que rare, cette hypothèse doit être envisagée.

- La responsabilité de l'hôpital engagée à l'occasion d'une fugue

Les exemples de jurisprudences ayant retenu la responsabilité de l'hôpital psychiatrique sont très rares. La gravité des conséquences d'une fugue est susceptible d'engager la responsabilité de l'établissement. En droit français, l'établissement de soins psychiatriques peut voir sa responsabilité engagée sur le terrain pénal et civil. La responsabilité pénale est « l'obligation

¹¹⁰⁴ INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES (2011), *op. cit.*, p. 67.

¹¹⁰⁵ *Ibid.*

¹¹⁰⁶ NAJMAN, T. (2015), *op. cit.*, p. 118.

¹¹⁰⁷ *Ibid.*, p. 133.

faite à une personne accusée de répondre d'une infraction devant la société » tandis que la responsabilité civile « traite des litiges entre les individus pouvant occasionner le versement de dommages et intérêts¹¹⁰⁸.

Les principaux incidents concernent les suicides ou tentatives de suicide du patient, et dans de rares cas, la commission d'infractions pénales : meurtre, violences volontaires, harcèlement, dégradation de biens, incendie criminel etc.¹¹⁰⁹

Les causes d'une tentative de suicide chez le patient font intervenir un grand nombre de paramètres humains, matériels et contextuels. Il est alors difficile de distinguer la cause réelle et déterminante à l'origine du suicide.¹¹¹⁰

A ce jour, aucun soignant n'a été pénalement condamné suite à la commission d'un suicide ou d'une infraction pénale par un soignant¹¹¹¹. En effet, retenir une responsabilité pénale implique de prouver un lien de causalité clairement établi entre les agissements du patient, imputables au soignant, et le résultat produit¹¹¹². En pratique, cela signifie que l'agissement d'un soignant doit directement être à l'origine de l'infraction commise ; une telle situation ne s'est encore jamais produite¹¹¹³. Le degré d'incertitude dans la réalisation de ce résultat bénéficie au soignant puisque les juges sont tenus au principe de la présomption d'innocence.¹¹¹⁴

Cependant, l'affaire Canarelli retiendra ici notre attention.

En l'espèce, le Dr. Canarelli, psychiatre, revoyait en consultation un patient psychiatrique en sortie d'essai. Au cours de cette consultation, le Dr. Canarelli annonce la réadmission sous contrainte de ce patient, à la suite de laquelle le patient fugue et abat le compagnon de sa grand-mère à coups de hache vingt jours plus tard¹¹¹⁵.

En première instance, le Dr. Canarelli est condamné à un an d'emprisonnement avec sursis pour homicide involontaire. Le jugement est annulé par la cour d'appel d'Aix-en-Provence en 2014 qui prononce la relaxe du psychiatre. Les juges d'appel écartent chez l'accusé « toute faute

¹¹⁰⁸ *Ibid*, p. 162.

¹¹⁰⁹ *Ibid*.

¹¹¹⁰ *Ibid*, p. 163.

¹¹¹¹ *Ibid*, p. 164.

¹¹¹² BRONKHORST, A. (2008) « Le lien de causalité, talon d'Achille de la responsabilité pénale », *Encyclopédie médico-chirurgicale*, avril-juin 2008, vol. 8, n°2, p. 176.

¹¹¹³ NAJMAN, T. (2015), *op. cit*, p. 165.

¹¹¹⁴ DEVERS, G. (2008) *Droit, responsabilité et pratique du soin*, éditions Lamarre, Paris, p. 204.

¹¹¹⁵ NAJMAN, T. (2015), *op. cit*, p. 165-166.

caractérisée et tout lien de causalité avec le crime ». ¹¹¹⁶ En l'espèce, le psychiatre n'a pas aidé ou facilité la commission du meurtre ; la validation d'un tel jugement aurait été en contradiction avec la loi pénale.

La jurisprudence civile fait l'objet d'une application à peine plus extensive en France.

A titre d'exemple, l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) a effectué au cours de l'année 2013 une étude sur les fugues commises au sein de 37 établissements de santé.

Dans son rapport, l'AP-HP recense 11 contentieux impliquant une sortie médicale non autorisée entre 2006 et 2012 sur l'ensemble de ses hôpitaux. Sur onze dossiers, seuls 3 ont donné lieu à une procédure devant les tribunaux ¹¹¹⁷.

Le nombre d'incidents auto ou hétéro-agressifs est donc très faible au regard du nombre de fugues survenant chaque année ¹¹¹⁸.

Afin de faciliter le règlement des litiges à l'occasion des fugues, l'AP-HP a dégagé trois critères afin de déterminer la responsabilité civile de l'établissement :

- *Premier critère : la prévisibilité de l'acte* : le patient possédait-il des troubles du comportement, avait-il déjà tenté de fuguer ou de commettre un suicide ? Si oui, une obligation de surveillance repose sur les soignants. Ils doivent être formés en amont sur ces incidents afin de les gérer de manière efficiente.
- *Deuxième critère : le comportement du personnel soignant* : lorsque le patient est fortement susceptible de commettre une fugue au regard du premier critère, une certaine réactivité est attendue des soignants pour l'en empêcher en vertu de l'obligation de surveillance. En pratique, les soignants doivent avoir lancé les recherches dès que l'absence du patient a été constatée.
- *Troisième critère ; l'organisation du service afin d'éviter les fugues* : celle-ci doit mettre en place des dispositifs de sécurité afin de limiter les risques de fugues.

Ces dispositifs comprennent la configuration des lieux, les moyens de fermeture de l'établissement, les modalités de surveillance de l'unité, l'effectif de soignants voire d'agents de

¹¹¹⁶ Journal *LA CROIX* (2014) « Le meurtrier schizophrène, sa psychiatre et la volteface du parquet » (article du 10 février 2014).

¹¹¹⁷ AP-HP (Assistance publique – Hôpitaux de Paris) (2013) « Sortie à l'insu du service, dites aussi fugues – Jurisprudences », *Fiches pratiques AP-HP*, 4 juin 2013.

¹¹¹⁸ *Ibid.*

sécurité présents sur les lieux, etc.¹¹¹⁹

Ces trois critères sont appréciés *in concreto* par les juges, c'est-à-dire qu'ils sont étudiés au regard des faits de l'espèce. Chaque affaire est examinée en fonction des circonstances, des pathologies du patient, de ses antécédents psychiatriques et judiciaires et de toute autre information jugée utile¹¹²⁰.

Il en va ainsi de l'appréciation du défaut de surveillance¹¹²¹, caractérisé lorsque les trois critères évoqués sont réunis. La gravité des faits commis par le patient sera également prise en considération. Toutefois, il convient de préciser qu'un manquement à cette obligation de surveillance engagera la responsabilité civile de l'établissement de santé, du fait du soignant qui y est employé.¹¹²²

L'appréciation de ces trois critères a donné lieu à l'arrêt rendu par la cour d'appel administrative de Versailles, le 14 mai 2007. En l'espèce, le patient âgé souffrait d'une « altération de ses fonctions intellectuelles se traduisant par une désorientation temporo-spatiale et par des troubles du caractère provoqués par un éthylisme chronique ». Hospitalisé au sein d'un établissement général, il s'est fait prescrire un traitement médicamenteux à base de psychotropes dès son arrivée qui lui a permis « d'être immédiatement calmé ».¹¹²³

Un mois après son admission, il fugue de l'établissement meurt peu après « de cause naturelle » selon le rapport d'expertise. La fille et la veuve du patient agissent en réparation de leur préjudice subi du fait de ce décès contre le centre hospitalier. Ils allèguent que le patient désorienté était en proie à de fréquentes déambulations dans les couloirs, de telle sorte que l'hôpital avait manqué à son obligation de surveillance en n'ayant pas empêché la fugue du malade.

La cour d'appel de Versailles précise que le patient n'était pas agité en vertu de son traitement et n'était pas hospitalisé en hôpital psychiatrique. Il aurait été attentatoire à sa dignité « d'augmenter la couverture sédatrice » et de le surveiller de manière renforcée en limitant par

¹¹¹⁹ *Ibid.*

¹¹²⁰ DESRUES, T. (2012), *op. cit.*, p. 28.

¹¹²¹ *Ibid.*

¹¹²² NAJMAN, T. (2015), *op. cit.*, p. 172.

¹¹²³ CAA Versailles, 14 mai 2007, n°05VE00695 in MOREL, K. (2007) « Un centre hospitalier face à la fugue de son patient », *Revue droit et santé* n°19, pp. 663-664.

exemple sa liberté d'aller et venir. De ce fait, les juges d'appel déboutent les demandeurs de leur action en responsabilité et ne reconnaissent pas chez l'établissement de santé de manquement à leur obligation de surveillance.¹¹²⁴

Pourtant, le rapport d'expertise précise que la mort du patient s'est produite environ un mois après sa fugue. Que s'est-il passé durant un mois entier ? Quelles ont été les démarches réalisées par le centre hospitalier afin de retrouver le patient ? L'arrêt passe sous silence ce qui constituait ici le cœur du litige. Il est compréhensible que toutes les fugues ne puissent être empêchées, mais qu'en est-il des procédures permettant de retrouver le patient ? Comment peut-on justifier qu'un patient âgé, désorienté, considéré faible physiquement, ait pu demeurer à l'extérieur pendant plusieurs mois jusqu'à finalement succomber « de manière naturelle » ?

L'hôpital est ici coupable d'une grave négligence, celle de ne pas avoir mis en œuvre les moyens nécessaires afin de retrouver ce patient eu égard à sa grande fragilité psychique. S'il s'était s'agi d'un patient psychiatrique, les pouvoirs publics et les services sociaux auraient été informés dans les meilleurs délais. *A contrario*, le patient psychiatrique hospitalisé au sein d'un établissement général est abandonné à lui-même... puisqu'il ne constitue pas un danger pour autrui ou lui-même, il est inutile de se lancer à sa recherche !

Cette différence de traitement est difficilement justifiable au sein des établissements de santé, toutes spécialités confondues. Ils sont effets tenus de respecter leur obligation de surveillance en toutes occasions, qu'importe la pathologie affectant le patient ou le risque qu'il représente pour la société...

Dans une autre espèce, le 10 juin 2010, la cour administrative d'appel de Lyon examine l'affaire d'une femme qui, lors d'une tentative de fugue, se défenestre du centre hospitalier d'Aurillac où elle était hébergée. Elle avait déjà tenté de mettre fin à ses jours en 2006. Elle s'enfuit du centre hospitalier vers 19h30 mais son absence n'est constatée qu'à 20h30. La défenestration s'est produite vers 21h dans l'appartement de ses parents¹¹²⁵.

La cour administrative d'appel n'a pas retenu la responsabilité civile du centre hospitalier car « la patiente avait consenti à intégrer le service de psychiatrie... si le centre hospitalier

¹¹²⁴ *Ibid.*

¹¹²⁵ NAJMAN, T. (2015), *op. cit.*, p. 172.

d'Aurillac n'a pas pris les mesures de surveillance spécifiques à son égard, cela ne saurait suffire à établir qu'il aurait commis une faute dans l'organisation du service... sa responsabilité ne saurait donc être engagée ». L'action en indemnisation menée par les parents de la victime en qualité d'ayants droits a donc été rejetée¹¹²⁶.

Cette décision pose problème à plusieurs égards :

- Le fait que la patiente ait été admise volontairement semble écarter toute responsabilité de l'hôpital.

Le juge d'appel estime que l'admission libre exonère l'établissement hospitalier de toute obligation de surveillance vis-à-vis de la patiente. Pourquoi une telle différence de traitement est-elle réalisée ? La décision rendue aurait-elle été différente si la patiente avait été admise sous contrainte ?

- Les faits de l'espèce montrent clairement que la patiente avait des antécédents psychiatriques en raison de ses troubles dépressifs et de sa précédente tentative de suicide.

Au regard de ces antécédents, les soignants auraient dû mettre en place les mesures nécessaires empêchant la patiente de fuguer et d'attenter à sa vie. Une obligation de surveillance était caractérisée en l'espèce !

- Le juge d'appel refuse de considérer qu'il existe une « faute dans l'organisation du service ».

Il convient de rappeler ici que les soignants n'ont constaté la disparition de la patiente qu'une heure après que celle-ci ait quitté l'hôpital. Il revenait clairement aux soignants d'assurer une surveillance effective des patients, ici défectueuse. En dépit des affirmations du juge d'appel, une faute dans l'organisation du service peut clairement être reprochée aux soignants. La responsabilité de l'hôpital aurait dû être engagée sur le terrain civil.

Par ailleurs, la responsabilité civile de l'établissement psychiatrique peut être engagée en cas d'admission d'un patient sous contrainte dans des circonstances particulières¹¹²⁷.

L'arrêt Mme Labrousse, rendu le 18 octobre 1989 par le Conseil d'Etat¹¹²⁸ illustre bien la rareté de ces condamnations. En l'espèce, la patiente est hospitalisée d'urgence à la demande de sa fille le 19 octobre 1983 au pavillon psychiatrique de l'hôpital Lariboisière (Paris). La patiente

¹¹²⁶ *Ibid.*

¹¹²⁷ *Ibid.*, p. 186.

¹¹²⁸ Conseil d'Etat (1989), arrêt *Mme Labrousse* n°75096 du 18 octobre 1989 in NAJMAN, T. (2015), *op. cit.*, p. 186.

y est retenue et soignée contre son gré jusqu'au 3 novembre 1983, date à laquelle elle est autorisée à quitter l'hôpital.

Le Conseil d'Etat engage la responsabilité civile de l'hôpital, le condamnant au versement de 100 000 francs au titre de dommages et intérêts à l'attention de la patiente. Le motif de cette condamnation se fonde sur la privation de sa liberté d'aller et de venir au long d'une hospitalisation à laquelle elle s'est vigoureusement opposée. De surcroît, l'administration hospitalière avait considéré que la patiente a été admise volontairement alors que seule sa fille avait demandé la mise en œuvre de cette hospitalisation.

De ce fait, l'attendu du Conseil d'Etat énonce « qu'une personne majeure présentant des signes de maladie mentale ne peut être retenue contre son gré dans un établissement d'hospitalisation que pendant le temps strictement nécessaire à la mise en œuvre des mesures d'internement d'office ou de placement volontaire prévues par le Code de la santé publique »¹¹²⁹.

En l'espèce, ni l'administration hospitalière ni les soignants n'ont mis en œuvre les mesures nécessaires afin de requalifier le mode d'hospitalisation de la patiente. En ne prenant pas en considération son refus des soins réitéré, l'hôpital a infligé à la patiente une grave privation de liberté en la contraignant à des soins qu'elle n'a pas désirés.

Il s'agit ici d'une voie de fait en droit administratif, c'est-à-dire « une illégalité manifeste commise par l'Administration ayant entraîné une violation manifeste d'une liberté fondamentale d'un justiciable »¹¹³⁰. Dans cet exemple, la patiente a subi une violation manifeste de sa liberté d'aller et venir. L'Administration désigne ici l'établissement public de soins psychiatriques, à savoir l'hôpital Lariboisière, dont la responsabilité civile a été justement retenue.

La fugue mène parfois à la commission d'actes d'automutilation chez les patients, aussi appelés violences auto-agressives. Ces incidents peuvent se produire au sein du service hospitalier ou à l'occasion d'une fugue. Il revient alors aux soignants de mettre en place les mesures adéquates afin d'assurer la sécurité du patient.

¹¹²⁹ *Ibid.*

¹¹³⁰ *Ibid.*, p. 187.

c) *La gestion des violences auto-agressives chez le patient : des actes d'automutilation à la tentative de suicide*

Les violences auto-agressives désignent chez le patient la commission d'actes d'automutilation et la tentative de suicide. Il faudra en préciser les caractéristiques dans un premier temps.

- Définition et caractéristiques des actes d'automutilation commis par le patient psychiatrique

Le patient psychiatrique hospitalisé librement ou sous contrainte peut commettre des actes d'automutilation¹¹³¹. Ils se définissent par « des actes répétés, non-létaux pouvant altérer ou provoquer des dommages plus ou moins graves sur la santé du patient.¹¹³² Il s'agit du fait de se blesser, de se mutiler volontairement sans avoir conscience d'un désir de mourir.

Ils ont suscité un intérêt grandissant en psychiatrie et recouvrent des actes variés : coupures des veines (scarification), coups et blessures, brûlures, écorchures, fait d'empêcher une blessure de cicatriser, etc.¹¹³³ Les jambes, les bras et le torse sont généralement visés par ces actes¹¹³⁴. Lorsque ces violences touchent le visage, le coup, les yeux, la poitrine et les organes génitaux, les actes témoignent d'une réelle gravité des troubles mentaux chez le patient.¹¹³⁵

Le nombre d'actes d'automutilation ne semble pas varier selon le sexe du patient mais les méthodes peuvent varier. Les femmes semblent employer des méthodes dites moins violentes : scarification, morsures (sur les lèvres, la langue), écorchures (arracher des bouts de peau, de cheveux, de sourcils). Les hommes au contraire commettraient des actes plus violents : coups et blessures (se frapper la tête contre un mur), brûlures de cigarettes sur la peau, insertion d'objets sous les ongles, la peau, etc.¹¹³⁶ Ils peuvent varier en intensité, allant du perçage d'oreilles à l'amputation d'un membre. La gravité de l'acte est évaluée en fonction de la gravité

¹¹³¹ Entretien avec le Dr. Giroux, psychiatre en cabinet libéral le 28 juin 2017.

¹¹³² KAMEG, K. M., WOODS, A. S., SZPAK, J. L. & MCCORMICK, M. (2013) « Identifying and managing non-suicidal self-injurious behaviour in the primary care setting » *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 25, 167-172.

¹¹³³ MANGNALL, J. & YURKOVICH, E. (2008) « A literature review of deliberate self-harm » *Perspectives in Psychiatric Care*, 44(3), 175-184.

¹¹³⁴ WHITLOCK, J. L. (2010) « Self-injurious behaviour in adolescents » *PloS Medicine*, 7(5), e1000240.

¹¹³⁵ *Ibid.*

¹¹³⁶ GLENN, C. H. & DENISCO, S. (2006), *op. cit.*, p. 169.

de la blessure et la nature des troubles mentaux du patient.¹¹³⁷

Ces actes sont perçus comme une façon maladroitement de gérer un stress intense ou un état de décompensation chez le patient.¹¹³⁸ Avant la commission de l'acte, il est fréquent que le patient ressente un sentiment de profonde colère ou de tristesse ou agisse sous l'effet de la panique. En effet, les violences auto-agressives ont souvent pour objectif de remplacer la souffrance psychique par la douleur physique. Elle permettrait au patient de se libérer rapidement d'une douleur psychiatrique insoutenable.¹¹³⁹

La corrélation entre actes d'automutilation et intention suicidaire n'est pas toujours établie. Le sujet commettant ces violences ne souhaite pas nécessairement mettre fin à ses jours même si les actes d'automutilation sont graves ou répétés. Il peut simplement chercher à fuir une souffrance particulière sans aller jusqu'à commettre l'irréparable.¹¹⁴⁰

Les patients s'infligeant de telles blessures souffrent généralement de graves troubles de l'humeur, d'anxiété ; ils ressentent de profonds sentiments de vide, de futilité et de solitude.¹¹⁴¹ Ce mal-être peut être causé par des troubles alimentaires, un stress post-traumatique¹¹⁴², des troubles dépressifs sévères, des troubles bipolaires, etc.¹¹⁴³

De même, le sujet peut agir ainsi sous l'impulsion d'hallucinations le plus souvent de nature religieuse ou sexuelle ; c'est souvent le cas des patients atteints de schizophrénies, de psychoses et de comorbidité.¹¹⁴⁴ Certains patients souffrant de troubles dissociatifs de la personnalité commettent ces actes afin de 'les ramener de force à la réalité' sous l'effet de la douleur. D'autres ressentent un profond sentiment de culpabilité en raison de leurs troubles mentaux et

¹¹³⁷ DALLAM, S. J. (1997) « The identification and management of self-mutilating patients in primary care » *Nurse Practitioner*, 22(5), 151.

¹¹³⁸ MUEHLENKAMP, J. (2005) « Self-injurious behaviour as a separate clinical syndrome » *American Journal of Orthopsychiatry*, 75(2), 324-333.

¹¹³⁹ MUEHLENKAMP, J. (2005), *op. cit.*, p. 329.

¹¹⁴⁰ KAMEG, K. M., WOODS, A. S., SZPAK, J. L. & MCCORMICK, M. (2013), *op. cit.*, p. 168.

¹¹⁴¹ GLENN, C. H. & DENISCO, S. (2006) « Self-mutilation in adolescents: Recognizing a silent epidemic » *American Journal for Nurse Practitioners*, 10(11), 63.

¹¹⁴² CASTILLE, K., PROUT, M., MARCZYK, G., SHMIDHEISER, M., YODER, S. & HOWLETT, B. (2007) « The early maladaptive schemas of self-mutilators: Implications for therapy » *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 21(1), 58-71.

¹¹⁴³ KERR, P. L., MUEHLENKAMP, J. J. & TURNER, J. M. (2010) « Non-suicidal self-injury: A review of current research for family medicine and primary care physicians » *Journal of the American Board of Family Medicine*, 23(2), 240-259.

¹¹⁴⁴ PARIS, J. (2005) « Understanding self-mutilation in borderline personality disorder » *Harvard Review of Psychiatry*, 13(3), 179-185.

s'infligent ces violences en guise de punition.

Il arrive par ailleurs que les patients agissent de la sorte afin d'attirer l'attention sur eux, par exemple parce qu'ils se sentent négligés par les soignants. D'autres encore s'infligent ces blessures par mimétisme afin de ressembler aux autres patients agissant de la sorte.¹¹⁴⁵

La proportion de patients hospitalisés (librement ou sous contrainte) se livrant à de tels actes varie entre 18 et 40%. Ces actes peuvent être isolés ou fréquents à raison de plusieurs fois par semaine¹¹⁴⁶. Les patients qui adoptent ce comportement autodestructeur sont souvent perçus négativement par les soignants car il leur est difficile de convaincre le patient de ne pas le reproduire.¹¹⁴⁷

Face à cet enjeu, il est fondamental que les soignants soient correctement formés afin d'y faire face, par exemple en identifiant les signes avant-coureurs (dégradation de moral sur plusieurs semaines, perte d'appétit, de sommeil, apathie, mutisme du patient...)¹¹⁴⁸

De même, ils doivent faire abstraction de leurs valeurs morales et de leurs croyances religieuses face à ces actes afin de pouvoir venir en aide aux patients.

Il serait contre-thérapeutique pour le patient de subir des jugements de valeur, un comportement et un discours réprobateur ou culpabilisant de la part des soignants.¹¹⁴⁹

La réaction du soignant face aux actes d'automutilation ne doit pas être guidée par l'émotion : il doit garder une certaine contenance et tenter d'échanger avec le patient sur les raisons le poussant à s'infliger de tels actes.¹¹⁵⁰

Si le soignant décèle une intention suicidaire chez le patient, il doit en comprendre les causes et l'aider à s'en défaire. Il peut par exemple examiner régulièrement le corps du patient afin de déceler les traces de blessures. Le fait que le patient porte des vêtements à manches longues

¹¹⁴⁵ WILKINSON, P. & GOODYER, I. (2011) « Non-suicidal self-injury » *European Child Adolescent Psychiatry*, 20, 103-108.

¹¹⁴⁶ WHITLOCK, J. L., EELLS, G., CUMMINGS, N. & PURINGTON, A. (2009) « Non-suicidal self-injury on college campuses: Mental health provider assessment of prevalence and need » *Journal of College Student Psychotherapy*, 23(3), 172-183.

¹¹⁴⁷ KAMEG, K. M., WOODS, A. S., SZPAK, J. L. & MCCORMICK, M. (2013), *op. cit.*, p. 168.

¹¹⁴⁸ *Ibid*, p. 169.

¹¹⁴⁹ *Ibid*.

¹¹⁵⁰ WALSH, B. (2007) « Clinical assessment of self-injury: A practical guide » *Journal of Clinical Psychology*, 63(11), 1057-1068; D'ONOFRIO, A. & BALZANO, J. (2009) « Wounding the body in the hope of healing the spirit: Responding to adolescents who self-injure » In *International handbook of education for spirituality, care and wellbeing* (1st ed., p. 961). Netherlands: Springer.

même en été peut retenir l'attention du soignant.¹¹⁵¹ Ce désir sous-jacent doit être décelé à temps, avant que le patient ne commette l'irréparable.

Il arrive en effet que le patient n'ait pas conscience de cette intention suicidaire.¹¹⁵² Il peut concevoir ces actes comme une manière de se libérer d'un stress, d'une angoisse ou d'une souffrance intolérable sans réaliser leur gravité.¹¹⁵³ En toute hypothèse, la communication est la clé de la gestion d'un comportement autodestructeur chez le patient¹¹⁵⁴.

Par ailleurs, la présence d'antécédents familiaux et psychiatriques constitue un facteur de risque aggravant chez les patients : sévices physiques, sexuels subis pendant l'enfance, comorbidité, retards d'apprentissage, troubles psychiatriques apparus tôt, etc.¹¹⁵⁵

Toutefois, les signes les plus inquiétants demeurent les précédents actes d'automutilation commis par le patient, qui se trouve alors véritablement en danger.¹¹⁵⁶

Les soignants peuvent par exemple proposer des questionnaires aux patients renseignant ces facteurs de risque. Encore faut-il que le patient accepte de remplir ce questionnaire, et dans ce cas, de le remplir correctement¹¹⁵⁷ Une fois ces risques décelés, le soignant doit en avertir le psychiatre en charge du patient afin de se concerter. Ils pourront alors se concerter pour décider des soins les plus appropriés.¹¹⁵⁸

Les actes d'automutilation peuvent à terme conduire le patient à commettre un acte suicidaire. Quelles sont ses particularités ?

¹¹⁵¹ HICKS, K. M. & HINCK, S. M. (2009) « Best-practice intervention for care of clients who self-mutilate » *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 21(8), 430-436.

¹¹⁵² WILKINSON, P. & GOODYER, I. (2011) « Non-suicidal self-injury » *European Child Adolescent Psychiatry*, 20, 103-108.

¹¹⁵³ KRESS, V. & HOFFMANN, R. (2008) « Non-suicidal self-injury and motivational interviewing: Enhancing readiness for change » *Journal of Mental Health Counselling*, 30(4), 311-329.

¹¹⁵⁴ DI CLEMENTE, C. C., SCHLUNDT, D. & GEMMELL, L. (2004) « Readiness and stages of change in addiction treatment » *American Journal on Addictions/American Academy of Psychiatrists in Alcoholism and Addictions*, 13(2), 103-119.

¹¹⁵⁵ LLOYD-RICHARDSON, E. (2010) « Non-suicidal self-injury in adolescents » *Prevention Researcher*, 17(1), 3-7.

¹¹⁵⁶ ANDOVER, M. S. & GIBB, B. E. (2010) « Non-suicidal self-injury, attempted suicide and suicidal intent among psychiatric inpatients » *Journal of Psychiatric Research*, 178, 101-105.

¹¹⁵⁷ SANSONE, R. & SANSONE, L. (2010) « Measuring self-harm behaviour with the Self-Harm Inventory » *Psychiatry*, 7(4), 16-20.

¹¹⁵⁸ WALSH, B. (2007), *op. cit.*, p. 1062.

- Les caractéristiques de l'acte suicidaire commis par le patient

Le suicide constitue un fléau mondial. Selon l'OMS (Organisation mondiale de la Santé), presque un million de personnes meurt chaque année par suicide¹¹⁵⁹. La proportion de morts par suicide est supérieure à toutes les autres causes de mort : guerres, conflits, attentats terroristes et homicides¹¹⁶⁰.

En France, le taux de suicide estimé est de 20 habitants sur 100 000, bien que ce chiffre soit en-deçà de la réalité. 30 à 50% de ces cas concernent des tentatives répétées.

Les femmes seraient plus nombreuses que les hommes à commettre un suicide, en particulier si elles sont âgées entre 15 et 34 ans. La majeure partie des suicides implique une surdose de médicaments, d'alcool ou de stupéfiants.¹¹⁶¹

Au Royaume-Uni comme en France, le suicide des patients psychiatriques hospitalisés constitue un problème majeur¹¹⁶². Alors que la couverture médiatique est très importante lorsque les patients commettent une infraction pénale, ces suicides sont passés sous silence¹¹⁶³. Sur 21 000 suicides de patients britanniques, 24% ont été ou sont en contact direct avec les services de psychiatrie à l'occasion de soins hospitaliers comme ambulatoires¹¹⁶⁴.

Les tentatives de suicide ne peuvent se fonder sur les seules paroles exprimées par les patients. Une crise suicidaire est un moment où le malade est en proie à une souffrance d'origine psychiatrique (dépression, schizophrénie, addiction...) ou psychosociale (séparation, deuil, chômage...). Submergé par ses émotions et une intense tension psychique, les idées suicidaires peuvent au début apparaître sous forme de flashes, le patient peut imaginer sauter de la fenêtre, se jeter sous les roues d'une voiture, etc. Plus les solutions envisagées pour résoudre ses problèmes échouent, plus l'individu peut percevoir le suicide comme une échappatoire. S'il ne parvient pas à exprimer et soulager sa souffrance, le malade se résout alors à commettre l'acte

¹¹⁵⁹ WOLD HEALTH ORGANIZATION (2002) *World Health Report*. Geneva: WHO, p. 219.

¹¹⁶⁰ MISHARA, B. L. & WEISSTUB, D. N. (2005) « Ethical and legal issues in suicide research » *International Journal of Law and Psychiatry*, 28, 23-41.

¹¹⁶¹ SELETTI, B. (2002) « Situations psychiatriques dans un service d'urgence » *Annales médico-psychologiques*, 160, 187-190.

¹¹⁶² HOLLOWAY, F. (2002) « The 5-year report of the National Confidential Inquiry into suicide and homicide by people with mental illness. I: Clinical practice » *The Journal of Forensic Psychiatry* Vol 13, No 1, April 2002, p. 131-137.

¹¹⁶³ TAYLOR, P. J. & GUNN, J. (1999) « Homicides by people with mental illness: Myth and reality » *British Journal of Psychiatry* 174: 9-14.

¹¹⁶⁴ HOLLOWAY, F. (2002), *op. cit*, p. 131.

suicidaire en le programmant : heure, date, lieu, etc.¹¹⁶⁵ Les moyens utilisés peuvent être divers : pendaison, usage d'une arme blanche ou à feu, défenestration, chute, coups, overdose d'alcool, de stupéfiants ou de médicaments, etc.¹¹⁶⁶ Une intention de se tuer doit être présente chez le patient lors du passage à l'acte. Il arrive toutefois que cette intention existe dans des situations moins évidentes : l'avis des proches du patient peut alors constituer une source d'informations précieuse.¹¹⁶⁷

C'est en général au cours de la première semaine d'hospitalisation que le risque de tentative de suicide est le plus élevé, exigeant des soignants la plus grande vigilance. Il est estimé qu'environ un quart de ces incidents se produit au cours de cette période.¹¹⁶⁸

En toute hypothèse, un événement particulier peut déclencher l'apparition de ce désir de mort chez le patient : hospitalisation devenue insupportable sur le long terme, transfert vers une UMD mal vécu par le patient, deuil, difficultés financières, troubles du sommeil¹¹⁶⁹, etc.

Ces éléments sont tous plus ou moins liés la plupart du temps. D'autres facteurs tels que l'impulsivité du patient et le recours systématique à la contrainte dans le service constituent des circonstances aggravantes pouvant précipiter le passage à l'acte.¹¹⁷⁰

Paradoxalement, le plus fort taux de suicides coïncide avec le jour de mainlevée de la mesure d'hospitalisation du patient¹¹⁷¹. Certains malades deviennent tellement dépendants du cadre de vie hospitalier qu'une réinsertion en société leur semble impossible, à tel point qu'ils préfèrent mettre un terme à leur existence...

Généralement, les patients suicidaires souffrent de schizophrénie, de troubles de la personnalité et de comorbidité¹¹⁷² mais d'autres facteurs de risque exposent le patient hospitalisé à une

¹¹⁶⁵ PACAUT-TRONCIN, M. (2017) « Contraindre aux soins les personnes suicidaires » in GILOUX, N. & PRIMEVERT, M. *Les soins psychiatriques sans consentement*, LEH Editions, p. 97-98.

¹¹⁶⁶ FRANCHITTO, N., MATHUR, A., FRANCHITTO, L., GAVARRI, L., TELMON, N., ROUGE, D. (2007) « Emergency suicide care in France: The psychiatrist's liability as seen in case law » *International Journal of Law and Psychiatry*, 30, 472-479.

¹¹⁶⁷ *Ibid*, p. 475.

¹¹⁶⁸ HUNT, I. M., BICKLEY, H., WINDFUHR, K., SHAW, J., APPLEBY, L. & KAPUR, N. (2012) « Suicide in recently admitted psychiatric in-patients: A case-control study » *Journal of Affective Disorders*, 144, 123-128.

¹¹⁶⁹ BECK, A. T., WEISSMAN, A., LESTER, D. *et al* (1974) « The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale » *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 861-865.

¹¹⁷⁰ DAR COURT, G., BARBALL, A., BELMIN, M., BOTBOL, M., CADEAC D'ARBAUD, B., CAMOIN, F. *et al* (2000) « Conférence de consensus : la crise suicidaire, la reconnaître et la prendre en charge » *Pour la Recherche*, 27, 1-15.

¹¹⁷¹ HOLLOWAY, F. (2002), *op. cit.*, p. 133.

¹¹⁷² INSKIP, H. M., HARRIS, C. & BARRACLOUGH B. (1998) « Lifetime risk of suicide for affective disorder, alcoholism and schizophrenia » *British Journal of Psychiatry* 172: 312-319.

tentative de suicide¹¹⁷³ :

- Le patient a commis au moins un acte d'automutilation lié à une intention suicidaire ou non au cours de l'année écoulée
- Le patient désire mettre un terme à son existence
- Le patient exprime par tout moyen son intention de passer à l'acte (souvent, il dissimule cette intention aux soignants).
- Le patient met en place des stratégies afin de commettre l'acte ; se procurer des objets contondants, une corde et un tabouret, une lame suffisamment petite pour être dissimulée dans sa chambre, etc.

En somme, plus l'acte a été soigneusement planifié, plus le psychiatre doit y accorder une attention particulière.¹¹⁷⁴ Par exemple, si le patient hospitalisé attende à ses jours par défenestration, des mesures de sécurité doivent être mises en place telles que la condamnation de ses fenêtres. De plus, la prise en charge d'une personne suicidaire est ambulatoire dans la grande majorité des cas. Souvent, les médecins généralistes sont les premiers témoins de l'intention suicidaire exprimée par le malade. En France, le centre de prévention du suicide du centre hospitalier Le Vinatier (Lyon) est un service d'urgences psychiatriques. Les malades ayant des idées suicidaires ou ayant déjà commis une tentative sont reçus par des médecins du travail, des médecins généralistes ou des psychiatres. Les entretiens sont organisés dans un climat paisible et respectueux où un binôme médecin – infirmier essaie de comprendre la crise suicidaire du patient, d'établir son potentiel suicidaire (c'est-à-dire le risque de commettre une tentative de suicide) et de soulager sa détresse. Le binôme soignant peut alors proposer des solutions : prescription d'un traitement médicamenteux contre les troubles dépressifs et anxieux, organisation d'autres consultations régulières et / ou visites des soignants au domicile du patient, rendez-vous téléphoniques réguliers, hospitalisation complète, solliciter l'aide de certains proches du patient paraissant fiables et bienveillants, etc.¹¹⁷⁵

Cependant, l'hospitalisation d'une personne suicidaire s'impose lorsque sa souffrance est considérable en raison de ses troubles psychiatriques (dépression sévère, schizophrénie et hallucinations lui ordonnant de se tuer...). La personne est seule, réticente à bénéficier de soins

¹¹⁷³ LINEHAN, M. M. (1997) « Behavioural treatments of suicidal behaviour: Definitional obfuscation and treatment outcomes » In D. M. STOFF & J. J. MANN (Eds.) *The neurobiology of suicide: From the bench to the clinic* (pp. 302-328). NY: New York Academy of Sciences.

¹¹⁷⁴ BECK, A. T., KOVACZ, M. & WEISSMAN, A. (1979), *op. cit.*, p. 348.

¹¹⁷⁵ PACAUT-TRONCIN, M. (2017), *op. cit.*, p. 101-102.

malgré leur caractère indispensable : souvent, celle-ci a déjà planifié les moyens de se supprimer, la date et l'heure. Les soignants s'efforcent néanmoins de rechercher son consentement chaque fois que cela est possible et l'hospitalisation a lieu en service libre le plus souvent. Dès lors, l'admission est envisagée si :

- elle est l'unique manière de prodiguer des soins et une surveillance accrue du malade
- le patient supporte l'hospitalisation comme une mesure nécessaire au regard de son état de santé mentale
- l'absence de consentement ne rendra pas les soins inefficaces si le patient est opposé à une prise en charge hospitalière.¹¹⁷⁶

Il est primordial pour les soignants d'évaluer la pertinence de cette mesure. Pourtant, le patient admis sous contrainte s'il présente un risque suicidaire trop important au regard des critères évoqués. Il risque d'en souffrir davantage car l'hospitalisation sans consentement ne crée pas de circonstances favorables à une prise en charge respectueuse du patient. C'est la raison pour laquelle les soignants doivent traiter le malade le plus humainement possible, avec douceur et empathie.

Dès 2002, le gouvernement britannique a voulu appréhender ce phénomène¹¹⁷⁷ en enjoignant les établissements à mieux former les soignants sur le risque suicidaire¹¹⁷⁸.

Cependant, il n'est pas rare que le patient ne fasse pas confiance au soignant, même bien formé, s'il souhaite commettre un acte suicidaire¹¹⁷⁹. Le soignant devra tout de même assurer une obligation de surveillance envers le patient.

En droit français, la décision *Mémoire de Mlle Rozière-Bernard* de 1978¹¹⁸⁰ affirme que cette obligation repose sur le psychiatre bien qu'il puisse la déléguer à un infirmier ou à un aide-soignant. Toutefois, seul le psychiatre peut décider du traitement à administrer et des mesures appropriées à mettre en place afin de réduire le risque suicidaire du patient¹¹⁸¹. La posologie du traitement doit être choisie avec prudence en permettant au patient de surmonter son mal-

¹¹⁷⁶ *Ibid*, p. 103.

¹¹⁷⁷ RICHARDSON, G. (2002) « The 5-year report of the National Confidential Inquiry into suicide and homicide by people with mental illness. II: Law and policy » *The Journal of Forensic Psychiatry* Vol 13, No 1, April 2002, 138-143.

¹¹⁷⁸ HOLLOWAY, F. (2002), *op. cit.*, p. 133.

¹¹⁷⁹ WATTS, D. & MORGAN, H. G. (1994) « Malignant alienation » *British Journal of Psychiatry* 164: 1-15.

¹¹⁸⁰ CA Aix-en-Provence 1978, décision *Mémoire de Mademoiselle Rozière-Bernard*.

¹¹⁸¹ DEPARTMENT OF HEALTH (2000), *op. cit.*, p. 152.

être¹¹⁸².

En cas d'urgence, la sédation chimique représente une solution de moindre mal, en particulier si des benzodiazépines sont administrées au patient. En effet, leurs effets secondaires seraient moins importants contrairement aux autres sédatifs.¹¹⁸³ L'objectif de la sédation est de rendre le patient incapable de commettre l'acte suicidaire ; le psychiatre devra prendre garde à ce que le patient ne soit encore plus agité une fois que la substance a produit son effet calmant.¹¹⁸⁴

De même, le placement en isolement du patient suicidaire est vivement déconseillé. Isoler peut être perçu par le patient comme une mesure punitive, susceptible de le conforter dans son désir de mettre fin à ses jours afin d'échapper à un quotidien devenu insupportable.

Les soignants doivent s'efforcer de recueillir le témoignage du patient et l'inviter à s'exprimer sur sa souffrance¹¹⁸⁵.

Le recours à la contention physique doit être nécessaire afin de contrôler physiquement le patient qui s'apprête à commettre une tentative de suicide (TS). Une fois calmé, tous les moyens de contention (camisole de force, sangles de contention) doivent impérativement lui être retirés.¹¹⁸⁶ En effet, le patient risque de se blesser lorsqu'il est physiquement contraint lors de sa crise (coupures, frottements). La surveillance du patient suicidaire est donc fondamentale, aussi bien pendant la mesure de contrainte qu'en-dehors de celle-ci.

L'arrêt rendu par la Cour administrative d'appel de Marseille le 25 janvier 2007 met en exergue ce souci de surveillance du patient suicidaire placé en isolement. En l'espèce, le patient dépressif et suicidaire a été placé en isolement et sédaté à de multiples reprises mais n'était pas sanglé en raison de sa forte corpulence. Au cours d'une mesure d'isolement, il se donne la mort par « chute volontaire », la pièce n'étant composée que d'un seul lit scellé au sol.

La cour d'appel ne relève aucune faute médicale de la part des soignants ou de l'établissement de santé, car celui-ci faisait l'objet d'une surveillance médicale lourde (vérifications fréquentes des soignants et vidéosurveillance). Cette tentative de suicide a été qualifiée d'imprévisible : les soignants ne pouvaient sangler le patient par crainte de le blesser et ils ne pouvaient

¹¹⁸² *Ibid.*

¹¹⁸³ FRANCHITTO, N., MATHUR, A., FRANCHITTO, L., GAVARRI, L., TELMON, N., ROUGE, D. (2007), *op. cit.*, p. 474.

¹¹⁸⁴ *Ibid.*

¹¹⁸⁵ DANIEL, A. E. (2006) « Preventing suicide in prison: A collaborative responsibility of administrative, custodial and clinical staff » *Journal of American Academy of Psychiatry and Law*, 34, 165-175.

¹¹⁸⁶ MORITZ, F., JENVRIN, J., CANIVET, D. & GERAULT, D. (2004), *op. cit.*, p. 501.

l'empêcher de 'se jeter' par terre pour attenter à sa vie¹¹⁸⁷.

En dépit de l'arrêt rendu, il est certain que le non-recours à la contrainte physique a indirectement provoqué la mort du patient. S'il avait été sanglé, il n'aurait pu se jeter sur le sol afin de mettre un terme à son existence. La contrainte aurait été justifiée ici car elle aurait pu empêcher la mort du patient ; la décision rendue ne semble donc pas justifiée...

Toutefois, le patient désirait mourir compte tenu de ses troubles dépressifs sévères et de ses nombreuses TS. Une autre solution thérapeutique aurait dû être privilégiée car l'isolement seul aggravait le désarroi du patient.

Lorsqu'un patient fait l'objet d'une mesure de contrainte, les autres patients ne doivent pas être délaissés par les soignants, qui doivent faire preuve de sollicitude et d'attention envers les malades¹¹⁸⁸. La gestion des comportements suicidaires serait d'ailleurs plus efficace si les troubles psychiatriques (dépression, anxiété, schizophrénie, bipolarité) étaient mieux traités au cours de l'hospitalisation du patient. Un patient correctement suivi, traité, écouté par les soignants serait moins susceptible d'attenter à ses jours une fois réinséré dans la société.¹¹⁸⁹

Lors de la mainlevée de la mesure d'hospitalisation, les soignants doivent s'efforcer de garder le contact avec les patients et leurs proches afin d'assurer un soutien psychologique précieux et éviter les rechutes¹¹⁹⁰. Cette recommandation est d'autant plus pertinente pour les patients souffrant de comorbidité¹¹⁹¹.

Toutefois, les services sociaux n'ont pas le pouvoir de contraindre le patient fragile à suivre correctement son traitement. L'exercice de cette obligation porterait atteinte à l'exercice de leurs libertés individuelles et notamment le refus des soins.¹¹⁹² Il est préférable de convaincre autant que possible le malade de l'intérêt du traitement.¹¹⁹³

En sa qualité d'établissement de soins, l'hôpital psychiatrique doit empêcher par tous moyens

¹¹⁸⁷ CAA Marseille, 25 janvier 2007, n° 05MA01245 in VIALLA, F. & MOREL, K. (2007) « De l'opportunité du recours à la contention sur un malade psychiatrique suicidaire », *Revue droit & santé*, n°18, pp. 568-569.

¹¹⁸⁸ ZUMBRUNNEN, R. (1992) *Psychiatrie de liaison*. Consultation psychiatrique à l'hôpital général, Paris, France. Editions Masson, p. 147.

¹¹⁸⁹ HOLLOWAY, F. (2002), *op. cit.*, p. 136.

¹¹⁹⁰ DEPARTMENT OF HEALTH (2000) *Reforming the Mental Health Act*. London: Stationery Office, p. 190.

¹¹⁹¹ HOLLOWAY, F. (2002), *op. cit.*, p. 133.

¹¹⁹² RICHARDSON, G. (2002), *op. cit.*, p. 139.

¹¹⁹³ ZIGMOND, A. and HOLLAND A. (2000) « Unethical mental health law: History repeats itself » *Journal of Mental Health* 1: 49-56.

la commission de l'acte suicidaire du patient. Cette obligation rejaillit en pratique sur le personnel soignant qui doit assurer la sécurité du patient en toutes occasions.

- Le devoir de protection de l'établissement à l'occasion d'une tentative de suicide commise par le patient

En vertu de l'article 2 de la Convention européenne, tout établissement de soins a pour obligation de protéger les patients contre les risques de mort imminente et en particulier les actes suicidaires. Toutes les mesures nécessaires et adéquates doivent être mises en œuvre afin de protéger les patients contre eux-mêmes¹¹⁹⁴ à travers l'obligation de surveillance du patient suicidaire par exemple.

Chez le psychiatre, le manquement à cette obligation peut être apprécié au regard de deux conditions cumulatives :

- La connaissance du psychiatre des antécédents familiaux, psychiatriques et judiciaires du patient
- L'existence d'une obligation de surveillance du patient renforcée s'il présente un risque suicidaire avéré¹¹⁹⁵.

Si ces deux conditions ne sont pas remplies, la responsabilité civile de l'hôpital psychiatrique peut être retenue. Cette obligation s'inscrit dans le devoir de continuité des soins incombant au psychiatre. Devoir à la fois légal et déontologique, il comporte trois aspects : l'information, une relation thérapeutique saine entre le patient et le soignant et une approche organisationnelle efficiente au sein du service.¹¹⁹⁶

L'information doit être transmise à tous les soignants sur les événements concernant le malade afin de dispenser des soins appropriés. *La relation thérapeutique* ne doit pas pâtir de la rotation des soignants ; le patient doit être rassuré sur les changements de personnel afin d'accepter que les soins soient dispensés par d'autres soignants.

La jurisprudence française fournit plusieurs exemples de cas où la responsabilité civile de

¹¹⁹⁴ ALLEN, N. (2013) « The right to life in a suicidal state » *International Journal of Law and Psychiatry*, 36, 350-357.

¹¹⁹⁵ Cass. Civ. 11 juillet 1961. La Gazette du Palais (1962), II, 317 in SAINT-PIERRE, M. & SEVIGNY, A. (2009) « Approche individuelle et collective sur la continuité des soins », *Santé Publique*, 2009/3, vol. 21, pp. 241-251.

¹¹⁹⁶ SAINT-PIERRE, M. & SEVIGNY, A. (2009), *op. cit.*, p. 247.

l'établissement a été retenue en raison de ses dysfonctionnements structurels.

Il s'agit par exemple du cas du patient suicidaire mort par défenestration dont la chambre n'était pas suffisamment sécurisée, car les fenêtres n'étaient pas condamnées.¹¹⁹⁷

Dans une autre espèce, le patient gravement dépressif nourrissait des pensées suicidaires. Il a mis fin à ses jours par strangulation avec une bretelle de son sac de sport. Le psychiatre avait organisé davantage de tours de surveillance à l'attention de ce patient suicidaire mais n'avait pas signalé aux autres soignants son extrême fragilité.¹¹⁹⁸

Les juges ont décidé que la responsabilité du psychiatre devait être engagée car les mesures nécessaires à la protection du patient étaient insuffisantes et le devoir d'information des soignants n'a pas été rempli.¹¹⁹⁹ L'information en milieu psychiatrique est donc capitale ; elle est garante d'une bonne organisation des soins.

Toutefois, cette condamnation semble assez sévère au regard des faits. Rappelons que le psychiatre a sous sa responsabilité plusieurs équipes de soignants et de nombreux patients. Le psychiatre avait conscience de l'extrême fragilité du patient et avait ordonné davantage de tours de surveillance afin d'assurer que le patient ne commette l'irréparable. Le patient a trouvé la mort par strangulation en utilisant une bretelle de son sac de sport. Est-ce à dire que tous ses biens auraient dû être confisqués ? Par cette décision, les juges affirment-ils que le patient suicidaire perd le droit de garder des effets personnels ?

Nous pourrions considérer que cette interdiction représente un moindre mal dans l'intérêt du patient. Si le patient avait été privé de l'usage de son sac de sport, il ne serait pas décédé.

En tout état de cause, les soignants doivent faire preuve d'écoute et de présence à l'égard de ce type de patients sans les priver davantage de leurs droits déjà bien restreints.

Dans une autre décision¹²⁰⁰, un patient admis dans un hôpital général ne présentait pas de risque suicidaire ni de troubles dépressifs. Pourtant, celui-ci saisit un scalpel posé sur un chariot à usage du personnel soignant et s'ouvre les veines.

Les juges au fond comme en appel n'ont pas retenu la responsabilité du médecin en charge du patient car celui-ci ne présentait aucun signe avant-coureur d'une intention suicidaire. Dès lors, aucun défaut de surveillance n'a pu être reproché au médecin et sa responsabilité a été écartée.

¹¹⁹⁷ Conseil d'Etat (2003), Centre hospitalier spécialisé de Saint Egrève, req. No. 203890 in SAINT-PIERRE, M. & SEVIGNY, A. (2009), *op. cit.*, p. 247.

¹¹⁹⁸ CA Bordeaux (1999) Le sou médical v Chauvière, Juris Data no. 040597 in SAINT-PIERRE... *op. cit.*, p. 247.

¹¹⁹⁹ CA Bordeaux (1999) Le sou médical v Chauvière, Juris Data no. 040597 in SAINT-PIERRE... *op. cit.*, p. 247.

¹²⁰⁰ CAA Nancy 2000, req. No. 97NC01175, Juris Data no. 131507 in SAINT-PIERRE... *op. cit.*, p. 248.

Cette décision fait apparaître une réflexion discutable. Lorsque le patient ne souffre pas de dépression, n'est pas hospitalisé en psychiatrie et ne présente pas de risque suicidaire, le soignant est-il exonéré de son devoir de surveillance ?

Une tentative de suicide ne survient pas de manière soudaine : elle traduit le profond désarroi du patient qui ne trouve un soulagement à sa souffrance que dans la mort.

N'est-ce pas au soignant de déceler en amont cette détresse et de venir en aide au patient ? Affirmer le contraire livre le patient à lui-même, niant le principal rôle du soignant de soulager et accompagner la douleur du patient.

La solution apportée à l'espèce aurait sans doute été différente si le patient avait été hospitalisé en psychiatrie. Le résultat est pourtant le même : c'est bien parce que le désarroi du patient n'a pas été décelé à temps que celui-ci s'est donné la mort. Dans les faits, le manquement au devoir de surveillance de tous les soignants du service est bien caractérisé. La négligence médicale peut être évoquée ici car le patient présentait un réel risque pour lui-même. La responsabilité du médecin aurait dû être engagée et des dommages et intérêts versés à la personne agissant en réparation¹²⁰¹.

Trois jurisprudences retiendront notre attention concernant la mise en pratique de cette obligation de surveillance.

Dans l'arrêt *Savage* de 2009¹²⁰², une patiente hospitalisée sous contrainte fugue et se jette sous un train en marche dans une station de train proche de l'hôpital. La responsabilité civile de l'établissement est retenue en raison de son manquement au devoir de surveillance de la patiente. En effet, si les mesures de sécurité nécessaires avaient été mises en place, elle n'aurait pu ni s'enfuir, ni commettre une tentative de suicide.

En revanche, la situation est tout autre si le patient ayant commis l'acte suicidaire était hospitalisé volontairement. Ces circonstances ont donné lieu à l'arrêt *Philippe L.* rendu par La Cour de cassation en 2013.¹²⁰³ En l'espèce, le patient admis en hospitalisation libre avait quitté

¹²⁰¹ MALICIER, D. (1995) « Spécificité de la responsabilité médicale par spécialité » in D. MALICIER, A. MIRAS, P. FEUGLET & P. FAIVRE (Eds.) *La responsabilité médicale, données actuelles* (pp. 234-242). Paris, France : ESKA éditions.

¹²⁰² *Savage v South Essex Partnership NHS Foundation Trust* [2009] AC 681 in ALLEN, N. (2013), *op. cit.*, p. 352.

¹²⁰³ Civ. 1ère, 29 mai 2013, *M. Philippe L.*, n°12-21.194, D. 2013 in ABONDO, M., BOUVET, R. & LE GUEUT,

l'établissement et mis fin à ses jours peu après. Les juges ont affirmé que le principe applicable à l'hospitalisation volontaire était la liberté d'aller et venir « et qu'il ne peut être porté atteinte à cette liberté de manière contraignante par voie de 'protocolisation' des règles de sortie de l'établissement ». ¹²⁰⁴

En d'autres termes, le patient librement admis ne pouvait faire l'objet d'aucune mesure de contrainte une fois réinséré dans la société car elle aurait porté atteinte à l'exercice de ses libertés, en l'occurrence celle de mettre fin à ses jours. Le suicide de ce patient ne peut constituer une faute de surveillance imputable à l'établissement l'ayant accueilli. Il doit être considéré comme l'exercice de sa liberté de disposer de son corps et de sa vie comme il l'entend.

Dans l'arrêt britannique *Rabone* de 2012¹²⁰⁵, la patiente, Mme Rabone est hospitalisée sous contrainte en raison des troubles dépressifs sévères. Elle tente de mettre fin à ses jours trois fois en sept semaines dans l'enceinte même de l'hôpital. En raison de ses nombreuses tentatives, la patiente était surveillée toutes les quinze minutes par les soignants. Elle a cependant bénéficié d'une sortie d'essai autorisée par son psychiatre afin qu'elle rende visite à ses grands-parents le temps d'un week-end.

Son psychiatre assurait que son état de santé mental semblait s'être amélioré. C'est pourtant à l'occasion de cette sortie d'essai que la patiente met fin à ses jours par pendaison.

Les juges ont estimé que la décision de laisser la patiente rendre visite à des proches était particulièrement négligente. Aucune mesure de surveillance n'avait été mise en place malgré la grande vulnérabilité psychique de la malade afin de la préserver d'une potentielle tentative de suicide. De ce fait, la responsabilité civile de l'établissement a été engagée sur le fondement de l'article 2 (relatif au droit à la vie) de la Convention européenne. ¹²⁰⁶

Deux remarques doivent être émises au sujet des arrêts britanniques *Savage et Rabone* :

- Dans l'arrêt *Rabone*, une telle tragédie aurait pu être évitée si un soignant ou un assistant social avait accompagné la patiente pendant sa sortie d'essai. Cette contrainte aurait été justifiée par la nécessité de protéger la patiente.

M. (2014) « Isolement et contention en psychiatrie : quels fondements juridiques ? » *Revue droit & santé*, n°62, pp. 1626-1631.

¹²⁰⁴ *Ibid*, p. 1628.

¹²⁰⁵ *Rabone v Pennine Care NHS Foundation Trust* [2012] UKSC 2 in ALLEN, N. (2013), *op. cit.*, p. 353.

¹²⁰⁶ *Ibid*.

- Les conditions d'hospitalisation peuvent constituer une véritable source de souffrance pour les patients. Cette souffrance s'ajoute à la difficulté de vivre au quotidien avec des troubles mentaux importants. Si cette souffrance conduit le patient à vouloir mettre fin à son existence, pourquoi sa volonté n'est-elle pas respectée ?

Le juge français semble plus clément dans l'appréciation de cette obligation de surveillance, notamment concernant une décision rendue par la Cour de cassation en 2012¹²⁰⁷. En l'espèce, la patiente admise sous contrainte souffrait de dépression et avait commis une TS le jour de son hospitalisation. La patiente a été placée en isolement de nombreuses fois : c'est à cette occasion qu'elle se suicide par strangulation au moyen d'un drap recouvrant le lit.

En principe, l'hôpital psychiatrique doit observer une **obligation de surveillance renforcée** à l'égard de ses patients admis sous contrainte en raison de leur vulnérabilité. Afin de vérifier l'exécution de cette obligation, le juge judiciaire apprécie la *prévisibilité* et l'*irrésistibilité* de l'acte suicidaire.¹²⁰⁸

Dans les faits, la patiente présentait un comportement calme avant le passage à l'acte, dès lors qualifié d'imprévisible par les juges. Lors de la commission de la TS, la patiente avait été placée en isolement, sédaturée et aucun objet dangereux n'avait été laissé dans la pièce à l'exception du lit scellé au sol. Les soignants avaient dûment accompli leurs tours de surveillance durant lesquels la patiente ne présentait pas un comportement dangereux. Rien ne laissait présager qu'elle ferait usage du drap recouvrant le lit afin de se suicider : l'acte était donc irrésistible. En somme, la Cour de cassation ne reconnaît pas de manquement à l'obligation de surveillance par l'hôpital psychiatrique et sa responsabilité civile pour faute n'a pas été retenue.

Le juge français fait ici preuve d'une réticence certaine à retenir la responsabilité de l'établissement psychiatrique malgré l'important nombre de suicides commis entre ses murs. Certes, les soignants avaient assuré l'exercice de leur profession en préservant autant que possible la malade au moyen de l'isolement. Pourtant, celui-ci n'a pas permis d'empêcher la commission de l'acte suicidaire. Il semblerait que le juge judiciaire se désolidarise totalement du sort des patients psychiatriques dès lors que les conditions de cette obligation de surveillance sont remplies. A l'instar des soignants, il semble se résigner à un réel fatalisme face à la

¹²⁰⁷ Cass. 1^{re} Civ., 13 décembre 2012, n°22-27616 in DESCHAMPS, J-L. & GUIGUE, S. (2013) « L'appréciation de la faute de surveillance lors du suicide d'un patient en chambre d'isolement » *Revue droit & santé* n°52, pp. 256-257.

¹²⁰⁸ Cass. 1^{re} Civ., 13 octobre 1999, *Bull. civ.*, 1999, I, n°274, p. 179 in DESCHAMPS, J-L. & GUIGUE, S. (2013), *op. cit.*, p. 257.

résistance des troubles psychiatriques, considérant la mort comme une fin inéluctable chez les malades.

Paradoxalement, le refus de soins du patient psychiatrique est outrepassé par le souci des soignants d'assurer son bien-être. Le patient est contraint de recevoir des soins et ne peut mettre fin à ses jours lorsqu'il le désire. Ce désir de mort est ignoré des soignants qui ne peuvent ni déontologiquement ni légalement laisser le patient commettre une tentative de suicide. La locution latine '*primum non nocere*' (premièrement, ne pas nuire) incluse dans le serment d'Hippocrate fait de ce désir un véritable tabou chez les soignants.

La priorité du soignant est d'apaiser et accompagner la souffrance du patient psychiatrique et de permettre sa guérison lorsque cela est possible. La mort du malade est perçue par le soignant comme l'échec avéré de n'avoir pu prendre en charge ses troubles mentaux.

En sa qualité de patient, le malade psychiatrique a droit au respect de ses données de santé à une exception près : l'existence d'un risque suicidaire.

En vertu de l'article L 1110-4 du CSP, « toute personne prise en charge par un professionnel de santé, un établissement ou un organisme [...] a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations le concernant ». Ces informations comprennent l'identité du patient, sa situation matrimoniale, ses antécédents médicaux et judiciaires, la nature de ses troubles mentaux, son traitement, etc.

La loi prévoit que « tous les professionnels intervenant dans le système de santé » sont tenus au secret de ces informations, à l'exception de plusieurs dérogations prévues par la loi¹²⁰⁹.

Citons à ce titre l'exemple de la patiente bénéficiant de soins ambulatoires et subissant des violences conjugales. Elle est exposée à deux risques, celui de mourir sous les coups de son compagnon ainsi que le risque d'attenter à sa propre vie ou à celle d'autrui. Le soignant est autorisé à divulguer ces informations en les forces de l'ordre et les services sociaux afin de protéger la patiente.

Dans un autre exemple, celui du patient suicidaire hospitalisé, ce sont ses proches qui seront informés de la situation. Ils pourront apporter leur soutien au patient comme au psychiatre afin de préserver le patient.¹²¹⁰

¹²⁰⁹ Article L 1110-4 du Code de la santé publique.

¹²¹⁰ FRANCHITTO, N., MATHUR, A., FRANCHITTO, L., GAVARRI, L., TELMON, N., ROUGE, D. (2007), *op. cit*, p. 474.

Il est communément admis chez les soignants exerçant au sein d'un hôpital psychiatrique que la vie du patient doit être protégée à tout prix. De ce fait, si le patient exprime un désir de mort, celui-ci n'est pas pris en compte et les soignants veilleront à ce que le patient ne commette pas de tentative de suicide.

d) Le refus de prise en compte du désir de mort chez le patient psychiatrique

En médecine générale, les progrès de la médecine ont permis de répondre à la volonté du patient hospitalisé de mettre fin à ses jours. Chez le patient psychiatrique, cette volonté est niée au nom de l'intérêt du patient. Pourtant, le droit de disposer de son corps et donc de mourir constitue un droit inaliénable pour chaque individu.

- L'accès aux soins de fin de vie du patient, un droit inaliénable

Lorsque la souffrance psychique du patient est telle qu'il souhaite mourir, ne pourrait-on pas considérer que la mort puisse être une délivrance pour lui ? Est-il si difficile pour les soignants de réaliser que le patient hospitalisé ne trouve plus de sens à son existence et désire y mettre un terme ? A ce sujet, certains psychiatres considèrent que le recours au suicide médicalement assisté constitue un droit pour les patients psychiatriques hospitalisés ou bénéficiant de soins ambulatoires.¹²¹¹ Le droit de mourir dans la dignité, en respectant le souhait de mourir du patient parachève le droit de vivre dans la dignité de chaque individu. La liberté de l'individu de mener sa vie comme il l'entend ne devrait pas être entravée à l'heure de sa mort lorsque celui-ci juge qu'il est temps de mettre à sa souffrance.¹²¹² En ce sens, l'accès aux soins de fin de vie pour le malade mental constituerait la dernière expression de son autonomie¹²¹³, notamment s'il s'agit d'un patient âgé.¹²¹⁴

¹²¹¹ SCHILDMANN, J., HOETZEL, J., MUELLER-BUSCH, C. & VOLLMER, J. (2010) "Ärztliche Assistenz zur Selbsttötung – ethische, rechtliche und klinische Aspekte" *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 131, 1405-1408.

¹²¹² HIRSCH, E. (2016) « Avant-propos à la nouvelle édition. Le droit politique de vivre et de mourir dans la dignité » in *Fins de vie, éthique et société*, éd. Erès, p. 17 ; Thierry, J.-B. (2014) « L'euthanasie, un droit ? » in F. Violla (dir.), *Les grandes décisions du droit médical*, Paris, LGDJ, p. 76-84.

¹²¹³ LEUZZI-LOUCHART, C. (2015) « Vulnérabilités et fin de vie : De la protection de la dignité du mourant aux limites de l'encadrement juridique de la fin de vie » *RDS*, n°67, pp. 665-677.

¹²¹⁴ DAVID-SOUCROT, V. (2013) *La fin de vie en EHPAD des personnes âgées psychodépendantes*, mémoire rédigé sous la direction de CAMUS, T-M, coll. Mémoires numériques de la BNDS, éd. Les Etudes Hospitalières, pp. 44-146.

Si le patient en grande souffrance psychique exprime de manière réitérée ce désir, pourquoi l'en empêcher ? Accompagner la fin de vie rappelle pour les soignants le devoir « avec discernement savoir écouter, dialoguer ou parfois 'lâcher prise' ». ¹²¹⁵ Nier le désir de mort du patient peut le conduire à mettre fin à ses jours d'une manière violente (défenestration, pendaison, usage d'une arme à feu) et / ou douloureuse (scarification, empoisonnement, usage d'un objet contondant). Une tierce personne témoin de la scène peut en être profondément traumatisée, telle que l'exemple de la patiente se jetant sous un train en marche en présence d'autres voyageurs et du personnel ferroviaire.

Les mentalités semblent évoluer dans ce sens, avec un cas assez anecdotique.

Une patiente, Mme Wooltorton, souffrait de graves troubles de la personnalité mais n'était pas hospitalisée. Elle a exprimé son désir de mettre fin à ses jours au moyen de directives anticipées. Peu après la rédaction de ces directives, elle tente de se donner la mort en ingurgitant du liquide de refroidissement pour véhicules automobiles ¹²¹⁶.

Hospitalisée en urgence, les médecins se sont demandés s'ils devaient tenter de la sauver au moyen d'une alimentation artificielle. Ils ont au contraire respecté le choix de la patiente figurant dans ses directives en renonçant à l'alimentation artificielle, entraînant son décès.

Aucune action en justice n'a été menée contre l'hôpital ni contre les médecins : les directives anticipées possèdent en effet une valeur légale ¹²¹⁷.

Il faut ici saluer la démarche des soignants ; le désir de mort du patient psychiatrique devrait toujours être respecté. En pratique pourtant, une réelle discrimination est réalisée à l'encontre des patients psychiatriques considérés comme incapables de prendre seuls cette décision lourde de conséquences. Le cas Wooltorton n'a pas fait l'unanimité parmi les psychiatres ¹²¹⁸. La patiente était-elle suffisamment lucide lorsqu'elle a exprimé sa volonté de mettre fin à ses jours ? Un psychiatre aurait-il dû évaluer plus rigoureusement sa capacité légale afin de préserver la patiente d'elle-même ? ¹²¹⁹

¹²¹⁵ CORDIER, A. (2016) « Préface. L'impossible du possible » in HIRSCH, E., *op. cit.*, p. 25.

¹²¹⁶ ALLEN, N. (2013), *op. cit.*, p. 156.

¹²¹⁷ *Ibid.*

¹²¹⁸ CALLAGHAN, S. & RYAN, C. (2011) « Refusing medical treatment after attempted suicide: Rethinking capacity and coercive treatment in light of the Kerrie Wooltorton case » *Journal of Law and Medicine*, 18(4), 811-819.

¹²¹⁹ *Ibid.*, p. 816.

A ce sujet, il convient de distinguer l'euthanasie du suicide médicalement assisté : cette distinction est établie au Royaume-Uni et en France. L'euthanasie suppose que le psychiatre mette fin à la vie du patient de manière explicite, souvent au moyen d'une injection létale. Dans un suicide médicalement assisté au contraire, le patient ingère lui-même la substance létale sous la surveillance du soignant.¹²²⁰ En général, le suicide médicalement assisté est préféré par le psychiatre qui n'est pas directement impliqué dans la mort du patient.¹²²¹ De même, le patient peut revenir sur sa décision quand il le souhaite en refusant d'ingérer la substance.¹²²²

Cette méthode n'est pas sans risques toutefois : le patient risque d'absorber une dose insuffisante de la substance ou de l'absorber de la mauvaise manière s'il n'est pas correctement encadré.¹²²³ Le patient n'est pas non à l'abri d'effets indésirables : vomissements avant le décès, mort lente et douloureuse... lorsque la dose létale ne permet pas au patient de mourir immédiatement, une opération supplémentaire est alors nécessaire¹²²⁴. Le patient s'expose alors à une souffrance morale supplémentaire imputable à l'échec de cette tentative.¹²²⁵

En somme, le suicide médicalement assisté, comme l'euthanasie, n'est pas sans risques pour le patient. C'est la raison pour laquelle le soignant s'implique toujours dans cette procédure bien qu'elle soit difficile à gérer d'un point de vue émotionnel¹²²⁶.

« Garde-fou des substances létales »¹²²⁷, le psychiatre va au bout de la relation patient-soignant. Il répond au désir du patient de mourir sans douleur ; il respecte à la fois sa volonté et privilégie la solution thérapeutique permettant d'infliger au malade le moins de douleur possible.

Les procédures permettant de mettre fin aux jours du patient à sa demande existent mais seuls les malades ayant une capacité légale suffisante et atteints d'une maladie incurable en phase

¹²²⁰ COHEN-ALMAGOR, R. (2013) « First do not harm: pressing concerns regarding euthanasia in Belgium » *International Journal of Law and Psychiatry*, 36, 515-521.

¹²²¹ QUILL, T. E., LO, B. & BROCK, D. W. (2008) « Palliative options of last resort: A comparison of voluntarily stopping eating and drinking, terminal sedation, physician-assisted suicide and voluntary active euthanasia » In D. BIRNBACHER & E. DAHL (Eds.) *Giving Death a Helping Hand*, vol. 38 (pp. 49-64). Netherlands: Springer.

¹²²² QUILL, T. E. (1991) « Death and dignity » *The New England Journal of Medicine*, 324(10), 691-694.

¹²²³ PRESTON, T. A. & MERO, R. (1996) « Observations concerning terminally-ill patients who choose suicide » *Journal of Pharmaceutical Care in Pain & Symptom Control*, 4 (1-2), 183-192.

¹²²⁴ GROENEWOUDE, J. H., VAN DER HEIDE, A., ONWUTEKA-PHILIPSEN, B. D., Willems, D. L., VAN DER MAAS, P. J., & VAN DER WAL, G. (2000) « Clinical problems with the performance of euthanasia and physician-assisted suicide in the Netherlands » *The New England Journal of Medicine*, 342(8), 551-556.

¹²²⁵ BERGHMANS, R., WIDDERSHOVEN, G. & WIDDERSHOVEN-HEERDING, I. (2013) « Physician-assisted suicide in psychiatry and loss of hope » *International Journal of Law and Psychiatry*, 36, 436-443.

¹²²⁶ VINK, T. (2012) « Dementie en zelfeuthanasie, lessen uit de praktijk [Dementia and (self) euthanasia, lessons from practice] » *Tijdschrift voor Gezondheidszorg & Ethiek*, 22(2), 34-39.

¹²²⁷ BERGHMANS, R., WIDDERSHOVEN, G. & WIDDERSHOVEN-HEERDING, I. (2013), *op. cit.*, p. 442.

terminale peuvent y avoir accès.

En psychiatrie, les patients souffrant de schizophrénie ou de dépression sont les plus exposés au suicide¹²²⁸ ; ces dispositifs les concernent donc en premier lieu. Or, tout patient psychiatrique se voit refuser le recours à l'euthanasie ou au suicide médicalement assisté.

Les psychiatres estiment que les malades exprimant ce désir ne sont pas en pleine possession de leurs moyens en raison de leurs troubles mentaux¹²²⁹. Ces pathologies les rendraient incapables de prendre les décisions appropriées afin d'améliorer leur état de santé mental.¹²³⁰ Or, le Pr. Aubry, médecin rappelle la distinction entre souffrance et douleur. Il explique que la douleur physique est « évaluable, et la plupart du temps, maîtrisable » : elle est ressentie par le malade parfois indépendamment de tout symptôme. La souffrance psychique quant à elle est plus personnelle et peut difficilement être évaluée : ce peut être « l'anticipation de son déclin » chez une personne en phase avancée d'une maladie grave et incurable, ou considérablement diminuée en raison de son âge.¹²³¹ Elle concerne aussi le malade mental souffrant de ses troubles mentaux sans qu'il parvienne à se rétablir, ou à voir ses symptômes se stabiliser. En somme, la souffrance relève de la subjectivité de chacun et retient ici notre attention. Les soignants évaluant la pertinence d'une mesure de fin de vie chez le malade mental ne peuvent évaluer sa souffrance.¹²³² Ne devraient-ils pas, dans ce cas, faire confiance au ressenti du patient et prendre en compte ce désir ?

Les soignants mettent alors en œuvre toutes les mesures nécessaires dans l'espoir de faire disparaître cette volonté de mourir chez le malade. Les soignants recherchent d'abord ses causes puis s'efforcent de traiter les symptômes du patient sur le plan psychiatrique et somatique¹²³³. Il est clair que le devoir de tout soignant est de soulager la souffrance du patient, le plus souvent par l'écoute, le dialogue et l'administration de psychotropes. Par exemple, les

¹²²⁸ Zone Interdite (2017) « UMD : Qui sont ces fous que l'on enferme ? », diffusé sur M6 le 8 octobre 2017.

¹²²⁹ FOSSATI, P., ERGIS, A. M. & ALLILAIRE, J. F. (2002) « Executive functioning in unipolar depression : A review » *L'Encéphale*, 28(2), 97-107.

¹²³⁰ MARZUK, P. M., HARTWELL, N., LEON, A. C. & PORTERA, L. (2005) « Executive functioning in depressed patients with suicidal ideation » *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112(4), 294-301.

¹²³¹ AUBRY R., BLANCHET, V., VIALARD, M-L (2010) « La sédation pour détresse chez l'adulte dans des situations spécifiques et complexes » *Médecine palliative : Soins de support – Accompagnement – Ethique*, n°9, p. 23-24.

¹²³² LEGROS, B. (2011) *Euthanasie, arrêt de traitement, soins palliatifs et sédation – L'encadrement par le droit de la prise en charge médicale de la fin de vie*, éd. Les Etudes Hospitalières, p. 17.

¹²³³ ROSENBLATT, L. & BLOCK, S. D. (2001) « Depression, decision-making and the cessation of life-sustaining treatment » *The Western Journal of Medicine*, 301(23), 2462-2471.

antidépresseurs seraient particulièrement efficaces dans la prise en charge des troubles dépressifs sur une proportion de 50 à 70% des patients¹²³⁴.

En droit britannique, l'arrêt *Bland* s'applique lorsqu'un patient hospitalisé exprime son désir de mourir¹²³⁵. Cette décision permet au patient adulte ayant la capacité légale suffisante d'avoir accès aux soins de fin de vie. La volonté du patient doit être respectée en tout état de cause même si elle va à l'encontre du bon sens ou est 'contraire à l'intérêt du patient' selon les soignants¹²³⁶. Si le patient a fermement exprimé son désir de mourir, le soignant doit obtempérer à sa demande afin de respecter l'autonomie du patient. S'il revenait au professionnel de santé de prendre cette décision 'en toute objectivité dans le seul souci de ne pas lui nuire', il agirait au contraire dans la subjectivité la plus totale¹²³⁷.

En effet, le choix de mourir du patient doit être libre et éclairé ; il doit être décidé exclusivement par le patient en ayant connaissance des conséquences de cette décision comme des risques (ex : vomissements avant le décès).¹²³⁸ Le patient doit pouvoir faire entendre sa voix s'il ne désire plus être soigné. Il s'agit avant tout d'un être humain dont la volonté de vivre ou non doit être respectée. Le soignant ne doit pas considérer le patient comme le seul réceptacle de la pathologie, subissant les symptômes de manière passive.¹²³⁹

Cependant, il est difficile pour le soignant de réaliser que la volonté de mourir du patient psychiatrique est lucide et éclairée. Par définition, si le patient a été admis sous contrainte, n'est-ce pas parce qu'il n'avait plus la lucidité, la clairvoyance nécessaire pour demeurer intégré à la société, lui qui constitue un danger pour lui-même ou autrui ?

De même, la souffrance du patient imputable à ses troubles psychiatriques est rarement évoquée. Une personne saine d'esprit ne peut concevoir la douleur et le désarroi subis par ces

¹²³⁴ DEPRESSION GUIDELINE PANEL, D. G. (1993) « Depression in primary care: Volume 2. Detection and diagnosis » *Clinical Practice Guideline*, Number 5 (vol. 2), Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research ; IMEL, Z. E., MALTERER, M. B., MCKAY, K. M. & WAMPOLD, B. E. (2008) « A meta-analysis of psychotherapy and medication in unipolar depression and dysthymia » *Journal of Affective Disorders*, 110(3), 197-206.

¹²³⁵ Airedale NHS Trust v Bland [1993] AC 789 in MENDELSON, D. (2007) « Roman concept of mental capacity to make end-of-life decisions » *International Journal of Law and Psychiatry*, 30, 201-212.

¹²³⁶ MENDELSON, D. (2007), *op. cit.*, p. 205.

¹²³⁷ ATKINS, K. (2000) « Autonomy and the subjective character of experience » *Journal of Applied Philosophy*, 17(1), 71-80.

¹²³⁸ DWORKIN, R. (2011) *Life's dominion: An argument about abortion, euthanasia and individual freedom*. New York: Vintage, p. 162.

¹²³⁹ DEEGAN, P. (1996) « Recovery as a journey of the heart » *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 19, 91-102.

malades. Ce n'est pas un hasard si les personnes souffrant de troubles psychiques sont davantage exposées au risque suicidaire.

Les infirmiers l'affirment eux-mêmes : leur profession consiste dans le « fait d'accompagner et de soulager la douleur des patients »¹²⁴⁰. Dès lors, que faire lorsque ces troubles demeurent, lorsque la souffrance du patient est telle qu'il désire mettre un terme à une existence qui n'est synonyme que de souffrance ? Est-il approprié de rechercher la prétendue 'lucidité' chez le malade ? Ne devraient-ils pas écouter d'abord la souffrance du patient et tenter d'y apporter une solution certes radicale, si tel est le désir exprimé et réitéré par le patient ?

A ce titre, certains psychiatres ont envisagé la mise en place d'une présomption légale de compétence chez le patient psychiatrique. Si le malade est considéré comme compétent et exprime le souhait de mettre fin à ses jours, il peut avoir accès aux soins de fin de vie.

- La présomption légale de compétence du patient psychiatrique désirant mourir

Le souci de respecter la volonté du malade psychiatrique a conduit plusieurs psychiatres britanniques à suggérer la mise en place d'une présomption simple de compétence légale¹²⁴¹. Le patient est présumé compétent jusqu'à apport de la preuve contraire, c'est-à-dire « l'examen prudent et rigoureux de l'impact de la pathologie mentale sur la compétence du patient »¹²⁴². Lorsque les troubles mentaux du patient impactent gravement sa capacité légale du patient, il n'est plus compétent et ne peut avoir accès aux soins de fin de vie.

Bien que fondée sur une intention louable, cette proposition soulève un problème de taille : la fiabilité de la discipline psychiatrique. Sur quels critères fonder l'impact de la maladie mentale sur la compétence du patient, c'est-à-dire sa capacité à exprimer son désir de mourir en pleine possession de ses facultés intellectuelles ? La gravité de la pathologie seule ne suffit pas ici. Comment mesurer la gravité des symptômes et évaluer la souffrance du patient en l'absence de tout signe extérieur ? Sans surprise, très peu d'études ont été menées à ce sujet ; le corps médical préfère considérer que les patients ne disposent pas de cette capacité légale

¹²⁴⁰ Zone Interdite (2017), *op. cit.*

¹²⁴¹ STEWART, C., PEISAH, C. & DRAPER, B. (2011) « A test for mental capacity to request assisted suicide » *Journal of Medical Ethics*, 37, 34-39.

¹²⁴² *Ibid*, p. 37.

suffisante.¹²⁴³

Le refus systématique des soignants psychiatriques concernant les soins de fin de vie repose également sur la conception selon laquelle toute vie est sacrée. Elle soutient que la vie humaine a une valeur spéciale qui doit être protégée en toutes circonstances y compris lorsque le patient exprime le souhait inverse.¹²⁴⁴

Cette conception s'oppose au principe de la qualité de vie ; cette dernière n'a de valeur que si elle permet une certaine qualité de vie, par exemple lorsque le patient peut vivre de manière suffisamment autonome, exercer une profession, etc.¹²⁴⁵ De manière subjective, la qualité de vie inclut également les sentiments de bonheur, d'accomplissement de soi, d'appartenance à la société, l'attachement à une cause, à des personnes, un certain confort matériel, l'absence de douleur physique et / ou mentale trop importante, etc.¹²⁴⁶

Les patients psychiatriques hospitalisés sous contrainte sont particulièrement concernés par la notion de qualité de vie. Demeurer hospitalisé sous contrainte pendant plusieurs mois voire plusieurs années peut sembler insupportable à n'importe quel individu. Les soins psychiatriques constituent une véritable agression pour le patient : son corps, son esprit, sa personnalité et ses relations affectives lui sont retirés. Il devient 'prisonnier' de l'institution l'héberge et des règles qui la régissent.¹²⁴⁷

L'hospitalisation de moyenne ou longue durée implique l'expérience d'une forte solitude, l'oisiveté, l'absence d'activité professionnelle, la douleur psychologique de se sentir anormal et rejeté par la société, la peur de l'avenir, l'insatisfaction des besoins sexuels, de chaleur humaine, etc.¹²⁴⁸ De plus, les effets secondaires des psychotropes administrés concourent à la dégradation de cette qualité de vie : prise de poids, perte de désir sexuel¹²⁴⁹, apparition de

¹²⁴³ GANZINI, L., FENN, D. S., LEE, M. A., HEINTZ, R. T. & BLOOM, J. D. (1996) « Attitudes of Oregon psychiatrists towards physician-assisted suicide » *The American Journal of Psychiatry*, 153(11), 1469-1475.

¹²⁴⁴ KUHSE, H. (1987) *The sanctity-of-life doctrine in medicine. A critique*. Oxford: Clarendon Press, p. 246.

¹²⁴⁵ WILSON, K., SCOTT, J., GRAHAM, I., KOZAK, J., CHATER, S., VIOLA, R. *et al* (2000) « Attitudes of terminally-ill patients toward euthanasia and physician-assisted suicide » *Archives of Internal Medicine*, 160, 2454-2460.

¹²⁴⁶ KAASA, S. & LOGE, J. H. (2003) « Quality of life in palliative care: Principles and practice » *Palliative Medicine*, 17, 11-20.

¹²⁴⁷ MINKOWITZ, T. (2007) « The United Nations Convention of the Rights of Persons with Disabilities and the right to be free from non-consensual psychiatric interventions » *Syracuse Journal of International Law and Commerce*, 34, 405-428.

¹²⁴⁸ BENGTSOON-TOPS, A. & HANSSON, L. (2001) « Quantitative and qualitative aspects of the social network in schizophrenic patients living in the community » *Relationship to sociodemographic characteristics and clinical factors and subjective quality of life, International Journal of Social Psychiatry*, 47(3), 67-77.

¹²⁴⁹ CHIESA, A., BRAMBILLA, P. & SERETTI, A. (2010) « Functional neural correlates of mindfulness

spasmes musculaires (dyskinésie)¹²⁵⁰ et de troubles cardiaques¹²⁵¹, sentiment que le traitement est une mesure punitive et non thérapeutique¹²⁵², etc.

Il n'est alors pas surprenant que les malades désirent mettre fin à leurs jours.

Par ailleurs, les patients souffrant de troubles dépressifs et / ou de schizophrénie possèdent une perception plus dégradée de leur qualité de vie.¹²⁵³ Est-ce à dire pour autant qu'ils soient incapables de prendre une décision aussi lourde de conséquences que les soins de fin de vie ?¹²⁵⁴

Ensuite, le médecin doit s'assurer que le patient ne subisse pas de pressions l'incitant à demander ces soins. Ce choix doit être purement personnel, volontaire, pris au regard des circonstances actuelles et des perspectives d'avenir du patient.¹²⁵⁵ Les représentants de la personne malade et ses proches jouent également un rôle considérable dans le processus de décision : les malades mentaux ne peuvent demander à être euthanasiés mais un auteur souligne la possibilité théorique pour le soignant d'autoriser la sédation profonde du malade ayant conséquence son décès... Faut-il y voir une ouverture des soins de fin de vie aux maladies psychiatriques ?¹²⁵⁶ Il semblerait que non : le patient psychiatrique ne pourrait prendre cette décision librement car il est susceptible d'être influencé voire contraint par ses proches qui le perçoivent comme une charge¹²⁵⁷.

En plus d'une décision fermement arrêtée, le patient doit disposer de toutes les facultés

meditations in comparison with psychotherapy, pharmacotherapy and placebo effects. Is there a link? » *Acta Neuropsychiatrica*, 22(3), 104-117.

¹²⁵⁰ CORRELL, C. U. & SCHENK, E. M. (2008) « Tardive dyskinesia and new antipsychotics » *Current Opinion in Psychiatry*, 21, 151-156.

¹²⁵¹ PACIULLO, C. A. (2008) « Evaluating the association between clozapine and venous thromboembolism » *American Journal of Health-System Pharmacy*, 65, 1825-1829.

¹²⁵² FLETCHER, J. (1998) « Attitudes towards suicide » In J. Donnelly (Ed.) *Suicide: Right or wrong?* (pp. 57-66) (2nd Ed.) New York: Prometheus Books.

¹²⁵³ KATSCHNIG, H. (2000) « Schizophrenia and quality of life » *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102 (suppl. 407), 33-37.

¹²⁵⁴ GRISSO, T., APPELBAUM, P. S., MULVEY, E. P. & FLETCHER, K. (1995) « The MacArthur Treatment Competence Study. II. Measures of abilities related to competence to consent to treatment » *Law and Human Behaviour*, 19, 127-148.

¹²⁵⁵ THOLEN, A. J., BERGHMANS, R. L. P., HUISMAN, J., LEGEMAATE, J., NOLEN, W. A., POLAK, F., SCHERDERS, M. J. W. T. & NvVP-commissie Hulp bij zelfdoding (2009) *Richtlijn omgaan met het verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis [Guideline dealing with the request for assisted suicide in patients with a psychiatric illness]* Utrecht: De Tijdstroom, p. 310.

¹²⁵⁶ MATTEI, J-F (2016) « Sauvegarder la dignité de ceux qui nous quittent » in HIRSCH, E., *op. cit.*, p. 48.

¹²⁵⁷ SPECIAL SENATE COMMITTEE OF EUTHANASIA AND ASSISTED SUICIDE (1995) *Of life and death – Final report*. Kingston, p. 155.

émotionnelles et cognitives.¹²⁵⁸ Enfin, la souffrance du patient doit être insupportable sans la moindre perspective d'amélioration. L'expression communément admise est celle de la maladie en phase terminale, ne laissant aucun espoir de guérison chez le patient. Or, la souffrance n'a pas encore été définie : difficile de savoir si elle peut être physique ou mentale...¹²⁵⁹

Les législations française et britannique ne présagent pas d'une future prise en compte de la souffrance mentale du patient psychiatrique, pourtant fondamentale lorsqu'il exprime son désir de mettre un terme à son existence.

- La souffrance mentale du patient suicidaire ignorée par le législateur

Les troubles psychiatriques seraient à l'origine d'une importante souffrance mentale chez le patient¹²⁶⁰ : anxiété, désorientation, hallucinations, perte d'identité et du sens donné à sa vie¹²⁶¹, isolement social, sentiment de culpabilité du fait de devenir une charge pour autrui, d'incompétence à contrôler le cours de son existence, etc.¹²⁶²

Pourtant, la douleur psychologique, non mesurable, ne bénéficie pas de la même reconnaissance que la douleur physique¹²⁶³. Elle doit être comprise dans une interaction comprenant le corps, l'esprit et la situation actuelle du patient (situation sociale, professionnelle, relations amicales, familiales et sentimentales)¹²⁶⁴. La synergie entre le corps et l'esprit existe avec certitude, leur dualité n'a donc pas de sens.¹²⁶⁵

A ce titre, la souffrance pourrait être définie par « l'état d'une douleur sévère associée à des

¹²⁵⁸ HALPERN, J. (2011) « Emotions, autonomy and decision-making capacity » *American Journal of Bioethics / Neuroscience*, 2(3), 62-63.

¹²⁵⁹ VAN TOL, D., RIETJENS, J. & VAN DER HEIDE, A. (2010) « Judgment of unbearable suffering and willingness to grant a euthanasia request by Dutch general practitioners » *Health Policy*, 97(2-3), 166-172.

¹²⁶⁰ GIESEN, P. (2012) « Hoe ondraaglijk is psychiatrisch lijden? [How unbearable is psychiatric suffering?] » *Medisch Contact*, 67(19), 1154-1157; BERGHMANS, R., WIDDERSHOVEN, G. & WIDDERSHOVEN - HEERDING, I. (2013) « Physician-assisted suicide in psychiatry and loss of hope » *International Journal of Law and Psychiatry*, 36, 436-443.

¹²⁶¹ BERGHMANS, R., WIDDERSHOVEN, G. & WIDDERSHOVEN - HEERDING, I. (2013), *op. cit.*, p. 439.

¹²⁶² KISSANE, D. W., CLARKEN D. M. & Street, A. F. (2001) « Demoralization syndrome – A relevant psychiatric diagnosis for palliative care » *Journal of Palliative Care*, 17(1), 12-21.

¹²⁶³ HEWITT, J. (2013) « Why are people with mental illness excluded from the rational suicide debate? » *International Journal of Law and Psychiatry*, 36, 358-365.

¹²⁶⁴ MORRIS, D. B. (1991) *The culture of pain*. Berkeley: UCAL Press, p. 361.

¹²⁶⁵ SULLIVAN, M. (2001) « Finding pain between minds and bodies » *The Clinical Journal of Pain*, 17, 146-156.

événements menaçant l'existence toute entière d'une personne ». ¹²⁶⁶ Le médecin devrait toujours répondre favorablement à la demande du patient dans ces circonstances. ¹²⁶⁷

Or, il existe une discrimination clairement établie entre les patients psychiatriques et ceux considérés comme sains d'esprit. Des psychiatres américains ont pourtant reconnu que la présence de troubles mentaux tels que la schizophrénie ne porte pas atteinte à la compétence légale du patient désirant mettre fin à ses jours. ¹²⁶⁸ Bien que la loi du 2 février 2016 reconnaisse que les directives anticipées s'imposent au médecin lorsque le malade conscient est « atteint d'une maladie grave et incurable dont le pronostic vital est engagé à court terme », il est difficile d'y avoir une inclusion des maladies psychiatriques...

Bien que les soins de fin de vie soient refusés aux patients psychiatriques, le cas Chabot survenu aux Pays-Bas pourrait laisser penser qu'il sera une réalité dans un futur proche. En l'espèce, la patiente souffrait d'une dépression sévère à la suite de nombreux sévices subis (violences physiques, verbales et conjugales). Ses troubles dépressifs et ses pensées suicidaires se réduisent à l'âge adulte ; la patiente trouve une raison d'exister à travers l'éducation de ses deux fils.

Quelques années plus tard, l'un se suicide en raison des maltraitances infligées par son père tandis que l'autre meurt d'un cancer à un âge prématuré ¹²⁶⁹. Perdant tout désir de se raccrocher à la vie, elle demande de manière réitérée à son psychiatre, le Dr. Chabot de procéder à un suicide médicalement assisté.

Le Dr Chabot lui propose en premier lieu des traitements alliant antidépresseurs et thérapies de groupe, des entretiens individuels avec un psychiatre ainsi que des activités lui permettant de surmonter ses troubles dépressifs. L'état de santé mentale de la patiente ne connaît aucune amélioration au cours des années suivantes : elle décide alors de mettre fin au traitement. ¹²⁷⁰ Celui-ci accède finalement à sa requête. Appelé à comparaître devant la Cour suprême néerlandaise pour meurtre, le Dr. Chabot n'écope d'aucune peine pénale et ne voit pas sa

¹²⁶⁶ CASSEL, E. J. (1991) *The nature of suffering and the goals of medicine*. New York: Open University Press, p. 219.

¹²⁶⁷ VANDEVEER, D. (1986) *Paternalistic intervention. The moral bounds on benevolence*. Princeton, NJ: Princeton University Press, p. 276.

¹²⁶⁸ GRISSO, T. & APPELBAUM, P. S. (1995) « The MacArthur Treatment Competence Study. III: Abilities of patients to consent to psychiatric and medical treatments *Law and Human Behaviour*, 19(2), 149-174.

¹²⁶⁹ KISSANE, D. W. & KELLY, B. J. (2000) « Demoralisation, depression and desire for death: Problems with the Dutch guidelines for euthanasia of the mentally ill » *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 325-333.

¹²⁷⁰ *Ibid*, p. 327.

reponsabilité engagée pour ces faits. Les juges considèrent qu'il a respecté toutes les procédures qui étaient à sa disposition avant de recourir au suicide médicalement assisté.¹²⁷¹ La demande de la patiente constituait un véritable appel à l'aide face à une existence qui ne lui avait apporté qu'une souffrance indicible et continue.¹²⁷²

Ils déduisent donc des faits en l'espèce que cette décision était médicalement appropriée.

Qu'en est-il au regard du droit britannique et canadien ?

La question d'un droit au suicide en **droit britannique** s'est posée à plusieurs reprises.

Dans l'arrêt *Pretty c. Royaume-Uni* (2002) rendu par la CEDH, la requérante était atteinte d'une maladie neurodégénérative incurable entraînant une paralysie des muscles. Elle souhaitait choisir le moment et les modalités de sa mort en raison des douleurs causées par la maladie et la perte de dignité dont elle souffrait. Ses muscles étant paralysés, elle ne pouvait mettre un terme à son existence et demandait l'aide de son mari sans que celui-ci soit pénalement poursuivi pour homicide volontaire. La requérante a invoqué la violation des articles 2 (relatif au droit à la vie), 3 (interdiction de la torture et des traitements inhumains et dégradants), 8 (relatif à la protection de la vie privée et familiale) et 14 (droit à la protection contre la discrimination) de la Convention européenne.¹²⁷³ Les juges n'ont pas reconnu de violation concernant les droits invoqués, et en particulier concernant l'article 2. Ils ont refusé de déduire de l'article 2 l'existence d'un droit de mourir chez le patient. La Cour va plus loin, en imposant aux États signataires de la Convention l'obligation de mettre en place les mesures nécessaires afin de protéger le patient désirant mourir. En effet, l'article 2 accorde le droit de chaque individu à jouir de son existence mais pas d'attenter à la vie humaine, à l'exception de la sienne.¹²⁷⁴ L'arrêt se prononce en faveur de la « réappropriation » de la mort par l'individu, un droit que la Cour consacre sous l'angle du droit au respect de la vie privée (art. 8)¹²⁷⁵. Les personnes qui aident matériellement le malade à mettre fin à ses jours peut être pénalement

¹²⁷¹ GEVERS, S. (1995) « Physician assisted suicide: New developments in The Netherlands » *Bioethics*, 9, 309-312.

¹²⁷² KISSANE, D. W. (2002) « How to treat existential distress with requests for assisted suicide » *Psychology, Public Policy and Law*, 6, 416-433.

¹²⁷³ *Pretty v. United Kingdom* (2002) 35 EHRR 1 in KISSANE, D. W. (2002), *op. cit.*, p. 420 ; VIALLA, F. (2013) « Suicide assisté, vers un acte médico-légal – A propos du rapport 'penser solidairement la fin de vie' remis au président de la République par la 'commission Sicard' » le 18 décembre 2012, *JCP* 2013, éd. G, 68, p. 114 et s.

¹²⁷⁴ HERREMANS, J. (2013) « Euthanasie, la loi belge du 28 mai, une solution juridique » in *L'euthanasie, une sérénité partagée. Une questions de santé publique*, sous la direction de M. Mayer, Mémogrames, Les éditions de la Mémoire, p. 21.

¹²⁷⁵ ROMAN, D. (2005) « Le respect de la volonté du malade : une obligation limitée » *RDSS*, p. 423 ; FABRE-MAGNAN, M. (2009) « Controverse sur l'autonomie personnelle et la liberté du consentement » *Droits*, n°48, p. 3 ; THIERRY, J.-B. (2014) « L'euthanasie, un droit ?, *op. cit.*, p. 76-84.

poursuivi, comme c'est le cas en France.¹²⁷⁶ L'hypothèse du patient psychiatrique n'est toutefois pas abordée.

Cependant, si chaque individu dispose du droit de mettre fin à son traitement et de mourir, la Cour laisse à chaque Etat la possibilité de légiférer ou non sur la question de l'euthanasie ou du suicide médicalement assisté (principe de subsidiarité)¹²⁷⁷. Les juges incitent les Etats à prendre les mesures nécessaires afin d'assurer le consentement de l'individu lorsqu'il désire mettre un terme à son existence, mais le fondement de cette obligation repose sur le droit à la vie, soit l'article 2 de la Convention. Bien que le principe de cette décision soit de protéger la vie du patient vulnérable, citer l'article 2 semble contradictoire avec la recherche d'une mort digne et sans douleur pour le patient.¹²⁷⁸ Il est alors légitime de se demander si la CEDH recherche la protection de la vie du patient ou de son consentement, et donc de sa volonté de mourir. Les juges ne semblent pas vouloir trancher cette question sensible et invitent les Etats à rechercher un « équilibre entre la protection du droit à la vie du patient et celle du droit au respect de sa vie privée et son autonomie personnelle ».¹²⁷⁹ L'Etat est alors libre s'il l'estime nécessaire de ne pas respecter le choix du patient et de l'empêcher d'obtenir une mort digne, dans les conditions voulues par celui-ci. La Cour laisse subsister un véritable flou juridique qui met en péril la volonté du patient et ne respecte pas son droit à l'autonomie dans la recherche d'une mort digne.

L'arrêt britannique *Re T* de 1992 avait déjà refusé l'existence du droit de mourir chez le patient psychiatrique. En l'espèce, le patient souhaitait mettre un terme à son traitement psychiatrique administré sous contrainte, ayant perdu toute volonté de continuer à vivre.¹²⁸⁰ Toutefois, l'arrêt du traitement entraînerait inmanquablement la mort du patient selon les juges. Ils décident alors d'interdire l'arrêt des soins et la délivrance de soins de fin de vie à l'égard du patient.

Cette position prétorienne ne semble pas s'infléchir depuis. L'arrêt *Rabone* de 2012¹²⁸¹ rendu

¹²⁷⁶ MOINE, A. (2010) « Les entraves légales à la volonté de mourir » in *La mort et le droit*, sous la direction de Bruno Py, coll. Santé, qualité de vie et handicap, Presses universitaires de Nancy, p. 259.

¹²⁷⁷ PASTRE-BELDA, B. (2015) « Le double jeu de la Cour européenne des droits de l'Homme sur le droit équivoque de disposer de sa vie » *Revue droit & santé* n°68, p. 766.

¹²⁷⁸ MALAURIE, P. (2002) « Euthanasie et droit de l'Homme : quelle liberté pour le malade ? » *Défrénois*, 30 septembre 2002, n°18, p. 1131.

¹²⁷⁹ PASTRE-BELDA, B. (2015), *op. cit.*, p. 769.

¹²⁸⁰ *Re T (Adult: Refusal of Medical Treatment)* [1992] 3 All ER 930 in KISSANE, D. W. (2002), *op. cit.*, p. 421.

¹²⁸¹ *Rabone v Pennine Care NHS Foundation Trust* [2012] UKSC 2 in KISSANE..., *op. cit.*, p. 422.

par la Cour suprême britannique reconnaît certes le droit de tout individu de disposer de son corps bien que ce droit ne soit reconnu que chez les personnes ne souffrant pas de troubles psychiatriques. Les pouvoirs publics, les soignants et la société civile prise dans son ensemble doivent s'efforcer de protéger ces malades vulnérables¹²⁸².

En somme, les malades psychiatriques sont considérés comme incapables de prendre les bonnes décisions afférentes à leur état de santé physique et mental : ils se voient donc refuser l'accès aux soins de fin de vie.

Le juge britannique Munsby, dans l'arrêt *Burke*¹²⁸³, émet une réflexion intéressante. Il rappelle que l'interdiction de la torture, des traitements inhumains et dégradants (article 3 de la Convention européenne) recouvre dans son champ d'application le droit d'être protégé d'un traitement que le patient considère comme pénible et douloureux afin de mourir dans la dignité. Si les soignants s'obstinent à poursuivre l'hospitalisation sous contrainte alors que le patient a clairement exprimé son désir de mourir, ces soins ne constituent-ils pas un acharnement thérapeutique ? En effet, il se définit comme « une obstination déraisonnable, refusant par un raisonnement buté de reconnaître qu'un homme est voué à la mort et qu'il n'est pas curable »¹²⁸⁴.

Il est vrai que le patient psychiatrique n'est pas irrémédiablement condamné. Tout trouble psychiatrique aussi sévère soit-il n'est pas irréversible. Les soins psychiatriques ne peuvent donc pas constituer un acharnement thérapeutique. Pour autant, il est impossible pour le patient de demander à y mettre un terme, ne serait-ce que pour réduire quelque peu la souffrance imputable au traitement¹²⁸⁵.

Au Royaume-Uni, le suicide médicalement assisté est ainsi condamné pénalement d'une peine de réclusion criminelle de quatorze ans en vertu du Suicide Act de 1961. Quant à l'euthanasie, elle est assimilée à un meurtre et la peine encourue peut s'élever à la réclusion criminelle à perpétuité.

¹²⁸² Re SA (Vulnerable Adult with capacity: Marriage) [2005] EWHC 2942 (Fam) at [82] in KISSANE... *op. cit.*, p. 422.

¹²⁸³ R (On the application of Burke) v General Medical Council [2005] EWCA Civ 1003 in KISSANE... *op. cit.*, p. 423..

¹²⁸⁴ COMITE CONSULTATIF NATIONAL D'ETHIQUE (2000), *Avis n°63 sur la fin de vie, arrêt de vie, euthanasie*, 27 janvier 2000, p. 15.

¹²⁸⁵ GILLET, G. (2009) « Intention, autonomy and brain events » *Bioethics*, 23(6), 330-339.

Le droit britannique distingue l'euthanasie active et passive :

- L'euthanasie active consiste à mettre un terme à l'existence du patient, par exemple par l'injection de sédatifs puissants ou d'une substance létale.
- L'euthanasie passive suppose le retrait d'un traitement indispensable au maintien de la vie du patient (alimentation artificielle, dialyse...).¹²⁸⁶

Il est fondamental que le soignant recueille le consentement du patient avant d'y avoir recours au risque d'être poursuivi pénalement pour homicide volontaire¹²⁸⁷. Or, la nuance serait plus complexe qu'elle ne paraît : « quelle différence entre débrancher les appareils et poser la perfusion qui tue ? », si le résultat est le même ?¹²⁸⁸ Rappelons enfin que cette législation ne concerne pas les malades psychiatriques, leur volonté de mourir étant ignorée par les soignants et le législateur.

La situation est similaire en **droit canadien**, dans l'Etat de l'Oregon¹²⁸⁹. En vertu du *Death with Dignity Act*¹²⁹⁰ 1997, le patient doit souffrir d'une pathologie incurable, entraînant la mort du patient dans une durée approximative de six mois¹²⁹¹. De même, le patient doit absolument avoir donné son consentement de manière expresse au psychiatre.

De surcroît, le RMO ou une tierce personne ne doit pas avoir incité le patient à donner ce consentement. Cette volonté de mourir doit être exprimée par le patient seul, lucide et en pleine possession de ses capacités.¹²⁹² Il reste difficile d'évaluer quelles pressions ou influences ont pu être exercées contre le patient.¹²⁹³

Si le patient psychiatrique est considéré comme trop vulnérable pour exprimer son désir de

¹²⁸⁶ Site Internet du NATIONAL HEALTH SERVICE, au sujet de la distinction entre euthanasie active et passive : <http://www.nhs.uk/Conditions/Euthanasiaandassistedsuicide/Pages/Introduction.aspx> (consulté le 11 octobre 2017), *np*.

¹²⁸⁷ BEAUCHAMP, T. I. (2006) « The right to die as the triumph of autonomy » *The Journal of Medicine and Philosophy*, 31, 643-654.

¹²⁸⁸ THOMAS, L-V (1976) « Euthanasie, approche conceptuelle et perspective anthropologique » *BST*, n°31, 10^e année, p. 37.

¹²⁸⁹ CHOLBI, M. J. (2013) « The terminal, the futile and the psychiatrically disordered » *International Journal of Law and Psychiatry*, 36, p. 498-505.

¹²⁹⁰ *Death with Dignity Act* 1997, s. 3.14.

¹²⁹¹ *Death with Dignity Act* 1997, s. 3.1 et 3.2.

¹²⁹² PAGE, A. R. (2009) « What' the cost of living in Oregon these days? - A fresh look at the need for judicial protections in the *Death with Dignity Act* » *Regent University Law Review*, 233, p. 249 ; FENNER, D. (2007) « Is the institutionalization and legalization of assistance to suicide dangerous? A critical analysis of counterarguments » *Ethik in der Medizin*, 19, 200-214.

¹²⁹³ FADEN, R. R. & BEAUCHAMP, T. I. (1986) *A history and theory of informed consent*. New York: Oxford University Press.

mourir et accéder aux soins de fin de vie, il en est de même lorsque le malade est âgé. Ce désir de mort pose deux questions : le patient possède-t-il la lucidité et les capacités intellectuelles suffisantes afin de désirer mourir en connaissance de cause ?

- La problématique du patient psychiatrique âgé désirant mourir

La question de l'euthanasie et du suicide médicalement assisté à destination des patients psychiatriques constitue une véritable question d'actualité. Qu'importe le pays concerné, le législateur serait réticent à ouvrir l'accès des soins de fin de vie aux malades psychiatriques par crainte d'une hausse trop importante de ce type de demandes¹²⁹⁴. En réalité, aucun vague de décès chez les patients ne serait à prévoir¹²⁹⁵. En se fondant sur un rapport canadien de 2011 portant sur 71 patients, seul un patient avait fait cette demande en raison d'un état dépressif grave¹²⁹⁶.

A ce titre, le nombre de patients atteints de démence sénile est inévitablement amené à augmenter dans les prochaines années en raison du vieillissement de la population¹²⁹⁷ et parmi eux, une certaine proportion serait susceptible de demander un arrêt des soins¹²⁹⁸.

Ces patients souffrent de leur perte d'autonomie croissante au cours de la progression de leur maladie.¹²⁹⁹ Leur qualité de vie est gravement impactée, de même qu'ils ont le sentiment de représenter une charge pour leurs proches.¹³⁰⁰

Toutefois, même si la sénilité provoque chez le patient l'apparition de troubles dépressifs, cette pathologie ne saurait légitimer le désir de mort du patient. Le corps médical y est en général opposé d'un point de vue éthique.¹³⁰¹

¹²⁹⁴ JOINER, T. (2005) *Why people die by suicide*. Cambridge, MA. Harvard University Press, p. 109.

¹²⁹⁵ MENDELSON, D. & BAGARIC M. (2013) « Assisted suicide through the prism for the right to life » *International Journal of Law and Psychiatry* 36, 406-418.

¹²⁹⁶ <http://public.health.oregon.gov/ProviderPartnerResources/EvaluationResearch/DeathwithDignityAct/Documents/year18.pdf> (consulté le 6 janvier 2017), *np*.

¹²⁹⁷ QIU, C., RONCHI, D. D. & FRATIGLIONI, L. (2007) « The epidemiology of the dementias: An update » *Current Opinion in Psychiatry*, 20, 380-385.

¹²⁹⁸ GATHER, J. & VOLLMANN, J. (2013) « Physician-assisted suicide of patients with dementia. A medical ethical analysis with a special focus on patient autonomy » *International Journal of Law and Psychiatry* 36, 444-453.

¹²⁹⁹ HOUTTEKIER, D., COHEN, J., BILSEN, J., ADDINGTON-HALL, J., ONWUTEAKA-PHILIPSEN, B. D. & DELIENS, L. (2010) « Place of death of older persons with dementia. A study in five European countries » *Journal of American Geriatrics Society*, 58, 751-756.

¹³⁰⁰ BERGHMANS, R., MOLEWIJK, B. & WIDDERSHOVEN, G. (2009) « Alzheimer's disease and life termination: The Dutch debate » *Bioethica Forum*, 2, 33-34.

¹³⁰¹ LOVESTONE, S. (2009) « Alzheimer's disease and other dementias (including pseudo-dementias) » In A.

Trois critères pourraient être étudiés afin d'accéder à la requête du patient âgé atteint de troubles psychiatriques désirant mourir :

- Il est indispensable que la démence soit arrivée à un stade où elle est incurable, sans possibilité d'en amoindrir les symptômes.
- Ensuite, le patient doit ressentir une souffrance physique et / ou psychologique insupportable selon son seul ressenti. La perception d'un soignant ne saurait être prise en compte.¹³⁰²
- Enfin, la décision du patient sénile doit être mûrement réfléchie, libre et éclairée.¹³⁰³

L'appréciation de ce dernier critère pose des problèmes considérables. Plus la sénilité du patient progresse, plus sa capacité légale se réduit. Il lui sera alors particulièrement difficile d'exprimer son désir de mort.¹³⁰⁴ En effet, il est fréquent que le patient sénile n'ait même pas conscience de la pathologie qui l'affecte ou de son avancement.¹³⁰⁵

Afin d'évaluer la capacité légale du patient, le soignant peut par exemple lui demander de restituer l'intégralité des informations fournies à l'occasion d'un examen médical, par exemple sur la nature de la pathologie, les substances administrées dans le cadre du traitement, etc.¹³⁰⁶

Dès lors, plus le psychiatre a de réserves sur la capacité légale du patient en raison de sa sénilité, plus il sera réticent à commettre l'euthanasie ou le suicide médicalement assisté.¹³⁰⁷

Cette réticence se révèle fondée. Une étude menée en 2003 montre que 67% des patients atteints de démence sont considérés comme n'ayant pas la capacité légale nécessaire afin de prendre les décisions relatives à leur état de santé.¹³⁰⁸

DAVID, S. FLEMINGER, M. D., KOPELMAN, S. LOVESTONE & J. D. C. MELLERS (Eds.) *Lishman's organic psychiatry. A textbook of neuropsychiatry.* (pp. 543-615). Malden, Mass: Wiley-Blackwell ; BEAUCHAMP, T. I. (2008) « The principle of beneficence in applied ethics » In E. N. ZALTA (Ed.) *Stanford Encyclopaedia of Philosophy* : <http://plato.stanford.edu/entries/principle-beneficence/> (consulté le 6 janvier 2017), *np*.

¹³⁰² HERTOIGH, C. M. P. M., BOER, M. E. D, DROES, R-M., & EEFSTING, J. A. (2007) « Would we rather lose our life than lose our self? Lessons from the Dutch debate on euthanasia for patients with dementia » *The American Journal of Bioethics*, 7, 48-56.

¹³⁰³ BIRNBACHER, D. (2012) « Fatale Klarheit » *Ethik in der Medizin*, 24, 1-3.

¹³⁰⁴ VOLLMANN, J., BAUER, A., DANKER-HOPFE, H. & HELMCHEN, H. (2003) « Competence of mentally ill patients: A comparative empirical study » *Psychological Medicine*, 33, 1463-1471.

¹³⁰⁵ KARLAWISH, J. H. T., CASARETT, D. J., JAMES, B. D., XIE, S. X. & KIM, S. Y. H. (2005) « The ability of persons with Alzheimer disease (AD) to make a decision about taking an AD treatment » *Neurology*, 64, 1514-1519.

¹³⁰⁶ VOLLMANN, J. (1997) « Die Selbstbestimmung von Patientinnen und Patienten in der sozialpsychiatrischen Praxis » *Ein medizinethisches Modell und seine praktische Umsetzung, Psychiatrische Praxis*, 24, 181-184.

¹³⁰⁷ GANZINI, L., LEONG, G. B., FENN, D. S., SILVA, J. A. & WEINSTOCK, R. (2000) « Evaluation of competence to consent to assisted suicide: Views of forensic psychiatrists » *The American Journal of Psychiatry*, 157, 595-600.

¹³⁰⁸ VOLLMANN, J., BAUER, A., DANKER-HOPFE, H. & HELMCHEN, H. (2003), *op. cit.*, p. 182.

Plusieurs auteurs ont dénoncé les méthodes d'évaluation de la capacité légale des patients¹³⁰⁹. Celles-ci seraient excessivement rationnelles et concentrées sur les capacités cognitives. Elles n'emportent pas l'adhésion des psychiatres bien que les auteurs n'aient pas proposé d'autres alternatives.

En toute hypothèse, le psychiatre doit respecter les valeurs et croyances morales et religieuses du patient. Il conserve le droit de présenter les alternatives disponibles à l'euthanasie ou au suicide médicalement assisté. Il est libre de suggérer au patient des soins ambulatoires, de résider dans son propre domicile plutôt qu'à l'hôpital, etc.¹³¹⁰

L'intérêt de ces propositions réside dans la capacité d'améliorer la qualité de vie du patient.

Si la capacité du patient est reconnue par le psychiatre et le patient déterminé dans son intention, il pourra rédiger des directives anticipées sur l'arrêt des soins.¹³¹¹

Lorsque la pathologie aura progressé de telle sorte à ce que le patient ne puisse plus exprimer ce refus des soins, ces directives auront une valeur légale et contraignante.

En effet, les soins de fin de vie n'ont de sens que lorsqu'ils accompagnent la mort de l'individu : « que l'on prévoit la mort ne signifie pas que l'on veuille cette mort. On prévoit la mort de la personne, on l'anticipe, on s'y prépare, mais on ne sait pas exactement à quel moment cette mort va survenir ». ¹³¹² Dès lors, le rôle du soignant ne peut être de dispenser des soins de fin de vie au patient psychiatrique. En dépit de la gravité de sa maladie mentale, le patient n'est pas à l'issue de son existence. Il traverse une phase particulièrement difficile, éprouvante, sa souffrance psychique est immense, mais il n'est pas en train de mourir à proprement parler. En effet, légaliser l'euthanasie ou le suicide médicalement assisté des malades mentaux reviendrait à considérer que leur vie ne mérite pas d'être vécue.

Être diminué physiquement (en raison de l'âge) et en raison de troubles psychiatriques graves empêcherait l'individu de vivre 'pleinement' sa vie. Il faut craindre alors que les soins de fin de vie légitiment la mise à mort des individus invalides, en ce qu'ils ne peuvent pas vivre

¹³⁰⁹ BERGHMANS, R., DICKENSON, D. & MEULEN, R. T. (2004) « Mental capacity: In search of alternative perspectives » *Health Care Analysis*, 12, 251-263.

¹³¹⁰ GATHER, J. & VOLLMANN, J. (2013), *op. cit.*, p. 449.

¹³¹¹ VOLLMANN, J. (2012) « Advance directives in patients with mental disorders. Scope, prerequisites for validity and clinical implementation » *Nervenarzt*, 83, 25-30.

¹³¹² LE COZ, P. (2016) « Le rapport du soignant à la mort. Approche philosophique et éthique » *in* HIRSCH, E., *op. cit.*, p. 61.

comme les personnes dites saines.¹³¹³ Elles pourraient être considérées par le législateur comme inutiles à la société¹³¹⁴ et diffuse une dangereuse vision matérialiste de l'homme qui « réduit l'homme à l'état d'objet. A partir du moment où l'homme est malade et qu'on ne peut plus le réparer, on le jette à la poubelle puisqu'il ne sert plus à rien ».¹³¹⁵ Cette dérive eugéniste entraînerait une sélection naturelle des personnes aptes dans chaque société afin de se débarrasser des individus indésirables, puisqu'ils ne peuvent vivre une vie 'normale'. Le législateur doit alors choisir : « la dignité est-elle une qualité ontologique de la personne humaine ou tient-elle seulement à la qualité de vie ? »¹³¹⁶ La seconde alternative entraînerait une banalisation de l'acte d'euthanasie qui doit rester exceptionnel.¹³¹⁷ Ensuite, le coût de la santé et les contraintes économiques favoriseraient l'accès aux soins de fin de vie. En effet, les dépenses de santé d'un individu se concentrent généralement autour des six derniers mois de sa vie. Eliminer les personnes malades ou handicapées permettrait de réaliser de nombreuses économies en s'en 'débarassant', pour le bien commun et concentrer les soins et les ressources pour les personnes bien portantes.¹³¹⁸ Cette dérive doit à tout prix être combattue mais la volonté du patient psychiatrique, surtout s'il est âgé, doit être respectée. Il revient aux soignants de s'assurer que cette décision soit prise par le malade seul, et non par ses proches qui le pousseraient à demander ces soins. Il s'agit sans doute de la raison pour laquelle les législateurs seraient fermés à l'inclusion des malades psychiatriques dans l'administration des soins de fin de vie.

L'état actuel des législations britannique et canadienne cependant ne laisse pas présager une future prise en compte de ces troubles dans les demandes d'euthanasie et de suicide médicalement assisté. Seul le caractère incurable d'une maladie somatique à son stade terminal permet au patient d'accéder à de telles procédures.

Une étude québécoise propose par exemple de remplacer la demande de suicide médicalement

¹³¹³ VIALLA, F. (2008) « Fin de vie et euthanasie : entre instrumentalisation et euphémisation » *Revue droit & santé* n°23, éditorial, pp. 304-307.

¹³¹⁴ LEGROS, B. (2011), *op. cit.*, p. 26.

¹³¹⁵ AURENCHÉ, S. (1999) *L'euthanasie, la fin d'un tabou*, ESR Editeur, Droit de regard, Paris, p. 25.

¹³¹⁶ MONTERO, E. (2000) « Le droit à l'autonomie dans le débat sur la légalisation de l'euthanasie volontaire : un argument en trompe-l'œil ? » *Revue générale de droit médical*, n°3, p. 88.

¹³¹⁷ MASSION, J. (2013) « La demande d'euthanasie en institution dix ans après la loi » in *Histoires d'euthanasie*, sous la direction de J-M Longneaux, *Ethica Clinica – Revue francophone d'éthique des soins de santé*, trimestriel n°69, pp. 70-71.

¹³¹⁸ DE POUVOURVILLE, G. (2006) « Le coût du temps ultime » *Les Tribunes de la santé*, 4/2006, n°13, pp. 77-85.

assisté ou d'euthanasie par des soins palliatifs¹³¹⁹. Il s'agit de doses minimales de sédatifs injectées au patient ; la posologie peut ensuite être augmentée progressivement afin de désensibiliser le patient à la douleur.¹³²⁰ Ces substances ne doivent ni accélérer ni retarder le décès du patient. Ce dernier est alors plongé dans un état de d'inconscience plus ou moins important. Il convient de faire remarquer pourtant que cet engourdissement des sens semble rapprocher le patient de la mort. En effet, ils rappellent 'l'état de sédation prolongée' relative aux soins en fin de vie existant en droit français, également applicable aux patients atteints d'une maladie somatique en phase terminale.

Les soins palliatifs conservent toute leur importance puisqu'ils permettraient de réduire le recours au suicide médicalement assisté chez les patients qui en font la demande. La même étude¹³²¹ soutient que 36% des patients recensés n'exprimaient plus de désir de mourir une fois leur douleur soulagée par l'administration de soins palliatifs.

Il ne s'agit pas ici de nier les mérites de ces soins : ils permettent réellement d'apaiser le patient et leur existence ne saurait être remise en cause. En effet, lorsqu'il n'est plus possible de traiter la maladie pour laquelle le patient est soigné (*cure*), il est encore possible de soigner (*care*) et soulager la souffrance du patient.¹³²²

C'est au contraire la réticence des soignants psychiatriques de recourir aux soins de fin de vie qui pose problème. Pourtant, les soins palliatifs auraient tendance à les rapprocher d'un état similaire à celui de la sédation prolongée, donc un suicide médicalement assisté selon les termes du législateur français. Pourquoi une telle hypocrisie, si le résultat obtenu est le même ? La crainte du politiquement incorrect pourrait être citée, mais elle ne justifie pas tout. Cette pratique demeure profondément contraire à la déontologie médicale. Le psychiatre, l'infirmier, l'aide-soignant exerçant en hôpital psychiatrique ne peut restreindre sa profession à celle d'exécuteur des patients en grande souffrance. La collégialité indispensable dans la prise de cette décision expose le désir de mort du patient à l'opposition d'un ou plusieurs soignants.¹³²³ Il est pourtant primordial que les soignants s'efforcent de respecter les souhaits du patient même si ceux-ci sont en contradiction avec leurs valeurs.

¹³¹⁹ VACHON, M. (2013) « Quebec proposition of Medical Aid in Dying: A palliative care perspective » *International Journal of Law and Psychiatry*, 36 532-539.

¹³²⁰ *Ibid*, p. 533.

¹³²¹ *Ibid*, p. 534.

¹³²² LAMAU, M-L (1995) « Origine et inspiration » in *Manuel de soins palliatifs*, Privat, p. 34-35.

¹³²³ DAVID-SOUCROT, V. (2007) « Le droit de la fin de vie et le droit infirmier : Jusqu'à son achèvement, prendre soin de la vie », *RGDM*, n°24, pp. 93-120.

En 2012, de nombreux praticiens québécois se sont intéressés à la question de la légalisation de l'euthanasie au Québec. Celle-ci deviendrait une alternative possible pour le patient s'il en la capacité légale (évaluée par une commission de psychiatres), si l'absence de perspectives d'améliorations de son état est médicalement constatée et si la souffrance mentale et / ou physique du patient ne peut être soulagée par d'autres moyens.¹³²⁴

Au-delà des critères déjà étudiés, la prise en compte de la souffrance mentale représente une grande avancée. Pour la première fois, elle prend en compte la douleur du patient dans ses deux aspects somatique et psychiatrique. Quant aux directives anticipées, elles ont valeur contraignante et l'emportent sur toute autre considération exprimée par les soignants ou les proches du patient.¹³²⁵

Le **droit belge** demeure l'une des rares législations nationales à autoriser expressément l'euthanasie chez le patient en fin de vie qui souhaite y avoir accès.

La loi belge de 2002¹³²⁶ légalise l'euthanasie sous réserve de plusieurs conditions cumulatives¹³²⁷ :

- Le patient doit être atteint d'une maladie grave et incurable.

Le médecin doit informer le patient de sa situation, du temps qu'il lui reste à vivre, des alternatives restantes en matière de soins, etc.

- Le patient doit exprimer sa volonté de manière libre, claire, expresse et déterminée de recourir à l'euthanasie.¹³²⁸

Il revient au médecin de lui expliquer en quoi consiste la procédure, les conséquences de son choix, etc. Il va sans dire que le psychiatre doit informer le patient que les soins palliatifs et l'euthanasie sont absolument différents.¹³²⁹ La communication est fondamentale entre le soignant et le patient qui réalise cette demande. Le professionnel de santé prend connaissance de l'étendue de la souffrance du patient, son absence de perspectives quant à son futur, le

¹³²⁴ 'DYING WITH DIGNITY' (SCDD) (2012) report : <http://www.rpcu.qc.ca/pdf/documents/rapportcsmden.pdf> (consulté le 9 janvier 2017, p. 17.

¹³²⁵ *Ibid.*

¹³²⁶ Loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie.

¹³²⁷ WEBER, W. (2001) « Belgian Euthanasia Bill gains momentum » *Lancet*, 357(9253), 372 ; LELIEVRE, N. (2009) *La fin de vie face au droit*, Guides d'exercice professionnel des établissements sanitaires et médico-sociaux, éd. Heures de France, p. 47.

¹³²⁸ Loi belge sur l'euthanasie, chapitre II, section 3, no. 2(1); COHEN-ALMAGOR, R. (2009) « Euthanasia policy and practice in Belgium: Critical observations and suggestions for improvement » *Issues in Law & Medicine*, 24(3), 187-218.

¹³²⁹ BROECKAERT, B., CLAESSENS, P., SCHOTSMANS, P. *et al* (2011) « What's in a name? Palliative sedation In Belgium. Reply to a Chambaere et al. » *Journal of Pain and Symptom Management*, 41(6), e2.

caractère incurable de la pathologie dont il est atteint, etc. Le malade peut également exprimer cette décision de manière anticipée dans l'hypothèse où il perdrait cette capacité ; il s'agit d'une véritable décision qui doit être respectée par le médecin et non un simple souhait.¹³³⁰ La déclaration anticipée peut également désigner un mandataire éventuel (c'est-à-dire la personne de confiance) afin de communiquer la volonté du patient au praticien.¹³³¹

Cet échange requiert une relation de confiance entre le psychiatre et son patient. En toute hypothèse, le paternalisme médical doit être évité. Ce dialogue doit être respectueux de la volonté du patient et compréhensif : il permet d'apaiser sa douleur et ses angoisses.¹³³² Par ailleurs, toutes les demandes d'euthanasie ne se concluent pas par la mort du patient. En effet, il s'agit dans de nombreux cas d'un appel à l'aide de la part des patients en grande souffrance : l'échange et le dialogue peuvent les aider à se détourner du passage à l'acte euthanasique.¹³³³ Les troubles psychiatriques sont en principe exclus du recours à l'euthanasie en droit belge. Considérés comme curables, ils se distinguent des pathologies somatiques qui ne possèdent aucun remède (ex : cancer en phase terminale, maladie de Charcot, etc).

Toutefois, la communauté médicale belge craint des dérives. Bien que les maladies psychiatriques soient écartées du champ d'application de la loi de 2002, il n'existe aucune définition d'affection grave et incurable. Dès lors se pose la question des « pathologies multiples dont chacune prise individuellement ne peut être qualifiée de grave mais, parce qu'elles sont réunies, entraînent des souffrances physiques et morales inapaisables ».¹³³⁴ Il s'agit de la situation dans laquelle le patient fait état d'une souffrance physique et psychique constante et insupportable : celle-ci ne peut être apaisée et doit résulter d'une affection grave et incurable, de nature accidentelle ou pathologique.¹³³⁵ Or, il n'est pas clairement affirmé dans la loi que les troubles mentaux soient exclus de cette définition.

¹³³⁰ GENICOT, G. (2010) « Le grand âge en droit médical : entre ombres et lumières » in *Le droit des seniors. Aspects civils, sociaux et fiscaux*, Louvain-la-Neuve, Anthémis, Liège, éd. Jeune Barreau de Liège, pp. 323-357.

¹³³¹ SCHAMPS, G. (2013) « Les missions légales des proches pour une autonomie effective du patient en fin de vie » in Feuillet-Léger, B., *Les proches et la fin de vie médicalisée*, éd. Bruylant, Bruxelles, pp. 139-173.

¹³³² MONROE, B. & OLIVIERE, D. (2003) *Patient participation in palliative care: A voice for the voiceless* (Eds.) NY: Oxford University Press, p. 205.

¹³³³ LOSSIGNOL, D. (2013) « Liberté de conscience, clause de conscience » in *Histoires d'euthanasie* sous la direction de J-M Longneaux, *Ethica Clinica, Revue francophone d'éthique des soins de santé*, trimestriel n°69, p. 38.

¹³³⁴ MONTERO, E. (2013) *Rendez-vous avec la mort – dix ans d'euthanasie légale en Belgique*, Anthémis, Limal, p. 38.

¹³³⁵ SCHAMPS, G. (2013) « La fin de vie – soins palliatifs et euthanasie – en droit belge » *Revue générale de droit médical*, n°48, p. 149.

Cette hypothèse s'est réalisée dans le cas des époux belges Marcel Smets et Hilde Beckers : l'un souffrait d'une affection grave et l'autre ne pouvait imaginer vivre sans lui. En principe, la vieillesse ou l'anticipation de la perte d'un être cher ne peut être considérée comme une affection incurable, mais le cumul de la maladie grave et la détresse de l'autre époux ont créé un contexte particulier dans lequel l'euthanasie a été réalisée en toute légalité.¹³³⁶ Il est heureux que la volonté des époux ait été rigoureusement observée mais il faut s'interroger sur le bien-fondé de cette décision. Il est vrai que l'autre époux était en dépit de son grand âge en bonne santé : son désarroi face à la mort de l'être cher ne justifie pas l'euthanasie. Bien que les conditions de la loi aient été strictement définies, elles se réduiraient en droit belge à la seule volonté libre, réfléchie et répétée du patient.¹³³⁷

Les conditions prévues dans la **loi française** sont similaires. La loi *Leonetti* de 2005¹³³⁸ modifiée par la loi du 2 février 2016 prévoit en premier lieu que les traitements administrés ne doivent pas constituer une « obstination déraisonnable »¹³³⁹. Il s'agit de soins qui « apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le maintien artificiel de la vie »¹³⁴⁰.

Le patient doit ensuite être « en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause »¹³⁴¹. En toute hypothèse, les législateurs britannique, canadien, belge et français ne considèrent pas les pathologies psychiatriques comme incurables. Des réflexions sur l'inclusion des maladies psychiatriques ont été formulées afin que le malade mental puisse bénéficier des soins de fin de vie s'il le désire. La loi du 2 février 2016 prévoit certes que les directives s'imposent au médecin, mais il serait douteux d'affirmer que le soignant agisse selon les désirs du patient en raison de la gravité de ses troubles psychiatriques.

Les soins de fin de vie en droit français se divisent donc en trois injonctions :

- *Ni obstination déraisonnable*, ou acharnement thérapeutique, selon laquelle le soignant ne doit pas « prescrire des traitements devenus inutiles ou disproportionnés dans le seul but est de prolonger artificiellement la vie de la personne malade »
- *Ni abandon du patient* par le soignant, en accompagnant le malade jusqu'à leur mort,

¹³³⁶ MONTERO, E. (2013), *op. cit.*, p. 38.

¹³³⁷ *Ibid.*, p. 52.

¹³³⁸ Loi n°2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, dite loi Leonetti.

¹³³⁹ Article L 1110-5 du Code de la santé publique.

¹³⁴⁰ *Ibid.*

¹³⁴¹ *Ibid.*

dans son état d'extrême vulnérabilité psychique et physique. L'accompagnement se fait sur les plans médical et humain, en prenant également en compte la souffrance des proches du patient. Le soignant administre à ce titre les soins nécessaires afin de soulager la souffrance du patient, préserver sa dignité et soutenir son entourage.

- *Ni euthanasie*, c'est-à-dire le droit pour le soignant de mettre délibérément fin à la vie du malade par l'injection d'une substance mortifère par exemple, parce que le patient subit un niveau de souffrance insupportable, ou parce que le soignant lui-même juge que le patient souffre de cette situation.

Selon le Conseil national de l'Ordre des médecins français, la légalisation de l'euthanasie « expose les personnes les plus vulnérables, malades ou handicapées, à des dérives incontrôlables au moment où la société s'interroge sur le financement de la dépendance [...] c'est exercer à l'encontre des médecins une pression d'une extrême violence que de leur demander ou leur imposer un geste létal ». ¹³⁴² Pourtant, le rôle des médecins est de respecter la volonté du patient : si le désir de mort du patient est affirmé, sans équivoque et dénué de pressions extérieures, le soignant devrait accepter cette demande. Si les soins de fin de vie sont incompatibles avec ses valeurs, le médecin peut faire valoir sa clause de conscience. Elle est l'expression de sa liberté de conscience, de son autonomie et de sa liberté thérapeutique. Lorsque les soins ne permettent plus de soigner, le soignant s'efforce d'éviter la mort, synonyme d'échec. ¹³⁴³ Il devrait alors rediriger cette demande vers un de ses confrères, mais en aucun cas laisser la demande du patient en suspens. Certains hôpitaux s'approprient cette clause de conscience de manière abusive en interdisant aux médecins de pratiquer de tels actes, même si le patient remplit toutes les conditions fixées par la loi ¹³⁴⁴.

La loi Leonetti de 2005, modifiée par la loi du 2 février 2016 se rapproche considérablement de l'approche des soins de fin de vie en droit britannique, selon lequel tout individu a le droit de refuser tout traitement ou soin puisqu'il a possède le droit de disposer de son corps comme

¹³⁴² CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS (2011) *Avis rendu le 21 janvier 2011* in GLASSON, G. (2012), *op. cit.*, p. 279.

¹³⁴³ GUEIBE, R. (2013) « Malgré tout, grande est la solitude du soignant devant l'acte d'euthanasie » in *Histoires d'euthanasies*, sous la direction de J-M Longneaux, *Ethica Clinica – Revue francophone des soins de santé*, trimestriel n°69, p. 21-22.

¹³⁴⁴ DOPCHIE, C. (2013) « Aider à mourir en douceur sans recours à l'euthanasie, un travail qui n'est pas de tout repos » in *Histoires d'euthanasies*, sous la direction de J-M Longneaux, *Ethica Clinica, Revue francophone d'éthique des soins de santé*, trimestriel n°69, p. 13.

il l'entend. L'interdit de l'euthanasie demeure mais l'arrêt de l'alimentation et de l'hydratation artificielle, la sédation profonde constituent une avancée considérable en France dans la reconnaissance de ce droit à l'autonomie chez le patient mourant. Il faut pourtant déplorer que cette approche n'ait pas encore été appliquée aux malades psychiatriques qui souhaitent y avoir recours¹³⁴⁵, position également adoptée en Australie, au Canada et en Nouvelle-Zélande.¹³⁴⁶ Dans ces conditions, le malade ne devrait-il pas avoir droit de choisir le moment de sa mort et les modalités de celle-ci ? Si les soins palliatifs permettent de plonger progressivement le malade dans la mort, ne serait-il pas plus simple d'y mettre un terme plus rapidement au moyen d'une injection indolore qui provoquerait instantanément la mort du patient ? En effet, la sédation et l'arrêt des traitements entraînent le décès « après plusieurs jours, voire plusieurs semaines ».¹³⁴⁷ Est-il plus humain de provoquer rapidement la mort du patient ou de le 'faire mourir' lentement, sans connaissance de la souffrance et des désagréments provoqués par la sédation ?

Les soins palliatifs sont davantage acceptés en France que l'euthanasie : il s'agit de soulager la souffrance du patient afin de rendre leur mort moins douloureuse, sans la provoquer directement.¹³⁴⁸ C'est la raison pour laquelle la loi Léonetti promet une meilleure organisation des soins palliatifs¹³⁴⁹ comme le prévoit l'article L 1110-9 du Code de la santé publique : « toute personne malade dont l'état le requiert a le droit d'accès à des soins palliatifs et à un accompagnement ». Lorsque les soins n'ont plus d'effet sur le patient en fin de vie, les soignants doivent organiser l'accompagnement et le confort nécessaires du patient et de son entourage jusqu'aux derniers moments de la vie du malade, selon l'article L 1110-10 du CSP. De même, l'article L 1110-11 du CSP dispose que les directives anticipées concernant les souhaits du patient en fin de vie doivent être prises en compte par le médecin si elles ont été

¹³⁴⁵ NICOLAS, G. (2007) « Protection embryonnaire et euthanasie : Recherches sur les particularités anglo-saxonnes de la protection de la vie » in LECA, A. *La fin de vie et l'euthanasie*, coll. Du Centre de droit de la santé d'Aix-Marseille (CDSA), colloque d'Aix-en-Provence, 30 novembre - 1^{er} décembre 2007, éd. Les Etudes Hospitalières, pp. 91-103 ; DUFFY, A. (2007) « La fin de vie au Royaume-Uni », in LECA, A. *La fin de vie et l'euthanasie*, coll. Du Centre de droit de la santé d'Aix-Marseille (CDSA), colloque d'Aix-en-Provence, 30 novembre - 1^{er} décembre 2007, éd. Les Etudes Hospitalières, pp. 207-224 ; LE GAG-PECH, S. (2014) « Pour un amendement de la loi sur la fin de vie » *RGDM*, n°52, pp. 65-78.

¹³⁴⁶ BORNER, E. (2007) « L'encadrement législatif et constitutionnel de la fin de vie en Australie, au Canada et en Nouvelle-Zélande » in LECA, A., *op. cit.*, pp. 225-243.

¹³⁴⁷ FOUCHE, A. (2011) « La légalisation de l'euthanasie, un droit à la mort ? Non. Le droit de choisir pour soi-même les conditions de sa propre fin de vie » *Revue générale de droit médical*, n°39, p. 38.

¹³⁴⁸ BATAILLE, P. (2012) *A la vie, à la mort – Euthanasie, le grand malentendu*, éd. Autrement, Paris, p. 37 ; HACPILLE, L. (2013) *La question de l'euthanasie : la loi Léonetti et ses perspectives*, éd. L'Harmattan, p. 106.

¹³⁴⁹ PIPIEN, L. (2013) « Réponse en France à la question que pose une fin de vie digne : la loi Léonetti en pratique » in *L'euthanasie, une sérénité partagée. Une question de santé publique*, *op. cit.*, p. 48.

établies moins de trois ans avant l'état d'inconscience de la personne. Quant à la personne de confiance, elle peut informer les soignants de son souhait si le malade est inconscient.¹³⁵⁰ Cependant, il est difficile de connaître le véritable pouvoir de décision de la personne de confiance : simple consultation ou véritable décision ? Il s'agit ici de transmettre au mieux la volonté du mourant, d'où l'importance des directives anticipées lorsqu'elles ont été rédigées.¹³⁵¹

Ces questionnements ont au moins le mérite de faire entendre les désirs exprimés par le patient psychiatrique. Ils permettent de faire progresser le respect des droits des patients psychiatriques, ce qui ne constitue pas une mince avancée. Il est pourtant peu probable que le désir de mort du patient souffrant de troubles mentaux soit respecté dans un futur proche.

L'essentiel des développements de cette première partie concernait principalement les patients adultes hospitalisés volontairement ou sous contrainte, mais n'ayant pas été appréhendés pour des faits réprimés par la loi pénale.

Deux catégories d'individus particulièrement vulnérables seront alors prises en considération dans notre seconde partie :

- Les personnes appréhendées pour des faits réprimés par la loi pénale
- Les sans-abris

Par ailleurs, nous apporterons un éclairage sur les solutions apportées contre les troubles mentaux, à savoir les traitements médicamenteux et alternatifs.

¹³⁵⁰ MAQUESTIAU, A. (2015) *Interdire, tolérer ou légaliser l'euthanasie : réflexions à l'aune des positions française et belge*, sous la direction de B. Legros, Université de Lille 2, LEH Editions, p. 39.

¹³⁵¹ FEUILLET-LIGER, B. (2013) « Proches et fin de vie médicalisée – l'apport d'une étude internationale » in *Les proches et la fin de vie médicalisée – Panorama International*, sous la direction de B. Feillet-Liger, coll. Droit, bioéthique et société, éd. Bruylant, p. 344.

**DEUXIEME PARTIE : L'INSUFFISANTE PRISE EN CHARGE MEDICALE DES
SANS-ABRIS ET DES DETENUS ET L'URGENCE D'UNE AMELIORATION DE
LA PRATIQUE PSYCHIATRIQUE**

Le milieu carcéral et la psychiatrie entretiennent depuis plusieurs siècles des rapports étroits. Il s'agit de l'hypothèse où l'individu atteint de troubles mentaux commet une infraction pénale, à l'origine du mythe du 'fou dangereux'. Les législateurs français, britanniques, écossais et américains se sont penchés sur la question. Chacun propose plusieurs solutions mêlant le soin et la punition, qu'il convient d'étudier successivement.

En effet le malade psychiatrique peut faire l'objet d'une condamnation pénale ou d'une hospitalisation sous contrainte. Le juge pénal décidera selon la nature et la gravité de ses troubles si la personne appelée à comparaître a commis les faits reprochés en connaissance de cause. Sur le fondement d'expertises psychiatriques, le juge pénal peut déclarer l'individu pénalement irresponsable et ordonner son hospitalisation psychiatrique d'office.

Dans le cas contraire, le malade psychiatrique est pénalement condamné à une peine d'emprisonnement ou de réclusion criminelle suivant la gravité des faits reprochés.

Une fois emprisonné, le détenu souffrant de troubles psychiatriques peut faire l'objet d'une prise en charge psychiatrique. Celle-ci n'est pas systématiquement dispensée même si elle s'avère indispensable lorsque l'état de santé mental du détenu l'exige. En effet, le manque de moyens financiers et les effectifs de soignants insuffisants en milieu carcéral entravent la dispensation des soins psychiatriques comme somatiques à l'égard des détenus. Malgré la création de structures de soins spécifiques par le législateur, rares sont les détenus bénéficiant de soins adaptés.

Il n'est donc pas étonnant dans ces circonstances que la santé somatique et psychiatrique du détenu périlite au cours de son incarcération, le conduisant souvent à commettre une tentative de suicide. Il incombe à l'administration pénitentiaire comme aux soignants de préserver la vie du détenu afin qu'il puisse éprouver la dureté de sa peine dans son intégralité. Toutefois, lorsque le détenu se donne la mort, la responsabilité de l'Etat du fait de l'administration pénitentiaire

pourra être recherchée.

Cette obligation de surveillance reposant sur le personnel pénitentiaire est parfaitement résumée par Oscar Wilde ayant été lui-même emprisonné au cours de son existence : « La société s'arroge le droit d'infliger à l'individu d'effroyables châtiments [...] elle abandonne l'homme à lui-même, c'est-à-dire au moment même où commence le plus haut devoir qu'elle ait envers lui ». ¹³⁵²

En parallèle, il convient d'aborder la question de la prise en charge sociale et médicale des sans-abri, catégorie sociale d'une extrême fragilité. Quels sont les soins dispensés à ces personnes lorsqu'elles présentent de graves troubles mentaux ? Le respect de leurs droits est-il assuré par les soignants ? Quelles sont les circonstances de leur prise en charge psychiatrique et somatique en France et dans les pays anglo-saxons ?

Ces questions feront l'objet de plus amples développements en commençant par la prise en charge médicale des personnes sans domicile fixe ainsi que des personnes déclarées pénalement irresponsables et hospitalisées sous contrainte (A).

Ensuite, il convient d'aborder la question de l'administration des psychotropes dans la prise en charge des troubles mentaux (B). Malgré leur efficacité avérée et leurs nombreuses indications thérapeutiques, leur innocuité doit être remise en question. En effet, ils exposent les patients à d'importants effets indésirables sur les plans somatique et psychiatrique qu'il convient de présenter. Le psychiatre prescripteur doit à ce titre faire preuve de la plus grande prudence avant de prescrire tout médicament en étant à l'écoute des désirs du patient et de ses besoins de santé. D'autre part, le respect du traitement est indispensable afin de réduire les symptômes de la pathologie affectant le patient. Le psychiatre peut proposer au patient dans cette perspective de lui faire bénéficier de soins ambulatoires, permettant au patient de résider à son propre domicile ou en foyer spécialisé tout en poursuivant son traitement.

Il existe par ailleurs d'autres solutions non-médicamenteuses, les thérapies. Ce recours aux soins alternatifs peut être précieux en complément d'un traitement adapté ou le remplacer lorsque les médicaments n'ont aucun effet sur les symptômes du malade. De même, les soins peuvent concerner l'hôpital en tant que tel, c'est-à-dire l'institution. Il s'agit de la psychothérapie institutionnelle, permettant d'améliorer la qualité de la prise en charge des

¹³⁵² WILDE, O. (1988) *De profundis*, traduit par H-D Davray, *Le Livre de Poche*, p. 175.

malades mentaux, les conditions de vie des patients et l'environnement de travail des soignants. Elle exige notamment le renforcement des effectifs de soignants afin que chaque professionnel de santé puisse prendre le temps de dialoguer avec le patient, d'échanger sur ses maux et ses angoisses, car c'est la base de toute relation thérapeutique. Nous nous intéresserons enfin aux communautés thérapeutiques, modèle antinomique de l'hôpital psychiatrique où les patients jouiraient d'une plus grande liberté de mouvement et où le statut des soignants et des malades n'est plus clairement défini. Des soins plus respectueux des droits des patients restent une priorité afin de favoriser une pratique plus digne et plus humaine de la psychiatrie. Ces soins doivent être dispensés dans les meilleures conditions en raison de la vulnérabilité des malades et leur incapacité de faire entendre leurs voix contre les mauvais traitements qu'ils subissent.

A) LA MAUVAISE QUALITE DES SOINS PSYCHIATRIQUES DISPENSES AUX SANS DOMICILE FIXE ET AUX DETENUS EN CIVIL ET COMMON LAW

Il existe parmi dans la population deux catégories d'individus particulièrement vulnérables exposés à l'apparition de troubles psychiatriques : les sans-abris et les individus pénalement appréhendés pour des faits commis et prohibés par la loi.

Il convient d'une part d'étudier la prise en charge psychiatrique des sans-abris et de l'auteur des faits reprochés souffrant de graves troubles mentaux, déclaré pénalement irresponsable (1). Nous nous intéresserons ensuite à la prise en charge médicale du détenu souffrant de troubles psychiatriques au cours de son incarcération (2).

1) La prise en charge psychiatrique du sans-abri et du malade mental déclaré pénalement irresponsable

Les sans-abris constituent une catégorie de la population particulièrement vulnérable. Marginalisés, ils bénéficient rarement d'une prise en charge médicale et sociale adaptée malgré la précarité de leur situation, lacune qu'il importe de souligner (a).

Ensuite, il faudra s'intéresser à la manière dont est appréhendé l'auteur des faits reprochés atteint de troubles mentaux par les forces de l'ordre : font-elles preuve d'indulgence ou de sévérité envers le malade psychiatrique (b) ?

A ce titre, l'auteur des faits reprochés peut être appelé à comparaître devant un tribunal

spécialisé à la fois en droit pénal et en psychiatrie appelé MHC outre-Atlantique (c). En tout état de cause, le juge pénal peut déclarer l'auteur des faits pénalement irresponsable lorsqu'il souffre de troubles mentaux graves (d).

a) La prise en charge psychiatrique des sans-abris entre nécessité sociale et recours à la contrainte

Les sans-abris présentent des besoins de santé somatiques et psychiatriques plus conséquents en raison de leur grande précarité sociale. Ils constituent une catégorie particulièrement vulnérable à laquelle il est urgent de venir en aide.

- Les sans-abris, une catégorie sociale d'une extrême vulnérabilité

Les sans domicile fixe (SDF) ou sans-abris sont les plus démunis face aux pathologies mentales. Le nombre croissant de sans-abris en France a suscité l'inquiétude de nombreux auteurs. En effet, le phénomène concerne tous les pays même industrialisés : France¹³⁵³, Canada¹³⁵⁴, Etats-Unis, Royaume-Uni, etc. Plusieurs causes peuvent expliquer la hausse du nombre de sans-abri dans les rues : augmentation du coût de la vie, individualisation exacerbée de la société, précarisation de l'emploi, raréfaction des logements abordables¹³⁵⁵, etc.

Aux Etats-Unis, une augmentation entre 500 et 900% des sans-abris a été relevée dans les établissements psychiatriques depuis les années 1980. Ils représentent environ 3 millions de personnes¹³⁵⁶ dont une grande proportion souffre d'alcoolisme¹³⁵⁷.

D'autre part, le mouvement de désinstitutionalisation a favorisé l'administration de soins ambulatoires. L'objectif de ce mouvement était de favoriser le respect des libertés individuelles

¹³⁵³ GIRARD, V., ESTECAHANDY, P. & CHAUVIN, P. (2010) *La santé des personnes sans chez soi*. Plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen (ministériel).

¹³⁵⁴ DUBREUCQ, J-L (2008) « Santé mentale des sans-abris : Faut-il intervenir davantage ? » *Psychiatrie & Violence*, 8(1), p. 28.

¹³⁵⁵ MULLIN, K. A. & AMBROSIA, T. (2005) « Role of the nurse practitioner in providing health care for the homeless » *American Journal for Nurse Practitioners*, 9(9), 37-44.

¹³⁵⁶ METRAUX, S. CULHANE, D., RAPHAEL, S., WHITE, M., PEARSON, C., HIRSCH, E. ... & CLERGHORN, J. (2001) « Assessing homeless population size through the use of the analysis of administrative data from nine U.S. jurisdictions » *Public Health Reports*, 116, 344-352; BURT, M. R., ARON, L. Y. & LEE, E. (2001) *Helping America's homeless: Emergency shelter or affordable housing?* (pp. 23-53). Washington, DC: The Urban Institute.

¹³⁵⁷ BURT, M. R. (1992) *Over the edge*. Russell Sage Foundation, New York Publishing, p. 183.

des patients autant que possible, notamment en facilitant leur réinsertion au cours de leur traitement¹³⁵⁸. La désinstitutionnalisation revêt deux aspects. D'abord, la réduction du nombre de patients hospitalisés dans les institutions psychiatriques vise à « libérer » les malades des institutions en écourtant leur séjour hospitalier afin de faciliter leur réinsertion. Ensuite, elle désigne la réforme d'un processus institutionnel destiné à réduire le nombre de comportements dépendants et impuissants rendant les malades inadaptés à la vie en société après une longue période d'hospitalisation.¹³⁵⁹

Ce mouvement a alors conduit à une forte réduction du nombre de lits en psychiatrie. En 1965, près de 20 000 lits étaient disponibles dans les hôpitaux psychiatriques québécois par exemple. Leur nombre s'est réduit à 3 440 lits en 2004.¹³⁶⁰ Les patients réinsérés qui connaissaient des rechutes n'étaient pas toujours réhospitalisés par manque de lits. Sans le soutien de leurs proches, ils devenaient rapidement des sans-abris, démunis à face à leurs troubles grandissants¹³⁶¹.

A Montréal, il est estimé que 40% des sans domicile fixe présentent des troubles mentaux¹³⁶² : schizophrénie, troubles bipolaires, dépression, troubles psychotiques (hallucinations, paranoïa), comorbidité... Leur situation précaire rend difficile l'accès aux soins¹³⁶³. Ils subissent également de fortes discriminations en raison de leur situation, une importante stigmatisation, un manque de respect¹³⁶⁴ et de compassion témoignée par les soignants lorsqu'ils se présentent dans un établissement de santé.¹³⁶⁵ Ils ressentent souvent l'impression

¹³⁵⁸ DUBREUCQ, J-L (2008), *op. cit.*, p. 29.

¹³⁵⁹ STROMAN, D. (2003) *The disability rights moment: From deinstitutionalization to self-determination*, University Press of America, p. 264.

¹³⁶⁰ LESAGE, A., MORISSETTE, R., FORTIER, L., REINHARZ, D., CONTANDRIOPOULOS, A.-P (2000) « Downsizing psychiatric hospitals: Needs for care and services of current and discharged long stay patients » *The Canadian Journal of Psychiatry*, 45, 536-531.

¹³⁶¹ LAPORTE, A., LE MENER, E. & CHAUVIN, P. (2010) In A. Laporte, E. Le Méner & P. Chauvin (Eds.) *La santé mentale et les addictions des personnes sans logement personnel. Quelques éclairages issus d'une enquête de prévalence en Île-de-France. Les travaux de l'observatoire 2009-2010* (pp. 413-434). Paris : ONPES.

¹³⁶² FOURNIER, L. & CHEVALIER, S. (1998) « Dénombrement de la clientèle itinérante dans les centres d'hébergement, les soupes populaires et les centres de jour des villes de Montréal et Québec : Premiers résultats » *Santé Québec*, p. 118.

¹³⁶³ SEILER, A. J. & MOSS, V. A. (2014) « The experiences of nurse practitioners providing health care to the homeless » *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 24, 303-312.

¹³⁶⁴ WEN, C., HUDAK, P. & HWANG, S. (2007) « Homeless people's perceptions of welcomeness and unwelcomeness in healthcare encounters » *Journal of General Internal Medicine*, 22(7), 1011-1017.

¹³⁶⁵ NICKASCH, B. & MARNOCHA, S. K. (2009) « Healthcare experiences of the homeless » *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 21, 39-46.

d'être rendus invisibles au regard de la société.¹³⁶⁶ Les sans-abris subissent une exclusion sociale violente où l'intimité disparaît, le sujet ayant perdu son domicile, parvient difficilement à conserver son hygiène. Son accès aux soins somatiques et psychiatriques est fortement limité : il ressent des sentiments d'abandon de sa personne par la société et ne se sent plus protégé.¹³⁶⁷

Les sans-abris sont davantage exposés aux violences hétéro-agressives¹³⁶⁸ et aux poursuites pénales, souvent pour trouble à l'ordre public en raison de leur comportement agité voire violent¹³⁶⁹. Leur risque d'incarcération est alors plus important que pour le reste de la population.¹³⁷⁰ La souffrance morale de se retrouver à la rue, la solitude, le manque de nourriture, d'eau, d'hygiène les expose davantage à la consommation d'alcool et de stupéfiants.¹³⁷¹ Ces substances permettent de rendre leur quotidien plus supportable au risque de dégrader leur santé physique et mentale.

Environ 35% des sans-abris à Montréal auraient déjà commis une tentative de suicide, témoignant de leur grande détresse psychologique.¹³⁷² Toutefois, les sans domicile fixe ne souffrent pas systématiquement de troubles mentaux : plus l'individu demeurera longtemps dans cette situation précaire, plus les risques de développer des troubles psychiatriques augmentent.¹³⁷³ Il est particulièrement difficile pour le SDF de faire appel à un professionnel

¹³⁶⁶ COCOZZA MARTINS, D. (2008) « Experiences of homeless people in the health care delivery system: A descriptive phenomenological study » *Public Health Nursing*, 25(5), 420-430 ; DAISKI, I. (2007) « Perspectives of homeless people on their health and health needs priorities » *Journal of Advanced Nursing*, 58(3), 273-281 ; MACCARY, J. M. & MCCONNELL, J. J. (2005) « Health, housing and the heart: Cardiovascular disparities in homeless people » *Circulation*, 111, 256-257.

¹³⁶⁷ COLIGNON, M. (2011) « Entre errance et rencontre : une place pour l'art-thérapie ? » *ERES – Vie sociale et traitements*, 2011/2, n°110, pp. 124-132.

¹³⁶⁸ MANIGLIO, R. (2009) « Severe mental illness and criminal victimization: A systematic review » *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 119(3), 180-191.

¹³⁶⁹ DUBREUCQ, J-L, JOYAL, C. & MILLAUD, F. (2005) « Risque de violence et troubles mentaux graves » *Annales Médicales Psychologiques*, 163 : 852-865 ; SWANSON, J., SWATZ, M. S., ELBOGEN, E. B., WAGNER, H. R. & BURNS, B. J. (2003) « Effects of involuntary outpatient commitment on subjective quality of life in persons with severe mental illness » *Behavioural Sciences & the Law*, 21(4), 473-491.

¹³⁷⁰ BAILLARGEON, J., BINSWANGER, I. A., PENN, J. V., WILLIAMS, B. A. & MURRAY, O. J. (2009) « Psychiatric disorders and repeat incarcerations: The revolving prison door » *The American Journal of Psychiatry*, 166(1), 103-109.

¹³⁷¹ HAWTHORNE, W. B., FOLSOM, D. P., SOMMERFELD, D. H., LANOUILLE, N. M., LEWIS, M., AARONS, G. A. *et al* (2012) « Incarceration among adults who are in the public mental health system: Rates, risk factors and short-term outcomes » *Psychiatric Services (Washington D. C.)* 63(1), 26-32.

¹³⁷² FOURNIER, L. & CHEVALIER, S. (1998), *op. cit.*, p. 148.

¹³⁷³ FOLSON, D., HAWTHORNE, W., LINDAMER, L. *et al* (2005) « Prevalence and risk factors for homelessness and utilization of mental health services among 10,340 patients with serious mental illness in a large public mental health system » *American Journal of Psychiatry*, 162: 370-376.

de santé, par exemple s'il ressent une réelle méfiance vis-à-vis du personnel soignant. De surcroît, son absence de foyer, d'activité professionnelle, de stabilité affective¹³⁷⁴, la rupture profonde de ses liens familiaux constituent autant d'obstacles à la recherche de soins.¹³⁷⁵ L'hospitalisation psychiatrique des sans-abris intervient principalement lorsque le sujet entre en décompensation ou se livre à des violences hétéro-agressives. A défaut de prendre en charge ces personnes en amont, les soins ne sont administrés que dans les situations d'urgence. Une étude québécoise estime qu'environ 35% des sans-abris vivant à Montréal ont été hospitalisés quatre fois, pour une durée moyenne de séjour de cinq mois.

Ces chiffres montrent la sévérité et le caractère chronique de leurs troubles psychiatriques, d'où l'importance de soins psychiatriques à administrer en amont.¹³⁷⁶

Face à cette urgence sociale, quelles solutions peuvent être apportées ? Une initiative américaine, les unités de crise, tentent de résoudre le problème de la prise en charge sociale et psychiatrique des sans domicile fixe.

- L'unité de crise, réponse imparfaite à la prise en charge sociale et psychiatrique des sans-abris

Deux solutions sont proposées afin de dispenser des soins psychiatriques aux sans-abris :

- Les soignants doivent accomplir un devoir d'ingérence à l'égard des sans-abris.¹³⁷⁷

Ce devoir consiste à aller à la rencontre des personnes SDF afin de leur proposer des soins ou un hébergement. Si le sans-abri y consent, ils peuvent établir un diagnostic, lui proposer un traitement et l'aider à trouver un hébergement.

- Si l'individu se trouve dans une situation de grande détresse psychologique et / ou possède un comportement violent, il doit être hospitalisé sous contrainte dans les meilleurs délais.¹³⁷⁸ Or, la mise en œuvre de l'admission psychiatrique sans consentement va à l'encontre du respect des droits du patient, et notamment de son droit au refus des soins.

¹³⁷⁴ SIMARD, M. (2005) « Rapport : Le système d'urgences sociales du pavillon Webster de la mission Old Brewery » Québec : Montréal, p. 220.

¹³⁷⁵ CATON, C. L. (1995) « Mental health service use among homeless and never-homeless men with schizophrenia » *Psychiatric Services*, 46(11), 1139-1143.

¹³⁷⁶ FOURNIER, L. & CHEVALIER, S. (1998), *op. cit.*, p. 150.

¹³⁷⁷ *Ibid*, p. 151.

¹³⁷⁸ *Ibid*.

Dans cette perspective, une unité d'urgence des forces de l'ordre (ou unité de crise) au vu le jour aux Etats-Unis en 1998, afin de venir en aide aux sans-abris atteints de troubles psychiatriques. Il en existe plus de 400 aujourd'hui¹³⁷⁹.

La première unité d'urgence a été créée dans la ville de Seattle (Etat de Washington)¹³⁸⁰ ; elle intervient lorsqu'un individu présente un comportement fortement agité causé par un état de décompensation dû à la prise de stupéfiants ou d'alcool. Chaque unité de crise est composée de deux officiers de police et d'un sergent de police formés afin de déceler les troubles mentaux chez les sans-abris par le dialogue et l'écoute. Ils peuvent proposer une hospitalisation au sans-abri s'il le désire : le malade est alors confié aux services sociaux et l'unité de crise contacte ses proches lorsque cela est possible.¹³⁸¹

Face au SDF souffrant de troubles mentaux, l'unité d'urgence peut¹³⁸²:

- Ordonner une hospitalisation psychiatrique sous contrainte
- L'auditionner pénalement selon la procédure pénale classique (audition devant les forces de l'ordre, instruction puis comparution devant le juge pénal)
- Formuler des recommandations en termes de soins et proposer une solution d'hébergement temporaire
- Ne rien faire et laisser la personne où elle se trouve.

Avant d'agir, il est indispensable que l'unité de crise prenne connaissance de l'état de santé somatique et psychiatrique du patient, des circonstances d'urgence ayant nécessité son intervention, etc¹³⁸³.

Pourtant, ce n'est pas le rôle des forces de l'ordre de prendre en charge les sans-abris et de leur proposer des solutions thérapeutiques. Il ne s'agit pas de la profession la mieux formée sur les questions de troubles psychiatriques. Est-ce parce que les sans-abris souffrant de troubles mentaux sont perçus comme dangereux ? Il va de soi que les professionnels de santé et les

¹³⁷⁹ BUREAU OF JUSTICE ASSISTANCE (2006) *Law enforcement / Mental health partnership program*. United States of America: Department of Justice, p. 127.

¹³⁸⁰ HELFGOTT J. B., HICKMAN, M. J. & LABOSSIÈRE, A. P. (2016) « A descriptive evaluation of the Seattle Police Department's team officer/mental health professional partnership pilot program » *International Journal of Law & Psychiatry*, 44, 109-122.

¹³⁸¹ *Ibid*, p. 115.

¹³⁸² WATSON, A. C., MORABITO, M. S., DRAINE, J. & OTTATI, V. (2008) « Improving police response to persons with mental illness: A multi-level conceptualization of CIT » *International Journal of Law and Psychiatry*, 31(4), 359-368.

¹³⁸³ MORABITO, M. S. (2007) « Horizons of context: Understanding the police decision to arrest people with mental illness » *Psychiatric Services*, 58(12), 1582-1587.

services sociaux devraient intervenir dans ces unités d'urgence, accompagnés au besoin des forces de police.

L'objectif de l'unité d'urgence est de venir en aide au sans-abri en situation de détresse, pas de maîtriser le 'risque' qu'il représente pour l'ordre public. La prise en charge psychiatrique et sociale de l'individu doit constituer son unique priorité. En outre, la présence des forces de l'ordre renforce l'idée selon laquelle les personnes souffrant de troubles mentaux sont dangereuses et doivent être maîtrisées par la force si nécessaire. Elles ne sont pas perçues dans leur extrême vulnérabilité.

En dépit de ses imperfections, le modèle américain de l'unité de crise a été exporté en Australie. En vertu de la section 10 du *Mental Health Act* australien de 1986, l'unité de crise ne peut appréhender le sans-abri en l'absence de preuves tangibles et raisonnables d'une tentative de suicide ou de violences hétéro-agressives graves¹³⁸⁴.

Aucun diagnostic établi par un psychiatre n'est exigé en raison de l'urgence de la situation. La seule présence de troubles mentaux constatés (ou supposés) suffit, selon l'apparence ou le comportement du SDF. Or, ces critères sont profondément subjectifs et les forces de l'ordre devraient faire appel à l'avis d'un psychiatre chaque fois que cela est possible.

A ce titre, un protocole (l'équivalent d'une circulaire en droit français) formulé par les ministères australiens de la Santé et de l'Intérieur recommande vivement de recourir à l'expertise d'un psychiatre lors des interventions de l'unité de crise.¹³⁸⁵ Or, en l'absence de force contraignante, ce protocole est rarement mis en œuvre.

Les membres de l'unité de crise se concertent afin de privilégier la solution la plus adaptée aux sans-abris lorsque les circonstances le permettent. Les interactions entre les membres de l'unité varient mais le principe reste le même. Lorsqu'il est présent, le psychiatre ou médecin généraliste peut tenter de raisonner le sans-abri : s'il y parvient, l'individu est dirigé vers un hôpital ou un centre de soins ambulatoires.¹³⁸⁶ Le cas échéant et si la situation le requiert, il

¹³⁸⁴ AL-KHAFI, K., LOY, J. & KELLY, A. M. (2014) « Characteristics and outcome of patients brought to an emergency department by police under the provisions (Section 10) of the Mental Health Act in Victoria, Australia » *International Journal of Law and Psychiatry*, 37, 415-419.

¹³⁸⁵ VICTORIAN DEPARTMENT OF HEALTH (2010) *Department of Health and Victorian police protocol for mental health*. Melbourne; COMPTON, M. T., BROUSSARD, B., HANKERSON-DYNSON, D., KRISHAN, S., STEWART, T., OLIVA, J. R. et al. (2010) « System- and policy-level challenges to full implementation of the crisis intervention team (CIT) model » *Journal of Police Crisis Negotiations*, 10, 72-85.

¹³⁸⁶ HOPES, V. (2011) *Abbotsford police mark one year since mental health unit began*, from Abbotsford News: <http://www.abbynews.com/news/134457953.html> (consulté le 7 décembre 2016), np.

peut ordonner son admission psychiatrique sous contrainte.¹³⁸⁷

Au-delà de la prise en charge psychiatrique du sans-abri, l'unité de crise doit éviter la réponse carcérale à tout prix. En effet, celle-ci ne résout en aucun cas les troubles mentaux du sans-abri, ses difficultés sociales, financières, familiales, professionnelles... et l'expose aux traumatismes causés par l'incarcération¹³⁸⁸.

Souvent, les SDF appréhendés sont bien connus des services sociaux ou de police¹³⁸⁹ mais n'ont pas toujours été admis sous contrainte¹³⁹⁰. Il serait d'ailleurs pertinent de regrouper leurs informations conjointes : une meilleure connaissance des difficultés du sans-abri aboutirait à une solution plus adaptée à sa situation.¹³⁹¹

Malgré l'intention louable de cette démarche, rares sont les villes ayant mis en place ces unités.¹³⁹² La première étude évaluant leur efficacité a été réalisée en 2016 ; elle soutient que les unités d'urgence allègent la charge de travail des forces de police en apportant une réponse adaptée aux besoins de ces individus.¹³⁹³ Depuis la mise en place de la première unité de crise en 1998, plusieurs effets bénéfiques ont été constatés dans la ville de Seattle :

- Réduction des coûts liés à l'intervention des forces de l'ordre afin de gérer le comportement des SDF en état de décompensation¹³⁹⁴

¹³⁸⁷ ADELMAN, J. (2003) « Study in blue and grey », from *Police interventions with people with mental illness : A review of challenges and responses* : <http://www.cmha.bc.ca/files/policereport.pdf> (consulté le 7 décembre 2016), p. 75.

¹³⁸⁸ COMPTON, M. T., BAHORA, M., WATSON, A. & OLIVA, J. (2008) « A comprehensive review of extensive research on crisis intervention team (CIT) programs » *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 36, 47-55; INNES, M. (2005) « Why 'soft' policing is hard: On the curious development of reassurance policing, how it became neighbourhood policing and what this signifies about the politics of police reform » *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 15(3), 156-169.

¹³⁸⁹ GOLDSTEIN, H. (1990) *Problem-solving policing*. Philadelphia, Pa: Temple University Press, p. 123.

¹³⁹⁰ ANDREWS, G. & BALDRY, E. (2013) « Mental health frequent presenters: Key concerns, case management, approaches and policy and programme considerations for emergency services » *Policy and the mentally ill: International Perspectives*. Boca Raton, FL: CRC Press, 197-218.

¹³⁹¹ PETRILA, J. & FADER-TOWE, H. (2010) *Information sharing in criminal justice-mental health collaborations: Working with HIPAA and other privacy laws*. New York, NY: Council of State Governments Justice Centre, p. 217.

¹³⁹² NEIDHART, E. (2013) « Crisis intervention and police interactions with individuals with mental illness » In J. B. Helfgott (Ed.) *Criminal Psychology*, volume 3. (pp. 139-168) (Santa Barbara, CA).

¹³⁹³ HELFGOTT J. B., HICKMAN, M. J. & LABOSSIÈRE, A. P. (2016), *op. cit.*, p. 120; REULAND, M., SCHWARZFELD, M. & DRAPER, L. (2009), *Law enforcement responses to people with mental illness: A guide to research-informed policy and practice*. New York: Council of State Governments.

¹³⁹⁴ BOWER, D. L. & PETTIT, W. G. (2001) « The Albuquerque Police Department's crisis intervention team: A report card » *FBI Law Enforcement Bulletin*, 70(2), 1-6.

- Réduction du nombre d'agressions commises sur les forces de l'ordre par les sans-abris¹³⁹⁵
- Augmentation du nombre d'hospitalisations psychiatriques des sans-abris¹³⁹⁶

Il reste toutefois impossible de savoir si les admissions sont volontaires ou ordonnées sous contrainte.

- Meilleure accessibilité aux soins psychiatriques malgré la situation sociale précaire des sans-abris¹³⁹⁷
- Réduction du nombre d'hospitalisations psychiatriques en urgence des sans-abris et de la durée des séjours hospitaliers¹³⁹⁸
- Amélioration des capacités de distinction des troubles mentaux chez les forces de l'ordre.¹³⁹⁹

Malgré leur impact positif, le contexte de crise budgétaire a provoqué une baisse des ressources allouées aux unités de crise¹⁴⁰⁰, menaçant la qualité des interventions en raréfiant encore davantage la présence d'un psychiatre au sein de l'unité.¹⁴⁰¹

L'action de l'unité d'urgence crée à l'égard du SDF un lien de dépendance sociale fort qu'il peut ressentir comme une lourde restriction à l'exercice de ses libertés¹⁴⁰². Cette contrepartie semble nécessaire afin de traiter ses troubles psychiatriques mais il faut garder à l'esprit que l'individu est en droit de refuser les soins. Certains préféreront la précarité de leur situation à l'enfermement en foyer d'hébergement ou en hôpital psychiatrique.¹⁴⁰³ A l'exception des situations d'urgence où le sans-abri se montre très violent ou commet l'acte suicidaire, son refus des soins doit être entendu et respecté.

¹³⁹⁵ DUPONT, R. & COCHRAN, S. (2000) « Police response to mental health emergencies: Barriers to change » *Journal of American Academy of Psychiatry and the Law*, 28(3), 338-344.

¹³⁹⁶ STEADMAN, H. J., DEANE, M. W., BORUM, R. & MORRISSEY, J. P. (2000) « Comparing outcomes of major models of police responses to mental health emergencies » *Psychiatric Services*, 51(5), 645-649.

¹³⁹⁷ BONFINE, N., RITTER, C. & MUNETZ, M. R. (2014) « Police officer perceptions of the impact of Crisis Intervention Team » *International Journal of Law and Psychiatry*, 37, 341-350.

¹³⁹⁸ AMERICAN ACADEMY OF NURSE PRACTITIONERS (2010) Standards of NP practice: <http://www.aanp.org> (consulté le 31 mars 2017), np.

¹³⁹⁹ WATSON, A. C., MORABITO, M. S., DRAINE, J. & OTTATI, V. (2008) « Improving police response to persons with mental illness: A multi-level conceptualization of CIT » *International Journal of Law and Psychiatry*, 31(4), 359-368.

¹⁴⁰⁰ INNES, M. (2010) « A 'mirror' and a 'motor: Researching and reforming policing in an age of austerity » *Policing*, 4(2), 127-134; Evans, A. C. (2013) *Mental health's great grey area*. Philadelphia Inquirer.

¹⁴⁰¹ WOOD, J. D. & BEIERSCHMITT, L. (2014) « Beyond crisis intervention: Moving 'upstream' to manage cases and places of behavioural health vulnerability » *International Journal of Law and Psychiatry*, 37, 439-447.

¹⁴⁰² ROWE, M (1999) *Crossing the border: Encounters between homeless people and outreach workers*. University of California Press, Berkeley, CA.

¹⁴⁰³ ROWE, M. & BARANOSKI, M. (2011) « Citizenship, mental illness and the criminal justice system » *International Journal of Law and Psychiatry*, 34, 303-308.

Il n'est pas rare que les unités de crise aient recours à la contrainte voire à la violence afin d'hospitaliser le sans-abri ; les conséquences sur sa santé psychiatrique et somatique sont désastreuses.

- Le recours à la violence et au TASER, pratiques controversées des unités de crise

Les traumatismes psychologiques infligés aux sans-abris lors de l'intervention des unités de crise sont dramatiques. Le SDF peut être emmené de force et hospitalisé sans son consentement. Il peut être victime de blessures physiques importantes si son comportement est agité. Il n'est pas surprenant alors que le sans-abri perçoive cette intervention comme une véritable agression.¹⁴⁰⁴ Dans certains cas, la contrainte exercée contre le sans abri peut entraîner sa mort, par exemple lorsqu'il tente de s'échapper du véhicule de l'unité de crise alors lancé à pleine vitesse.¹⁴⁰⁵

De nombreuses violences policières sont dénoncées à l'occasion de ces interventions. Ces exactions ne peuvent être généralisées à tous les membres des unités de crise mais elles constituent des dérives intolérables. Elles ne doivent pas être minimisées¹⁴⁰⁶ et elles doivent cesser, qu'importe les circonstances dans lesquelles elles sont commises. D'autre part, l'existence de formations enjoignant les forces de l'ordre à ne plus faire usage de la contrainte ne suffit pas à faire disparaître ces violences¹⁴⁰⁷.

Les forces de l'ordre auraient recours à la violence lorsque le sans-abri se montre irrespectueux, en cas d'agression physique d'un membre de l'unité de crise, de possession ou d'usage d'une arme, de tentative de fuite à la vue des forces de l'ordre ou encore en cas de refus d'obtempérer à un ordre.¹⁴⁰⁸ Seuls les individus sous l'emprise de stupéfiants ou en état d'ébriété seraient victimes de ces violences car leur comportement est considéré comme dangereux.¹⁴⁰⁹

¹⁴⁰⁴ AL-KHAFAJI, K., LOY, J. & KELLY, A. M. (2014), *op. cit.*, p. 417.

¹⁴⁰⁵ OTAHBACHI, M., CEVIK, C., BAGDURE, S. & NUGENT, K. (2010), *op. cit.*, p. 110.

¹⁴⁰⁶ HICKMAN, M. J., PIQUERO, A. R. & GARNER, J. H. (2008) « Toward a national estimate of police use of nonlethal force » *Criminology & Public Policy*, 7, 563-604.

¹⁴⁰⁷ LIVINGSTONE, J. D., DESMARAIS, S. L., VERDUN-JONES, S., PARENT, R., MICHALAK, E. & BRINK, J. (2014) « Perceptions and experiences of people with mental illness regarding their interactions with police » *International Journal of Law and Psychiatry*, 37(4), 334-340.

¹⁴⁰⁸ KESIC, D., THOMAS, S. D. & OGLOFF, J. R. (2013) « Use of nonfatal force on and by persons with apparent mental disorder in encounters with police » *Criminal Justice and Behaviour*, 40, 321-337.

¹⁴⁰⁹ WATSON, A. C., OTTATI, V. C., MORABITO, M., DRAINE, L. M., KERR, A. N. & ANGELL, B. (2010) « Outcomes of police contacts with persons with mental illness: The impact of CIT » *Administration and Policy*

Seulement, les forces de l'ordre semblent oublier que le sans-abri souffrant d'addiction à l'alcool ou aux stupéfiants ne présente pas nécessairement de troubles mentaux¹⁴¹⁰. Il faut supposer que les forces de l'ordre ont fréquemment recours à la force afin de maîtriser le SDF lorsqu'il est perçu comme un « risque »¹⁴¹¹.

Les unités de crise reflètent l'obsession de notre société à contenir les malades psychiatriques. Leur objectif serait de maîtriser les sans domicile fixe, potentiels auteurs de trouble. La moindre attitude asociale ou disruptive de leur part est sévèrement réprimée et les expose à une admission sous contrainte ou à une condamnation pénale.

La priorité au sein de ces unités devrait être accordée à sensibiliser les forces de l'ordre à la question des troubles psychiatriques. En effet, plus l'unité est bien formée, moins elle sera susceptible de recourir à la force au cours de ses interventions¹⁴¹². Or, seuls 10 % de ces forces de l'ordre seraient correctement formées à ce sujet.¹⁴¹³

C'est donc sans surprise que l'usage du TASER s'est largement répandu au cours des interventions des unités de crise.

Le TASER désigne une arme électrique permettant de délivrer de faibles décharges électriques afin d'immobiliser temporairement l'individu en lui infligeant une contraction musculaire douloureuse.¹⁴¹⁴ Présenté pour la première fois aux forces de police américaines en 1974¹⁴¹⁵, son usage s'est généralisé au sein des unités de crise. Il est employé dès que le sans-abri présente un comportement agité ou agressif laissant présager un danger pour autrui ou lui-même.¹⁴¹⁶ L'usage du TASER s'est ensuite exporté au Canada¹⁴¹⁷, en Australie¹⁴¹⁸ et en Nouvelle-

in Mental Health and Mental Health Services Research, 4, 302; KAMINSKI, R. J., DIGIOVANNI, C. & DOWNS, R. (2004) « The use of force between the police and persons with impaired judgment » *Police Quarterly*, 7, 311-318.

¹⁴¹⁰ KAMINSKI, R. J., DIGIOVANNI, C. & DOWNS, R. (2004), *op. cit.*, p. 316.

¹⁴¹¹ SCHULENBERG, J. L. (2016) « Police decision-making in the grey zone the dynamics of police-citizen encounters with mentally ill persons » *Criminal Justice and Behaviour*, 43(4), 459-482.

¹⁴¹² WOOD, J., SWANSON, J., BURRIS, S. & GILBERT, A. (2011) *Police interventions with persons affected by mental illnesses: A critical review of global thinking and practice*. Rutgers University, New Jersey: Centre for Behavioural Health Services & Criminal Justice Research, p. 152.

¹⁴¹³ WATSON, A. C., MORABITO, M. S., DRAINE, J. & OTTATI, V. (2008), *op. cit.*, p. 364.

¹⁴¹⁴ KUNZ, S. N., GROVE, N. & FISCHER, R. (2012) « Acute pathophysiological influences of conducted electrical weapons in humans: A review of current literature » *Forensic Science International*, 221 (1-3), 1-4.

¹⁴¹⁵ KOSCOVE, E. M. (1985) « The Taser weapon: A new emergency medicine problem » *Annals of Emergency Medicine*, 14, 1205-1208.

¹⁴¹⁶ CROW, M. S. & ADRIAN, B. (2011) « Focal concerns and police use of force: Examining the factors associated with use of TASER devices » *Police Quarterly*, 14(4), 366-387.

¹⁴¹⁷ *Ibid*, p. 372.

¹⁴¹⁸ HANCOCK, L. & GANT, F. (2008) *Tasers: A brief overview of the research literature*. Crime and Misconduct

Zélande¹⁴¹⁹.

Moins susceptible de provoquer des 'bavures', le TASER ne peut théoriquement pas provoquer la mort de la personne sur laquelle il est utilisé.¹⁴²⁰ En dépit des mises en garde formulées par plusieurs auteurs inquiets de son usage sur des individus fragiles, le TASER est entré dans les mœurs.¹⁴²¹ Il n'est pas rare que les forces de l'ordre exerçant au sein des unités de crise possèdent un TASER sur eux par 'mesure de sécurité'.

L'opinion publique semble avoir accepté l'usage d'une telle arme sur les sans-abris au comportement imprévisible et par conséquent potentiellement dangereux.

Pourtant, entre 2001 et 2008, 334 décès à travers le monde ont été causés par l'emploi du TASER sur les SDF¹⁴²², soit une proportion de 27% des décès lors de l'utilisation de cette arme.¹⁴²³ Dans la majorité des cas, la décharge électrique a provoqué un infarctus du myocarde chez la victime.¹⁴²⁴ Il va sans dire que le SDF est déjà rendu vulnérable par la précarité de sa situation, le manque de nourriture, d'hygiène, etc. Son système immunitaire est particulièrement fragilisé surtout s'il se trouve en état d'ébriété ou sous l'emprise de stupéfiants.¹⁴²⁵

De même, il faudra faire remarquer qu'il n'existe pas d'arme non-létale même employée sur des individus en bonne santé¹⁴²⁶. La notice du TASER précise pourtant que l'utilisation de cette

Commission, Queensland, p. 160.

¹⁴¹⁹ O'BRIEN, A. J., MCKENNA, B. G., THORN, K., DIESFELD, K. & SIMPSON, A. I. F. (2011) « Use of TASER on people with mental illness. A New Zealand database study » *International Journal of Law and Psychiatry*, 34, 39-43.

¹⁴²⁰ WHITE, M. D. & READY, J. (2007) « The TASER as a less lethal force alternative. Findings on use and effectiveness in some large metropolitan police agency » *Police Quarterly*, 10 (2), 170-191.

¹⁴²¹ AMNESTY INTERNATIONAL (2008) « Less than lethal? The use of stun weapons in US law enforcement » London: Amnesty International, p. 54.

¹⁴²² *Ibid*, p. 56.

¹⁴²³ STROTE, J. & HUSTON, R. (2006) « Cardiac monitoring of human subjects exposed to the TASER » *Prehospitalisation Emergency Care*, 9;10(4): 447-450.

¹⁴²⁴ NANTHAKUMAR, K., BILLINGSLEY, I., MASSE, S., DORIAN, P., CAMERON, D., CHAURAN, V. *et al.*, (2006) « Cardiac electrophysiological consequences of neuromuscular incapacitating device discharges » *Journal of the American College of Cardiology*, 798-804.

¹⁴²⁵ TASER INTERNATIONAL (2013) *TASER handheld CEW warnings, instructions and information*. Law enforcement: Taser International, p. 19 ; VILKE, G., BOZEMAN, W. P., DAWES, D., DEMERS, M. & WILSON, G. (2012) « Excited delirium syndrome (ExDS): Treatment options and considerations » *Journal of Forensic Legal Medicine*, 19(3), 117-121.

¹⁴²⁶ BOZEMAN, W. P. & WINSLOW, J. E. (2005) « Medical aspects of less lethal weapons » *The Internet Journal of Rescue and Disaster Medicine*, 5 (1).

arme augmente le risque de blessures graves et peut provoquer la mort de l'individu.¹⁴²⁷ Il existe des risques de blessures liées à la chute de la personne suite à un tir de TASER produisant une rupture électro-musculaire, le risque de blessures graves voire mortelles résultant d'un tir dans la tête ou dans les vaisseaux du cou.¹⁴²⁸

D'autres blessures physiques sont imputables à l'emploi du TASER lorsque la décharge est portée au visage : perforation oculaire¹⁴²⁹, détachement de la rétine¹⁴³⁰, enfoncement de la boîte crânienne¹⁴³¹, etc.

Les dérives causées par l'usage du TASER n'ont pourtant pas opéré de changement dans les interventions des unités d'intervention. En 2007, une étude américaine recense 2 452 incidents dans lesquels le TASER a été utilisé sur des sans-abris.¹⁴³² Plus grave, leur utilisation a été relevée dans certains hôpitaux psychiatriques¹⁴³³ notamment dans les situations d'urgence et les UMD¹⁴³⁴. Il est intéressant de relever que si les blessures physiques provoquées par l'usage du TASER sont clairement dénoncées, la souffrance morale du sans-abri est passée sous silence.

Le contexte des interventions des unités de crise doit être rappelé. Le SDF peut souffrir de troubles psychiatriques graves ; socialement isolé, il souffre de nombreuses carences (alimentaire, affective, sexuelle). Il est compréhensible qu'il prenne peur et refuse toute aide proposée par l'unité de crise, dans la crainte que les policiers veuillent l'emprisonner ou détruire son logis de fortune. Il peut tenter de s'échapper ou adopter une attitude défensive face à ce qu'il perçoit comme une agression. Son comportement peut osciller de la prostration mutique aux violences physiques infligées aux forces de l'ordre.

¹⁴²⁷ TASER INTERNATIONAL (2013), *op. cit.*, p. 21.

¹⁴²⁸ KIERZEK, G., BECOUR, B., REY SALMON, C. & POURRIAT, J-L (2007) « Implications cliniques de l'utilisation du TASER » *Revue des Samu Médecine d'urgence*, XXIX, pp. 286-289 ; HOUSSAYE, C., PARAIRE, F., RAMBANT, C. & DURIGON, M. (2007) « Deux armes non létales en France : le flashball – le TASER x26 » *Revue des Samu Médecine d'urgence*, XXIX, pp. 290-293.

¹⁴²⁹ CHEN, S. L., RICHARD, C. K., MURTHY, R. C. & LAUER, A. K. (2006) « Perforating ocular injury by Taser » *Clinical and Experimental Ophthalmology*, 34 (4), 378-380.

¹⁴³⁰ SAYEGH, R. R., MADSEN, K. A., ADLER, J. D., JOHNSON, M. A. & MATHEWS, M. K. (2011) « Diffuse retinal injury from a non-penetrating TASER dart » *Documenta Ophthalmologica*, 123 (2), 135-139.

¹⁴³¹ KALOOSTIAN, P. E. & TRAN, H. (2012) « Intracranial Taser dart penetration: Literature review and surgical management » *Journal of Surgical Case Reports*, 2012(6), 10.

¹⁴³² HO, J. D., DAWES, D. M., JOHNSON, M. A., LUNDIN, E. J. & MINER, J. R. (2007) « Impact of conducted electrical weapons in a mentally ill population: A brief report » *The American Journal of Emergency Medicine*, 25(7), 780-785.

¹⁴³³ LITTLE, J. D., HOGGIN, I. & BURT, M. (2013) « TASER devices and psychiatry: Some thoughts and observations » *Journal of Psychiatric Intensive Care*, 9 (1), 49-55.

¹⁴³⁴ CHOUDHARY, R., SABRI, I. & SABRI, S. K. A. (2012) « Using Taser gun on patients: A critical review » *Medico-Legal Update*, 12 (2), 149-151.

Le désarroi du sans-abri est indicible : il ne peut se défendre contre « l'agression » mais doit aussi supporter d'être violenté s'il tente de s'enfuir par exemple ou de se révolter. Il ne conservera de cette altercation que le souvenir d'une douleur intense provoquée par l'usage du TASER, un sentiment d'humiliation, les cris et ordres proférés par les forces de l'ordre, les coups portés, etc.

Dans ces conditions, comment imaginer que le sans-abri hospitalisé sous contrainte accepte de se soumettre aux soins ? Il est fréquent qu'il soit isolé, sanglé et sédaté lors de son admission si son comportement est agité. Sans surprise, il percevra l'hospitalisation comme un emprisonnement dont il tentera de s'échapper à la première occasion. Bien souvent, ces admissions sont mises en œuvre de manière inappropriée¹⁴³⁵. En effet, la grande majorité des SDF hospitalisés contre leur gré ne présenteraient pas de troubles mentaux. Leur comportement agité voire agressif serait imputable à la consommation d'alcool ou de stupéfiants. Dès lors, seuls 7% des sans-abris hospitalisés sous contrainte seraient atteints de troubles mentaux.¹⁴³⁶ La formation des forces de l'ordre sur les bonnes procédures à mettre en œuvre constitue donc une priorité afin de déceler la présence de troubles psychiatriques, rassurer le sans-abri en détresse, etc.¹⁴³⁷

L'équivalent français de l'unité de crise n'est apparu que tardivement. A Marseille, une équipe d'urgence composée de forces de l'ordre encadrées par un psychiatre a été créée en 2013¹⁴³⁸. La coopération des membres de l'équipe est fondamentale afin d'allier les connaissances théoriques des psychiatres et les compétences des forces de l'ordre.¹⁴³⁹ Bien qu'il s'agisse d'un projet pilote, l'unité d'intervention semble avoir permis de bénéficier de soins psychiatriques appropriés à de nombreux sans-abris¹⁴⁴⁰. La loi de 2016 de modernisation de notre système de santé prévoit à ce titre des équipes pluridisciplinaires de « recours de proximité en soins psychiatriques » à l'origine prévues pour des visites au domicile des malades. Si ces équipes

¹⁴³⁵ OTAHBACHI, M., CEVIK, C., BAGDURE, S. & NUGENT, K. (2010) « Excited delirium, restraints and unexpected death: A review of pathogenesis » *American Journal of Forensic Medicine and Pathology*, 31, 107-112.

¹⁴³⁶ *Ibid*, p. 110.

¹⁴³⁷ AL-KHAFI, K., LOY, J. & KELLY, A. M. (2014), *op. cit.*, p. 418.

¹⁴³⁸ GIRARD, V., BONIN, J. P., TINLAND, A., FARNARIER, C., PELLETIER, J. F., DELPHIN, M., ROWE, M. & SIMEONI, M. C. (2014) « Mental health outreach and street policing in the downtown of a large French city » *International Journal of Law and Psychiatry*, 37, 376-382.

¹⁴³⁹ *Ibid*, p. 378.

¹⁴⁴⁰ *Ibid*.

existait déjà en pratique, la loi de 2016 les consacre.¹⁴⁴¹ Il serait intéressant pour le gouvernement de créer un fonds spécifique à ces équipes de recours de proximité au profit des sans-abris : ils constitueraient le premier contact avec les professionnels de santé afin de faciliter leur prise en charge. Ce parcours santé ‘renforcé’ a pour objectif « l’amélioration continue de l’accès des personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture » selon le nouvel article L 3221-2 du CSP.

Malgré les préconisations de la loi de 2016, le recours au TASER demeure une réalité contre le sans-abri présentant un comportement violent. Le défenseur des droits en 2013, M. Baudis, rappelle pourtant la dangerosité de cette arme dans un rapport : « en l’absence de recherches approfondies sur les effets potentiels de ce type d’armement sur ces personnes, leur utilisation à l’encontre de celles-ci devrait être évitée en toute circonstance ».¹⁴⁴² Dès lors, il insiste sur la formation initiale et continue lorsqu’il s’agit d’une personne vulnérable appréhendée par les forces de l’ordre. Ils doivent déceler le comportement ‘anormal’ du sans-abri en état de délirium agité, c’est-à-dire « une condition physique et mentale, décrite comme un état d’agitation avec une force surhumaine, de l’incohérence, des comportements ‘bizarres’ et une grande tolérance à la douleur » causé par plusieurs facteurs tels que les troubles mentaux, la consommation d’alcool ou de stupéfiants.¹⁴⁴³ De même, le défenseur des droits rappelle l’importance de ne pas faire usage du TASER lorsque le sans-abri est déjà allongé sur le sol, recommandation ignorée par les forces de l’ordre qui parfois en font usage sur le SDF endormi¹⁴⁴⁴, ou encore de le laisser en position assise une fois immobilisé qu’il puisse se calmer et mieux respirer.¹⁴⁴⁵

Pourtant, il convient de faire remarquer que le consentement du SDF n’est presque jamais recherché... leur statut de ‘sans domicile’ fixe les empêcherait de pouvoir refuser les soins.¹⁴⁴⁶ Ce raisonnement s’apparente à une forme de paternalisme médical. L’équipe d’urgence doit

¹⁴⁴¹ CLEMENT, J-M (2016) *La loi santé 2016 – Analyse, commentaires, critiques*, LEH Editions, p. 88.

¹⁴⁴² DEFENSEUR DES DROITS (2013) *Rapport sur trois moyens de force intermédiaires : le pistolet à impulsions électriques de type Taser x26, le Flash-Ball superpro, le lanceur de balles de défense 40x46* : https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/ddd_r_20130528_moyens_force_0.pdf (consulté le 2 avril 2019), p. 18 ; Rapport faisant suite à la visite effectuée en France du 28 novembre au 10 décembre 2010, CPT.inf (2012), 13.

¹⁴⁴³ DEFENSEUR DES DROITS (2013), *op. cit.*, p. 12 ; FRENETTE, M. (2012) « Taser : un risque pour la santé contraire à l’éthique » *Ethique et santé*, 9, pp. 107-112.

¹⁴⁴⁴ DEFENSEUR DES DROITS (2013), *ibid.*, p. 21.

¹⁴⁴⁵ *Ibid*, p. 22.

¹⁴⁴⁶ KATSAKOU, C., ROSE, D., AMOS, T., BOWERS, L., MCCABE, R., OLIVER, D. *et al* (2011) « Psychiatric patients' views on why their involuntary hospitalisation was right or wrong: A qualitative study » *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, p. 128.

s'assurer que le sans-abri désire recevoir de l'aide, elle ne peut le considérer comme incapable de prendre une décision dans son propre intérêt. D'ailleurs, il est difficile de connaître le ressenti du sans-abri appréhendé par l'équipe d'urgence, le degré de violence de certaines interpellations, le dialogue et le registre de vocabulaire adopté par l'équipe d'urgence, etc.¹⁴⁴⁷ Les personnes sans-abris d'origine étrangère subiraient des discriminations : leur apparence couplée à un comportement agité les exposerait davantage au risque d'être hospitalisé sans leur consentement.¹⁴⁴⁸

Face à ces dérives, les psychiatres se sont penchés sur les solutions alternatives à mettre en place afin de pallier le manque de formation des forces de l'ordre composant les unités de crise. Elles visent également à renforcer le lien entre le sans-abri et les soignants.

- Les solutions alternatives : du questionnaire standardisé au contact téléphonique avec un soignant

Plusieurs pistes peuvent être envisagées lorsque les forces de l'ordre ne sont pas suffisamment au fait de la réalité des troubles psychiatriques chez les sans-abris.

Un questionnaire permettant de déceler l'existence de troubles psychiatriques peut être proposé au SDF mais il répond difficilement à la diversité des pathologies mentales¹⁴⁴⁹. Elle permet tout de même de pallier l'absence du psychiatre lors de l'intervention de l'équipe d'urgence. Il convient de laisser à la personne concernée une certaine intimité afin qu'elle puisse y répondre sereinement mais il est difficile de mettre en œuvre cette recommandation.¹⁴⁵⁰ De même, il serait impossible de proposer le questionnaire dans les situations d'urgence (lorsque le sans-abri se montre agressif ou s'inflige des blessures).

Les questions contenues dans le questionnaire sont les suivantes¹⁴⁵¹ :

¹⁴⁴⁷ GIRARD, V., BONIN, J. P., TINLAND, A., FARNARIER, C., PELLETIER, J. F., DELPHIN, M., ROWE, M. & SIMEONI, M. C. (2014), *op. cit.*, p. 381.

¹⁴⁴⁸ VAN RYN, M. & BURKE, J. (2000) « The effect of patient race and socio-economic status on physicians' perceptions of patients » *Social Science & Medicine*, 50(6), 813-828.

¹⁴⁴⁹ VEYSEY B. M., STEADMAN H. J., MORRISSEY, J. P., JOHNSEN, M. and BECKSTEAD, J. W. (1998) « Using the referral decision scale to screen mentally ill jail detainees: Validity and implementation issues » *Law and Human Behaviour* 22: 205-215.

¹⁴⁵⁰ SHAW J., TOMENSON B., & CREED F. (2003) « A screening questionnaire for the detection of serious mental illness in the criminal justice system » *The Journal of Forensic Psychiatry* Vol 14, No 1, April 2003, 138-150.

¹⁴⁵¹ *Ibid*, p. 146.

- Avez-vous déjà consulté un psychiatre ?
- Avez-vous déjà pensé que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue ?
- Avez-vous récemment senti que vos pensées étaient contrôlées par quelqu'un d'autre ?
- Avez-vous le sentiment d'être persécuté par une personne extérieure ?
- Avez-vous récemment entendu des voix alors que personne n'était alentour ?

Le sans-abri est présumé souffrir de troubles mentaux s'il répond par l'affirmative à la majorité des questions : il s'agit souvent de schizophrénie, de troubles bipolaires, de troubles de l'humeur et de dépression¹⁴⁵². L'unité de crise peut lui proposer des soins ambulatoires s'il ne présente pas de comportement dangereux pour autrui ou lui-même. Il sera cependant difficile d'assurer le respect du traitement¹⁴⁵³.

L'utilisation d'un téléphone portable à l'usage des SDF a également été étudiée¹⁴⁵⁴, leur permettant d'échanger régulièrement avec un soignant afin de les informer du respect de leur traitement, de son efficacité, de l'apparition d'effets indésirables, etc.¹⁴⁵⁵ Si cet outil permet de conserver un lien social avec le sans-abri, il ne tient à qu'à lui de suivre le traitement correctement ; les soignants craignent souvent que l'intéressé ne donne plus de signe de vie. Les sans-abris peuvent être mal à l'aise à l'idée d'évoquer leur consommation de stupéfiants, leurs pensées suicidaires, leur malaise au sujet de certains médicaments, leur sentiment d'être marginalisé et anormal¹⁴⁵⁶. L'utilisation d'un outil de communication leur permettrait d'exprimer leurs pensées intimes plus facilement¹⁴⁵⁷.

Contre toute attente, le recueil des témoignages par téléphone s'avère être une réussite. 93% des personnes sans domicile fixe répondaient quotidiennement aux appels émis par les

¹⁴⁵² COLOM, F., VIETA, E., TACCHI, M. J., SANCHEZ-MORENO, J. & SCOTT, J. (2005) « Identifying and improving non-adherence in bipolar disorders » *Bipolar Disorders*, 7 (Suppl. 5), 24-31.

¹⁴⁵³ BURDA, C., HAACK, M., DUARTE, A. C. & ALEMI F. (2012) « Medication adherence among homeless patients: A pilot study of cell phone effectiveness » *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 24, 675-681.

¹⁴⁵⁴ VINCENT, C., REINHARZ, D., DEAUDELIN, I., GARCEAU, M. & TALBOT, L. R. (2006) « Public tele-surveillance service for frail elderly living at home, outcomes and cost evolution: A quasi experimental design with two follow-ups » *Health and Quality of Life Outcomes*, 4(41).

¹⁴⁵⁵ ALEMI, F., STEPHENS, R., PARRAN, T., LLORENS, S., BHATT, P., GHADIRI, A. & EISENSTEIN, E. (1994) « Automated monitoring of patients: Application to treatment of drug abuse » *Medical Decision Making*, 14, 180-187.

¹⁴⁵⁶ BURDA, C., HAACK, M., DUARTE, A. C. & ALEMI F. (2012), *op. cit*, p. 676.

¹⁴⁵⁷ NEWMAN, J. C., DES JARLAIS, D. C., TURNER, C. F., GRIBBLE, J., COOLEY, P. & PAONE, D. (2002) « The differential effects of face-to-face and computer interview modes » *American Journal of Public Health*, 92(2), 294-297.

soignants, afin de les informer de l'avancement du traitement et de leur état de santé.¹⁴⁵⁸ Les patients se sentaient écoutés, estimés et correctement pris en charge. S'il reste impossible de vérifier que les informations données soient exactes, elles restent bénéfiques car elles inciteraient le sujet à prendre son traitement correctement et recréent un lien social précieux pour le SDF.¹⁴⁵⁹

Cependant, le respect de ce traitement serait insuffisant¹⁴⁶⁰. Moins de 55% des sans-abris prendraient leur traitement correctement¹⁴⁶¹ malgré des consultations médicales régulières en hôpital ou en centre de soins ambulatoires¹⁴⁶². Enregistrer les témoignages des sans-abris serait une méthode peu fiable afin d'assurer la prise du traitement¹⁴⁶³. Il s'agit pourtant de la seule mesure viable, les tests d'urine et les prises de sang étant voués à l'échec lorsque le SDF ne se rend pas à sa consultation. Le sans-abri craint souvent qu'une hospitalisation sous contrainte soit ordonnée contre lui s'il ne respecte pas son traitement¹⁴⁶⁴.

L'autre grande catégorie de la population dite vulnérable qui nous intéresse concerne les personnes appréhendées pénalement suite à la commission d'infractions pénales. Elles seraient mal comprises par les forces de l'ordre lorsqu'elles présentent des troubles psychiatriques. Comment les forces de l'ordre appréhendent-elles l'auteur des faits reprochés souffrant de troubles mentaux ?

b) L'interpellation du malade mental auteur de faits reprochés par les forces de l'ordre

Lorsqu'un individu atteint de troubles mentaux commet une infraction pénale, il est appréhendé par les forces de l'ordre (police, gendarmerie). Elles mettent fin à la commission de l'infraction et se saisissent de l'auteur des faits reprochés : elles devront prendre en considération son état

¹⁴⁵⁸ BURDA, C., HAACK, M., DUARTE, A. C. & ALEMI F. (2012), *op. cit.*, p. 680.

¹⁴⁵⁹ *Ibid.*

¹⁴⁶⁰ NCAMA, B. P., MCINERNEY, P. A., BHENGU, B. R., CORLESS, I. B., WANTLAND, D. J., NICHOLAS, P. K. ... DAVIS, S. M. (2008) « Social support and medication adherence in HIV disease in KwaZulu-Natal, South Africa » *International Journal of Nursing Studies*, 45(12), 1757-1763.

¹⁴⁶¹ COLOM, F., VIETA, E., TACCHI, M. J., SANCHEZ-MORENO, J. & SCOTT, J. (2005), *op. cit.*, p. 28.

¹⁴⁶² ROYAL, S. W., KIDDER, D. P., PATRABANSH, S., WOLITSKI, R. J., HOLTGRAVE, D. R., AIDALA, A. ... STALL, R. (2009) « Factors associated with adherence to highly active antiretroviral therapy in homeless or unstably housed adults living with HIV » *AIDS Care*, 21(4), 448-455.

¹⁴⁶³ VELLIGAN, D. I., WEIDEN, P. J., SAJATOVIC, M., SCOTT, J., CARPENTER, D., ROSS, R. & DOCHERTY, J. P. (2009) « The expert consensus guideline series: Adherence problems in patients with serious and persistent mental illness » *Journal of Clinical Psychiatry*, 70 (suppl. 4), 1-46.

¹⁴⁶⁴ *Ibid.*, p. 30.

de santé mental. De ce fait, l’incarcération de l’auteur des faits ne paraîtra pas la solution la plus appropriée.

- Les poursuites pénales, solution inadaptée à la prise en charge psychiatrique de l’auteur des faits reprochés

La responsabilité pénale se définit comme l’obligation de répondre de ses actes en subissant une sanction pénale dans les conditions et selon les formes prescrites par la loi, à condition que l’acte ait été commis en conscience, qu’il ait été l’œuvre de la volonté et du discernement de l’auteur. Dès lors, la personne dont le discernement a été aboli lors de la commission de l’acte ne doit pas être considéré comme pénalement responsable.¹⁴⁶⁵

Le malade psychiatrique peut commettre une infraction pénale contre ce qu’il perçoit comme une menace (un « persécuteur ») ou poussé par des voix qui lui intimement de blesser quelqu’un par exemple¹⁴⁶⁶. Il peut également se montrer violent au cours d’un état de décompensation, exprimant sa souffrance par les coups. Il peut aussi tenter par ce moyen de regagner l’exercice d’un certain contrôle sur son existence lorsqu’il est hospitalisé sous contrainte.¹⁴⁶⁷

Le malade peut être appréhendé par les forces de l’ordre s’il commet :

- Des atteintes contre les personnes : agressions sexuelles pouvant aller jusqu’au viol, violences volontaires ou involontaires, meurtre, empoisonnement
- Des atteintes contre les biens : vol, parfois avec violences, escroquerie, dégradation de biens, incendie criminel.

L’opinion publique aurait une vision déformée des infractions pénales commises par les personnes atteintes de troubles mentaux. Malgré leur rareté, la presse les met en exergue, enjoignant l’exécutif et le législateur à prendre des mesures sévères par souci de rassurer les populations et rallier à leur cause davantage d’électeurs.¹⁴⁶⁸

Pourtant, les forces de l’ordre travaillant régulièrement avec les services sociaux ou hospitaliers

¹⁴⁶⁵ CHENIVESSE, P. (2015) « Folie et (ir)responsabilité » in HENNION-JACQUET, *op. cit.*, p. 107.

¹⁴⁶⁶ ZONE INTERDITE (2017) « UMD : Qui sont ces fous que l’on enferme ? », diffusé sur M6 le 8 octobre 2017.

¹⁴⁶⁷ *Ibid.*

¹⁴⁶⁸ MCCREATH A. (2001) « Sentencing and the perception of risk » *The Journal of Forensic Psychiatry* Vol 12, No 3 December 2001, 495-499.

en psychiatrie¹⁴⁶⁹ seraient plus compréhensives à l'égard des malades¹⁴⁷⁰. Elles les orientent davantage vers les services hospitaliers compétents afin qu'ils bénéficient de soins adaptés plutôt que d'intenter des poursuites pénales contre-thérapeutiques.¹⁴⁷¹

A contrario, les forces de l'ordre ayant peu de contacts avec les services spécialisés dans la prise en charge des troubles psychiatriques ont tendance à considérer ces individus comme dangereux. Ils recherchent en général la condamnation pénale de l'auteur des faits reprochés¹⁴⁷². Les poursuites pénales exposent alors le malade à de sérieuses atteintes à ses droits et à sa dignité : placement en garde à vue, en maison d'arrêt effrayant le malade, attitude irrespectueuse des forces de l'ordre, incompréhension face aux informations données, etc.¹⁴⁷³ Dès lors, il est fondamental que les forces de l'ordre prennent en compte la fragilité des malades psychiatriques appréhendés pour la commission d'une infraction pénale. L'incarcération serait contre-thérapeutique et profondément traumatisante pour le malade ne percevant pas toujours la gravité des actes commis. De même, l'insalubrité des cellules de garde à vue constitue une grave atteinte à la dignité de la personne appréhendée.



Fig. 9 : photographie d'une cellule 'ordinaire' de garde à vue...

¹⁴⁶⁹ CANT, R. & STANDEN, P. (2007) « What professionals think about offenders with learning disabilities in the criminal justice system » *British Journal of Learning Disabilities*, 35, 174-180.

¹⁴⁷⁰ PSARRA, V., SESTRINI, M., SANTA, Z., PETSAS, D., GERONTAS, A., GARNETAS, C. & KONTIS, K. (2008) « Greek police officers' attitudes towards the mentally ill » *International Journal of Law and Psychiatry*, 31, 77-85.

¹⁴⁷¹ *Ibid*, p. 82.

¹⁴⁷² ANDERSON, M. & TAYLOR, H. (2009) *Sociology: The essentials*. Belmont: Thomson Wadsworth, p. 212.

¹⁴⁷³ LINK, B., PHELAN, J., BRESNAHAN, M., STUEVE, A. & PESCOLIDO, B. (1999) « Public perceptions of mental illness: Labels, causes, dangerousness and social distance » *American Journal of Public Health*, 89, 1328-1333.

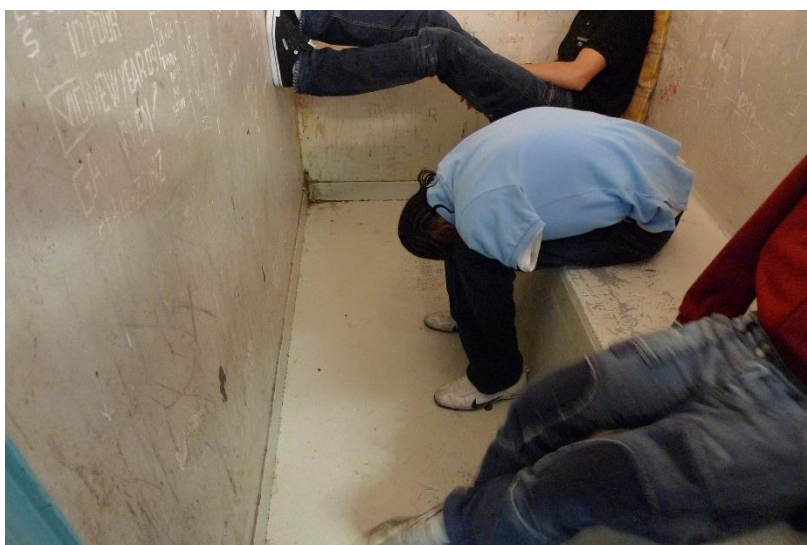


Fig. 10 : partage d'une cellule de garde à vue surpeuplée¹⁴⁷⁴

Au cours d'un interrogatoire, les officiers de police peuvent ressentir une certaine frustration à ne pas pouvoir se faire comprendre du malade, d'où le souci de recourir à la méthode d'interrogatoire dite d'accommodation de la communication¹⁴⁷⁵.

Elle consiste pour les forces de l'ordre à s'exprimer en termes clairs et intelligibles et de ne pas employer de jargon professionnel. Elles peuvent faire appel à un psychiatre ou à un infirmier exerçant en hôpital psychiatrique afin que l'interrogatoire soit mené sans brusquer le patient.¹⁴⁷⁶ Faire preuve de respect et de compréhension¹⁴⁷⁷, laisser l'auteur des faits reprochés exprimer ses opinions, son ressenti¹⁴⁷⁸, lui accorder des temps de pause et lui expliquer certains concepts¹⁴⁷⁹ sont indispensables afin de respecter la dignité du patient. L'issue de cet interrogatoire donnera suite à l'affaire ou orientera l'individu vers une hospitalisation psychiatrique.¹⁴⁸⁰

¹⁴⁷⁴ Cahier de photos du rapport annuel d'activités du CGLPL 2013, pp. 2-3 : <http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2014/03/CahierPhoto2013-1res.pdf> (consulté le 25 avril 2019).

¹⁴⁷⁵ GALLOIS, C., OGAY, T. & GILES, H. (2005) « Communication accommodation theory: A look back and a look ahead » In W. Gudykunst (Ed.) *Theorizing about intercultural communication* (pp. 121-148). Thousand Oaks, CA: Sage.

¹⁴⁷⁶ *Ibid*, p. 133.

¹⁴⁷⁷ WALSH, D. & OXBURGH, G. (2008) « Historical and contemporary developments in research » *Forensic Update*, 92, 41-45.

¹⁴⁷⁸ TYLER, T. & BLADER, S. (2003) « The group engagement model: Procedural justice social identity and cooperative behaviour » *Personality and Social Psychology Review*, 7, 349-361.

¹⁴⁷⁹ OXBURGH, L., GABBERT, F., MILNE, R. & CHERRYMAN, J. (2016) « Police officers' perceptions and experiences with mentally disordered suspects » *International Journal of Law & Psychiatry*, 49, 138-146.

¹⁴⁸⁰ *Ibid*, p. 141.

Lorsque l'auteur des faits reprochés souffre de graves troubles psychiatriques, il peut être déclaré pénalement irresponsable. L'irresponsabilité pénale lui permet d'éviter l'incarcération au profit d'une admission sous contrainte. Néanmoins, les critères permettant de retenir cette irresponsabilité souffrent d'une grande subjectivité en droit britannique et américain.

- Les critères subjectifs de l'irresponsabilité pénale de l'auteur des faits en droit britannique et américain

Rechercher la condamnation pénale est contre-thérapeutique et inadapté pour l'auteur des faits reprochés atteint de troubles psychiatriques. Le milieu carcéral aggrave les troubles mentaux des malades.¹⁴⁸¹ Dépourvus d'une capacité de discernement suffisante, ils ne perçoivent pas la gravité de leurs actes et ni ne comprennent pourquoi ils sont condamnés à l'emprisonnement.¹⁴⁸²

Au Royaume-Uni comme aux Etats-Unis, les juges sont réticents à condamner pénalement les malades psychiatriques. Ces derniers « n'auraient pas suffisamment le contrôle de leurs actions, et seraient pas conséquents innocents des méfaits qu'ils sont susceptibles de commettre ».¹⁴⁸³ De même, la condamnation pénale doit donner accès au malade à des soins psychiatriques¹⁴⁸⁴ ou s'il en bénéficie déjà, elle doit lui permettre de les poursuivre.

Le mythe du 'fou dangereux' doit être déconstruit. A ce titre, il convient de se demander s'il existe une corrélation entre les troubles mentaux d'un individu et sa propension à commettre des actes violents ? L'auteur des faits est-il plus dangereux parce lorsqu'il présente des troubles mentaux ?¹⁴⁸⁵ Il faudra y répondre par la négative, à l'exception des schizophrènes et des personnes souffrant de troubles sévères de la personnalité qui seraient davantage susceptibles de commettre des violences.¹⁴⁸⁶ Les personnes ayant subi des sévices (physiques ou sexuels)

¹⁴⁸¹ EASTMAN N. & MULLINS M. (1999) « Prosecuting the mentally disordered » *The Journal of Forensic Psychiatry*, Vol. 10 No. 3, December 1999: 497-501.

¹⁴⁸² *Ibid*, p. 499.

¹⁴⁸³ SLOVENKO, R. (2006b) « Violent attacks in psychiatric and other hospitals » *The Journal of Psychiatry & Law*, 34, 249-270; SLOVENKO, R. (1994) « Tort liability of the mentally incompetent and their caretakers » *Journal of Psychiatry and Law*, 22, p. 455.

¹⁴⁸⁴ HOME OFFICE AND DEPARTEMENT OF HEALTH (1995) *Mentally Disordered Offenders: Inter-Agency Working*. London: HMSO, p. 172.

¹⁴⁸⁵ JOYAL, C., DUBREUCQ, J. L., GRENDON, C. & MILLAUD, F. (2007) « Major mental disorders and violence: A critical update » *Current Psychiatry Review*, 3, 33-50.

¹⁴⁸⁶ *Ibid*, p. 38.

durant leur enfance¹⁴⁸⁷ ou souffrant de comorbidité sont également concernés¹⁴⁸⁸.

Ces malades rencontrent souvent incompréhension et rejet au sein de la société ; isolés et rendus méfiants, ils peuvent devenir agressifs s'ils se trouvent dans une situation inspirant un danger. La violence peut alors constituer un moyen de se protéger contre une menace extérieure ou de reprendre le contrôle d'une situation qui lui échappe.¹⁴⁸⁹

A ce titre, quels sont les critères permettant de prononcer l'irresponsabilité pénale de l'auteur des faits reprochés ?¹⁴⁹⁰

L'arrêt *State c. Milligan*¹⁴⁹¹ (1978) apporte des éléments de réponse. En l'espèce, l'auteur des faits se voyait reprocher la commission de neuf viols. L'expertise psychiatrique ordonnée fait état de troubles schizophréniques chez l'accusé. Le juge établit un critère de faisceau d'indices permettant d'établir son irresponsabilité pénale pour abolition du discernement :

- Au moment des faits, l'auteur des faits n'a pas le contrôle de ses actes
- L'auteur des faits ne parvient pas à se souvenir des actes commis lorsqu'il était sous l'emprise d'une autre personnalité¹⁴⁹²
- L'auteur des faits ne peut présenter sa défense sans la représentation d'un avocat
- L'auteur des faits ne peut conformer son comportement à la loi ni distinguer ce qui est bien de ce qui est mal
- L'auteur des faits n'a pas conscience de ses différentes personnalités.

En vertu de ces critères, le juge considère que l'accusé ne peut être tenu pour responsable de ses actes, la présence de ses personnalités multiples abolissant totalement sa faculté de discernement.¹⁴⁹³ En somme, les troubles mentaux de l'auteur des faits reprochés doivent relever d'une certaine gravité et être reconnus par une expertise psychiatrique versée **au**

¹⁴⁸⁷ HODGINS, S., CREE, A., ALDERTON, J. & MAK, T. (2007) « From conduct disorder to severe mental illness: Associations with aggressive behaviour, crime and victimization » *Psychological Medicine*, 8, 1-13.

¹⁴⁸⁸ FAZEL, S., LANGSTROM, N., HJERN, A., GRANN, M. & LICHTENSTEIN, P. (2009) « Schizophrenia, substance abuse and violent crime » *JAMA*, 301(19), 2016-2023 (20).

¹⁴⁸⁹ HIDAY, V. A. (1997) « Understanding the connection between mental illness and violence » *International Journal of Law and Psychiatry*, 20, 339-417.

¹⁴⁹⁰ LEWIS, D. O., & BARD, J. S., (1991) « Multiple personality and forensic issues », *Psychiatric Clinics of North America* 14(3): 605-629.

¹⁴⁹¹ *State v Milligan*, 77 CR 11 2908 (Franklin County, Ohio 1978) in LEWIS, D. O., & BARD, J. S., (1991), *op. cit.*, p. 621.

¹⁴⁹² SAKS, E. R. (1992) « Multiple personality disorder and criminal responsibility », *U. C. Davis Law Review* 25: 383-461; SAKS, E. R. (1994) « Does multiple personality exist? The beliefs, the data and the law ». *International Journal of Law of Psychiatry* 17(1): 43-78.

¹⁴⁹³ *State v Milligan*, 77 CR 11 2908 (Franklin County, Ohio 1978) in JAMES D., (1998) « Multiple personality disorder in the courts: a review of the North American experience » *The Journal of Forensic Psychiatry*, vol. 9, No 2, September 1998, 339-361.

procès.¹⁴⁹⁴

En droit britannique, ces critères rappellent l'arrêt fondateur *M'Naghten* de 1843.¹⁴⁹⁵

En l'espèce, l'accusé poursuivi pénalement pour tentative de meurtre souffre de paranoïa et d'hallucinations. Les juges posent une présomption simple selon laquelle l'auteur des faits est présumé sain d'esprit jusqu'à l'apport d'une preuve contraire. Il est considéré comme responsable de ses actes tant que cette présomption n'est pas renversée.

La preuve contraire doit soulever un « réel défaut de raison » imputable à ses troubles psychiatriques de telle sorte qu'il ignore tout de l'acte commis ou de la distinction entre ce qui est bien ou mal.¹⁴⁹⁶ L'accusé a donc été déclaré pénalement irresponsable en raison de la gravité de ses troubles mentaux.

Ces critères ont ensuite été inscrits dans le *Criminal Procedure (Insanity and Unfitness to Plead) Act* 1991.¹⁴⁹⁷ Ils ont cependant été décriés par les praticiens, accordant trop d'importance aux capacités intellectuelles de l'auteur des faits reprochés¹⁴⁹⁸. Ils proposent par exemple d'y inclure ses facultés cognitives et émotives : a-t-il conscience de l'existence de ses troubles mentaux ? Peut-il retracer le déroulement des faits qui lui sont reprochés ? Peut-il ressentir de l'empathie pour ses victimes, de la culpabilité ?¹⁴⁹⁹ Le juge canadien apprécie également au fond les éléments suivants : capacité de comprendre le déroulement du procès, les informations échangées entre les parties et les conséquences d'une sanction pénale¹⁵⁰⁰.

Néanmoins, le mode de preuve exigé reste flou car l'expertise psychiatrique n'est pas toujours exigée.¹⁵⁰¹ Le témoignage oral d'un psychiatre ou d'un représentant des forces de l'ordre

¹⁴⁹⁴ VILIPEN, J., ROESCH, R. I. & ZAPF, P. (2002) « An examination of the relationship between competency to stand trial, competency to waive interrogation rights and psychopathology » *Law and Human Behaviour*, 26(5), 497; JAMES, D., DUFFIELD, G., BLIZARD, R. & HAMILTON, I. W. (2001) « Fitness to plead. A prospective study of the inter-relationships between expert opinion, legal criteria and specific symptomatology » *Psychological Medicine*, 31(1), 139-150.

¹⁴⁹⁵ R v M'Naghten [1843] UKHL 16 in FENNELL P. (1992) « The Criminal Procedure (Insanity and Unfitness to Plead) Act 1991 », *The Modern Law Review*, 55:4 July 1992, 7926-7961.

¹⁴⁹⁶ R v M'Naghten [1843] UKHL 16 in FENNELL P. (1992), *op. cit.*, p. 550.

¹⁴⁹⁷ Criminal Procedure (Insanity and Unfitness to Plead) Act 1991, sec. 1, para 1(1).

¹⁴⁹⁸ MACKAY, R. D., MITCHELL, B. J. & HOWE, L. (2007) « A continued upturn in unfitness to plead – More disability in relation to the trial under the 1991 Act » *Criminal Law Review*, 532.

¹⁴⁹⁹ GRUBIN, D. H. (1993) « What constitutes fitness to plead » *Criminal Law Review*, 748, 749-750.

¹⁵⁰⁰ MANSON, A. (2006) « Fitness to be sentenced: A historical, comparative and practical review » *International Journal of Law and Psychiatry*, 29, 262-28.

¹⁵⁰¹ MUDATHIKUNDAN, F., CHAO, O & FORRESTER, A. (2014) « Mental health and fitness to plead proposals in England and Wales » *International Journal of Law and Psychiatry*, 37, 135-141.

suffirait à établir l'existence des troubles suffisamment graves de l'auteur des faits reprochés. La lettre de la loi exige pourtant que des rapports d'expertise écrits soient produits afin de prouver l'abolition de son discernement.¹⁵⁰²

Le juge prononçant l'irresponsabilité pénale de l'accusé ou du prévenu ordonne des mesures alternatives à l'emprisonnement :

- L'hospitalisation sous contrainte
- Son placement sous une mesure protection des majeurs afin de préserver ses intérêts (sauvegarde de justice, tutelle, curatelle)
- Le suivi d'un traitement psychiatrique ambulatoire contraignant, sous peine de sanction (ex : hospitalisation psychiatrique)¹⁵⁰³.

La logique de ces mesures alternatives consiste à assurer une prise en charge psychiatrique de l'individu sans avoir recours à l'emprisonnement, traumatisante pour le malade.

A ce sujet, la loi américaine prévoit l'administration d'un traitement médicamenteux afin 'd'aider l'individu à comparaître' lorsque la gravité de ses troubles psychiatriques l'en empêche. Le caractère gravement attentatoire à la dignité et aux droits du patient devra ici être relevé.

- Le 'traitement spécial' prescrit au malade mental auteur des faits reprochés en droit américain

Le prévenu ou accusé peut souffrir de troubles psychiatriques d'une telle gravité qu'il lui est impossible de comparaître devant le juge pénal : état d'agitation, agressivité, état de prostré ou mutique... L'arrêt américain *Sell c. Etats-Unis*¹⁵⁰⁴ prévoit de pouvoir administrer un traitement sous contrainte « afin de restaurer la capacité légale de l'auteur des faits reprochés », c'est-à-dire le faire comparaître physiquement.

Plusieurs conditions doivent être réunies afin de mettre en œuvre cette procédure car le traitement est dispensé sans le consentement de la personne concernée :

¹⁵⁰² Criminal Procedure (Insanity and Unfitness to Plead) Act 1991, sec. 1, para 3(1).

¹⁵⁰³ *Ibid*, sec. 1, para 2(2).

¹⁵⁰⁴ *Sell v. United States* (2003) 539 U.S. 166 in PIETZ, C. A. (2009) « Whither *Sell v. U.S.*? Involuntary medication for competency restoration treatment » *The Journal of Psychiatry & Law*, 37, 331-333.

- L'infraction reprochée doit être particulièrement grave et il doit relever de l'intérêt général de faire comparaître l'individu¹⁵⁰⁵.

Une atteinte aux biens ne saurait suffire (destruction d'une porte vitrée¹⁵⁰⁶, possession illégale d'une arme à feu sans en avoir fait usage¹⁵⁰⁷). L'infraction doit avoir causé une atteinte à la vie de la victime et être passible d'au moins six mois d'emprisonnement.¹⁵⁰⁸

- Il doit être dans l'intérêt de l'auteur des faits de pouvoir présenter sa défense ou d'assister au procès sans qu'il ait à souffrir d'effets secondaires importants.¹⁵⁰⁹

Le traitement doit avoir 70% de chances de faire comparaître l'auteur des faits malgré ses troubles mentaux¹⁵¹⁰; le caractère très approximatif de ce critère doit ici être dénoncé.

- Il ne doit exister aucune alternative permettant d'obtenir le même résultat (la comparution de l'auteur des faits) mais ce critère serait rarement pris en compte.¹⁵¹¹

Il est important de préciser que les juges ne possèdent pas les connaissances suffisantes afin d'évaluer les effets secondaires somatiques et psychiatriques de ce traitement, c'est pourquoi ce pouvoir devrait leur être retiré¹⁵¹².

Voyons si la mise en œuvre de cette jurisprudence est pertinente.

Dans l'arrêt *Etats-Unis c. Evans*¹⁵¹³, l'accusé atteint de schizophrénie sévère et de paranoïa est pénalement poursuivi pour une infraction grave. Son état de santé mental le rendait incapable de comparaître mais les juges en première instance ont ordonné l'administration dudit traitement sans son consentement.

L'accusé interjette appel de cette décision au motif que le traitement ordonné était médicalement inapproprié. En effet, le jugement ne mentionnait pas la substance à administrer, sa posologie et ses potentiels effets secondaires, preuve selon l'appelant que le juge était incompetent pour se prononcer en la matière¹⁵¹⁴. Malgré le fait que ce jugement ait été validé en appel, une décision rendue en 2007 oblige le juge à mentionner certains éléments sous peine de rendre le jugement inapplicable : nature et gravité des troubles mentaux de l'individu,

¹⁵⁰⁵ BAECHT, L. A. P. (2009) "Federal courts' interpretations of *Sell v. U.S.*" *Journal of Psychiatry & Law*, 37, 413-430.

¹⁵⁰⁶ United States v. Kourey (2003) 276 F.Supp.2d. 580 (S.D. W. Va.) in BAECHT... *op. cit.*, p. 331.

¹⁵⁰⁷ United States v. Dumeny (2004) 295 F.Supp.2d 131 (D. Me.) in BAECHT... *op. cit.*, p. 331.

¹⁵⁰⁸ Duncan v Louisiana, (1968) 391 U.S. 145 in BAECHT.. *op. cit.*, p. 331.

¹⁵⁰⁹ PINALS, D. A. (2005) « Where two roads meet: Restoration of competence to stand trial from a clinical perspective » *Journal of Criminal and Civil Confinement*, 31, 81-108.

¹⁵¹⁰ United States v. Gomes (2004) 387 F.3d. 157 (2nd Cir.) in BAECHT... *op. cit.*, p. 331.

¹⁵¹¹ *Ibid.*, p. 429.

¹⁵¹² DEMIER, R. L. & SARRAZIN R. G. (2009) « The *Sell* decision: An argument for judicial restraint » *Journal of Psychiatry & Law*, 37, 335-342.

¹⁵¹³ United States v. Evans (2005) 404 F.3d 227 in DEMIER, R. L. & SARRAZIN R. G. (2009), *op. cit.*, p. 336.

¹⁵¹⁴ United States v. Rivera-Guerrero (2005) 377 F.3d 1064 in DEMIER... *op. cit.*, p. 337.

traitements disponibles en l'état actuel de la médecine, bénéfiques et effets secondaires du traitement... Le traitement ne doit être ordonné que s'il répond à l'intérêt du patient, au regard de ces éléments.¹⁵¹⁵

L'avis des praticiens est partagé sur la pertinence d'une telle prérogative laissée à l'appréciation du juge pénal. Certains rapportent que le traitement améliore considérablement les facultés cognitives, intellectuelles et la capacité de l'auteur des faits à s'exprimer¹⁵¹⁶. D'autres au contraire soutiennent que le traitement ne peut être administré dans le seul but de faire comparaître le malade. Il ne répond ici à aucun intérêt thérapeutique et les conséquences dommageables sur la santé somatique et psychiatrique du patient peuvent être dramatiques¹⁵¹⁷. En effet, un abus a été relevé lors d'une audience au cours de laquelle l'auteur des faits reprochés a été contraint de porter un gilet de contention. Selon les juges, le port de ce moyen de contrainte apportait une sécurité dite « synthétique » au procès. L'atteinte au droit à la dignité du patient¹⁵¹⁸ et à son intégrité corporelle¹⁵¹⁹ a été purement ignorée.

Par ailleurs, quel sort est réservé à l'individu subissant ce traitement et déclaré innocent par le juge ? Cette hypothèse met en lumière une condamnation sociale des troubles psychiatriques. Dès que l'individu est perçu comme un risque pour la société, les juges peuvent ordonner son hospitalisation. Même innocente d'un point de vue pénal, la personne souffrant de troubles mentaux demeure indésirable et menaçante : l'admission sous contrainte devient alors une condamnation sociale.¹⁵²⁰

Les personnes souffrant de troubles mentaux ne peuvent se dérober à l'application de la loi lorsqu'elles commettent une infraction pénale. Pourtant, des dispositions spécifiques doivent leur être appliquées. Leur faculté de discernement réduite voire abolie doit conduire le juge à privilégier des solutions thérapeutiques. C'est dans cette optique que les tribunaux spécialisés

¹⁵¹⁵ United States v. Hernandez-Vasquez (2007) 506 F. 3d. 811 (9th Cir.) in DEMIER... *op. cit.*, p. 339.

¹⁵¹⁶ ERICKSON, S. K., CICCONE, J. R., SCHWARZKOPF, S. B., LAMBERTI, S. & VITACCO, M. J. (2007) « Legal fallacies of antipsychotic drugs » *Journal of American Academy of Psychiatry & Law*, 35, 235-246.

¹⁵¹⁷ MELTON, G. B., PETRILA, J., POYTHRESS, N. G. & SLOBOGIN, C. (2007) *Psychological evaluations for the courts – A Handbook for mental health professionals and lawyers* (3rd Ed.). New York, N. Y.: Guilford Press, p. 313 ; BRINKLEY, C. A. & DEMIER, R. L. (2009) « Implications of the *Sell* decision for treatment administration » *Journal of Psychiatry & Law*, 37, 373-412.

¹⁵¹⁸ ERICKSON, S. K., CICCONE, J. R., SCHWARZKOPF, S. B., LAMBERTI, S. & VITACCO, M. J. (2007), *op. cit.*, p. 143.

¹⁵¹⁹ MELTON, G. B., PETRILA, J., POYTHRESS, N. G. & SLOBOGIN, C. (2007), *op. cit.*, p. 315.

¹⁵²⁰ WOLFSON, J. K. (2009) « A psychiatrist's commentary of *Sell v. U. S. et al.*: How did we get here, and where are we going? » *Journal of Psychiatry & Law*, 37, 431-448.

dans les troubles mentaux ont été créés.

c) *Les Mental Health Courts, tribunaux hybrides alliant contentieux pénal et troubles psychiatriques*

Chaque MHC connaît une organisation et une structure qui lui sont propres. Ces tribunaux ont vocation à trancher uniquement le contentieux pénal lorsque des malades psychiatriques sont impliqués.

- La structure *sui generis* et le fonctionnement des MHC en faveur de l'hospitalisation du malade mental

Les MHC (*Mental Health Courts*) ont été créés aux Etats-Unis dès 1997 et exportés en Australie et au Royaume-Uni ; ils tranchent environ 15% du contentieux pénal américain¹⁵²¹. Ces tribunaux ont pour objectif de faire bénéficier aux malades des soins psychiatriques plutôt que de recourir à l'emprisonnement.¹⁵²² Ils favorisent les hospitalisations psychiatriques chaque fois que cela est possible au regard de la gravité de l'infraction commise et de la sévérité des troubles psychiatriques de l'auteur des faits. Lorsque la diversion est impossible, les juges des MHC s'assurent que l'individu recevra des soins psychiatriques appropriés au cours de son incarcération.¹⁵²³

Les jugements produits sont le fruit de coopérations entre des corps de profession différentes : juges, avocats, assistants sociaux, psychiatres, surveillants pénitentiaires... Ils doivent s'efforcer de communiquer et délibérer efficacement¹⁵²⁴ ; le juge a le dernier mot en cas de désaccord.¹⁵²⁵ Le processus de décision doit toujours être gouverné par l'intérêt de l'auteur des

¹⁵²¹ WOLFF, N. (2002) « Courts as therapeutic agents: Thinking past the novelty of mental health courts » *Journal of the American Academy of Psychiatry & Law*, 30, 431-437; COGGINS, M. H. & PYNCHON, M. R. (1998) « Mental health consultation to law enforcement: Secret service development of a mental health liaison program » *Behavioural Sciences & the Law*, 16(4), 407-422.

¹⁵²² CANADA, K. E. & HIDAY V. A. (2014) « Procedural justice in mental health court: An investigation of the relation of perception of procedural justice to non-adherence and termination » *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, Vol 25, No. 3, 321-340.

¹⁵²³ *Ibid*, p. 337.

¹⁵²⁴ WATERS, N. L., STRICKLAND, S. M. & GIBSON, S. A. (2009) « Mental health court culture: Leaving your hat at the door » *The National Centre for State Courts*; BROWN, B., CRAWFORD, P. & DARONGKAMAS, J. (2000) « Blurred roles and permeable boundaries: The experience of multidisciplinary working in community mental health » *Health & Social Care in the Community*, 8(6), 425-435.

¹⁵²⁵ COUNCIL OF STATE GOVERNMENTS JUSTICE CENTER (2008) *Mental health courts: A primer for*

faits reprochés.

La particularité des MHC réside dans leur absence de modèle prédéfini. Leur structure et leur fonctionnement varient d'un MHC à l'autre. Depuis la création du premier MHC en 1997, il en existait en 2009 plus de 300 sur le territoire américain et leur nombre ne cesse d'augmenter.¹⁵²⁶

La composition de chaque MHC peut varier bien qu'elle soit souvent multidisciplinaire. Dans l'Etat du Queensland (Australie) ces tribunaux sont composés d'un avocat, d'un psychiatre et d'un membre de la communauté tel qu'un assistant social : ils épaulent le juge dans la décision finale.¹⁵²⁷ Chaque jugement produit par un MHC est unique et les solutions apportées diffèrent selon chaque espèce¹⁵²⁸. Il est fondamental que la solution apportée permette de dispenser des soins psychiatriques appropriés et protège l'ordre public en écartant l'individu de la société lorsque cela est nécessaire.¹⁵²⁹

Ces tribunaux s'efforcent de répondre à deux enjeux opposés : **punir** et **réhabiliter** les individus souffrant de troubles mentaux ayant commis une infraction pénale.¹⁵³⁰

Le juge du MHC tente de faire comprendre à l'individu le caractère répréhensible de ses actes, de lui apprendre les règles de la vie en société et les moyens d'améliorer sa qualité de vie.¹⁵³¹ En effet, éviter la récidive de l'auteur des faits exige l'administration de soins psychiatriques et d'un accompagnement social adaptés. L'incarcération est une fausse solution car elle n'assure pas sa prise en charge psychiatrique et ne fait pas disparaître le 'risque' qu'il représente

policymakers and practitioner. New York, NY: Criminal Justice/Mental Health Consensus project; GALLAGHER, E. M. SKUBBY, D., BONFINE, N., MUNETZ, M. R. & TELLER, J. L. S. (2011) « Recognition and understanding of goals and roles: The key internal features of mental health court teams » *International Journal of Law and Psychiatry*, 34, 406-413.

¹⁵²⁶ ALMQUIST I. & DODD, E. (2009) *Mental health courts: A guide to research-informed policy and practice*. New York: Council of State Governments Justice Centre, p. 267.

¹⁵²⁷ CARNEY, T., TAIT, D. & BEAUPERT, F. (2008) « Pushing the boundaries: Realising rights through mental health tribunal processes? » *Sydney Law Review*, 30, 329-332.

¹⁵²⁸ GREER, A., O'REGAN, M. & TRAVERSO, A. (1996) « Therapeutic jurisprudence and patients' perceptions of procedural due process of civil commitment hearings » In D. B. Wexler, & B. J. Winick (Eds.) *Law and Therapeutic Key*. Durham, NC: Academic Press; WINICK, B. J. & WEXLER, D. B. (2003) *Judging in a therapeutic key: Therapeutic jurisprudence and the courts*. Durham, NC: Carolina Academic Press, p. 410.

¹⁵²⁹ JOHNSON, P., WISTOW, G., SCHULZ, R. & HARDY, B. (2003) « Interagency and inter-professional collaboration in community care: The interdependence of structures and values » *Journal of Interprofessional Care*, 17(1), 70-83.

¹⁵³⁰ WINICK, B. J. & WEXLER, D. B. (2003), *op. cit.*, p. 413.

¹⁵³¹ WARD, T. & SALMON, K. (2009) « The ethics of punishment: Correctional practice implications » *Aggression and Violent Behaviour*, 14, 239-247.

pour la société.¹⁵³²

Le jugement du MHC doit proposer des solutions face aux difficultés sociales et / ou financières de l'auteur des faits. Il est en effet fréquent que l'individu se trouve dans une situation précaire, souffre de comorbidité ou ne parvienne pas à conserver un emploi stable.¹⁵³³ Les acteurs du procès prennent alors en compte les places disponibles en hôpital psychiatrique, leurs moyens humains et financiers et toute autre donnée susceptible d'influencer l'issue de leur jugement.¹⁵³⁴

Les avis des acteurs du procès diffèrent souvent quant à la solution à apporter. Les psychiatres favorisent généralement les soins ambulatoires lorsque l'état de santé mental de l'auteur des faits le permet. Le cas échéant, l'hospitalisation est souhaitable surtout s'il présente une certaine dangerosité (ex : récidive).¹⁵³⁵

Rappelons que plus le patient consent à être soigné, plus le taux d'efficacité de son traitement est élevé. Les acteurs du procès doivent donc s'efforcer de convaincre l'individu de l'intérêt de ces soins ; par exemple, des soins ambulatoires préservent l'exercice de ses libertés individuelles¹⁵³⁶. Au contraire, le corps judiciaire privilégie les mesures punitives afin que l'auteur des faits prenne conscience de la gravité des faits commis : port d'un bracelet électronique, assignation à résidence, obligation de 'pointer' plusieurs fois par jour dans un commissariat, etc.¹⁵³⁷

L'approche conjuguée de ces solutions doit être adoptée afin de réduire le risque de récidive chez l'auteur des faits et assurer sa prise en charge psychiatrique. Un traitement ambulatoire sous surveillance est suggéré, par exemple en contraignant l'individu à se présenter dans un commissariat de police plusieurs fois par jour. Le suivi du patient par un psychiatre est également recommandé tout au long du traitement.¹⁵³⁸

¹⁵³² STEADMAN, H. J. & REDLICH, A. D. (2006) *Evaluation of the bureau of justice assistance mental health court initiation (NCJ NO: 213136)*. United States: United States Department of Justice, p. 156.

¹⁵³³ LIM, L. & DAY, A. (2016) « An examination of stakeholder attitudes and understanding of therapeutic jurisprudence in a mental health court » *International Journal of Law & Psychiatry*, 46, 27-34.

¹⁵³⁴ ERICKSON, S. K., CICCONE, J. R., SCHWARZKOPF, S. B., LAMBERTI, S. & VITACCO, M. J. (2007), *op. cit.*; STEADMAN, H. J., DAVIDSON, S. & BROWN, C. (2001) « Law and psychiatry: Mental health courts, their promise and unanswered questions » *Psychiatric Services*, 52(4), 457-458.

¹⁵³⁵ LIM, L. & DAY, A. (2016), *op. cit.*, p. 32.

¹⁵³⁶ REDLICH, A. D. & HAN, W. (2013) "Examining the links between therapeutic jurisprudence and mental health court completion" *Law and Human Behaviour*: http://works.bepress.com/allison_redlich/15/ (consulté le 7 décembre 2016), *np*.

¹⁵³⁷ LIM, L. & DAY, A. (2016), *op. cit.*, p. 32.

¹⁵³⁸ JALBERT, S., RHODES, W., FLYGARE, C. & KANE, M. (2010) « Testing probation outcomes in an

L'enjeu des MHC est de préserver autant que possible les libertés individuelles des malades. Pourtant, l'exercice d'une certaine contrainte est inévitable afin d'assurer le suivi du traitement.

Forte de sa structure *sui generis*, la diversion judiciaire possède une autre particularité. L'auteur des faits reprochés peut lui-même demander à bénéficier de la diversion judiciaire. En toute hypothèse, si l'hospitalisation est ordonnée par le juge, le patient devra s'engager à suivre son traitement, comparaître régulièrement devant le même tribunal afin de veiller à ce qu'il ne commette pas d'autres infractions, etc. En cas de manquement à ses engagements, il s'expose à la menace d'une hospitalisation sous contrainte s'il ne respecte pas son traitement¹⁵³⁹.

Les MHC appréhendent différemment et plus efficacement les auteurs de faits reprochés atteints de troubles psychiatriques. Il faudra dès lors étudier les forces et faiblesses de ces tribunaux particuliers.

- L'efficacité des MHC et leurs limites

Les deux forces principales des MHC consistent dans l'application d'une jurisprudence thérapeutique et la mise en place de programmes de réhabilitation à destination de l'auteur des faits reprochés.

- La jurisprudence thérapeutique et les programmes de réhabilitation, gage d'efficacité des MHC

L'impact bénéfique des MHC a été salué concernant la baisse du taux de récidive des malades¹⁵⁴⁰ et la facilité de l'accès au traitement¹⁵⁴¹, imputables au respect et à la compréhension témoignés par les acteurs du procès. Cette approche, appelée la « jurisprudence thérapeutique » au Canada incite les acteurs du procès à traiter l'individu avec équité, dignité

evidence-based practice setting: Reduced caseload size and intensive supervision effectiveness » *Journal of Offender Rehabilitation*, 49, 233-253.

¹⁵³⁹ EPPERSON, M. W., CANADA, K. E. & LURIGIO, A. J. (2013) « Mental health court: One approach for addressing the problems of persons with serious mental illnesses in the criminal justice system » In: J. B. Helfgott (Ed.) *Criminal Psychology* (Vols. 1-4, pp. 367-392). Westport, CT: Praeger.

¹⁵⁴⁰ FRAILING, K. (2010) « How mental health courts function: Outcomes and observations » *International Journal of Law and Psychiatry*, 33(4), 207-213.

¹⁵⁴¹ WALES, H. W., HIDAY, V. A. & RAY, B. (2010) « Procedural justice and the mental health court judge's role in reducing recidivism » *International Journal of Law & Psychiatry*, 33, 265-271.

et respect.¹⁵⁴² L'approche exprimée est compatissante sans verser dans le paternalisme médical¹⁵⁴³. Les acteurs du procès doivent prévenir les atteintes injustifiées aux droits des patients : liberté d'expression, confidentialité des données de santé (ex : la nature de leur traitement), antécédents judiciaires et familiaux, etc.¹⁵⁴⁴

La jurisprudence thérapeutique comporte un second versant appelé la culpabilité intégratrice.¹⁵⁴⁵ La condamnation pénale ordonnée par le MHC ne condamne pas l'individu mais les actions qu'il a commises. Le juge s'efforce d'établir cette distinction afin de préserver l'individu et faciliter sa réinsertion par des mesures de réhabilitation.

La culpabilité intégratrice se distingue de la culpabilité 'excluante' appliquée dans les cours de justice traditionnelles¹⁵⁴⁶. Celle-ci tend à ostraciser les personnes condamnées en les réduisant à leurs méfaits. Elles subissent un véritable opprobre social mettant en péril leurs opportunités professionnelles et augmente le risque de récidive.¹⁵⁴⁷

Les MHC s'efforcent d'instaurer un dialogue sans intermédiaire entre le juge et la personne appelée à comparaître. Créer une relation de confiance et de respect entre eux est indispensable dans la mise en œuvre de la culpabilité intégratrice.¹⁵⁴⁸

Les jugements produits par les MHC produisent des résultats plus efficaces car les personnes appréhendées se sentent davantage écoutées et comprises¹⁵⁴⁹. Elles peuvent exprimer leur ressenti et leur propre version des faits.¹⁵⁵⁰ Il est important que les acteurs du procès

¹⁵⁴² LIND, E. A. & TYLER, T. R. (1988) *The social psychology of procedural justice*. New York, NY: Plenum Press; MCSHERRY, B. & WELLER, P. (2010) *Rethinking rights-based mental health laws*. Oxford: Hart Publishers, p. 216.

¹⁵⁴³ WEXLER D. B. & WINICK, B. J. (1991) « Therapeutic jurisprudence as a new approach to mental health law policy analysis and research » *University of Miami Law Review*, 45(5), 979-1004; CANADA, K. E. & WATSON, A. C. (2013) « 'Cause everybody likes to be treated good': Perceptions of procedural justice among mental health court participants » *American Behavioural Scientist*, 57, 209-230.

¹⁵⁴⁴ MCSHERRY, B. & WELLER, P. (2010) *Rethinking rights-based mental health laws*. Oxford: Hart Publishers, p. 315.

¹⁵⁴⁵ AHMED, E. (2001) *Shame management through reintegration*. Cambridge: Cambridge University Press, p. 175.

¹⁵⁴⁶ RAY, B., BROOKS DOLLAR, C. & THAMES, K. M. (2011) « Observations of re-integrative shaming in a mental health court » *International Journal of Law and Psychiatry*, 34, 49-55; MIETHE, T. D., LU, H. & REESE, E. (2000) « Effectiveness of a mental health court in reducing criminal recidivism and violence » *The American Journal of Psychiatry*, 164(9), 1395-1403.

¹⁵⁴⁷ AHMED, E. (2001), *op. cit.*, p. 178.

¹⁵⁴⁸ RAY, B., BROOKS DOLLAR, C. & THAMES, K. M. (2011), *op. cit.*, p. 52.

¹⁵⁴⁹ KOPELOVICH, S., YANOS, P., PRATT, C. & KOERNER, J. (2013) « Procedural justice in mental health courts: Judicial practices, participant perceptions and outcomes related to mental health recovery » *International Journal of Law and Psychiatry*, 36, 113-120.

¹⁵⁵⁰ CASCARDI, M., POYTHRESS, N. & HALL, A. (2000) « Procedural justice in the context of civil commitment: An analogue study » *Behavioural Science and the Law*, 18, 731-740.

maintiennent un contact visuel avec la personne appréhendée afin de l’impliquer autant que possible dans le processus de décision.¹⁵⁵¹ Tous ces aspects leur redonneraient confiance en eux, leur donnant la possibilité de pouvoir améliorer le cours de leur existence.¹⁵⁵² De même, ces jugements diminueraient le nombre d’états de crise chez l’individu appréhendé.¹⁵⁵³

Par ailleurs, l’efficacité des MHC serait imputable à la mise en place de programmes de réhabilitation à l’attention de l’individu condamné pénalement. Ils comprennent en effet un traitement médicamenteux pouvant être assorti de thérapies de groupe, de consultations individuelles avec un psychiatre et des contrôles réguliers afin de vérifier sa consommation d’alcool ou de stupéfiants. Le malade est suivi, encouragé et surveillé¹⁵⁵⁴.

Une baisse de la consommation d’alcool a également été constatée dans les dix premiers mois suivant la comparution de l’auteur des faits devant un MHC.¹⁵⁵⁵ La mise en œuvre de la JT lui permettrait de croire en ses capacités et de se détourner de ces substances afin de soulager son mal-être.¹⁵⁵⁶ Le juge peut d’ailleurs rallonger la durée du programme ou ordonner son hospitalisation si nécessaire.

La JT peut faire émerger une relation de confiance entre le juge et le sujet¹⁵⁵⁷. Le désir chez ce dernier de ne pas décevoir les attentes du juge peut constituer une puissante motivation afin de suivre le traitement prescrit.¹⁵⁵⁸ Toutefois, ces attentes ne doivent pas être trop exigeantes au risque de nuire à l’estime de soi de l’individu tout comme des attentes trop basses le confortent

¹⁵⁵¹ CANADA, K. E. & EPPERSON, M. (2014) « The working relationship and its association with outcomes among mental health court participants » *Community Mental Health Journal*, 35, 120-127.

¹⁵⁵² SWARTZ, M., WAGNER, R., SWANSON, J. & ELBOGEN, E. (2004) « Consumers’ perceptions of the fairness and effectiveness of mandated community treatment and related pressures » *Psychiatric Services*, 55(7), 780-785; TYLER, T. (2009) « New approaches to justice in the light of virtues and problems of the penal system » In M. E. Oswald, S. Bieneck, & J., Hupfeld-Heinemann (Eds.) *Social psychology of punishment of crime* (pp. 19-37). New York, NY US: John Wiley & Sons Ltd.

¹⁵⁵³ FRAILING, K. (2010), *op. cit.*, p. 212.

¹⁵⁵⁴ RAY, B. (2014) « Long-term recidivism of mental health court defendants » *International Journal of Law and Psychiatry*, 37, 448-454; FISLER, C. (2005) « Building trust and managing risk: A look at a felony mental health court » *Psychology, Public Policy and the Law*, 11, 587-604.

¹⁵⁵⁵ O’KEEFE, K. (2006) *The Brooklyn mental health court evaluation: Planning, implementation, courtroom dynamics, and participant outcomes*. New York: Centre for Court Innovation, p. 117.

¹⁵⁵⁶ FRAILING, K. (2010), *op. cit.*, p. 202; WOLFF, N., FRUEH, B. C., HUENING, J., SHI, J. & EPPERSON, M. (2013) « Practice informs the next generation of behavioural health and criminal justice interventions » *International Journal of Law and Psychiatry*, 36, 1-10.

¹⁵⁵⁷ KING, M. (2009) *Solution-focused judging bench book*. Melbourne: Australian Institute of Judicial Administration Inc, p. 249.

¹⁵⁵⁸ WALSH, T. (2011) *A special court for special cases*. Brisbane: Australian Institute of Judicial Administration and the University of Queensland, p. 89.

dans une situation de facilité sans le pousser au changement.¹⁵⁵⁹

Le sujet sera appelé à comparaître devant un tribunal classique s'il met fin au traitement.¹⁵⁶⁰

Un jugement beaucoup moins clément pourra alors être prononcé malgré ses antécédents psychiatriques ou judiciaires.¹⁵⁶¹ Il s'expose aussi au risque d'être hospitalisé sans son consentement si son état de santé mental l'exige.

Ces tribunaux ne trouvent pas leur équivalent en droit français. Il est difficile d'imaginer les raisons pour lesquelles cette structure n'a pas été créée malgré son efficacité.

Le JLD est une innovation juridique précieuse mais elle ne pallie pas ce manque. Lors du procès, le patient fait face au juge avec le seul soutien de son avocat. Les audiences devant le JLD ont lieu tous les six mois et il est difficile d'en prévoir avant ce délai. Il serait intéressant de réduire cette fréquence à trois mois au lieu de six. En plus de cette audience de plein droit, il serait intéressant d'organiser des audiences devant le JLD à la demande du patient.

En outre, le JLD peut ne pas être suffisamment sensibilisé à la question des troubles mentaux en raison d'un manque de formation. En outre, faire face au corps judiciaire sans aide extérieure (psychiatres, infirmiers et assistants sociaux venus plaider la cause du malade) expose le patient à adopter une attitude de repli, dû par des sentiments d'intimidation et de peur. En somme, la création des MHC en France serait bienvenue pour toutes ces raisons.

En droit britannique, la demande de mainlevée de la mesure d'hospitalisation doit être formée devant un *mental health review tribunal* (MHRT), une juridiction d'appel qui tranche le contentieux d'un MHC. L'appel peut être formé par le patient contestant sa mesure d'hospitalisation ou un psychiatre si le patient ne suit pas son traitement ou en cas d'aggravation de ses troubles mentaux. Ce tribunal peut ordonner la mainlevée de l'hospitalisation ou le transfert du patient vers une RSU sur le fondement d'une expertise psychiatrique versée au procès.¹⁵⁶²

¹⁵⁵⁹ DUFFY, J. (2011) « Problem-solving courts, therapeutic jurisprudence and the constitution: If two is company, is three a crowd? » *Melbourne University Law Review*, 35, 394-425; FRAILING, K. (2010) « How mental health courts function: Outcomes and observations » *International Journal of Law and Psychiatry*, 33(4), 207-213.

¹⁵⁶⁰ MOORE, M. E. & HIDAY, V. A. (2006) « Mental health court outcomes: A comparison of re-arrest and re-arrest severity between mental health court and traditional court participants » *Law and Human Behaviour*, 30(6), 659-674.

¹⁵⁶¹ BURNS, P. J., HIDAY, V. A. & RAY, B. (2013) « Effectiveness 2 years' post exit of a recently established mental health court » *American Behavioural Scientist*, 57(2), 189-208.

¹⁵⁶² JAMES, D. (2010), *op. cit.*, p. 242; JAMES D. (1999) « Court diversion at 10 years: can it work, does it work and has it a future? » *The Journal of Forensic Psychiatry* Vol. 10 No. 3, December 1999, 507-524; ROGERS, R. (2008) *Clinical assessment of malingering and deception*. New York NY: The Guilford Press.

D'autre part, les détenus présentant des troubles psychiatriques peuvent saisir le MHRT afin d'être hospitalisé ou bénéficier de soins ambulatoires. Le juge devra prendre garde à ce que le condamné n'affecte pas de troubles mentaux afin d'échapper à une condamnation pénale. De même, il veillera à ne pas prescrire des médicaments en substitut de drogues que le condamné toxicomane ne parvient plus à se procurer¹⁵⁶³.

Les MHC et les MHRT ne peuvent résoudre seuls la question de la condamnation pénale du prévenu ou de l'accusé souffrant de troubles mentaux. Malgré le bien-fondé de leur démarche, elles ne garantissent pas le suivi du traitement psychiatrique chez le malade.

- L'absence de suivi du traitement, principale déficience des MHC

Il faudra rappeler qu'il n'existe aucune corrélation entre la gravité des faits reprochés et la durée d'hospitalisation du malade.¹⁵⁶⁴ De même, le psychiatre appelé en qualité d'expert au cours du procès n'établit pas toujours le diagnostic psychiatrique de l'auteur des faits reprochés. Il privilégie sa dangerosité supposée en vertu de ses antécédents psychiatriques, judiciaires et familiaux alors qu'ils sont inopérants.¹⁵⁶⁵ Malgré le flou entourant sa définition, la dangerosité de l'auteur des faits reprochés est systématiquement prise en compte. Ensuite, le juge du MHC ou du MHRT ne prononce la mainlevée de l'hospitalisation que si une expertise psychiatrique atteste d'une stabilisation et d'une amélioration des troubles psychiatriques du patient. En tout état de cause, seul le diagnostic psychiatrique du sujet et sa 'dangerosité' seront pris en considération¹⁵⁶⁶. Concernant les patients suicidaires, c'est une amélioration de l'humeur du patient et sa volonté de ne plus mettre fin à ses jours qui seront prises en compte.

Il est important que l'auteur des faits reprochés puisse être défendu par un avocat au cours de son procès. Son rôle consiste à défendre ses intérêts et à lui communiquer en termes clairs et intelligibles les conséquences du jugement rendu : hospitalisation, injonction de soins,

¹⁵⁶³ MCDERMOTT, B. E. & SOKOLOV, G. (2009) « Malingering in a correctional setting: The use of the Structured Interview of Reported Symptoms in a jail sample » *Behavioural Sciences & the Law*, 27, 753-765.

¹⁵⁶⁴ SCHNEIDER, R. D. (2010) « Mental health courts and diversion programs: A global survey » *International Journal of Law and Psychiatry*, 33, 201-206.

¹⁵⁶⁵ *Ibid*, p. 204.

¹⁵⁶⁶ *Ibid*.

assignation à résidence, etc.¹⁵⁶⁷ Il convient de préciser que la représentation de l'auteur des faits reprochés ne peut faire obstacle à l'admission sous contrainte ordonnée par le MHC. La personne appelée à comparaître ne bénéficie que d'une illusion de choix même si elle peut s'exprimer au cours des débats. Le jugement sera rendu au vu des éléments factuels et de la potentielle 'dangerosité' de l'individu.

La réduction de la récidive imputée à la JT doit être atténuée. Si les personnes condamnées ne commettent plus de violences volontaires, elles sont souvent appréhendées pénalement pour non-respect de la parole donnée au tribunal. Il est estimé que 48% de ces individus récidivent selon ces modalités.¹⁵⁶⁸

D'autre part, l'auteur des faits reprochés ne serait pas réellement volontaire. Il ne participerait au jugement que par crainte d'être emprisonné ou dans l'espoir que sa peine d'emprisonnement soit raccourcie.¹⁵⁶⁹ Or, cet argument est inapplicable pour la grande majorité des personnes appréhendées car elles sont admises sous contrainte à l'issue du jugement¹⁵⁷⁰. L'emprisonnement est évité chaque fois que cela est possible car les conditions d'incarcération aggravent souvent les troubles psychiatriques du condamné. L'accès et le suivi des soins psychiatriques y sont d'ailleurs insuffisant voire inexistant¹⁵⁷¹. Les malades sont exposés à un environnement violent et au risque de subir des agressions verbales, physiques et sexuelles, les conduisant parfois à la tentative de suicide¹⁵⁷².

Il est également reproché aux MHC de ne pouvoir assurer le suivi des personnes ayant bénéficié de la diversion judiciaire. Au-delà d'une période de douze mois à compter du prononcé du jugement, un tiers des malades perd tout contact avec les services hospitaliers de psychiatrie.¹⁵⁷³ Une étude britannique estime que 23% des condamnés n'ont pas respecté leur

¹⁵⁶⁷ VICTORIAN GOVERNMENT (2012) *A new Mental Health Act for Victoria: Summary of proposed reforms*. Melbourne: Department of Health, p. 237.

¹⁵⁶⁸ MCNIEL, D. E. & BINDER, R. L. (2007) « Effectiveness of a mental health court in reducing criminal recidivism and violence » *American Journal of Psychiatry*, 164, 1395-1403.

¹⁵⁶⁹ NEWITT, E. & STOJCEVSKI, V. (2009) *Mental health diversion list evaluation report*. Magistrates Court Tasmania, p. 158.

¹⁵⁷⁰ REDLICH, A. D., STEADMAN, H., MONAHAN, J., ROBBINS, P. & PETRILA, J. (2006) « Patterns of practice in mental health courts: A national survey » *Law and Human Behaviour*, 30, 347-362.

¹⁵⁷¹ ERICKSON, S. K., CAMPBELL, A. & LAMBERTI, S. J. (2006) « Variations in mental health courts: Challenges, opportunities and a call for caution » *Community Mental Health Journal*, 42, 335-344.

¹⁵⁷² BECK, A. J., BERZOFSKY, M., CASPAR, R. & KREBS, C. (2013) *Sexual victimization in prisons and jails reported by inmates, 2011-2012: National Survey 2011-2012*. Bureau of Justice Statistics.

¹⁵⁷³ SHAW J., TOMENSON B., and CREED F. (2003) « A screening questionnaire for the detection of serious mental illness in the criminal justice system » *The Journal of Forensic Psychiatry* Vol 14, No 1 Avril 2003, 138-150.

traitement sur le long terme¹⁵⁷⁴.

Moins d'un tiers des personnes condamnées pour une infraction mineure (ex : vol simple) se serait rendu au premier examen médical. Est-ce à dire que l'hospitalisation psychiatrique devrait être ordonnée afin de contraindre les malades à se rendre à ces consultations ?¹⁵⁷⁵

Il est primordial de ne pas sacrifier les libertés de ces individus malgré l'importance d'une prise en charge psychiatrique appropriée. A ce titre, il est suggéré de faire accompagner le patient par un assistant social ou un proche mais une contrainte trop forte serait contre-thérapeutique.¹⁵⁷⁶

En dépit de son efficacité relative, les MHC représentent une réelle amélioration dans la prise en charge psychiatrique de l'auteur des faits reprochés souffrant de troubles mentaux. La rareté de ces tribunaux conduit pourtant le juge pénal 'classique' à se prononcer sur son sort. Le magistrat du siège se voit alors confier la décision de mettre en œuvre la diversion judiciaire de l'auteur des faits déclaré pénalement irresponsable.

d) La mise en place de la diversion judiciaire à l'encontre de l'individu pénalement irresponsable

Il faudra en premier lieu détailler les divergences des modalités de la diversion judiciaire prononcée par le juge pénal en droit britannique et français.

- Les modalités de la diversion judiciaire en droit britannique et français

En **droit britannique**, la diversion judiciaire peut être prononcée en amont, c'est-à-dire lorsque l'auteur des faits reprochés est mis en état d'arrestation ou est appelé à comparaître devant le juge¹⁵⁷⁷.

Souvent, la diversion mise en œuvre par les forces de l'ordre est défectueuse car leur connaissance des troubles mentaux est très limitée. Elles évaluent alors la compétence légale

¹⁵⁷⁴ JOSEPH, P. & POTTER M. (1992) « Diversion from custody I: Effect of hospital and prison resources » *British Journal of Psychiatry* 162: 330-334.

¹⁵⁷⁵ SHAW J., TOMENSON B., & CREED F. (2003), *op. cit.*, p. 209.

¹⁵⁷⁶ *Ibid*, p. 210.

¹⁵⁷⁷ Mental Health Act 1983, section 136, in BRADLEY, K. (2009) *The Bradley report: Lord Bradley's review of people with mental health problems or learning disabilities in the criminal justice system*. London: Department of Health, p. 162.

du sujet avant de porter l'affaire devant le juge. En pratique, si l'auteur des faits reprochés n'a pas la compétence légale suffisante pour être entendu et si ses troubles mentaux relèvent d'une réelle gravité, l'hospitalisation sous contrainte est prononcée.

Au contraire, si sa compétence légale est suffisante, l'individu est incarcéré lorsque les faits qui lui sont reprochés sont passibles d'une peine d'emprisonnement¹⁵⁷⁸. Il est alors fréquent que le sort du patient soit décidé de manière expéditive malgré la présence de troubles psychiatriques graves.

Le juge britannique prononce la diversion judiciaire si les deux conditions suivantes sont réunies :

- La gravité des troubles mentaux de l'auteur des faits est telle que l'hospitalisation sous contrainte paraît être la seule solution appropriée. Une expertise psychiatrique doit être fournie à ce titre.
- Au moins un établissement psychiatrique doit apporter la preuve qu'il peut hospitaliser le patient dans un délai de 28 jours à compter du prononcé du jugement.¹⁵⁷⁹

La diversion judiciaire permet de relaxer (délit) ou d'acquitter (crime) la personne appelée à comparaître pour 'défaut de raison'. Cela signifie que l'auteur des faits n'avait pas conscience de la gravité et du caractère répréhensible des actes reprochés¹⁵⁸⁰. L'arrêt *Birch* rappelle que l'hospitalisation psychiatrique ordonnée ne doit pas être perçue comme une mesure punitive. Elle doit assurer la prise en charge psychiatrique du malade et réduire autant que possible le risque de récidive.¹⁵⁸¹

En 2013, la Commission des lois britannique suggère de modifier ces critères en raison de leur manque d'objectivité.¹⁵⁸² Elle affirme qu'aucune preuve scientifique ne peut affirmer que l'auteur des faits reprochés possède cette capacité mentale, le rapport d'expertise n'étant pas suffisamment fiable. La Commission propose à ce titre d'autres critères :

¹⁵⁷⁸ JAMES, D. (2010) « Diversion of mentally disordered people from the criminal justice system in England and Wales: An overview » *International Journal of Law and Psychiatry*, 33, 241-248.

¹⁵⁷⁹ *Ibid*, p. 244.

¹⁵⁸⁰ R v M'Naghten [1843] UKHL 16 in BUCHANAN, A. (2015) « Who needs capacity? » *International Journal of Law and Psychiatry*, 40, 1-5.

¹⁵⁸¹ R v Birch (1989) 11 Cr. App. R. (S.) 202, 210 in BUCHANAN, A. (2015), *op. cit*, p. 2.

¹⁵⁸² LAW COMMISSION (2013) *Criminal liability: Insanity and automatism. A discussion paper*. London: Law Commission, p. 275.

- L'auteur des faits reprochés est incapable de former un jugement rationnel sur la conduite qu'il aurait dû adopter au regard des faits

Il faudra préciser qu'aucune définition claire de la rationalité n'est fournie¹⁵⁸³...

- L'auteur des faits est incapable de comprendre le caractère moralement répréhensible des actes commis
- Il est incapable de contrôler ses actions, son comportement.

Vigoureusement rejeté par les psychiatres, le premier critère n'a pas été retenu. Le projet de modification de loi a été abandonné, laissant la loi britannique inchangée.

La section 37 du *Mental Health Act* 1983 (MHA) reprend les termes définis par les arrêts *Birch* et *M'Naghten*. Elle prévoit que le juge pénal peut ordonner l'hospitalisation sous contrainte de l'auteur des faits reprochés déclaré pénalement irresponsable. La section 41 s'applique lorsque l'admission est ordonnée afin de protéger l'ordre public, lorsque le malade 'constitue un danger grave et imminent pour la société'. Le patient est alors hospitalisé en RSU en raison de sa 'forte dangerosité'.

Le patient, un proche ou RMO peut demander la mainlevée de cette hospitalisation lorsqu'il ne constitue plus une menace pour la société au regard de ses troubles psychiatriques et de son risque de récidive.

A ce titre, une distinction doit être soulevée :

- Si le MHC ordonne l'hospitalisation, seul le MHRT peut ordonner sa mainlevée (sur le fondement d'une expertise psychiatrique favorable)
- Si le juge pénal 'classique' prononce cette mesure, seul le RMO pourra y mettre un terme.

Il est surprenant que ce pouvoir soit confié à deux autorités différentes en fonction de la juridiction saisie. Cette contradiction est-elle le fait de la jurisprudence qui s'est accommodé tant bien que mal des lacunes de la loi ? Cette nuance porte préjudice aux patients admis sous contrainte, déjà bien en peine de faire respecter leurs droits. Difficilement accessible et inutilement complexifiée, cette procédure devrait être unifiée afin de respecter le droit du patient au jugement.

¹⁵⁸³ GARDNER, J. (1998) « The gist of excuses » *Buffalo Criminal Law Review*, 1, 575-598 ; INSANITY DEFENCE WORK GROUP (1983) « American Psychiatric Association statement on the insanity defence » *American Journal of Psychiatry*, 140, 681-688.

En **droit français**, l'article 122-1 du Code pénal prévoit que « n'est pas responsable la personne qui est atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes ».

Lorsque l'auteur des faits est déclaré pénalement irresponsable, les autorités judiciaires se dessaisissent totalement de l'affaire au profit des autorités administratives et des services sociaux.¹⁵⁸⁴ Le préfet est alors seul compétent pour ordonner une hospitalisation sous contrainte (dite d'office) mais elle n'est ni une obligation ni une conséquence du prononcé de l'irresponsabilité pénale.¹⁵⁸⁵

Dans cette hypothèse, l'auteur des faits souffre de troubles psychiatriques graves et porte atteinte de façon sérieuse et imminente à la sûreté des personnes ou à l'ordre public.¹⁵⁸⁶ Le préfet peut ordonner la mainlevée de l'hospitalisation mais elle doit être approuvée par l'avis favorable de deux psychiatres n'exerçant pas dans le même établissement.¹⁵⁸⁷

Ces psychiatres sont choisis par le préfet selon une liste établie par le procureur de la République. Leurs expertises doivent affirmer que la personne concernée n'est plus dangereuse pour elle-même ou autrui¹⁵⁸⁸.

A l'exception des MHC, les législations française et britannique présentent des similarités dans la mise en œuvre de la diversion judiciaire. Dans l'arrêt *Reid*, le droit écossais s'inspire du droit britannique et évalue le risque de récidive de l'auteur des faits.

- L'arrêt *Reid* et le risque de récidive justifiant l'hospitalisation sous contrainte de l'auteur des faits déclaré irresponsable

Le droit écossais reprend les termes du MHA dans son *Mental Health (Scotland) Act* de 1984, appliqué à l'occasion de l'arrêt *Reid c. Secretary*¹⁵⁸⁹.

¹⁵⁸⁴ Article L 3213-7 du Code de la santé publique in SAUTEREAU, M., LECA, H., VITTOZ, A., MEUNIER, F. & LAMOTHE, P. (2009) « Les évolutions législatives françaises : Un pas de plus vers la confusion justice / psychiatrie » *Psychiatrie & Violence*, 9(1), p. 184.

¹⁵⁸⁵ *Ibid*, p. 186.

¹⁵⁸⁶ Article L 3213-1 du Code de la santé publique.

¹⁵⁸⁷ SAUTEREAU, M. *et al* (2009), *op. cit.*, p. 187.

¹⁵⁸⁸ Article L 3213-8 du Code de la santé publique.

¹⁵⁸⁹ *Reid v Secretary of State for Scotland* [1999] 2 WLR 28 in DARJEE, R., MCCALL SMITH A., CRICHTON J., CHISWICK D. (1999) « Detention of patients with psychopathic disorder in Scotland: 'Canons Park' called into question by House of Lords » *The Journal of Forensic Psychiatry* Vol 10 No 3 December 1999, 649-658.

En l'espèce, M. Reid est poursuivi pour meurtre est déclaré pénalement irresponsable pour abolition du discernement en raison de la gravité de ses troubles mentaux. Il est hospitalisé sous contrainte pendant plusieurs années avant d'être réintégré dans la société. Peu après sa sortie d'hôpital, il enlève et séquestre une enfant de huit ans le menant à une nouvelle admission sous contrainte¹⁵⁹⁰. Face à l'amélioration de son état de santé mental, il formule une demande mainlevée de son hospitalisation rejetée par les psychiatres et les juges du fond¹⁵⁹¹. Les juges d'appel accèdent à sa requête en vertu de plusieurs expertises psychiatriques soutenant que le patient ne représente plus de danger pour la société, ses troubles ne justifiant plus son hospitalisation¹⁵⁹².

L'affaire parvient devant la Chambre des Lords qui valide la décision rendue en appel. Elle déclare que cette hospitalisation est inappropriée au regard du MHA écossais (1984) car :

- Le patient ne souffrait plus de troubles mentaux d'une gravité telle que l'hospitalisation sous contrainte constituait la seule mesure permettant de les traiter
- Le comportement du patient n'était pas anormalement agressif ou irresponsable.¹⁵⁹³

Malgré le bénéfice que retire le malade de ses admissions successives en hôpital psychiatrique, il récidive à plusieurs reprises.

M. Reid forme alors un recours devant la CEDH, alléguant que son hospitalisation est excessive et disproportionnée au regard de ses troubles psychiatriques et de son risque de récidive. Elle constituerait une violation de son droit à la liberté et à la sûreté selon l'article 5(1) de la Convention européenne. Il prétend également qu'il est illégal de lui faire supporter la charge de la preuve selon l'article 5(4). En effet, il lui incombait d'apporter la preuve que son hospitalisation était illégale¹⁵⁹⁴.

La Haute Cour rejette l'argument fondé sur la violation de l'article 5(1). Son hospitalisation psychiatrique sous contrainte n'était pas illégale car le risque de récidive était bien présent chez le requérant (meurtre, enlèvement de mineur, violences volontaires). Il présentait une dangerosité de telle sorte que son admission psychiatrique était nécessaire.¹⁵⁹⁵

¹⁵⁹⁰ *Ibid*, p. 649.

¹⁵⁹¹ *Ibid*, p. 649.

¹⁵⁹² *Ibid*, p. 650.

¹⁵⁹³ *Ibid*, p. 651.

¹⁵⁹⁴ DARJEE, R. & CRICHTON J. (2005) « *Reid v. the United Kingdom: restricted patients and the European Convention on Human Rights* » *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology* September 2005; 16(3): 508-522.

¹⁵⁹⁵ *Reid v. the United Kingdom* (2003) 37 EHRR 211; [2003] MHLR 226 in DARJEE, R. & CRICHTON J. (2005), *op. cit*, p. 514.

Les juges reconnaissent toutefois une violation de la charge de la preuve en vertu de l'article 5(4). La charge de la preuve aurait dû reposer sur le tribunal ayant ordonné son hospitalisation, tenue de prouver que cette hospitalisation sous contrainte était justifiée selon les conditions du MHA écossais (1984)¹⁵⁹⁶.

En somme, la CEDH confirme la légalité de l'hospitalisation prononcée contre le patient, justifiée par sa dangerosité avérée en raison de ses antécédents judiciaires et psychiatriques.

Pourtant, une telle solution ne permet pas à l'hôpital psychiatrique de jouer son rôle, celui de soigner les troubles mentaux des malades dans un cadre thérapeutique sécurisant. Il ne doit pas se limiter à l'enfermement d'individus jugés trop dangereux pour être réinsérés dans la société.

Il est fondamental que l'hôpital psychiatrique ne soit pas assimilé à un établissement carcéral car ces institutions ne répondent pas aux mêmes enjeux.

A contrario, ce raisonnement conduit le juge à contrôler systématiquement le « risque » que représente le patient. Lorsqu'il bénéficie de la diversion judiciaire, la nécessité de lui administrer des soins appropriés est remplacée par une logique d'enfermement. Il n'est plus un patient en souffrance mais un risque indésirable, dangereux, potentiellement incontrôlable qu'il convient d'enfermer à tout prix. Le respect de ses droits et de sa dignité sont alors gravement menacés.

L'arrêt *Reid* a le mérite d'apporter un éclaircissement précieux sur la charge de la preuve en matière psychiatrique. Il est logique que le patient ne soit pas en mesure d'apporter les preuves faisant état de l'illégalité de son hospitalisation sous contrainte. Ses troubles mentaux et les importantes privations de liberté dont il fait l'objet l'empêchent de recueillir ces éléments. Il revient au juge et au psychiatre appelé à témoigner en qualité d'expert de fournir ces éléments. Il est juste que ces acteurs du procès disposant du pouvoir d'ordonner l'admission sous contrainte doivent en prouver la pertinence lorsque celle-ci est remise en cause.

Cette solution de droit positif a été suivie par d'autres jurisprudences venues affiner les contours de la diversion judiciaire. A ce titre, la CEDH protège le droit au procès équitable de l'individu déclaré pénalement irresponsable.

¹⁵⁹⁶ *Ibid*, p. 516.

- La protection par le juge européen du droit au procès équitable de l'individu pénalement irresponsable

En toute hypothèse, lorsque le patient forme un recours contre une mesure d'hospitalisation qu'il estime porter atteinte à ses droits, le délai dans lequel le jugement est rendu doit être raisonnable. Un jugement tardif peut constituer une atteinte à l'article 5(4) de la Convention.¹⁵⁹⁷ En effet, l'hospitalisation sous contrainte constitue une telle privation de liberté qu'il est indispensable que le jugement soit rendu dans les meilleurs délais par la juridiction compétente¹⁵⁹⁸. Il serait inconcevable que le requérant en raison de ses troubles psychiques et de son statut de patient hospitalisé sous contrainte ne puisse bénéficier d'un droit à un procès équitable.¹⁵⁹⁹

A ce sujet, quelle est la durée du délai raisonnable avant de rendre un jugement ?

Selon les espèces, la CEDH prévoit un délai pouvant aller de 24 jours¹⁶⁰⁰ à 150 jours¹⁶⁰¹ à compter de la date d'admission sous contrainte. Le degré d'urgence à rendre le jugement est apprécié souverainement par les juges bien qu'un délai de neuf mois soit toujours jugé excessif¹⁶⁰² sauf si des circonstances exceptionnelles le justifient. Par exemple, l'état de santé mental du patient, diagnostic à l'appui, exige de poursuivre son hospitalisation¹⁶⁰³.

Le droit au procès équitable prévu par l'article 6 de la Convention doit également être observé. Il prévoit que le patient saisissant une cour de justice dispose des mêmes opportunités que la partie adverse afin de présenter sa requête et faire entendre ses arguments.¹⁶⁰⁴ En pratique, les juges doivent laisser au patient le temps d'alléguer ses prétentions et fournir les éléments de preuve qui lui sont favorables¹⁶⁰⁵.

Le malade doit pouvoir bénéficier d'une représentation légale s'il ne parvient pas à s'exprimer

¹⁵⁹⁷ R (KB and others) v. Mental Health Review Tribunal [2002] EWHC 639 Admin in DARJEE... *op. cit.*, p. 516.

¹⁵⁹⁸ Musial v Poland (1999) 31 EHRR 720 in BREMS, E. (2005) « Conflicting human rights: An exploration in the context of a right to a fair trial in the European Convention on Human Rights and Fundamental Freedoms » *Human Rights Quarterly*, 27 (1), 294-326.

¹⁵⁹⁹ DN v Switzerland (2003) 37 EHRR 2 in BREMS... *op. cit.*, p. 296.

¹⁶⁰⁰ LR v France (2002) App No 33395/96 ECHR in BREMS... *op. cit.*, p. 302.

¹⁶⁰¹ Van der Leer v Netherlands (1990) 12 EHRR 567 in BREMS... *op. cit.*, p. 297.

¹⁶⁰² Herczegfalvy v Austria (1992) 15 EHRR 437 in BREMS... *op. cit.*, p. 300.

¹⁶⁰³ Bezicheri v Italy (1989) 12 EHRR 210 in BREMS... *op. cit.*, p. 305.

¹⁶⁰⁴ De Wilde, Ooms and Versyp v Belgium (1971) 1 EHRR 373 in BREMS... *op. cit.*, p. 310.

¹⁶⁰⁵ *Ibid.*

en raison de ses troubles mentaux ou de facultés intellectuelles limitées. Il peut être défendu par un avocat, un auxiliaire de vie, un assistant social, un proche, un infirmier ou psychiatre... qui formulera la requête du patient en termes clairs et intelligibles¹⁶⁰⁶. Si le droit national ne prévoit aucune représentation légale dans cette hypothèse, l'Etat peut être condamné pour violation du droit à un procès équitable.¹⁶⁰⁷

Lorsque l'auteur des faits souffre de troubles mentaux mais reste légalement capable de comprendre la gravité de ses actes, il est pénalement condamné à l'instar d'un individu sain d'esprit. Il convient alors d'étudier les dispositions des législations nationales à ce sujet.

2) L'inefficace prise en charge médicale du détenu entre environnement anxigène, mesures répressives et soins psychiatriques insuffisants

Le détenu dont il est ici question désigne la personne condamnée pénalement malgré la présence de troubles mentaux. Les juges retiennent la responsabilité pénale de l'auteur des faits bien qu'elle soit altérée, c'est-à-dire diminuée par la présence de troubles psychiatriques lors de la commission des faits. En dépit de ses graves troubles mentaux, le malade peut être incarcéré ; la prison constitue pourtant un environnement profondément délétère pour le détenu. Il n'est alors pas surprenant que l'emprisonnement soit une cause d'aggravation de ses troubles (a). Le législateur français a voulu créer un dispositif de soins en milieu carcéral, par exemple par l'organisation de consultations individuelles avec un psychiatre. Or, cette initiative souffre d'un manque de moyens et d'effectifs de soignants afin de dispenser les soins dans les meilleures conditions (b). D'autres part, le législateur a créé les mesures de sûreté dans le but de réduire le taux de récidive des détenus, notamment lorsqu'ils présentent des troubles mentaux. Les détenus malades sont dès lors considérés comme dangereux, leurs troubles les rendant plus imprévisibles que les autres détenus (c). La diversité de cet arsenal juridique n'y fera rien : les soins psychiatriques et somatiques administrés au détenu sont trop rares et de mauvaise qualité, conduisant le détenu psychiatrique à mettre fin à ses jours (d).

¹⁶⁰⁶ *Megyeri v Germany* (1992) 15 EHRR 584 *in* BREMS... p. 312.

¹⁶⁰⁷ *Ibid.*

a) L'établissement pénitentiaire, milieu répressif inadapté à la prise en charge psychiatrique des détenus

Les milieux carcéral et psychiatrique partagent des ressemblances notables en raison de leur structure hautement coercitive et privative de liberté. Néanmoins, seul l'hôpital psychiatrique est à même d'assurer la prise en charge des troubles mentaux des malades.

- Les principales similitudes et différences des établissements pénitentiaires et psychiatriques

Il faut rappeler que les hôpitaux et les prisons « partagent la même finalité, exclure du groupe social celui qui trouble l'ordre public et la sécurité ». ¹⁶⁰⁸ Or, contrairement à l'établissement carcéral, l'hôpital psychiatrique a pour objectif de traiter les pathologies mentales des malades. L'hospitalisation à vie n'est pas en soi la finalité de cette institution bien que cette situation se produise fréquemment.

Les privations de liberté sont nombreuses dans les deux institutions : « le plaisir est banni... la vie sexuelle est frappée d'interdit... [hôpitaux et prisons] entraînent une rupture plus ou moins complète de liens affectifs avec la famille et les proches, enfermant le détenu dans une forme quasi-totale d'isolement. Le reclus apprend à se refermer progressivement sur lui, privé d'échanges avec autrui ». ¹⁶⁰⁹

Détenus et patients subissent la même forme de hiérarchie écrasante ne laissant aucune place à l'expression de voix dissidentes. « Le détenu / patient est inclus dans un appareil totalitaire le maintenant dans une dépendance matérielle et morale complète... [la hiérarchie] émane de l'autorité sans possibilité de retour, faisant naître un réseau de méfiance et pervertit les échanges ». ¹⁶¹⁰

Il est vrai que l'établissement carcéral réprime aveuglément le détenu qui paye au prix de sa liberté les méfaits commis. Cependant, l'hôpital psychiatrique demeure une institution de soins où une relation de confiance peut s'établir entre les soignants et les patients. La création de cette relation est souvent longue et difficile selon la qualité de l'organisation du service et la

¹⁶⁰⁸ HIVERT, P. (1982) « Psychiatrie en milieu carcéral », *Encyclopédie médico-chirurgicale*, n° 37889, septembre 1982.

¹⁶⁰⁹ *Ibid*, p. 2.

¹⁶¹⁰ *Ibid*, p. 3.

gravité des troubles mentaux du patient.

A d'autres égards, l'hospitalisation s'avère plus difficile à supporter que l'incarcération : « le détenu peut délimiter sa cellule par quelques rares objets isolés. Il protège ainsi son territoire contre l'incursion d'autrui, en aménageant des coins secrets, cachés au regard de l'autre ».¹⁶¹¹

Au contraire, la conversation d'effets personnels voire de vêtements peut être interdite au malade psychiatrique pour 'contre-indication médicale'.

Cette prohibition peut être propre à la culture de soins du service hospitalier et varie selon la propension du patient à commettre des violences contre autrui ou lui-même. C'est par exemple le cas du patient qui refuse de suivre son traitement ou est sanctionné pour 'son mauvais comportement' ayant troublé la quiétude des lieux¹⁶¹².

L'absence de visée thérapeutique distingue l'établissement pénitentiaire de l'hôpital psychiatrique. L'enfermement systématique des détenus rend impossible la dispensation de soins psychiatriques : le quartier disciplinaire en constitue un bon exemple.

- L'exemple du quartier disciplinaire, mesure punitive et inadaptée au détenu souffrant de troubles mentaux

Marginalisé, le détenu atteint de troubles mentaux est privé de liberté et écrasé par une hiérarchie contre laquelle il ne peut lutter. Souvent, les surveillants pénitentiaires ignorent tout des troubles psychiatriques dont souffre le détenu. Isolé, incompris voire rejeté par ses codétenus, il souffre d'une promiscuité où l'intimité et la satisfaction de ses besoins naturels est impossible.

Dès lors, trois solutions s'offrent à l'individu afin de supporter l'incarcération :

- La « soumission, souvent apparente seulement, par conformisme »
- La « révolte, inadaptée aux rapports de force très déséquilibrés en prison... le détenu paie alors cher son désir de liberté »
- Le « refuge dans la maladie ».¹⁶¹³

Cette dernière échappatoire retiendra notre attention, car elle comporte :

¹⁶¹¹ *Ibid*, p. 3.

¹⁶¹² Entretien avec Elias I., infirmier en soins à domicile, 15 septembre 2017.

¹⁶¹³ HIVERT, P. (1982), *op. cit*, p. 3.

- Les violences hétéro-agressives commises sur les codétenus et le personnel pénitentiaire
- Les violences auto-agressives
- La plainte somatique, c'est-à-dire l'apparition de troubles affectant le corps du détenu (ex : perte d'appétit entraînant l'amaigrissement du détenu)
- Les troubles cardiaques
- Les affections cutanées
- Les troubles psychotiques.¹⁶¹⁴

Dès lors, l'incarcération aggrave les troubles mentaux chez le détenu et déclenche leur apparition chez les individus sains.

Au 1^{er} juillet 2015, l'administration pénitentiaire recensait 78 492 détenus pour 57 759 places disponibles.¹⁶¹⁵ A cette même date, 1 019 détenus dormaient sur des matelas à même le sol de leur cellule, partagée avec d'autres codétenus, exposés à la présence d'humidité, d'insectes et de moisissure. Le centre de détention des Baumettes (Marseille) illustre parfaitement cette difficulté puisqu'il présente un taux d'occupation de 225%.¹⁶¹⁶

En France, plus de la moitié des détenus sont atteints de troubles psychiatriques, 40% ont des antécédents psychiatriques graves ayant conduit à une hospitalisation. 60% des détenus souffrent d'addiction à l'alcool ou aux stupéfiants et la moitié d'entre eux souffrent de dépression¹⁶¹⁷.

Environ 7% des détenus souffrent de schizophrénie, de paranoïa et de psychose hallucinatoire chronique¹⁶¹⁸ et 30% des détenus ont été suivis par un juge pour enfants suite à des maltraitements subies (placement en famille d'accueil, hospitalisation en service de pédopsychiatrie, suivi médical pour addiction précoce à l'alcool ou aux stupéfiants)¹⁶¹⁹.

¹⁶¹⁴ *Ibid*, p. 3.

¹⁶¹⁵ MINISTÈRE DE LA JUSTICE (2015) *Statistiques mensuelles juillet 2015*, 1^{er} juillet 2015 in BALLANGER M. (2015) *L'effectivité des droits des détenus en tant que patients*, mémoire soutenu sous la direction d'Adeline GOUTTENOIRE, Université de Bordeaux, LEH éditions, p. 7.

¹⁶¹⁶ *Ibid*.

¹⁶¹⁷ COLDEFY, M., FAURE, P., PIETRO, N. (2002) « La santé mentale et le suivi psychiatrique des détenus accueillis par les services médico-psychologiques régionaux » *Etudes et résultats*, n° 181, juillet 2002, Drees, p. 175.

¹⁶¹⁸ DE BEAUREPAIRE, C. (2009) *Non-lieu – Un psychiatre en prison*, éditions Fayard, p. 309 ; GATE, J. (2013) « Régime juridique du détenu malade psychiatrique : double peine ou double protection ? » *Revue générale de droit médical* n°47, p. 51-52,

¹⁶¹⁹ FALISSARD, B., ROUILLON, F. *et al* (2004) « Etude épidémiologique des troubles psychiatriques chez les détenus », « Résultats préliminaires, colloque de la Mutualité à l'occasion du dixième anniversaire de la loi de

L'état de santé des personnes détenues est incontestablement alarmant : un détenu sur trois nécessite une prise en charge psychiatrique soutenue ou a déjà fait l'objet de soins psychiatriques avant d'être incarcéré.¹⁶²⁰

Les détenus ont douze fois plus de chances de souffrir de troubles psychiatriques¹⁶²¹ tels que la dépression (18% des détenus) et les troubles anxieux (plus de 20%)¹⁶²². De même, **le suicide constitue la première cause de mortalité en prison, très souvent chez les détenus souffrant de dépression**¹⁶²³. La France présente le taux de suicide le plus élevé d'Europe avec plus de 100 suicides par an.¹⁶²⁴ Dans ces conditions, l'hospitalisation ou l'administration de soins ambulatoires devrait être mise en place chaque fois que cela est possible.

Il serait faux de croire que le détenu dont le discernement est altéré par la présence de troubles psychiatriques conduise le juge à prononcer une peine d'emprisonnement moins longue. C'est le contraire qui se produit, le détenu étant considéré comme doublement dangereux en raison de ses troubles mentaux et de sa condamnation pénale. Dans ces conditions, il n'est pas étonnant que « la prison se peuple toujours plus de malades psychiatriques ».¹⁶²⁵

Partager l'existence du détenu en grande souffrance mentale constitue une terrible épreuve. L'absence absolue d'intimité dans une cellule exigüe conduit à partager tout effet personnel, la nourriture, les sanitaires... problème aggravé par la surpopulation carcérale¹⁶²⁶.

1994 sur la santé des détenus », décembre 2004 ; MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS (2014), ministère de la Justice et des Libertés, *Plan d'action stratégie 2010-2014, politique de santé pour les personnes placées sous main de justice*, p. 6 in GIROLAMI, P. (2011) « La médecine en milieu carcéral et la construction de l'homme nouveau – Enjeux éthiques et juridiques », *Revue générale de droit médical*, n°40, p. 121.

¹⁶²⁰ ROUILLON, F., FAGNANI, F., DUBURCQ, A. & FALISSARD, B. (2004) *Etude épidémiologique sur la santé mentale des personnes détenues en prison*, rapport de l'INSERM in DANIEL, A. & PAULET, C. (2010) « Le cas des patients en détention », *Revue générale de droit médical*, n°37, p. 216.

¹⁶²¹ DE BEAUREPAIRE, C. (2009), *op. cit.*, p. 309.

¹⁶²² FALISSARD, B., LOZE, J-Y., GASQUET, I., DUBURC, A., DE BEAUREPAIRE, C., FAGNANI, F. & ROUILLON, F. (2006) « Prevalence of mental disorders in French prisons for men », *BMC Psychiatry*, 6 : 33.

¹⁶²³ HAWTON, K., LINSELL, L., ANDENIJI, T., SARIASLAN, A. & FAZEL, S. (2014) « Self-harm in prisons in England and Wales: An epidemiological study of prevalence, risk factors, clustering and subsequent suicide » *Lancet*, 29:383, pp. 1147-1154.

¹⁶²⁴ DUTHE, G., HAZARD, A., KENSEY, A. & PAN KE SHON, J-L. (2009) « Suicide en prison: La France comparée à ses voisins européens » *Population et sociétés*, n° 462, décembre 2009.

¹⁶²⁵ GOUJON, P. & GUATIER, C. (2006) *Les délinquants dangereux atteints de troubles psychiatriques : Comment concilier la protection de la société et une meilleure prise en charge médicale ?* Rapport d'information Sénat n°420, 2005-2006.

¹⁶²⁶ DELARUE, J-M (2013), *op. cit.*, p. 222.



Fig. 11 : cellule sur-occupée dans une maison d'arrêt¹⁶²⁷

Cette promiscuité génère souvent l'angoisse chez le détenu de ne jamais pouvoir être seul. Celle-ci peut se transformer en hostilité et en agressivité pour le codétenu en causant pour les deux détenus une immense souffrance¹⁶²⁸.

Le rapport du CGLPL de 2013 rapporte le cas du malade psychiatrique roué de coups par son codétenu en proie à des hallucinations¹⁶²⁹. Il peut aussi s'agir du détenu dépressif refusant de se nourrir ou de se laver. Il subit brimades et coups infligés par ses codétenus, ne supportant plus son manque d'hygiène et les mauvaises odeurs envahissant leur cellule exigüe.

De même, l'expression de la douleur psychique des détenus est très souvent interprétée comme un manquement à la discipline et une provocation face à l'autorité des surveillants pénitentiaires. Les crises d'angoisse, les cris et appels répétés, les scarifications, les destructions de mobilier... sont sanctionnées par le personnel pénitentiaire pour avoir troublé

¹⁶²⁷ Cahier de photos du rapport d'activités annuel du CGLPL 2013, p. 9 : <http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2014/03/CahierPhoto2013-1res.pdf> (consulté le 25 avril 2019).

¹⁶²⁸ DELARUE, J-M (2013), *op. cit.*, p. 222.

¹⁶²⁹ *Ibid.*

l'ordre carcéral.¹⁶³⁰

Le détenu est alors placé en **quartier disciplinaire** (QD) ou 'mitard' : il s'agit d'une cellule individuelle dont les meubles sont soudés au sol¹⁶³¹ où l'accès est condamné par une porte fermée à clé doublée d'une grille. L'équipement est réduit à son strict minimum : lit, lavabo et toilettes, le plus souvent à la turque. Le détenu ne peut sortir de cette cellule que deux fois par jour à l'occasion de la douche et d'une promenade d'une heure. Cette dernière a lieu dans une petite cour de promenade individuelle, sans contact avec les autres détenus¹⁶³².



Fig. 12 : cour de promenade du quartier disciplinaire d'un établissement pénitentiaire¹⁶³³

Le placement en QD peut être prononcé pour une durée de sept jours (pour refus d'obtempérer à un ordre d'un surveillant pénitentiaire)¹⁶³⁴, quatorze jours (pour consommation de stupéfiants)¹⁶³⁵ ou trente jours (violences physiques commises sur un codétenu ou un surveillant).¹⁶³⁶ Il est indispensable d'appréhender et de traiter les troubles psychiatriques chez les détenus notamment lorsqu'ils sont placés au QD. Un médecin généraliste intervenant dans l'établissement carcéral est quotidiennement avisé de ces placements. Il y examine chaque

¹⁶³⁰ *Ibid*, p. 223.

¹⁶³¹ Article R 57-7-43 du Code de procédure pénale.

¹⁶³² Article R 57-7-45 du Code de procédure pénale.

¹⁶³³ Cahier de photos du rapport annuel d'activités du CGLPL, année 2015, p. 7 : <http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2016/03/CahierPhoto2015.pdf> (consulté le 25 avril 2019).

¹⁶³⁴ Article R 57-7-3 du Code de procédure pénale.

¹⁶³⁵ Article R 57-7-2 du Code de procédure pénale.

¹⁶³⁶ Articles R 57-7-1 et R 57-7-47 du Code de procédure pénale.

détenu deux fois par semaine voire plus à la demande du directeur de l'établissement¹⁶³⁷. Lorsque le détenu bénéficie d'un suivi psychiatrique, son psychiatre doit être immédiatement informé de son placement au QD.

De même, si le médecin estime que ce placement met sa santé en danger, il rédige un certificat médical adressé au directeur de l'établissement. Celui-ci, lié par cet acte, doit assurer le transfert du détenu vers l'établissement de soins adapté à ses besoins dans les meilleurs délais¹⁶³⁸. Une consultation psychiatrique devrait être imposée pour chaque détenu placé au QD afin de déceler l'existence de ses troubles mentaux en amont.¹⁶³⁹ Le détenu souffre nécessairement de cet isolement forcé et son désarroi est très souvent ignoré.

Sans surprise, le placement en QD expose fortement le détenu souffrant de troubles psychiatriques au risque suicidaire. Cette hypothèse s'est produite à l'occasion de l'arrêt *Renolde c. France* de 2008. En l'espèce, le détenu atteint de troubles psychotiques et dépressifs et bénéficiant d'un traitement agresse une surveillante pénitentiaire à la suite d'une TS¹⁶⁴⁰. Il est placé en quartier disciplinaire à titre punitif suite à la commission de cette agression. Après dix-huit jours de ce régime carcéral, il met fin à ses jours par pendaison à la grille de sa cellule à l'aide de son drap. Une expertise médicale révèle qu'au moment de son décès, le détenu ne suivait plus son traitement depuis au moins trois jours.¹⁶⁴¹

Après épuisement des recours devant les juridictions nationales, la sœur de la victime en sa qualité d'ayant droit saisit la CEDH. Elle soutient que les autorités françaises n'ont pas pris les mesures nécessaires afin de préserver la vie de son frère, considérant excessif son placement au QD compte tenu de sa fragilité psychique.¹⁶⁴² Elle impute sa tentative de suicide à une trop longue durée de placement en QD, aggravée par l'arrêt de son traitement. A ce titre, elle soutient que ces manquements sont constitutifs d'une violation du droit à la vie (art. 2) et du droit à la protection contre la torture, les traitements inhumains et dégradants (art. 3).¹⁶⁴³

Concernant l'allégation du respect du droit à la vie (art. 2), la Cour s'étonne que l'hospitalisation psychiatrique en urgence du détenu n'ait jamais été étudiée malgré les troubles

¹⁶³⁷ Circulaire n°2011-06 du 9 juin 2011 relative au régime disciplinaire des personnes détenues majeures.

¹⁶³⁸ *Ibid.*

¹⁶³⁹ DELARUE, J-M (2013), *op. cit.*, p. 224.

¹⁶⁴⁰ *Renolde c. France*, 16 octobre 2008, req n°5608/05 in DELARUE, J-M (2013), *op. cit.*, p. 204.

¹⁶⁴¹ *Ibid.*

¹⁶⁴² *Ibid.*

¹⁶⁴³ *Ibid.*

psychiatriques sévères du détenu et sa précédente tentative de suicide¹⁶⁴⁴.

Les autorités françaises auraient dû « prendre les mesures nécessaires à la protection de la vie des personnes relevant de sa juridiction »¹⁶⁴⁵ et respecter « l’obligation positive de prendre préventivement des mesures d’ordre pratique pour protéger l’individu contre autrui ou, dans certaines circonstances particulières, contre lui-même ».¹⁶⁴⁶

Compte tenu de sa grande vulnérabilité, la Cour déplore que cette sanction ait été prononcée contre lui s’agissant d’une sanction lourde fortement susceptible d’ébranler sa résistance physique et surtout mentale.

De ce fait, les manquements imputables aux autorités françaises constituent une violation des articles 2 et 3 de la Convention. Le jugement condamne l’Etat français en raison du recours à cette sanction « incompatible avec le niveau de traitement exigé à l’égard d’un malade mental » qualifié de traitement inhumain et dégradant.¹⁶⁴⁷

L’incarcération ne peut constituer une solution viable dans la prise en charge psychiatrique des détenus. Les conditions de vie dégradantes et l’exercice d’une importante contrainte sur le détenu mettent en péril sa santé mentale. Dans ce cas, pour quelles raisons est-elle privilégiée par le législateur ?

- L’incarcération, solution délétère pour le détenu psychiatrique

Il est reconnu que l’incarcération est fortement susceptible d’aggraver les troubles mentaux du détenu psychologiquement fragile comme le rappelle l’arrêt *Bouhammad c. Belgique* rendu par la CEDH en 2015.

En l’espèce, le requérant souffrait de troubles mentaux importants. Il est placé dans des établissements pénitentiaires différents au cours de sa peine d’emprisonnement “rendant quasi-impossible la mise en place d’un suivi médical cohérent”. Il subit au cours de son incarcération « tout un arsenal de mesures coercitives telles que le port de menottes à chaque sortie de cellule, la pratique de fouilles au corps régulières, des restrictions apportées aux visites et à l’utilisation

¹⁶⁴⁴ Renolde c. France, 16 octobre 2008, req n°5608/05, paragraphe 80.

¹⁶⁴⁵ *Ibid.*

¹⁶⁴⁶ MATEI, M. (2009) « Droits de l’homme et droits des malades détenus » *Gazette du Palais*, 12 mars 2009, n°71, p. 42.

¹⁶⁴⁷ Renolde c. France, 16 octobre 2008, req n°5608/05, paragraphe 125.

du téléphone ». ¹⁶⁴⁸

L'état de santé mental déjà fragile du détenu se dégrade fortement depuis son incarcération en 1984. De surcroît, ses demandes de permissions de sortie étaient systématiquement rejetées par l'administration pénitentiaire. Il est alors certain que ces mauvais traitements ont provoqué chez le détenu « une détresse qui a excédé le niveau inévitable de souffrance inhérent à la détention ». ¹⁶⁴⁹

Les mauvais traitements subis par le détenu constituent-ils un traitement inhumain et dégradant au sens de l'article 3 de la Convention ? Les juges de la Haute Cour apprécient à ce sujet trois conditions cumulatives afin d'y répondre ¹⁶⁵⁰ :

- « L'état de santé de l'intéressé et les modalités d'exécution de sa détention ainsi que son évolution »

Les agents pénitentiaires et les soignants exerçant en milieu carcéral doivent faire preuve d'une vigilance accrue car les détenus atteints de troubles mentaux sont particulièrement fragiles. Les conditions de détention (promiscuité, manque d'hygiène, persécutions, violences...) créent une souffrance pouvant leur être insupportable.

- « Le caractère adéquat ou non des soins et traitements médicaux dispensés en détention » (lorsque le détenu y a accès)
- « Le maintien en prison doit être questionné compte tenu de l'état de santé de la personne concernée ».

Il n'existe pas en milieu carcéral « d'obligation générale de libérer le détenu pour raisons de santé » mais elle doit être observée lorsque les circonstances l'exigent ¹⁶⁵¹. La Haute cour considère que la gravité de ces mauvais traitements était telle qu'ils constituaient sans hésitation un traitement inhumain et dégradant.

Les juges engagent alors la responsabilité de l'Etat belge au motif « que les autorités pénitentiaires n'avaient pas suffisamment pris la mesure de la vulnérabilité du requérant ni envisagé sa situation dans une perspective humanitaire ». ¹⁶⁵² En somme, **la responsabilité de**

¹⁶⁴⁸ Site Internet de l'OBSERVATOIRE INTERNATIONAL DES PRISONS (2015), *op. cit.*, *np*.

¹⁶⁴⁹ *Ibid.*

¹⁶⁵⁰ *Ibid.*

¹⁶⁵¹ *Ibid.*

¹⁶⁵² Site Internet de la COUR EUROPEENNE DES DROITS DE L'HOMME (2017), « Détention et santé mentale »: http://www.echr.coe.int/Documents/FS_Detention_mental_health_FRA.pdf, p. 7 (consulté le 1^{er} novembre 2017).

l'Etat peut être retenue lorsque le détenu souffrant de troubles psychiatriques a été incarcéré dans des conditions matérielles et médicales inappropriées¹⁶⁵³.

En tout état de cause, le juge européen est favorable à l'admission psychiatrique du détenu atteint de troubles mentaux chaque fois que cela est possible¹⁶⁵⁴. Les transferts récurrents entre la prison et l'hôpital psychiatrique sont en effet qualifiés de traitement inhumain et dégradant par la CEDH. Les conditions de détention induisent chez le détenu une détresse insupportable les exposant davantage au risque suicidaire.¹⁶⁵⁵

La Haute cour invite donc les autorités nationales à privilégier l'hospitalisation psychiatrique dans la mesure du possible. Elle permet de faire bénéficier au détenu un suivi et un traitement psychiatrique adapté et le préserve des tentatives de suicide qu'il est susceptible de commettre.¹⁶⁵⁶

Les soins psychiatriques sont très hétérogènes selon les établissements pénitentiaires : certains disposent par exemple d'un local de soins dans lequel le détenu peut bénéficier d'une consultation psychiatrique d'urgence¹⁶⁵⁷. Si le détenu souffre de graves troubles psychiatriques, le psychiatre délivre un certificat médical attestant de son incompatibilité avec la mesure ordonnée (ex : placement au QD). Le détenu peut y recevoir des soins ambulatoires ou être hospitalisé. Cependant, ces initiatives sont encore trop rares en milieu carcéral faute de moyens mis en œuvre par les pouvoirs publics.

En psychiatrie pénitentiaire comme dans de nombreux autres domaines, l'argent constitue le nerf de la guerre. Il serait moins coûteux d'incarcérer un détenu psychotique plutôt que de le soigner selon le Dr. De Beaurepaire (1942-), psychiatre française. « Les malades sont en prison plutôt qu'à l'hôpital parce qu'on a fermé les lits d'hospitalisation et renoncé à développer des structures de soins alternatives. Raisons budgétaires, priorité à l'exigence économique... on y enferme donc des malades, et longtemps, au mépris élémentaire de leurs droits »¹⁶⁵⁸.

¹⁶⁵³ Site Internet de l'OBSERVATOIRE INTERNATIONAL DES PRISONS (2015) « Détenu souffrant de troubles mentaux : la Belgique condamnée pour mauvais traitements », article du 23 décembre 2015 : <https://oip.org/analyse/detenu-souffrant-de-troubles-mentaux-la-belgique-condamnee-pour-mauvais-traitements/> (consulté le 10 novembre 2017), *np*.

¹⁶⁵⁴ G. c. France (2012) ECHR n°27244/09 in DELARUE, J-M (2013), *op. cit.*, p. 205.

¹⁶⁵⁵ *Ibid.*

¹⁶⁵⁶ *Ibid.*

¹⁶⁵⁷ DELARUE, J-M (2013), *op. cit.*, p. 224.

¹⁶⁵⁸ DE BEAUREPAIRE, C. (2009), *op. cit.*, p. 311.

Les chiffres qu'elle cite sont accablants : « 80 euros le prix d'une journée en prison, contre 600 à l'hôpital... bénéfice sonnante et trébuchante, l'économie du coût de soins non prodigués »¹⁶⁵⁹, justifiant la diminution importante des ressources en psychiatrie générale et pénitentiaire.

D'autre part, la fermeture progressive des lits en psychiatrie serait en partie causée par la surpopulation carcérale. Le Pr. Harcourt, criminologue, précise d'ailleurs que les prisons fédérales des Etats-Unis sont passées d'une population de 200 000 détenus en 1970 contre 1,3 million en 2002.¹⁶⁶⁰ 60% des détenus estiment qu'il est indispensable de transférer systématiquement les détenus atteints de graves troubles mentaux en hôpital psychiatrique. Cette action est une priorité pour sept familles sur dix, huit travailleurs sociaux sur dix, huit avocats sur dix et 8 professionnels de santé sur 10.¹⁶⁶¹ Nombreux sont les acteurs de la société civile à appeler de leurs vœux une réforme de la psychiatrie pénitentiaire. Il est inquiétant que seuls le législateur et le pouvoir exécutif, pourtant les seuls décideurs, restent sourds à ces prières.

Par ailleurs, certains soignants seraient réticents à prendre en charge les détenus. Les motifs invoqués comprennent la crainte de fugues, la confusion fréquente entre la surveillance pénitentiaire et les soins, les locaux inadaptés en matière de dispositifs de sécurité face à des « détenus considérés comme dangereux », le sous-effectif du personnel soignant, l'insuffisance du nombre de lits... Il n'est donc pas surprenant que « le tout entraîne des hospitalisations dans de médiocres conditions, le plus souvent d'isolement durant tout le séjour. »¹⁶⁶²

Les détenus écoupent d'une double peine : une réduction de leurs libertés liée à leur condition de détenus et des soins somatiques et psychiatriques de mauvaise qualité.

Il est probable que les pouvoirs publics se soient désolidarisés de leur sort par découragement face à des moyens toujours plus rares. La stabilisation des troubles mentaux n'est possible qu'au prix d'un suivi rigoureux d'un traitement adapté pendant un certain nombre d'années. Leur guérison est souvent impossible, de telle sorte qu'en l'absence de résultats sur une courte durée, le législateur et l'exécutif mus par un certain fatalisme sont davantage enclins à réduire ces moyens.

¹⁶⁵⁹ *Ibid*, p. 315.

¹⁶⁶⁰ *Ibid*, p. 313.

¹⁶⁶¹ BYK, C. (2009) « L'apport des états généraux au débat bioéthique » *Médecine & Droit*, 2009/97, pp. 101-102 in DAVID, M. (2010) « Schizophrénie et détention : Angles d'approche », *L'information psychiatrique*, 2010/2, vol. 86, pp. 181-190.

¹⁶⁶² *Ibid*, p. 187.

Malgré l'impact désastreux de l'incarcération sur la santé mentale des détenus, nombreux sont les législateurs à prévoir des peines d'emprisonnement contre les malades, en particulier lorsqu'ils commettent une infraction lourde.

- La condamnation du détenu malade à de longues peines d'emprisonnement : la sévérité excessive du juge américain

Le législateur américain prévoit l'incarcération des malades psychiatriques ayant commis une infraction pénale grave dans la perspective d'assurer la sécurité et l'ordre public. Ses lois sacrifient à la fois l'exercice des libertés individuelles des détenus et leur droit à des soins psychiatriques adaptés.

- La loi américaine visant les 'prédateurs sexuels violents' et son mécanisme répressif

Aux Etats-Unis, l'individu souffrant de troubles mentaux graves et récidivant en commettant plusieurs infractions graves est appelé un « prédateur sexuel violent » ou SVP (*'Sexually violent predator'*). Il est considéré « extrêmement dangereux » en raison de ses antécédents psychiatriques et judiciaires.

L'arrêt *People c. Jordan*¹⁶⁶³ met en exergue la volonté du pouvoir judiciaire d'appréhender ces individus par la voie répressive. En l'espèce, l'auteur des faits reprochés s'échappe de l'hôpital psychiatrique où il est admis sous contrainte depuis 1982. Il commet dans les quarante-cinq minutes suite à son évasion plusieurs agressions sur les personnes croisées sur son chemin. Il inflige des blessures graves sur une personne âgée, assassine à l'arme blanche une petite fille et éborgne une autre femme avant de lui donner la mort en agissant sous le coup d'une « rage inouïe ».¹⁶⁶⁴

L'accusé est condamné à la réclusion criminelle à perpétuité en raison de son 'extrême dangerosité' et du caractère incurable de ses troubles psychiatriques¹⁶⁶⁵. Ici, une hospitalisation

¹⁶⁶³ *People v Jordan* (2005) 2005 WESTLAW 15432 (Cal. App. A Dist.) in PETRILA, J. (2008) « Because they do horrible things: Fear, science and the erosion of civil liberties in sexually violent predator proceedings » *Journal of Psychiatry & Law*, 36, 359-389.

¹⁶⁶⁴ *Ibid*, p. 360.

¹⁶⁶⁵ JANUS, E. S. & LOGAN, W. A. (2003) « Substantive due process and the involuntary confinement of sexually violent predators » *Connecticut Law Review*, 35, 319-384.

d'office aurait été davantage appropriée au regard de son état de santé mental. Face à des agressions d'une telle gravité commises sur des victimes sans défense (personnes âgées, enfant en bas âge), il est qualifié de 'prédateur sexuel violent'. L'horreur suscitée par ces faits divers renforcée par leur surmédiatisation aurait conduit à la création de cette appellation et de la sanction répressive qui lui est associée.¹⁶⁶⁶ Pourtant, l'accusé n'a commis aucune infraction de nature sexuelle malgré la violence des actes qui lui sont reprochés.

Avant les années 1980, le juge américain faisait preuve de clément face aux infractions commises par les SVP. L'accusé atteint de graves troubles psychiatriques voyait sa peine d'emprisonnement commuée en admission psychiatrique sous contrainte. Il devait également suivre rigoureusement un traitement psychiatrique.

Cette décennie marque un tournant avec l'entrée en vigueur de plusieurs lois fédérales¹⁶⁶⁷ conduisant à l'application de peines de réclusion criminelle à perpétuité, parfois commuées en hospitalisation psychiatrique¹⁶⁶⁸. De plus, la décision *Kansas c. Hendricks* affirme la conformité de ces lois à la Constitution américaine malgré les vigoureuses protestations des psychiatres et des praticiens du droit¹⁶⁶⁹.

En effet, le terme de 'prédateur' déshumanise l'individu, réduit à un état quasi-animal dont le comportement par essence incontrôlable exige une surveillance renforcée. Le législateur français au contraire s'efforce de donner une connotation neutre à ces individus en les qualifiant de 'risque'. Ici, le terme de 'prédateur' tend à conférer une certaine monstruosité à l'individu. Bien que ces agissements suscitent logiquement la peur et l'incompréhension, n'est-il pas profondément irrespectueux et attentatoire à leur dignité de les qualifier comme tels ?

Considérer un individu comme un prédateur revient à nier sa condition même d'être humain avec ses qualités, ses défauts, ses forces et ses faiblesses. Il ne subsiste qu'un être difforme et menaçant qu'il est urgent de neutraliser. La réinsertion d'une personne qui serait qualifiée de SVP est tout bonnement impossible. Dans ces conditions, comment reconstruire son identité et son estime de soi si la loi considère l'individu comme un monstre ?¹⁶⁷⁰ Le destin des personnes

¹⁶⁶⁶ LAFOND, J. Q. & WINICK, B. J. (2004) « Sex offender re-entry courts: A proposal for managing the risk of returning sex offenders to the community » *Seton Hall Law Review*, 34, 1173-1212.

¹⁶⁶⁷ Californian Welfare and Institution Code, article 4.

¹⁶⁶⁸ LAFOND, J. Q. (2003) « Outpatient commitment's new frontier: Sexual predators » *Psychology, Public Policy and Law*, 9, 159.

¹⁶⁶⁹ PETRILA, J. (2008), *op. cit.*, p. 361.

¹⁶⁷⁰ WARD, T. & BIRDGEN, A. (2007) « Human rights and correctional practice » *Aggression & Violent*

qualifiées de SVP semble désespérément fermé, la peine d'emprisonnement étant souvent de très longue durée.

Rappelons que le terme 'prédateur' n'a aucune signification en droit, en sciences sociales ou en psychiatrie.¹⁶⁷¹ Il évoque seulement l'émoi populaire et l'horreur que ces agissements leur inspirent ; il est d'ailleurs inquiétant que l'opinion publique soit favorable à de telles lois...¹⁶⁷²

Trois conditions doivent être réunies afin de qualifier l'individu de SVP :

- *L'accusé doit déjà avoir été condamné pénalement pour une infraction violente à connotation sexuelle (ex : viol, agression sexuelle sur mineur...).*
- *Un diagnostic médical doit attester qu'il souffre d'une anormalité ou de troubles mentaux d'une telle gravité qu'il constitue un danger pour autrui.*

Il faut relever ici une incohérence révélant la méconnaissance des troubles mentaux chez le législateur américain. Les troubles mentaux désignent ici des pathologies psychiatriques lourdes telles que la schizophrénie ou les troubles bipolaires. Le terme « d'anormalité mentale » reste obscur en revanche. Devrions-nous entendre que les personnes souffrant de retards d'apprentissage, d'autisme ou de trisomie 21 soient potentiellement dangereuses ? Sont-elles davantage susceptibles de commettre des infractions pénales en raison de leur 'anormalité', notion d'ailleurs inexistante dans le DSM-V ?

Il revient au psychiatre appelé à témoigner en qualité d'expert de décider au regard de ses antécédents judiciaires et psychiatriques si l'individu doit être qualifié de SVP.¹⁶⁷³ En pratique pourtant, son diagnostic et surtout son apparente dangerosité seront retenus. Or, cette notion reste profondément subjective et ne repose pas sur des termes cliniques¹⁶⁷⁴. Par exemple, le malade condamné pénalement souffrant de comorbidité serait considéré comme dangereux.¹⁶⁷⁵ Il court le risque d'être condamné à une peine d'emprisonnement plus lourde sur le fondement de sa seule apparence...

Behaviour, 12(6), 628-643.

¹⁶⁷¹ GLASER, B. (2009) « Treaters or punishers? The ethical role of mental health clinicians in sex offender programs » *Aggression & Violent Behaviour*, 14(4), 248-255.

¹⁶⁷² SIMON, J. (1998) « Managing the monstrous: Sex offenders and the new penology » *Psychology, Public Policy and the Law*, 4, 452-458.

¹⁶⁷³ LAFOND, J. Q. (2008) « Sexually violent predator laws and the liberal state: An ominous threat to individual liberty » *International Journal of Law and Psychiatry*, 31, 158-171.

¹⁶⁷⁴ MORSE, S. J. (1998) « Fear of danger, flight from culpability » *Psychology, Public Policy & Law*, 4, 250-267.

¹⁶⁷⁵ KRONGARD, M. L. (2002) « A population at risk: Civil commitment of substance abusers after Kansas v. Hendricks » *California Law Review*, 90, 111-163.

- *L'anormalité ou les troubles mentaux dont est atteint l'accusé sont d'une telle gravité qu'il est fortement susceptible de commettre à nouveau des infractions pénales violentes.*¹⁶⁷⁶

A nouveau, le législateur établit une corrélation erronée entre la présence de troubles mentaux chez l'accusé et sa propension à récidiver. Il n'existe pas à ce jour de phénomène de cause à effet entre les troubles mentaux et la criminalité.

Seuls 15% des malades condamnés pénalement récidivent¹⁶⁷⁷ : la pertinence de la législation SVP n'est donc pas fondée. Il s'agit d'une loi clientéliste permettant de rassurer les populations émues par un fait divers dans lequel un malade psychiatrique commet une infraction pénale grave.

Les lois relatives aux SVP souffrent d'un réel flou juridique et clinique quant à la définition des troubles mentaux de l'accusé et de sa prétendue dangerosité. Elle ignore de plus l'importance du traitement psychiatrique dont doit bénéficier le sujet.

- Les travers de la loi américaine : entre flou juridique, visée sécuritaire et absence d'intérêt thérapeutique

Depuis l'entrée en vigueur de la première législation relative aux SVP dans l'Etat de Washington en 1990, plus de dix-huit Etats américains ont adopté une loi similaire : Arizona, Floride, Illinois, Kansas¹⁶⁷⁸, Massachussets, etc.¹⁶⁷⁹ Près de 3000 individus ont fait l'objet d'une peine de réclusion criminelle à perpétuité en application de ces lois. Ils ont été incarcérés dans des établissements pénitentiaires spéciaux à sécurité renforcée.

Seule une cinquantaine de détenus ont pu bénéficier d'une sortie définitive de prison et d'un arrêt des soins¹⁶⁸⁰. Les forces de l'ordre se sont vite retrouvées débordées face au nombre

¹⁶⁷⁶ Californian Welfare and Institution Code, section 6600 in LAFOND, J. Q. (2005) « Sexually violent predator laws » in *Preventing sexual violence: How society should cope with offenders*. American Psychological Association, p. 315.

¹⁶⁷⁷ HANSON, R. K. (1998) « What do we know about sex offender risk assessment? » *Psychiatry, Public Policy and Law*, 4, 50-72 ; HANSON, R. K. (2003) « Who is dangerous and when are they safe? Risk assessment with sexual offenders » in *Protecting society from Sexually Violent Offender: Law, Justice and Therapy*, by B. J. Winick & J. W. LaFond (eds), p. 286.

¹⁶⁷⁸ Kansas Sexually Violent Predator Act 1994, section 59-29 (a).

¹⁶⁷⁹ FITCH, W. L. (2003) « Sexual offender commitment in the United States: Legislative and policy concerns » *Annals of the New York Academy of Science*, 989, 489-501.

¹⁶⁸⁰ DAVEY, M. & GOODNOUGH, A. (2007) « Doubts rise as States hold sex offenders after prison » *New York Times*, March 4, 2007.

croissant des individus qualifiés de SVP¹⁶⁸¹.

L'application de cette loi reste très discrétionnaire chez le juge américain en raison du flou des critères évoqués. Il prédit alors "l'impact dévastateur sur l'exercice des libertés individuelles du condamné, tout comme il lui sera extrêmement difficile de reprendre le cours d'une existence normale à sa sortie de prison"¹⁶⁸² (s'il en sort un jour !). La protection de l'ordre public l'emporte une fois de plus sur la nécessité de protéger l'exercice des libertés individuelles du malade.¹⁶⁸³

Bien que rare, la libération du détenu qualifié de SVP ou la mainlevée de son hospitalisation peut avoir lieu lorsque deux critères sont réunis¹⁶⁸⁴ :

- Le patient doit respecter scrupuleusement son traitement et une amélioration notable de ses troubles doit être constatée par un psychiatre
- Il doit exister des preuves tangibles assurant que le patient ne récidivera plus à sa sortie de prison

Il faudra rappeler que la notion de dangerosité reste floue et ne peut donc être prévenue de manière infaillible¹⁶⁸⁵. Elle repose souvent sur la seule perception du juge ou du psychiatre¹⁶⁸⁶.

En toute hypothèse, le malade recevra des soins ambulatoires contraignants qui ne prendront fin qu'une fois ses troubles mentaux disparus. Cette hypothèse ne se produit que rarement : le malade réinséré bénéficie donc d'un suivi psychiatrique et d'un traitement sur la très longue durée. Si le malade subit une rechute, il sera réhospitalisé aussi longtemps que nécessaire selon la gravité de ses troubles mentaux. S'agissant des SVP, il va sans dire que ces deux acteurs au procès seront réticents à ordonner la fin de l'hospitalisation ou des soins ambulatoires.

¹⁶⁸¹ LAFOND, J. Q. (1998) « The costs of enacting a sexual predator law » *Psychology, Public Policy and Law*, 4, 468.

¹⁶⁸² Lessard v. Schmidt (1972) 349 F. Supp. 1978 (ED Wis.) in PETRILA, J. (2008), *op. cit*, p. 362.

¹⁶⁸³ Jackson v Indiana (1972) 406 U.S. 715.

¹⁶⁸⁴ LAFOND, J. Q. (2008) « Sexually violent predator laws and the liberal state: An ominous threat to individual liberty » *International Journal of Law and Psychiatry*, 31, 158-171.

¹⁶⁸⁵ *Ibid*, p. 167.

¹⁶⁸⁶ DOUARD, J. (2007) « Loathing the sinner, medicalizing the sin: Why sexually violent predator statutes are unjust » *International Journal of Law and Psychiatry*, 30, 36-48; ROGERS, R. & JACKSON, R. L. (2005) « Sexually violent predators: The risky enterprise of risk assessment » *Journal of the American Academy of Psychiatry & Law*, 33:4, 523-528; GROVE, W. M. & MEEHL, P. (1996) « Comparative efficiency of informal (subjective, impressionistic) and formal (mechanical, algorithmic) prediction procedures: The clinical-statistical controversy » *Psychology, Public Policy and Law*, 2, 293-323.

L'hospitalisation sous contrainte met en lumière la mauvaise qualité des soins psychiatriques. Aux États-Unis, les soins psychiatriques sont gouvernés par trois principes fondamentaux :

- L'hospitalisation sous contrainte doit être mise en œuvre lorsque le patient présente un danger réel pour autrui, mais l'exercice de ses libertés individuelles doit être assuré dans la mesure du possible.
- Tout patient hospitalisé même sous contrainte possède un droit constitutionnel à refuser les soins¹⁶⁸⁷
- Tout patient a droit à un traitement psychiatrique adapté à ses besoins afin de mener une existence digne.¹⁶⁸⁸

Il est surprenant que de tels principes soient affirmés par le prétoire sans que leur application s'étende aux SVP : cette qualification les prive de leurs droits. L'appellation sous-entend que le SVP souffre de troubles d'une telle gravité qu'ils sont réputés incurables.

Elle rappelle la catégorie de patients dit 'psychopathes' : réputés violents et dangereux, seule l'hospitalisation à vie sous contrainte en UMD les empêcherait de constituer un danger pour autrui¹⁶⁸⁹.

De ce fait, cette législation réalise un traitement discriminant entre les 'bons' patients au casier judiciaire vierge et les 'mauvais' patients ayant commis une infraction pénale grave. En somme, les lois relatives aux SVP ne poursuivent pas un objectif thérapeutique mais sécuritaire, marginalisant encore davantage les malades psychiatriques représentant un danger pour autrui¹⁶⁹⁰. Elles assurent une détention préventive de ces individus : le juge et le législateur pensent protéger l'ordre public en enfermant les sujets psychiatriques qu'ils considèrent dangereux¹⁶⁹¹. Les SVP souffrent donc d'une double privation de leurs libertés en raison de leur statut de 'malade' et de 'criminel'.

¹⁶⁸⁷ PETRILA, J. (2008) « Because they do horrible things: Fear, science and the erosion of civil liberties in sexually violent predator proceedings » *Journal of Psychiatry & Law*, 36, 359-389.

¹⁶⁸⁸ *Rouse v Cameron* (1966) 373 F. 2d 451 (D. C. Cir.); *Wyatt v Stickney* (1971) 325 F. Supp. 781 (M. D. Ala.) in PETRILA, J. (2008), *op. cit.*, p. 370; HARRIS, G. & RICE, M. E. (2006) « Treatment of psychopathy: A review of empirical findings » in C. Patrick (Ed.) *Handbook of Psychopathy* (pp. 555-572). New York: Guilford, p. 258.

¹⁶⁸⁹ ZINGER, I. & FORTH, A. (1998) « Psychopathy and Canadian criminal proceedings: The potential for human right abuses » *Canadian Journal of Criminology*, 40, 237-276.

¹⁶⁹⁰ WARD, T., MANN, R. E. & GANNON, T. A. (2007) « The good lives model of offender rehabilitation: Clinical implications » *Aggression & Violent Behaviour*, 12(1), 87-107; LAFOND, J. Q. (2008) « Sexually violent predator laws and the liberal state: An ominous threat to individual liberty » *International Journal of Law and Psychiatry*, 31, 158-171.

¹⁶⁹¹ JANUS, E. J. (2006) *Failure to protect: America's Sexual Predator Laws and the rise of the preventive State*. Cornell University Press, p. 152.

Les mauvais traitements dont sont victimes les SVP sont glaçants, évoquant un « goulag psychiatrique ». La gestion des ‘risques’ rappelle sans équivoque celle d’un établissement pénitentiaire alors que les malades sont supposés être hospitalisés¹⁶⁹². Si un ‘patient’ tente de s'enfuir, il peut être abattu à bout portant par un surveillant pénitentiaire sans autre forme de procès. Les patients bénéficient rarement d’un traitement adapté par manque de moyens. Seuls des calmants leur sont généreusement administrés afin de ~~n~~anéantir chez eux toute velléité. Dans de telles conditions « d'hospitalisation », il est logique que leurs troubles psychiatriques s’aggravent.¹⁶⁹³

La justice dite préventive est éthiquement inacceptable à plusieurs égards :

- Elle porte gravement atteinte aux libertés individuelles de la personne concernée
- Elle n’a aucune utilité sociale car elle ne répare pas les dégâts causés (contrairement à la justice punitive qui sanctionne les actes commis prohibés par la loi).
- Elle met en œuvre une approche punitive de la psychiatrie contraire à la déontologie médicale¹⁶⁹⁴.

Par exemple, une peine de réclusion criminelle ne permettra pas au condamné pédophile de prendre en charge ses troubles psychiatriques ni de réparer le traumatisme subi par la victime¹⁶⁹⁵.

L’inefficacité notoire des lois anti-SVP n’ont pas découragé les législateurs australien, écossais et britannique à adopter des dispositions similaires. Ces législations ont été guidées par l’esprit sécuritaire en vigueur dans nos sociétés industrialisées au mépris d’une prise en charge thérapeutique des malades.

- La sévérité de la loi américaine reprise en droit australien, écossais et britannique

L’État australien du Queensland adopte une législation anti-SVP en 2003, appelée le *Dangerous*

¹⁶⁹² LIEB, R. (2003) « State policy perspectives on Sexual Predator Laws » in *Protecting society from sexually dangerous offenders: Law, justice and therapy* in B. J. WINICK & J. Q. LAFOND (eds.) American Psychological Association Books, p. 241.

¹⁶⁹³ WARD, T., POLASCHEK, D. L. L. & BEECH, A. R. (2006) *Theories of sexual offending*. Chichester, John Wiley & Sons Ltd, Wiley Series in Forensic Clinical Psychology, 390.

¹⁶⁹⁴ RASMUSSEN, K. and LEVANDER, S. (1996) « Symptoms and personality characteristics of patients in a maximum-security psychiatric unit » *International Journal of Law and Psychiatry* 19: 27-37.

¹⁶⁹⁵ GARAPON, A., GROS, F. & PECH, T. (2001) *Et ce sera justice. Punir en démocratie*. Partie 2, chapitre 1. Editions Odile Jacob, ISBN 738110223.

Prisoners (Sexual Offenders) Act de 2003.

Une fois la peine d'emprisonnement purgée, cette loi permet d'hospitaliser sous contrainte l'ex-détenu pendant une durée indéterminée afin de remplir au moins l'un des deux objectifs suivants¹⁶⁹⁶ :

- Assurer la protection de l'ordre public
- Fournir des soins continus dans le cadre du traitement psychiatrique du patient afin de favoriser sa réinsertion.

Cette loi a trouvé sa première application dans l'arrêt *Fardon* de 2004.¹⁶⁹⁷

En l'espèce, M. Fardon est pénalement condamné pour des viols répétés sur une mineure de quatorze ans. Après avoir purgé sa peine de réclusion criminelle, il récidive vingt jours après sa sortie de prison en commettant d'autres agressions sexuelles. A nouveau condamné, il est admis sous contrainte et fait l'objet d'une injonction de soins afin de traiter sa « sexualité déviante, anormale, représentant un danger pour la société ». La majorité des juges estimait que M. Fardon représentait un réel danger pour la société ; la solution apportée devait permettre de protéger l'ordre public tout en assurant chez le malade la dispensation de soins psychiatriques adaptés¹⁶⁹⁸.

Était-il approprié en l'espèce d'incarcérer l'individu avant de lui dispenser les soins requis ? Pourquoi emprisonner l'individu qui de toute évidence ne semble pas avoir compris la nature et la gravité des actes qui lui sont reprochés ? L'incarcération l'expose fortement au risque d'aggravation de ses troubles ; l'hospitalisation psychiatrique sous contrainte dès le prononcé du jugement pénal aurait été davantage pertinente.

Il est clair que l'application d'une loi anti-SVP entache le jugement d'un manque de sérieux, de rigueur et de crédibilité. Il porte également atteinte à la psychiatrie en tant que discipline médicale. Face à cette dérive inquiétante de la loi pénale, les psychiatres ont appelé de leurs vœux l'abrogation de cette loi¹⁶⁹⁹. Une peine d'emprisonnement ne devrait être prononcée que contre l'accusé ayant agi en pleine possession de ses moyens et pour des faits d'une réelle

¹⁶⁹⁶ MERCADO, C. C. & OGLOFF, J. R. P. (2007) « Risk and the preventive detention of sex offenders in Australia and the United States » *International Journal of Law and Psychiatry*, 30, 49-59.

¹⁶⁹⁷ *Fardon v Attorney-General for the State of Queensland* (2004) HCA 46 in MERCADO... *op. cit.*, p. 51.

¹⁶⁹⁸ *Ibid*, p. 52.

¹⁶⁹⁹ PRENTKY, R. A., JANUS, E., BARBAREE, H., SCHWARTZ, B. K. & KAFKA, M. P. (2006) « Sexually violent predators in the courtroom: Science on trial » *Psychology, Public Policy and Law*, 12, 357-386.

gravité¹⁷⁰⁰. Pourtant, aucun projet de réforme n'a encore vu le jour...

Le *Mental Health Public Safety and Appeals Act* de 1999, loi écossaise anti-SVP a été édictée sur le fondement des mêmes critères de dangerosité. Elle prévoit d'hospitaliser sous contrainte l'ex-détenu ayant purgé sa peine d'emprisonnement. La mainlevée de cette mesure n'est prononcée que lorsque le patient ne constituera plus un danger réel et manifeste pour autrui¹⁷⁰¹. A nouveau, cette loi a subi de vives critiques car elle prive l'ex-détenu hospitalisé de l'exercice de ses libertés individuelles et met en œuvre une justice préventive plutôt que répressive. Les psychiatres ont fustigé son application, inopérante et ne répondant pas à l'intérêt des malades. Le juge écossais a malgré tout affirmé la conformité de cette loi avec l'article 5 (1) de la Convention européenne relatif au droit à la liberté et à la sûreté¹⁷⁰².

A contrario, la justice française serait plus conséquentialiste que préventive. Elle a pour objectif de faire réfléchir le condamné sur la portée de ses actes mais aussi de permettre sa rééducation, sa réinsertion et la prévention de la récidive¹⁷⁰³. Malgré le bien-fondé de cette approche, la personne détenue souffre toujours d'une importante privation de ses droits au motif qu'il représente un danger pour autrui.

Bien qu'imparfaite, cette justice serait préférable afin de protéger l'ordre public et assurer la prise en charge psychiatrique du détenu. Une étude montre par exemple l'efficacité d'un traitement psychiatrique à destination du délinquant sexuel atteint de troubles mentaux afin de limiter le risque de récidive. Seuls 23,6% des sujets de l'étude récidivaient à l'issue du traitement contre 51,7% des malades non traités,¹⁷⁰⁴ résultats entérinés par une seconde étude portant sur les infractions sexuelles commises sur mineur¹⁷⁰⁵.

L'incarcération des malades psychiatriques reste d'actualité en droit britannique comme le

¹⁷⁰⁰ PADFIELD, N. (2000) « Detaining the dangerous » *The Journal of Forensic Psychiatry*, Vol. 11, No. 3 December 2000, 497-500.

¹⁷⁰¹ CRICHTON J., DARJEE R., MCCALL-SMITH A. & CHISWICK D. (2001) « Mental Health (Public safety and Appeals) (Scotland) Act 1999: detention of untreatable patients with psychopathic disorder » *The Journal of Forensic Psychiatry*, vol. 12, No 3, December 2001, 647-661.

¹⁷⁰² Anderson, Doherty, and Reid v. the Scottish Ministers [2001] SLT 1331 *in* CRICHTON... *op. cit.*, p. 654.

¹⁷⁰³ GILBERT, F. (2010) « Une justice exclusivement rétributive est-elle adaptée à la lutte contre le crime pédophile ? » *Psychiatrie & Violence*, 10(1), p. 125.

¹⁷⁰⁴ LOOMAN, J., ABRACEN, J. & NICHOLAICHUK, T. (2000) « Recidivism among treated sexual offenders and matched controls » *Journal on Interpersonal Violence*, 15(3), 279-290.

¹⁷⁰⁵ BAKER, L., HUDSON, S. *et al* (2002) « And there was light: Evaluating the Kia Marama treatment programme for New Zealand sex offenders against children » *Christchurch*, New Zealand: Department of Corrections, p. 117.

montre l'arrêt *Hodgson*¹⁷⁰⁶. En l'espèce, le prévenu est pénalement poursuivi pour de nombreuses agressions physiques et sexuelles sur plusieurs femmes, pour lesquelles il est condamné à la réclusion criminelle à perpétuité. La sévérité de la décision est justifiée par la gravité des infractions reprochées¹⁷⁰⁷.

Deux critères sont souverainement appréciés par les juges afin de déterminer si l'accusé 'possédait un comportement instable et dangereux' :

- La commission avérée de plusieurs infractions pénales graves
- Un diagnostic psychiatrique attestant de la présence de troubles psychiatriques graves chez l'accusé (déviances sexuelles, schizophrénie, comorbidité, troubles dissociatifs de la personnalité)¹⁷⁰⁸.

Cette décision a été validée par l'arrêt *Picker*¹⁷⁰⁹, qui précise qu'une peine de réclusion criminelle à perpétuité est appropriée lorsque la nature de l'infraction commise est d'une gravité telle que l'ordre public doit être protégé de l'auteur des faits. Toutefois, l'accusé doit avoir été condamné une première fois pour des faits similaires. L'arrêt *Wilkinson et autres*¹⁷¹⁰ précise que la réclusion criminelle à perpétuité ne devrait être appliquée que dans des circonstances exceptionnelles. La gravité des faits reprochés doit être telle que l'incarcération est la seule solution restante afin de protéger la société.

L'hospitalisation psychiatrique sous contrainte suffirait pourtant à préserver l'ordre public tout en assurant la prise en charge psychiatrique de l'accusé. Pourquoi ne pas systématiser l'admission sous contrainte plutôt que de surpeupler les prisons ? Les motifs budgétaires seraient-ils une fois en cause une fois de plus ?

Ces décisions ont été consacrées dans le *Criminal Justice Act* britannique de 1991.¹⁷¹¹ Le législateur décide cependant de ne prendre en considération les troubles mentaux de l'auteur des faits. Seule la gravité de l'infraction reprochée est retenue.

Cette loi est contestable à deux égards :

¹⁷⁰⁶ R v Hodgson CA (1968) 52, Cr, App, R. 113 in LINDSAY, W. R. & SMITH, A. H. W. (1998) « Responses to treatment for sex offenders with intellectual disability; A comparison of men with 1- and 2-year probation sentences » *Journal of Intellectual Disability Research* 42, 437-451.

¹⁷⁰⁷ *Ibid*, p. 439.

¹⁷⁰⁸ *Ibid*.

¹⁷⁰⁹ R v Picker (1970) 54 Cr App R (s) 263 in LINDSAY... *op. cit*, p. 441.

¹⁷¹⁰ R v Wilkinson & others (1983) 5 Cr App R (s) 105 in LINDSAY... *op. cit*, p. 442.

¹⁷¹¹ Section 2 (2) Criminal Justice Act 1991.

- Elle produit des décisions d'une sévérité excessive

L'emprisonnement à vie de l'accusé est-il pertinent lorsque celui-ci souffre de troubles mentaux graves ? Cette loi illustre bien la mise en œuvre d'une justice préventive afin de faire disparaître le 'risque' que représente l'accusé et l'empêcher de reproduire des faits similaires¹⁷¹². Or, la loi pénale ne devrait s'appliquer qu'aux faits commis et non à ceux pouvant potentiellement être commis... Une telle vision de la justice pénale porte gravement atteinte aux libertés individuelles du détenu au prétexte de protéger l'ordre public.

- Elle n'exige plus de diagnostic psychiatrique faisant état des troubles psychiatriques de l'accusé

Ce point est de loin le plus problématique : aucun traitement différencié n'est réalisé entre l'accusé en pleine possession de ses facultés et celui qui ne l'est pas. La loi exclut toute possibilité pour l'accusé souffrant de troubles psychiatriques de bénéficier de la diversion judiciaire pour abolition du discernement. L'un et l'autre sont passibles de la même peine de réclusion sans aucune considération pour leur état de santé mental¹⁷¹³. L'hospitalisation n'est plus envisagée, seule la répression du comportement prohibé par la loi est retenue.

Emus par l'intransigeance de cette loi¹⁷¹⁴, certains juges ont contourné cette législation en se fondant sur les sections 37 et 41 du MHA. Ces dispositions permettent d'appliquer à l'auteur des faits reprochés la diversion judiciaire en ordonnant son admission psychiatrique sous contrainte¹⁷¹⁵. Elle a notamment permis d'hospitaliser l'accusé schizophrène poursuivi pénalement pour la commission de deux viols dans l'arrêt *Howell* rendu en 1985¹⁷¹⁶. Le juge n'a recours à l'incarcération que si la prise en charge psychiatrique du malade se révèle totalement inefficace¹⁷¹⁷. Toutefois, force est de reconnaître que le législateur a pris acte des critiques qui ont été formulées contre cette loi, abrogée en 2000 par crainte de dérives.

Les lois abordées reprennent constamment la thématique de la prévention de la récidive chez l'ex-condamné psychiatrique. Selon les Dr. Andrews et Bonta, psychiatres britanniques, la récidive comprend huit causes dont quatre grandes causes et quatre dites modérées.

¹⁷¹² LINDSAY, W. R. & SMITH, A. H. W. (1998), *op. cit.*, p. 443.

¹⁷¹³ R v Virgo (1988) 10 Cr App R (s) 427 in LINDSAY... *op. cit.*, p. 444.

¹⁷¹⁴ *Ibid.*

¹⁷¹⁵ JAMES D., FARNHAM, F., MOOREY, H., LLOYD, H., HILL, K., BLIZARD, R. & BARNES T. (2002) *Outcome of psychiatric admission through the courts*. London: Home Office, p. 125.

¹⁷¹⁶ R v Howell (1985) 7 Cr App R (s) 360 in LINDSAY, W. R. & SMITH, A. H. W. (1998), *op. cit.*, p. 25.

¹⁷¹⁷ LINDSAY, W. R. & SMITH, A. H. W. (1998), *op. cit.*, p. 31.

Les causes modérées désignent les raisons pouvant mener l'ancien condamné à récidiver tandis que les grandes causes l'exposent fortement à ce risque.¹⁷¹⁸

Les causes modérées comprennent :

- Les violences et traumatismes subis pendant l'enfance de la personne condamnée et le contexte conjugal difficile (ex : partenaire violent)
- L'influence délétère de l'environnement (professionnel, scolaire, social, culturel)
- L'absence de loisirs ou toute autre activité récréative
- L'addiction à l'alcool ou aux stupéfiants

Les grandes causes de récidive désignent :

- Les antécédents psychiatriques ou judiciaires de l'individu
- Sa personnalité asociale
- Le mauvais état des facultés cognitives et intellectuelles
- Ainsi que tout élément pouvant causer l'asociabilité du sujet.

L'absence de réponse thérapeutique apportée à ces causes exposerait le malade à la récidive.

A ce jour, cette méthode s'avère la plus efficace dans la détection du risque de récidive chez le sujet¹⁷¹⁹ car elle présente une certaine objectivité contrairement à la perception de 'dangerosité'. Les huit causes se fondent sur des données empiriques afin de prendre la décision qui sera bénéfique pour le malade.¹⁷²⁰ De même, le psychiatre devrait prendre en compte ces facteurs avant d'administrer au malade un traitement¹⁷²¹ et assortir sa prescription de recommandations afin d'en assurer le suivi. L'enjeu est double car il s'agit de réduire le risque de récidive du patient et améliorer son état de santé mental¹⁷²².

Cependant, cette méthode n'est pas infaillible puisque le facteur humain reste par principe imprévisible. Le malade respectant son traitement n'est pas à l'abri de récidiver ; à l'inverse, le sujet ne suivant pas son traitement ne commettra plus d'infraction pénale.

L'effort d'une telle démarche est louable et doit être poursuivi afin de prévenir la récidive et

¹⁷¹⁸ ANDREWS, D. A. & BONTA, J. (2003) *The psychology of criminal conduct* (3rd ed.). Cincinnati, OH: Anderson, p. 358.

¹⁷¹⁹ ANDREWS, D. A. (2012) « The risk-need-responsivity (RNR) model of correctional assessment and treatment » In J. A. DVOSKIN, J. L. SKEEM, R. W. NOVACO & K. S. DOUGLAS (Eds.) *Using social science to reduce violent offending* (pp. 127-156). New York, NY: Oxford University Press.

¹⁷²⁰ DE BEURS, E. & BARENDREGT, M. (2008) *Mogelijkheden voor therapie-effectonderzoek in de tbs-sector: komen tot een evidence base onder zorgprogramma's [Possibilities for therapy effect-research in the tbs-sector: to achieve an evidence base for treatment programs]*. Utrecht, The Netherlands: NIFP, p. 148.

¹⁷²¹ HEILBRUN, K. (2009) *Evaluation for risk of violence in adults. Best practices in forensic mental health assessment*. Oxford, NY: Oxford University Press.

¹⁷²² DE BEURS, E. & BARENDREGT, M. (2008), *op. cit.*, p. 151.

améliorer la prise en charge psychiatrique de la personne condamnée.

La personne condamnée pénalement atteinte de troubles mentaux dispose d'un droit au traitement dont il doit bénéficier car elle reste avant tout un patient. Que révèle à ce sujet la pratique de la psychiatrie pénitentiaire en droit français ?

b) *L'inefficacité du dispositif de soins dispensé au détenu français dénoncée*

En France, seul le diagnostic psychiatrique établi par un psychiatre fait état de l'état de santé mental de la personne condamnée pénalement. Au Royaume-Uni, un infirmier exerçant en hôpital psychiatrique peut également réaliser ce diagnostic. Le psychiatre ou l'infirmier propose alors un traitement médicamenteux ou demande son admission en hôpital psychiatrique s'il l'estime nécessaire, notamment en raison de sa dangerosité¹⁷²³. La détection des troubles psychiatriques a toujours été un échec chez les personnes condamnées pénalement en France comme au Royaume-Uni.

Les raisons peuvent être diverses : manque de temps accordé à la réalisation de l'expertise psychiatrique, manque de moyens alloués à la rémunération de l'expert (c'est-à-dire le psychiatre), empressement du corps judiciaire à emprisonner la personne jugée coupable, etc.¹⁷²⁴ Souvent, les acteurs du procès ne s'intéressent pas suffisamment aux violences commises contre l'accusé ou le prévenu, ses antécédents psychiatriques, sa comorbidité... ils ne retiennent que son état de santé mental au moment des faits.¹⁷²⁵

A ce titre, il existe trois grandes catégories de besoins de santé psychiatriques et somatiques chez le détenu. Le détenu peut bénéficier de soins ambulatoires ou être affecté vers un établissement spécialisé en fonction de la gravité de ses troubles.

¹⁷²³ DRESSING, H. & SALIZE, H. J. (2009) « Pathways to psychiatric care in European prison systems » *Behavioural Sciences and the Law*, 27, 801-810.

¹⁷²⁴ BIRMINGHAM, L. & MULLEE, M. (2005) « Development and evaluation of a screening tool for identifying prisoners with severe mental illness » *Psychiatric Bulletin*, 29, 334-338.

¹⁷²⁵ VOGEL, T., LANQUILLON, S. & GRAF M. (2013) « When and why should mentally ill prisoners be transferred to secure hospitals: A proposed algorithm » *International Journal of Law and Psychiatry*, 36, 281-286.

- La classification tripartite des besoins de santé psychiatriques chez les détenus

En France, les soins somatiques et psychiatriques se décomposent en trois niveaux¹⁷²⁶ :

- **Les soins de niveau 1** relèvent des consultations et actes médicaux externes dispensés dans les UCSA, les Unités de consultation et de soins ambulatoires.

Créée par la loi du 18 janvier 1994, cette structure répond à la volonté du législateur de faire bénéficier au détenu de soins psychiatrique et somatiques de qualité. Il s'agit de services hospitaliers dédiés à la prise en charge des détenus ; chaque établissement pénitentiaire est jumelé avec un établissement hospitalier. Ce dernier assure les consultations courantes des détenus au sein même de l'établissement carcéral ne disposant pas de locaux permettant l'accueil des détenus¹⁷²⁷.

- **Les soins de niveau 2** sont pris en charge par l'hospitalisation de jour du détenu.

Dans cette hypothèse, le détenu peut être hospitalisé jusqu'à plusieurs heures par jour en fonction de ses besoins de santé mais regagne sa cellule chaque soir. Le détenu bénéficie d'examen de santé et de soins psychiatriques et / ou somatiques.

Les soins somatiques sont dispensés en chambre hospitalière sécurisée. Au contraire, les soins psychiatriques sont dispensés dans l'établissement carcéral, au sein d'une unité sanitaire¹⁷²⁸.

Les soins de niveau 1 et 2 peuvent être administrés dans les SMPR, ou Services médico-psychologique. Ils désignent un « secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire [...] répondant aux besoins de santé mentale de la population incarcérée »¹⁷²⁹. Chaque SMPR est rattaché à un secteur de psychiatrie pénitentiaire. Ses missions ont été définies par l'arrêté du 14 octobre 1986¹⁷³⁰ et concernent la prévention, le diagnostic et les soins des troubles mentaux des détenus. Les professionnels de santé en SMPR dispensent des soins psychologiques et psychiatriques : entretiens individuels, thérapies de groupe, soins contre la toxicomanie, prévention du suicide en détention, etc¹⁷³¹. Les équipes de soins sont souvent pluridisciplinaires

¹⁷²⁶ DELARUE, J-M (2012), *op. cit.*, p. 234.

¹⁷²⁷ Loi n°94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale.

¹⁷²⁸ DELARUE, J-M (2012), *op. cit.*, p. 234.

¹⁷²⁹ Article D372 du Code de procédure pénale, articles R 3221-1 à R 3221-5 du Code de la santé publique.

¹⁷³⁰ Décret n°86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique.

¹⁷³¹ GROUPE HOSPITALIER PAUL GUIRAUD, sur les missions du service médico-psychologique régional : [http://www.ch-pgv.fr/index2.php?goto=Secteur%2094P15%20-%20SMPR%20\(Service%20m%E9dico-psychologique%20R%E9gional\)](http://www.ch-pgv.fr/index2.php?goto=Secteur%2094P15%20-%20SMPR%20(Service%20m%E9dico-psychologique%20R%E9gional)) (consulté le 16 mars 2017), *np*.

afin d'appréhender au mieux ces troubles et leurs origines.¹⁷³²

Le détenu peut directement demander à bénéficier de soins mais cette demande peut aussi émaner d'un proche, d'un professionnel de santé ou d'un surveillant pénitentiaire. Les soins (souvent un traitement médicamenteux) peuvent être dispensés directement dans un SMPR ou même dans la cellule du détenu¹⁷³³. Dans ce dernier cas, un soignant assure la prise du traitement. La forme orodispersible est souvent privilégiée par le psychiatre car le médicament se dissout par simple contact avec la salive ou par succion¹⁷³⁴.

Si le détenu n'a pas la capacité de prendre seul le traitement, il peut être convoqué quotidiennement à l'UCSA ou au SMPR afin de recevoir son traitement en présence d'un soignant.

Pourtant, les cellules en SMPR ne disposent le plus souvent d'aucun équipement hospitalier adapté et sont semblables aux cellules pénitentiaires traditionnelles. La prise en charge médicale est donc quasi-inexistante, à l'exclusion de l'isolement du patient détenu. Si les SMPR comptent au total 360 lits, ils ne suffisent pas à assurer la dispensation des soins nécessaires. La doctrine déplore le manque de moyens mis en œuvre : 41% de la population pénale est prise en charge par ces structures mais seuls 56% des soignants sont mobilisés à cette occasion.¹⁷³⁵

De même, les UCSA souffrent de difficultés récurrentes : locaux non fonctionnels ou exigus, insuffisance des surveillances limitant les mouvements des détenus afin d'être pris en charge, prise en charge limitée voire inexistante en l'absence de professionnels de santé qualifiés, nombre de postes de psychiatres vacants important... Par exemple, un détenu avait écrit qu'il avait eu des idées suicidaires mais n'a été reçu par l'UCSA que six mois plus tard. La psychiatre avait expliqué qu'elle ne recevait que dans l'ordre d'arrivée des lettres.¹⁷³⁶ La prise en charge des détenus reste défaillante malgré l'existence de ces structures de soins.

- Les **soins de niveau 3** regroupent les soins plus importants nécessitant une prise en charge médicale plus soutenue.

¹⁷³² BODON-BRUZEL, M. & DESCOTT, R. (2015), *op. cit.*, p. 52.

¹⁷³³ DELARUE, J-M (2013), *op. cit.*, p. 221.

¹⁷³⁴ *Ibid*, p. 240.

¹⁷³⁵ SENAT (2009) *Rapport d'information sur la prise en charge sanitaire, psychologique et psychiatrique des personnes majeures placées sous main de justice*, AN, n°1811, p. 35.

¹⁷³⁶ BRAHMY, B. (2010) « L'accès aux soins dans les établissements pénitentiaires -Le rôle du CGLPL » *AJ Pénal* 2010, p. 317.

Les soins somatiques sont assurés dans des chambres hospitalières sécurisées dans l'établissement de santé de rattachement pour les hospitalisations de moins de 48 heures. Si l'hospitalisation requise excède cette durée, le détenu est transféré vers une Unité Hospitalière Spécialement Aménagée (UHSA).

Les soins psychiatriques nécessitant une hospitalisation sont administrés au sein des UHSA¹⁷³⁷ : la durée d'hospitalisation est d'environ quarante-cinq jours avant que le détenu ne soit autorisé à regagner sa cellule¹⁷³⁸.

Lorsque le détenu présente des besoins de santé de niveau 2 ou 3, il peut être affecté à une UHSA. Si l'intérêt de cette infrastructure est louable, ses moyens sont clairement insuffisants.

- Les Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA), infrastructure sanitaire et pénitentiaire aux moyens insuffisants

Les UHSA désignent des structures de soins en dépit de leurs nombreuses ressemblances avec un établissement carcéral. Il convient d'en aborder le fonctionnement et de relever les dysfonctionnements de cette structure profondément sécuritaire.

- La structure et le fonctionnement des UHSA

Créées par la loi du 9 septembre 2002 dite loi Perben¹⁷³⁹, les Unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) répondent à la volonté du législateur de créer des établissements à la fois sanitaires et pénitentiaires¹⁷⁴⁰. Neuf UHSA se sont ouvertes en France métropolitaine depuis l'entrée en vigueur de cette loi.¹⁷⁴¹

¹⁷³⁷ DELARUE, J-M (2012), *op. cit.*, p. 234.

¹⁷³⁸ Site Internet de l'OBSERVATOIRE INTERNATIONAL DES PRISONS (2016) « Prise en charge sanitaire des détenus : nouvel état des lieux accablant », article du 24 octobre 2016 : <https://oip.org/analyse/prise-en-charge-sanitaire-des-detenus-nouvel-etat-des-lieux-accablant/> (consulté le 9 novembre 2017), *np.*

¹⁷³⁹ Loi n°2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice, dite loi Perben

¹⁷⁴⁰ LAMBERT, C-E., BIED, C., MEUNIER, F. & MASSOUBRE, C. (2011-2012) « Les Unités Hospitalières Spécialement Aménagées : Perspectives et appréhensions face à une nouvelle institution psychiatrique dans le paysage pénitentiaire français » *Psychiatrie & Violence*, 11(1), p. 149.

¹⁷⁴¹ Site Internet PSYCOM établissant la liste des UHSA créés en France : <http://www.psycom.org/Espace-Presses/Sante-mentale-de-A-a-Z/Unite-hospitaliere-specialement-amenagee-UHSA> (consulté le 8 mars 2017), *np.*

Régis par l'article L 3214-1 du Code de la santé publique (CSP)¹⁷⁴², ils prévoient l'hospitalisation libre ou sous contrainte du détenu « lorsqu'il nécessite des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier, en raison de troubles mentaux rendant impossible son consentement et constituant un danger pour lui-même ou autrui ». ¹⁷⁴³ Les soins peuvent être délivrés en UMD si le patient présente une certaine dangerosité¹⁷⁴⁴.

La structure d'une UHSA se compose¹⁷⁴⁵ :

- D'une zone de soins ou zone d'hospitalisation.

Elle est composée de deux ou trois unités de soins d'une vingtaine de lits au maximum ainsi que d'une chambre d'isolement si le patient est agité ou dangereux.

- D'une zone mixte pénitentiaire et hospitalière

Elle regroupe la zone d'entrée et de contrôle placée sous l'autorité du personnel pénitentiaire et d'une zone commune composée de locaux pénitentiaires spécifiques.

Il s'agit par exemple d'un poste permettant de contrôler les allées et venues au sein de l'UHSA, de locaux de parloir, de locaux communs réservés aux personnels hospitaliers et pénitentiaires, etc.

- D'une zone de sécurité extérieure au bâtiment principal d'une largeur suffisante destinée à prévenir toute évasion, intrusion, communication ou envoi d'objet depuis l'extérieur¹⁷⁴⁶.

Il n'est donc pas étonnant qu'une UHSA soit considérée comme « un hôpital psychiatrique entouré d'une coque pénitentiaire ». ¹⁷⁴⁷

Les résultats obtenus avec la mise en place de ces structures hybrides sont mitigés.

Il faudra d'abord saluer la volonté du législateur d'offrir aux détenus des soins psychiatriques de bonne qualité¹⁷⁴⁸. En effet, les détenus présentant des troubles mentaux sont nombreux et

¹⁷⁴² LAMBERT, C-E., BIED, C., MEUNIER, F. & MASSOUBRE, C. (2011-2012), *op. cit.*, p. 151.

¹⁷⁴³ Article L 3214-3 du Code de la santé publique et article D 398 du Code de procédure pénale.

¹⁷⁴⁴ DELARUE, J-M (2012), *op. cit.*, p. 234.

¹⁷⁴⁵ MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS (2007) Circulaire DGOS/02/F2/E4/2007 n°284 du 16 juillet 2007 relative aux modalités de financement des dépenses d'investissement des unités d'hospitalisation spécialement aménagées (UHSA) et à l'attribution de subventions FMESPP pour 2007 ; VIOUJAS, V. (2011) « Les soins psychiatriques aux détenus : Des modifications mineures pour une problématique de santé publique majeure » *RDSS*, p. 1071.

¹⁷⁴⁶ *Ibid.*

¹⁷⁴⁷ Dr. Magali Bodon-Bruzel in DARBEDA, P. (2013) « La développement des unités spécialement aménagées pour les détenus malades mentaux » *Revue pénitentiaire*, p. 685.

¹⁷⁴⁸ LAMBERT, C-E., BIED, C., MEUNIER, F. & MASSOUBRE, C. (2011-2012), *op. cit.*, p. 153.

nier leur accès aux soins constituait une grave atteinte à leur droit au traitement.

Avant l'entrée en vigueur de la loi Perben, les détenus étaient indistinctement redirigés vers des hôpitaux psychiatriques. Or, ceux-ci étaient déjà surchargés avec leurs propres patients, ne pouvant accueillir qu'un nombre limité de détenus et uniquement de jour afin d'assurer leur surveillance.¹⁷⁴⁹ Trop rares, les UMD ne disposaient pas non plus d'un nombre suffisant de lits afin d'accueillir ces patients supplémentaires.

Réputés plus dangereux que les patients 'classiques' en raison de leur(s) condamnation(s) pénale(s), d'importants dispositifs de sécurité étaient mis en place. Le malade agité était rapidement placé en isolement et le manque de lits obligeait les soignants à retarder les soins même lorsqu'ils revêtaient un caractère d'urgence¹⁷⁵⁰. La création des UHSA arrivait donc à point nommé. Ces nouvelles structures permettent une rapide hospitalisation psychiatrique du détenu, libre ou sous contrainte. En 2011, l'UHSA de Lyon comptait 50% d'admissions volontaires. L'objectif du gouvernement était alors d'atteindre 80% d'hospitalisations libres en UHSA afin de favoriser la prise en charge des troubles psychiatriques en amont. A l'inverse, les admissions en urgence mettent en danger le patient (violences auto-agressives commises en état de décompensation), les soignants et les surveillants pénitentiaires en cas de violences hétéro-agressives¹⁷⁵¹. L'autre raison ayant conduit à la création de ces structures est la lutte contre la récidive, « véritable obsession » des décideurs politiques. Les UHSA incarneraient « l'illusion d'un soin » contre une certaine catégorie de délinquants et de criminels¹⁷⁵². Il s'agit de les écarter des autres prisonniers qui pourraient à leur tour souffrir de troubles mentaux 'par contagion' et les soigner à tout prix afin d'éviter leur récidive une fois sortis de prison. Les malades mentaux résistants aux 'soins' sont alors exposés à une hospitalisation à vie en UHSA, dans des conditions quasi-carcérales...

La seule création des UHSA n'a pas suffi à généraliser la dispensation de soins psychiatriques en amont chez les détenus¹⁷⁵³. En cause, les 9 UHSA répartis sur l'ensemble du territoire ne disposent que de 180 lits chacun. Le nombre d'UHSA est clairement insuffisant face au nombre

¹⁷⁴⁹ *Ibid.*

¹⁷⁵⁰ *Ibid.*, p. 154.

¹⁷⁵¹ *Ibid.*

¹⁷⁵² LITZLER, A. (2015) « L'institution psychiatrique dans la tourmente des réformes du droit de l'exécution des peines » in HENNION-JACQUET, *op. cit.*, p. 144.

¹⁷⁵³ DUBRET, G. (2008) « UHSA : Un formidable effort dans la mauvaise direction » *L'Information Psychiatrique*, 84, 543-550.

de détenus en France (68 000).¹⁷⁵⁴ 17 000 personnes détenues relèvent de la psychiatrie et au moins 10 000 devraient être hospitalisées.¹⁷⁵⁵ Le doublement des effectifs de soignants entre 1993 et 2013 n'a pu faire face à l'augmentation du nombre de détenus de 25% au cours de cette période. Le recrutement de soignants en milieu carcéral souffre d'un manque d'attractivité ; 15,5% des postes de psychiatres n'y sont pas pourvus. La difficulté de l'accès aux soins est devenue alarmant en France, dénoncée depuis vingt ans¹⁷⁵⁶.

Par ailleurs, les détenus ne sont pas informés de leurs droits, des traitements disponibles ou des modalités d'aménagement de peine si leur état de santé venait à se dégrader. Il n'existe pas non plus de traçabilité des séjours hospitaliers des détenus¹⁷⁵⁷ et leurs proches ne sont pas informés de leur hospitalisation à de rares exceptions¹⁷⁵⁸.

Hôpitaux psychiatriques et UHSA font face à la même surpopulation de malades malgré un nombre de lits clairement insuffisant¹⁷⁵⁹. Les services sont saturés, le délai de prise en charge trop long, la gestion administrative des dossiers mauvaise et les effectifs de soignants insuffisants¹⁷⁶⁰. Paradoxalement, la doctrine relève un taux d'occupation limité des UHSA. Celle-ci de Paris connaît un taux d'annulation des hospitalisations de 22%, contre 9% d'admissions reportées. En cause sont cités les délais importants entre la programmation et l'admission du détenu, l'utilisation limitée des chambres doubles pour des raisons de sécurité ou de refus du patient...¹⁷⁶¹ La loi du 5 juillet 2011 se concentre davantage sur les modalités d'admissions sans consentement et passe sous silence la nécessité des soins psychiatriques au profit des patients détenus malgré une situation préoccupante.

Vingt-cinq ans après l'entrée en vigueur de la loi du 18 janvier 1994, la prise en charge sanitaire et psychiatrique des détenus est encore très inégale selon le rapport de la Cour des comptes publié en 2014. Elle recommande à ce titre d'instituer un véritable parcours de soins de la

¹⁷⁵⁴ Site Internet de l'OBSERVATOIRE INTERNATIONAL DES PRISONS (2013), « Les psychiatres demandent une évaluation des UHSA », article du 6 juin 2013 : <https://oip.org/analyse/les-psychiatres-demandent-une-evaluation-des-uhsa/> (consulté le 13 novembre 2017), *np*.

¹⁷⁵⁵ *Ibid.*

¹⁷⁵⁶ VIOUJAS, V. (2011), *op. cit.*, p. 1072.

¹⁷⁵⁷ HAZAN, A. (2015), *op. cit.*, p. 36.

¹⁷⁵⁸ *Ibid.*, p. 38.

¹⁷⁵⁹ ABOUT, N. (2009) Avis Sénat n°222 (2008-2009) au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi pénitentiaire.

¹⁷⁶⁰ DUBRET, G. (2008), *op. cit.*, p. 545.

¹⁷⁶¹ JANUEL, P. (2017) « Le Sénat se penche sur les soins des personnes détenues » Commission des finances, rapport sur les dépenses pour la santé des personnes détenues, *Dalloz actualité*, 4 octobre 2017, p. 1.

personne détenue en favorisant la coopération entre l'administration pénitentiaire et hospitalière.¹⁷⁶² Le délaissement des détenus souffrant de troubles mentaux graves constitue en effet une atteinte au droit de protection contre la torture, les traitements inhumains et dégradants (art. 3 CEDH).¹⁷⁶³ Il est inacceptable que les détenus ne puissent bénéficier de soins appropriés à leur état de santé par manque de moyens. En effet, « le coût de l'abandon de gens inanimés socialement et psychologiquement est beaucoup plus élevé » que le coût budgétaire de fonctionnement et des effectifs de soignants au sein des UHSA¹⁷⁶⁴. Il revient aux décideurs politiques de faire preuve de clairvoyance sur l'avenir de ces malades afin qu'ils ne soient pas déplacés d'UHSA en prison et inversement pour le restant de leurs jours...

Si les UHSA ont été créées afin de prendre en charge les troubles mentaux graves chez les détenus, il faudra déplorer la logique sécuritaire qui la régit, privant le détenu de l'exercice de ses libertés individuelles.

- La logique sécuritaire des UHSA portant gravement atteinte aux libertés individuelles des patients détenus

Les UHSA incarnent une démarche sécuritaire non avouée du législateur. Le détenu peut être admis sous contrainte en UHSA dès qu'il présente des signes de troubles mentaux au motif qu'il constitue un danger pour autrui ou lui-même, pour une durée indéterminée¹⁷⁶⁵.

Or, les UHSA ne sont ni des établissements pénitentiaires ni des hôpitaux psychiatriques. Elles nourrissent dans l'inconscient collectif la croyance selon laquelle les détenus souffrant de troubles mentaux sont dangereux et doivent être écartés de la société le plus longtemps possible. Ces détenus souffrent d'une double stigmatisation en raison de leurs antécédents judiciaires et psychiatriques ; elles constituent un réel obstacle pour leur réinsertion une fois leur peine d'emprisonnement purgée.

En dépit de ces controverses, les UHSA ont poursuivi leur développement sur l'ensemble du

¹⁷⁶² COUR DES COMPTES (2014) *Rapport public annuel 2014. La santé des personnes détenues : des progrès encore indispensables*, pp. 251-290.

¹⁷⁶³ PRADEL, J. (2015) « Le trouble mental durant l'exécution de la peine » in HENNION-JACQUET, *op. cit.*, p. 137.

¹⁷⁶⁴ Déclaration du Dr. Pierre Lamothe ayant dirigé le SMPR de Lyon et l'UHSA du Vinatier in DARBEDA, (2013), *op. cit.*, p. 693.

¹⁷⁶⁵ DUBRET, G. (2008), *op. cit.*, p. 546.

territoire, projet soutenu par l'exécutif avec la circulaire du 18 mars 2011¹⁷⁶⁶ avec la volonté constante de délivrer des soins psychiatriques de qualité aux détenus¹⁷⁶⁷.

En tout état de cause, les soins psychiatriques et somatiques dispensés aux personnes détenues doivent obéir à deux principes :

- La primauté du soin doit bénéficier au patient détenu, malgré son statut et le manque de lits disponibles. Seulement, sa liberté d'aller, de venir et de communiquer se trouvera fortement limitées pour des raisons de sécurité
- Le détenu est doublement pris en charge en matière sanitaire et pénitentiaire afin de dispenser les soins nécessaires dans un cadre sécurisé¹⁷⁶⁸.

Il faudra rappeler que l'exercice des libertés individuelles du détenu y est fortement entravé. Le patient détenu se voit contraint par les cadres psychiatrique et pénitentiaire. Son droit de visite et de communication avec l'extérieur ou son droit d'accès à la télévision peuvent faire l'objet de contre-indication médicale¹⁷⁶⁹. Il ne jouit pas non plus de sa liberté d'aller et de venir ou de disposer d'effets personnels (livres, ordinateur voire vêtements). Or, ces mesures sont-elles pertinentes afin de 'sécuriser les soins' ou 's'assurer que le détenu ne constitue pas de risque pour lui-même ou autrui' ?

Il revient au psychiatre seul de mettre fin à l'admission du patient détenu en UHSA, à l'issue de laquelle il doit regagner sa cellule. La mainlevée de cette mesure est ordonnée lorsque le patient ne présente plus de 'dangerosité'. Cette notion vague et subjective devrait être remplacée par le seul impératif de protéger la vie du détenu en cas de tendance suicidaire ou de répondre à ses besoins de santé somatiques. N'est-ce pas tout l'intérêt de l'UHSA ?

Par ailleurs, la prise en charge psychiatrique connaît des disparités conséquentes selon la structure concernée et l'équipe de soignants en exercice. Le manque de moyens humains et financiers, le nombre important de détenus à prendre en charge empêche de dispenser les soins

¹⁷⁶⁶ Circulaire interministérielle DGOS/R4/PMJ2 n°2011-105 du 18 mars 2011 relative à l'ouverture et au fonctionnement des unités hospitalières spécialement aménagées.

¹⁷⁶⁷ BULLETIN OFFICIEL SANTE – Protection Sociale – Solidarité n°2011/5 du 15 juin 2011 « Circulaire interministérielle DGOS/R4/PMJ2 no 2011-105 du 18 mars 2011 relative à l'ouverture et au fonctionnement des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) », 120-141.

¹⁷⁶⁸ *Ibid*, p. 133.

¹⁷⁶⁹ LAMBERT, C-E., BIED, C., MEUNIER, F. & MASSOUBRE, C. (2011-2012), *op. cit.*, p. 158.

dans les meilleures conditions. Le découragement ou le manque de volonté du personnel pénitentiaire ou des soignants aggravent encore le phénomène.¹⁷⁷⁰

A ce titre, le Comité européen de lutte contre la torture aurait relevé au sein de l'UHSA Le Vinatier (Bron) des mauvais traitements sur les détenus. Le personnel pénitentiaire aurait fréquemment recours à « des démonstrations de force » en zone de soins quels que soient les motifs d'intervention. Les surveillants agiraient en tenue de protection, équipés de casques balistiques, de boucliers de maintien de l'ordre, de bâtons de protection télescopique, de menottes, de pistolets automatiques 9mm... dérive également dénoncée chez les surveillants pénitentiaires de l'UHSA de Lyon¹⁷⁷¹. Plus grave encore, « les soignants font appel à l'administration pénitentiaire dans des situations où ils ne sont pas plus dépassés que d'habitude... les interventions les plus fréquentes concernent les détenus ayant récupéré du tabac et qui refusent de le rendre ».¹⁷⁷²

Aucune suite n'a été donnée à ces traitements dégradants dans ces prétendues zones de soins. A nouveau, le contrôle du risque que représente le patient psychiatrique détenu prime sur le respect élémentaire de ses droits.

A ce sujet, l'UHSA de Lyon est divisée en trois unités auxquelles s'applique un « régime spécifique »¹⁷⁷³ :

- L'unité C est destinée « à la gestion des crises et des maladies psychiatriques difficiles et / ou ayant des troubles importants du comportement ».

Son régime est particulièrement contraignant : chambres d'isolement, contention, portes des cellules fermées et impossibilité de circuler sans membre du personnel soignant.

- L'unité B est celle des « soins individualisés, destinée aux épisodes aigus, ou aux personnes nécessitant une protection ».

Les mesures de contrainte qui y sont réalisées sont en tous en points similaires. Il semblerait pourtant que l'unité C soit réservée aux détenus fortement susceptibles de commettre des violences hétéro-agressives. En revanche, l'unité B accueille les détenus en proie aux violences

¹⁷⁷⁰ DELARUE, J-M (2013), *op. cit.*, p. 222.

¹⁷⁷¹ COMITE EUROPEEN POUR LA PREVENTION DE LA TORTURE (CPT) (2012) *Rapport remis au gouvernement de la République française relatif à la visite effectuée en France du 28 novembre au 10 décembre 2010*, Strasbourg, 19 avril 2012, p. 148.

¹⁷⁷² Site Internet de l'OBSERVATOIRE INTERNATIONAL DES PRISONS (2014) « UHSA de Lyon : la psychiatrie sans urgences » : <https://oip.org/analyse/uhsa-de-lyon-la-psychiatrie-sans-urgences/>, article du 13 juillet 2014 (consulté le 10 novembre 2017), *np*.

¹⁷⁷³ *Ibid.*

auto-agressives.

- L'unité A dite « de soins collectifs » semble la seule à observer davantage le respect des droits des patients détenus.

Elle est destinée aux personnes “présentant des pathologies de longue évolution” qui doivent être aidés dans leur préparation de la sortie (resocialisation, réhabilitation, réintégration du milieu pénitentiaire). Il possède un régime plus souple, « les patients peuvent circuler à certaines heures de la journée au sein de l'unité et du patio » (cour de promenade) et les portes des cellules ne sont pas fermées en continu.¹⁷⁷⁴

Indistinctement de leurs troubles mentaux, les détenus placés en UHSA sont directement placés au sein de l'unité C avant d'être affectés aux unités de soins moins contraignantes. Toutefois, le retour en unité C ou B reste possible à tout moment par mesure de ‘sécurité’.¹⁷⁷⁵ Dans la majeure partie des cas, le détenu aux antécédents psychiatriques ou judiciaires lourds sont considérés dangereux et imprévisibles et ne sont jamais placés en unité A.

Les surveillants réticents à transférer ces détenus retardent le processus de soins : il est fréquent que le détenu commette une tentative de suicide ou connaisse un épisode délirant avant d'être pris en charge. Or, le déclenchement d'un état de crise comme la commission d'une TS les expose à une admission au sein d'une unité de soins contraignante : la boucle est bouclée...

En somme, il existe deux parcours de soins distincts dans la prise en charge psychiatrique :

- La psychiatrie générale concerne uniquement les malades n'ayant jamais été pénalement condamnés
- La psychiatrie pénitentiaire ne prend en charge que les personnes détenues atteints de troubles mentaux.

Les soins dispensés sont alors nécessairement différents suivant le parcours de soins dont bénéficie le malade. Il est difficile de nier que les UHSA constituent des « hôpitaux-prisons » en créant une filière de soins ségrégative.¹⁷⁷⁶ La présence de surveillants pénitentiaires et le recours à la contrainte physique au moyen de menottes et d'entraves devrait être interdite en UHSA¹⁷⁷⁷. Il est urgent que ces pratiques disparaissent afin de dispenser des soins égaux aux malades détenus ou non.

¹⁷⁷⁴ *Ibid.*

¹⁷⁷⁵ *Ibid.*

¹⁷⁷⁶ *Ibid.*

¹⁷⁷⁷ *Ibid.*

L'hospitalisation du détenu en UHSA risque d'être généralisée, sans s'intéresser à la gravité des troubles psychiatriques du malade. Dès que celui-ci est appelé à comparaître devant le juge pénal, il est susceptible d'être condamné et directement affecté à une UHSA en raison de sa prétendue 'dangerosité'. Les UHSA constitueraient « un dispositif complet ségréatif pour condamné [...] le délinquant ou le criminel seront condamnés à une peine d'hospitalisation en psychiatrie ».¹⁷⁷⁸ En effet, cette organisation des soins favorise « une forme de déshumanisation, car on ne punit pas un individu pour sa faute mais on le neutralise, comme on le ferait pour un animal dangereux ». Il est quasiment impossible de prouver la non-dangerosité du détenu psychiatrique : cette seule perception suffirait à contraindre l'individu à une admission sous contrainte.¹⁷⁷⁹

Allier la répression par la présence du personnel pénitentiaire en grand nombre et le soin avec des soignants en sous-effectif compromet gravement la qualité des soins en UHSA. En effet, le malade mental traité comme un criminel et enfermé à double tour peut difficilement parvenir à une rémission. Une série de suicides à l'UHSA Le Vinatier en 2015 révèle le profond malaise qui y règne : en janvier 2015, un patient de 17 ans de l'unité de pédopsychiatrie porte des coups de couteau à un infirmier. Deux patients mettent fin à leurs jours par pendaison quelques jours plus tard. C'est ensuite un infirmier exerçant dans le service de ces patients qui se donne la mort peu après. Les syndicats de l'établissement avaient relevé depuis longtemps ces tensions au sein de l'UHSA, déposé un avis de grève et prévu une manifestation devant le siège de l'ARS en février 2015¹⁷⁸⁰. Cette manifestation devait permettre de dénoncer les conditions des soins dispensés et la violence subie par les malades comme les soignants au sein des services. La manifestation a été reconduite en 2017 et en mars 2019 afin de réclamer une hausse des moyens budgétaires et des effectifs de soignants. Elle est actuellement en cours de négociation entre les syndicats de l'établissement et l'ARS de la région Rhône-Alpes.¹⁷⁸¹

Dès lors, les UHSA constitueraient une fausse solution. **Les soins pourraient être dispensés**

¹⁷⁷⁸ DAVID, M. (2006) *L'expertise psychiatrique pénale*, L'Harmattan, pp. 136-137.

¹⁷⁷⁹ DELMAS-MARTY, M. (2010) *Libertés et sûreté dans un monde dangereux*, éd. Seuil, p. 288 ; SENAT (2010) *Prison et troubles mentaux : comment remédier aux dérives du système français ?* n°434., p. 251.

¹⁷⁸⁰ BETTE, P. (2015) « Série noire au Vinatier : Un infirmier se suicide à son tour » *France Info*, article publié le 11 février 2015 : <https://france3-regions.francetvinfo.fr/auvergne-rhone-alpes/2015/02/11/serie-noire-au-vinatier-un-infirmier-se-suicide-son-tour-653005.html> (consulté le 22 mai 2019), *np*.

¹⁷⁸¹ LE PROGRES (2019) « Une manifestation pour obtenir des moyens pour la psychiatrie », article du 21 mars 2019 : <https://www.leprogres.fr/rhone-69-edition-lyon-metropole/2019/03/21/une-manifestation-pour-obtenir-des-moyens-pour-la-psychiatrie> (consulté le 22 mai 2019), *np*.

différemment, en organisant des visites médicales régulières au sein même des établissements pénitentiaires. Le nombre de lits en hôpital psychiatrique et les effectifs de soignants doivent par ailleurs être augmentés.¹⁷⁸² Ces modalités exigent une augmentation du nombre de psychiatres ; elles ont toutefois le mérite de réduire les dépenses affectées à la création de ces structures destinées à ‘accueillir’ les détenus.

Lorsqu’il n’existe pas d’UHSA dans le secteur de rattachement de l’établissement carcéral, le détenu souffrant de troubles psychiatriques graves peut être transféré vers l’hôpital le plus proche : ce sont les extractions médicales.

- Les extractions médicales, symbole d’une dispensation des soins coercitive à l’égard des patients détenus

Le détenu souffrant de graves troubles mentaux est considéré comme dangereux en raison de sa double qualité de personne incarcérée et de patient psychiatrique. C’est pourquoi d’importantes mesures de sécurité sont mises en place lorsqu’il fait l’objet d’une extraction médicale.

- Le recours arbitraire aux différentes mesures de sécurité à l’occasion d’une extraction médicale

L’extraction médicale consiste à sortir le détenu de son établissement pénitentiaire d’origine afin de l’affecter à l’hôpital le plus proche. Il peut y recevoir des examens médicaux, des soins psychiatriques et somatiques selon ses besoins de santé¹⁷⁸³. La section française relève une augmentation constante du nombre d’extractions médicales réalisées ces dernières années, faute de structures de soins suffisantes et de l’absence de médecins spécialisés en milieu pénitentiaire.¹⁷⁸⁴ Lorsque les UHSA ne peuvent plus assurer la prise en charge du détenu, celui-ci est hospitalisé dans un service de psychiatrie traditionnelle ou en UMD, pratique de plus en

¹⁷⁸² DESCHAMPS, J-L (2011) « Tendances à la porosité des concepts politiques afférents aux ‘malades médico-légaux’, aux ‘malades difficiles’ et aux ‘malades détenus’ : la perspective fusionnelle de l’accueil de ces trois catégories de patients en unités de malades difficiles : un mirage dans le travail parlementaire ou un nouvel horizon juridique ? » *Revue droit & santé*, n°44, pp. 704-714.

¹⁷⁸³ DELARUE, J-M (2012), *op. cit.*, p. 66.

¹⁷⁸⁴ OBSERVATOIRE INTERNATIONAL DES PRISONS (2011) *Les conditions de détention en France*, éd. La Découverte, p. 153.

plus fréquente en France. L'hospitalisation d'office des détenus a été multipliée par dix en quinze ans, soit près de 2000 mesures prononcées par an.¹⁷⁸⁵

Il existe deux conceptions sur la façon d'assurer la prise en charge psychiatrique du détenu :

- Considérer les détenus comme des patients 'normaux' indépendamment des infractions commises
- Adapter les conditions d'hospitalisation au cas par cas, selon la gravité des troubles mentaux, les infractions commises, leur potentielle 'dangerosité', etc.

La deuxième approche est appliquée en France. La procédure est extrêmement codifiée afin de limiter les risques d'évasion, de communication avec le monde extérieur, d'intrusion d'un objet ou d'une personne au cours de l'extraction, de commission de violences, etc.

D'abord, le détenu subit une fouille intégrale (dite « à corps ») avant la sortie de son établissement carcéral. Il est confié à une escorte chargée de l'accompagner à l'hôpital afin d'y recevoir les soins et de le ramener sans incident.¹⁷⁸⁶



Fig. 13 : fouille par palpation d'une personne détenue¹⁷⁸⁷

Quatre dispositifs de sécurité peuvent être mis en place selon la 'dangerosité' du détenu à l'occasion d'une extraction médicale :

¹⁷⁸⁵ Etude d'impact accompagnant le projet de loi relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, p. 12.

¹⁷⁸⁶ DELARUE, J-M (2012), *op. cit.*, p. 66.

¹⁷⁸⁷ Cahier de photos du rapport d'activités annuel du CGLPL, année 2012, p. 4 : <http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2013/04/les-photos-du-rapport-2012.pdf> (consulté le 25 avril 2019).

- *Premier dispositif* : escorté de trois surveillants, le détenu est emmené sans menottes ni entraves, c'est-à-dire avec des chaînes reliant les deux chevilles de la personne afin de faire obstacle à sa course.
- *Deuxième dispositif* : le détenu est emmené par la même escorte mais il est menotté, généralement dans le dos.
- *Troisième dispositif* : le détenu est emmené par la même escorte mais il est menotté et entravé.
- *Quatrième dispositif* : un véhicule de police ou de gendarmerie est ajouté au véhicule pénitentiaire en plus de toutes les mesures de sécurités prévues dans le troisième dispositif.¹⁷⁸⁸

Cette procédure adapte donc la contrainte au risque que représente la personne détenue.

En vertu de la circulaire du 18 novembre 2004¹⁷⁸⁹, seul le chef d'établissement établit par écrit le niveau d'escorte du détenu faisant l'objet d'une extraction médicale en fonction de sa 'dangerosité'. Pourtant, cette disposition est rarement mise en pratique, les détenus étant presque toujours menottés et entravés¹⁷⁹⁰. Ces mesures de sécurité sont appliquées indépendamment de l'âge du détenu, de son infirmité physique, de son état de santé ou de sa difficulté à se déplacer.



Fig. 14 : mise en œuvre de l'extraction médicale d'une personne détenue jugée dangereuse¹⁷⁹¹

¹⁷⁸⁸ DELARUE, J-M (2012), *op. cit.*, p. 66.

¹⁷⁸⁹ Circulaire interministérielle AP 2004-07 CAB du 18 novembre 2004 relative à l'organisation des escortes pénitentiaires des détenues faisant l'objet d'une consultation médicale *in* DELARUE, J-M (2013), *op. cit.*, p. 114.

¹⁷⁹⁰ *Ibid*, p. 66.

¹⁷⁹¹ Cahier de photos du rapport annuel d'activités du CGLPL, année 2013, p. 7 : <http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2014/03/CahierPhoto2013-1res.pdf> (consulté le 25 avril 2019).

Les menottes et entraves sont souvent mal ajustées et trop étroites, écorchant les poignets ou les chevilles du détenu et lui infligeant une souffrance inutile. Trop serrées, les entraves empêchent le détenu de marcher normalement, le forçant à demeurer en position assise ou allongée.¹⁷⁹² Bien souvent, la souffrance morale et physique du détenu est purement et simplement ignorée lorsqu'il est entravé et / menotté. Il supporte difficilement ces déplacements et peut se sentir profondément humilié de paraître menotté dans un lieu public.¹⁷⁹³

En somme, ces dispositifs de sécurité portent non seulement atteinte à la dignité du patient détenu mais lui infligent également une souffrance physique pouvant être intolérable. Ils constituent des mesures disproportionnées et dégradantes face au 'risque' qu'il constitue.

- L'emploi injustifié et dégradant de la contrainte sur le patient détenu au cours des soins

Il convient de rappeler que l'hôpital est un lieu public où les individus (patients compris) peuvent circuler librement.¹⁷⁹⁴ En pratique pourtant, le patient détenu est toujours menotté et entravé pendant les soins. Il n'est pas rare que la personne détenue soit menottée au lit d'hôpital tout au long de l'hospitalisation, souvent dans une chambre sécurisée ou chambre d'isolement.

L'impératif de sécurité conduit également les surveillants pénitentiaires à demeurer devant la porte ouverte de la chambre du détenu. Ils peuvent demeurer à ses côtés pendant toute la durée des soins¹⁷⁹⁵, mesure profondément attentatoire à la dignité et au droit à l'intimité du malade¹⁷⁹⁶.

En effet, le personnel pénitentiaire renforce autant que possible ces 'conditions de sécurité' par crainte qu'un incident ne vienne compromettre l'avancement de leur carrière. Précisons que cette crainte est infondée, le taux d'évasion en France étant l'un des plus bas d'Europe. 7 évasions avaient eu lieu en 2010 à l'occasion d'une extraction médicale contre seulement 4 en 2011. La plupart d'entre elles n'étaient pas le fait des surveillants mais d'une fenêtre d'hôpital

¹⁷⁹² DELARUE, J-M (2012), *op. cit.*, p. 67.

¹⁷⁹³ *Ibid.*

¹⁷⁹⁴ *Ibid.*

¹⁷⁹⁵ HAZAN, A. (2015), *op. cit.*, p. 36.

¹⁷⁹⁶ IGAS (2011) *Analyse d'accidents en psychiatrie et propositions pour les éviter*, n°RM2011-071P, mai 2011, p. 65.

laissée ouverte, par exemple.¹⁷⁹⁷

L'exemple d'un détenu transféré vers un hôpital pour une consultation ophtalmologique en 2013 est particulièrement représentatif de cette tendance. La personne détenue est restée menottée tout au long des soins au prétexte qu'il représentait un « risque élevé d'évasion et un risque moyen de provoquer des troubles à l'ordre public » selon l'administration pénitentiaire¹⁷⁹⁸. Le détenu n'avait pourtant aucun antécédent disciplinaire d'agression et sa date de sortie de prison était proche. Il avait également bénéficié de trois permissions de sortie afin de maintenir ses liens familiaux et préparer au mieux sa réinsertion sociale.

Ces pratiques sécuritaires reflètent bien cette obsession de la maîtrise du risque à l'égard des détenus comme des malades psychiatriques¹⁷⁹⁹, rappelée d'ailleurs par la loi de manière explicite : « nul ne peut être soumis au port des menottes ou des entraves sauf s'il est considéré comme dangereux pour autrui ou pour lui-même, ou susceptible de prendre la fuite ».¹⁸⁰⁰

L'accusation de dangerosité justifie donc toutes les dérives liberticides concernant les détenus et les malades psychiatriques au prétexte de vouloir protéger l'ordre public.



Fig. 15 : patient entravé lors d'un examen médical réalisé en présence d'un surveillant¹⁸⁰¹

¹⁷⁹⁷ DEBET, A. (2012) « Accès aux soins et droits du détenu malade », *Les droits de la personne détenue*, éd. Dalloz, dir. Sabine BOUSSARD, p. 198 ; GATE, J. (2013) « Régime juridique du détenu malade psychiatrique : double peine ou double protection ? » *Revue générale de droit médical* n°47, p. 55.

¹⁷⁹⁸ DELARUE, J-M (2013), *op. cit.*, p. 114.

¹⁷⁹⁹ *Ibid.*, p. 114.

¹⁸⁰⁰ Article 803 du Code de procédure pénale.

¹⁸⁰¹ Cahier de photos du rapport annuel d'activités du CGLPL, année 2015, p. 6 : <http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2016/03/CahierPhoto2015.pdf> (consulté le 25 avril 2019).

Le Dr De Beaurepaire, psychiatre français ayant longtemps exercé en milieu pénitentiaire dénonce l'absence de professionnalisme de certains soignants face à la fugue d'une personne détenue, « assez satisfaits par la fugue d'un malade, une place en plus et un souci en moins... un prisonnier malade, c'est d'abord un prisonnier, n'est-ce pas ? »¹⁸⁰². La doctrine constate une réelle réticence des soignants à accueillir les patients détenus, créant de réelles difficultés d'admission. Les durées d'hospitalisation sont souvent réduites au minimum : le nombre moyen de journées d'hospitalisation est de 25 contre 70 pour les autres patients admis sous contrainte.¹⁸⁰³ Le patient détenu n'a pas toujours la possibilité d'emporter des effets personnels au cours de l'extraction médicale. Il arrive fréquemment que ceux-ci soient entreposés dans un sac plastique à même le sol, faute de placard ou de meuble adéquat.¹⁸⁰⁴

De même, l'hygiène du patient détenu est loin d'être assurée : ce dernier doit demander au surveillant pénitentiaire qui l'accompagne s'il peut rendre à la salle d'eau. S'il y consent (!), la toilette doit s'effectuer obligatoirement en laissant la porte ouverte¹⁸⁰⁵. De même, l'accès aux sanitaires peut lui être interdit pour des raisons de sécurité ; un urinal ou une chaise percée sont alors fournis au patient détenu. Dans certains cas, aucune mesure pour les besoins naturels du patient détenu n'est prévue avec les conséquences déplorables pour l'hygiène et la dignité du patient que l'on peut aisément imaginer¹⁸⁰⁶.

Le Comité consultatif national d'éthique rappelle utilement « qu'innocent ou coupable, condamné ou en examen, c'est à l'humain que je dois respect et dignité, et si un agissement est insupportable pour l'un, il le sera pour l'autre de la même façon. Le degré de culpabilité ne détermine pas notre degré de respect de la dignité ». En tant que tiers, le surveillant pénitentiaire doit mettre en œuvre les mesures nécessaires afin de faciliter la prise en charge médicale et psychiatrique du patient détenu.¹⁸⁰⁷ Or, l'accès physique aux soins du détenu est souvent entravé par les surveillants qui exercent une réelle domination sur les demandes de soins.¹⁸⁰⁸

¹⁸⁰² DE BEAUREPAIRE, C. (2009), *op. cit.*, p. 225.

¹⁸⁰³ VIOUJAS, V. (2011) *op. cit.*, p. 1075.

¹⁸⁰⁴ HAZAN, A. (2015), *op. cit.*, p. 37.

¹⁸⁰⁵ *Ibid.*

¹⁸⁰⁶ *Ibid.*

¹⁸⁰⁷ COMITE CONSULTATIF NATIONAL D'ETHIQUE (2006) « Avis n°94 concernant la santé et la médecine en prison », p. 13 ; GUIGUE, M. (2006) « Le problème majeur et persistant de l'accès aux soins dans les prisons françaises dénoncé par l'avis du Comité consultatif national d'éthique du 26 octobre 2006 », *Revue droit & santé*, n° 17, pp. 369-374.

¹⁸⁰⁸ MILLY, B. (2003) « L'accès aux soins des détenus en France : un droit bafoué », *Droit et Société*, éd. Juridiques associées, pp. 745-765.

En 2015, le CPT relève lors de plusieurs extractions médicales « un recours excessif à la force par le personnel pénitentiaire [...] d'agressions verbales, de menaces et de comportements provocateurs ». ¹⁸⁰⁹ Il recommande d'apporter une réponse pénale appropriée à ces violences et de former davantage les soignants sur la question de la particulière vulnérabilité des patients détenus. Le CPT rappelle d'ailleurs que les patients détenus sanglés au vu et au de tous sans surveillance médicale régulière sont nombreux.

Le détenu faisant l'objet d'une extraction médicale n'échappe pas à une potentielle mise à l'isolement qu'il possède un comportement agité ou non. Il se voit imposer un « régime totalement officieux, pour ne pas dire illégal [...] attaché sur un matelas, la gamelle par terre, les besoins naturels pas toujours pris en compte ». ¹⁸¹⁰ Interdit de promenade, de visite et souvent sanglé et menotté, il n'est donc pas étonnant que le détenu puisse refuser les soins, son extraction qualifiée de « pire que la prison ». ¹⁸¹¹ A ce titre, le premier motif de refus d'extraction médicale par les détenus était l'utilisation d'entraves en 2008. ¹⁸¹²

La condamnation de la France par la CEDH concernant les conditions de mise en œuvre de l'extraction médicale est peu surprenante. Elle appelle une véritable prise de conscience du législateur afin de mieux respecter les droits et la dignité du patient détenu comme l'illustre arrêt *Henaf* ¹⁸¹³.

En l'espèce, le détenu était entravé par l'usage de menottes au lit d'hôpital durant toute la durée d'un examen médical. Des ceintures de contention ventrale et des sangles maintenant les membres inférieurs étaient en permanence fixées sur les lits. ¹⁸¹⁴

Les juges de la Haute cour ont retenu que l'usage de cette contrainte pendant la consultation constituait une violation de l'article 3 de la Convention européenne relatif à l'interdiction de la torture, des traitements inhumains ou dégradants. Ils précisent d'ailleurs que cette interdiction doit être étendue à l'usage de tout type de contrainte sur toute autre surface (meuble, porte...)

¹⁸⁰⁹ CASSAN, P. (2015) « Rapport du Comité européen pour la prévention de la torture sur la situation des patients détenus en établissements psychiatriques », *Revue droit & santé* n°78, pp. 622-625.

¹⁸¹⁰ DE BEAUREPAIRE, C. (2009), *op. cit.*, p. 224.

¹⁸¹¹ HAZAN, A. (2015), *op. cit.*, p. 38; COMMISSION NATIONALE CONSULTATIVE DES DROITS DE L'HOMME (2006) *Etude sur l'accès aux soins des personnes détenues*; INSPECTION GENERALE DE L'ADMINISTRATION (2006) *et al.*, *La prise en charge des patients susceptibles d'être dangereux*, février 2006; BARATTA, A. & MORALI, A. (2010) « Chambres d'isolement en psychiatrie : état des lieux en France » *Médecine et Droit*, 2010, p. 86.

¹⁸¹² DIRECTION REGIONALE DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES (2008) en Île de France, *Rapport définitif suite à l'Inspection sanitaire de la maison d'arrêt du Val d'Oise 2007-2008*.

¹⁸¹³ *Henaf* c. France (2006), ECHR n°56436/01 in DELARUE, J-M (2013), *op. cit.*, p. 142.

¹⁸¹⁴ *Ibid.*

au cours de l'examen.¹⁸¹⁵

En effet, l'usage de la contrainte prive le patient détenu de sa qualité d'être humain pour être réduit à l'état de 'risque' qu'il convient de contrôler en permanence. Les conditions actuelles de mise en œuvre des extractions médicales prônent une conception déshumanisante de la psychiatrie. Elles sacrifient le respect des droits et de la dignité du patient détenu¹⁸¹⁶.

La France est à nouveau condamnée en 2011 dans l'arrêt *Duval*.¹⁸¹⁷ Les faits y sont similaires, le patient détenu en sa qualité de requérant déplore les mesures de contraintes dont il a fait l'objet à l'occasion de plusieurs mesures d'extractions médicales. Ses membres étaient sanglés au lit et plusieurs surveillants étaient présents tout au long des soins. La Haute cour reconnaît que ces mauvais traitements constituent une violation de l'article 3 de la Convention européenne : « les mesures de sécurité imposées au requérant lors des examens médicaux combinées avec la présence du personnel pénitentiaire s'analysent en un traitement dépassant le seul de gravité... et constituent un traitement dégradant ». ¹⁸¹⁸

D'autre part, la présence continue du personnel pénitentiaire constitue une violation du colloque singulier et par déduction du droit au secret médical. Le colloque singulier désigne la relation de confiance exclusive entre le soignant et le patient, c'est-à-dire « la rencontre d'une confiance et d'une conscience ». ¹⁸¹⁹ Cette confidentialité est essentielle afin que le soignant puisse dispenser les soins dans un climat de confiance réciproque.

Il convient de mentionner la circulaire du 21 juin 2012¹⁸²⁰ prévoyant un partage des « informations opérationnelles » concernant le détenu entre les surveillants pénitentiaires et les

¹⁸¹⁵ *Ibid*, p. 143.

¹⁸¹⁶ DE BEAUREPAIRE, C. (2009), *op. cit*, p. 238.

¹⁸¹⁷ CEDH, 26 mai 2011, *Duval c. France*, requête n°19868/08 in BALLANGER M. (2015) *L'effectivité des droits des détenus en tant que patients*, mémoire soutenu sous la direction d'Adeline GOUTTENOIRE, Université de Bordeaux, LEH éditions, p. 49.

¹⁸¹⁸ PONSEILLE, A. (2015) « Avis du 16 juin 2015 du CGLPL relatif à la prise en charge des personnes détenues au sein des établissements de santé », *Revue droit & santé*, n°68, pp. 797-800.

¹⁸¹⁹ PORTES, L. (1950) « Du consentement à l'acte médical – Communication à l'Académie des Sciences Morales et Politiques, 30 janvier 1950 » in *A la recherche d'une éthique médicale*, Paris, Masson et PUF, 1955, p. 163.

¹⁸²⁰ Circulaire interministérielle DGS/MC1/DGOS/R4/DAP/DPJJ n°2012-94 du 21 juin 2012 relative aux recommandations nationales concernant la participation des professionnels de santé exerçant en milieu carcéral à la commission pluridisciplinaire unique (CPU) prévue par l'article D. 90 du Code de procédure pénale ou à la réunion de l'équipe pluridisciplinaire prévue par l'article D. 514 du même Code et au partage d'informations opérationnelles entre professionnels de santé et ceux de l'administration pénitentiaire et de la protection judiciaire de la jeunesse.

soignants exerçant en milieu carcéral. Cet échange porte atteinte au droit au secret médical du détenu, surtout que la circulaire ne précise pas le contenu de ces ‘informations opérationnelles’. Parle-t-on des données permettant d’identifier le détenu, de ses troubles mentaux, de son risque suicidaire, de sa supposée dangerosité ?

Cette circulaire enjoint aux soignants à ne plus respecter l’obligation de confidentialité vis-à-vis des données de santé de leur patient. Elle crée une confusion dans le rôle du soignant, excédant la prise en charge médicale du détenu malade. Il est malgré lui incité à partager certaines informations sensibles afin d’assurer l’ordre et la sécurité de l’établissement carcéral. Il est peu étonnant dans ces circonstances que la circulaire ait rencontré l’ire des médecins et psychiatres pénitentiaires refusant de se plier à la volonté de l’exécutif.¹⁸²¹

Le détenu ayant purgé sa peine d’emprisonnement peut souffrir de troubles mentaux non traités. Si ces troubles sont d’une gravité telle qu’il constitue toujours un risque pour autrui, des mesures de sûreté peuvent lui être appliquées sur décision du juge pénal. Il convient d’appréhender ces mesures et d’évaluer leur pertinence au regard de leur atteinte sur les libertés individuelles du futur ex-détenu.

c) Les mesures de sûreté applicables au détenu réprouvées pour leur inefficacité

Le juge pénal française dispose d’une multitude de mesures de sûreté qu’il peut ordonner à l’égard du futur ex-détenu lorsque son état de santé mental l’exige.

- Les différentes mesures de sûreté à l’égard du condamné souffrant de troubles psychiatriques

En droit français, la loi du 25 février 2008¹⁸²² s’applique à la personne pénalement condamnée dont la responsabilité pénale est réduite pour altération du discernement en raison de la gravité de ses troubles mentaux. Seules les infractions pénales graves sont ici visées (homicide, violences volontaires graves, infractions sexuelles). La ‘particulière dangerosité’ du détenu conduit le juge à prononcer une ou plusieurs des mesures de sûreté exposées ci-dessous.

¹⁸²¹ OLECH, V. (2012) « Soins médicaux en milieu carcéral : Confusion des rôles et partage des secrets », *Revue droit & santé* n°63, pp. 96-99 ; OLECH, V. (2014) « Quand le Conseil d’Etat fragilise le secret professionnel médical au nom de la sécurité carcérale », *Revue droit & santé*, n° 60, p. 243.

¹⁸²² Loi n°2008-174 du 25 février 2008 relative à la détention de sûreté et à la déclaration d’irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental.

La **rétenion de sûreté** est prévue des articles 706-53-13 aux articles 706-53-21 du Code de procédure pénale (CPP). Le juge peut prononcer cette mesure afin de placer cette personne en centre socio-médico judiciaire de sûreté pour une durée d'un an renouvelable. Elle est prononcée lorsque les antécédents judiciaires et psychiatriques de la personne condamnée indiquent un fort risque de récidive.

Le centre assure une prise en charge médicale, sociale et psychologique du malade. Le juge pénal peut ordonner sa sortie si son état de santé mental s'améliore suffisamment de telle sorte qu'il ne présente plus un danger pour autrui ou lui-même.

La **surveillance de sûreté** est régie des articles 706-53-13 à 706-53-21 du CPP. Elle consiste en un ensemble de mesures de contrôles et d'obligations s'appliquant à l'ex-détenu. Son objectif est d'éviter la récidive et s'exécute en milieu ouvert (sans détention de l'individu). Seul le juge est habilité à prononcer cette mesure comprenant l'injonction et l'obligation de soins, le port d'un bracelet électronique, etc. Elle est prononcée pour une durée d'un an, renouvelable chaque année sans limitation.

L'injonction de soins a été créée par la loi du 17 juin 1998¹⁸²³ et contraint l'ex-détenu au suivi d'un traitement psychiatrique¹⁸²⁴. Il s'agit par exemple du délinquant sexuel ayant purgé sa peine pénale. Afin de limiter le risque de récidive, le psychiatre en charge du patient lui prescrit un traitement réduisant sa libido et prenant en charge ses autres troubles mentaux.

Aussi appelée castration chimique, ce traitement a pour objectif de réduire le risque de récidive des infractions à caractère sexuel chez l'ancien condamné. Perçue comme efficace par l'opinion publique, son utilisation a été adoptée dans de nombreux pays européens.¹⁸²⁵

En ce sens, la loi du 10 mars 2010 rappelle que le juge pénal peut ordonner à l'égard du détenu une injonction de soins, mais seul le médecin peut déterminer le contenu du traitement et sa posologie.¹⁸²⁶

¹⁸²³ Loi n°98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs.

¹⁸²⁴ MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES (2009), *Guide de l'injonction de soins* : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_injonction_de_soins.pdf, p. 13.

¹⁸²⁵ SENAT (2009) *Etude de législation comparée n°202 sur la castration chimique*, 12 novembre 2009.

¹⁸²⁶ Loi n°2010-242 du 10 mars 2010 tendant à amoindrir le risque de récidive criminelle et portant diverses dispositions de procédure pénale in GUIGUE, M. & PONSEILLE, A. (2010) « Injonction de soins et traçabilité des personnes ayant fait l'objet d'une déclaration d'irresponsabilité pour cause de trouble mental » *Revue droit & santé* n°36, pp. 358-364.

L'obligation de soins peut être mise en œuvre sans procédure particulière en vertu de l'article 132-45 du Code pénal. Il n'est pas nécessaire par exemple que le malade ait été condamné pénalement. Véritable 'injonction thérapeutique'¹⁸²⁷, elle s'applique au malade pénalement appréhendé bénéficiant de la diversion judiciaire par exemple. Elle doit répondre à un intérêt thérapeutique pour la personne concernée (ex : traitement contre la comorbidité du malade).

Les détenus peuvent souffrir de troubles psychiatriques différents, tels que le malade souffrant de troubles sexuels pénalement condamné pour avoir commis une infraction sexuelle. Si sa responsabilité pénale n'est pas engagée pour abolition du discernement en raison de la gravité de ses troubles mentaux, le malade sera admis sous contrainte.

Si sa responsabilité pénale est engagée, une peine d'emprisonnement ou de réclusion criminelle sera prononcée contre lui à l'occasion d'une peine d'emprisonnement ou de réclusion criminelle. Le juge peut assortir à sa peine pénale une injonction de soins afin d'assurer la prise en charge de ses troubles psychiatriques.

A l'origine, les mesures de sûreté ne concernaient que les individus ayant commis des délits ou des crimes sur mineurs¹⁸²⁸. Le champ des infractions s'est ensuite élargi : meurtre, assassinat, actes de torture et de barbarie, viol, enlèvement et séquestration indépendamment de l'âge de la victime.¹⁸²⁹ Or, cette tendance laisse à penser que le malade psychiatrique pénalement condamné est dangereux par principe, de telle sorte que des mesures de sûreté doivent lui être appliquées afin de contrôler le risque qu'il représente pour autrui.

Il faut rappeler à ce titre que le malade psychiatrique est très rarement dangereux : seul un homicide sur cinquante est le fait d'un individu atteint de troubles mentaux¹⁸³⁰. La Haute Autorité de Santé rappelle en 2011 que seuls 3 à 5% des infractions sont commises par des malades mentaux.¹⁸³¹ L'hypothèse du 'fou dangereux' reste très exceptionnelle et le fait divers immanquablement surmédiatisé pour son aspect spectaculaire. A son tour, le traitement

¹⁸²⁷ Articles L 3413-1 à 3413-4 du Code de la santé publique.

¹⁸²⁸ DATI, R. (2007) *Projet de loi relatif à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pour cause de troubles mentaux*. Présenté et enregistré à la présidence de l'Assemblée nationale le 28 novembre 2007.

¹⁸²⁹ HERZOG-EVANS, M. (2008) « La loi n°2008-174 du 25 février 2008 ou la mise à mort des principes cardinaux de notre droit » *Actualité Juridique Pénale*, Ed. Dalloz 4/2008, 161.

¹⁸³⁰ SENON, J. L. & MANZANERA, C. (2008) « Psychiatrie et justice : De nécessaires clarifications à l'occasion de la loi relative à la rétention de sûreté » *Actualité Juridique Pénale*, éd. Dalloz 4/2008, 176.

¹⁸³¹ HAUTE AUTORITE DE SANTE (2011) *La dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques et des troubles de l'humeur*, p. 5.

médiatique de ces infractions fait naître de nombreuses idées reçues sur les troubles psychiatriques. L'opinion publique considère le malade comme dangereux, créant un cercle vicieux préjudiciable à l'ensemble des individus atteints de troubles mentaux.

Les mesures de sûreté sont souvent décriées en raison des importantes privations de liberté qu'elles font subir à l'ex-détenu. Elles constituent en quelque sorte une deuxième peine pénale applicable pour une durée indéterminée et mettent en exergue leur dangerosité qui prend plusieurs dimensions : criminelle, psychiatrique et sociale¹⁸³².

- Les mesures de sûreté dénoncées pour leur restriction aux libertés individuelles des ex-détenus

Les mesures de sûreté prononcées contre l'ancien détenu lui imposent une seconde peine pénale sous prétexte d'assurer sa prise en charge psychiatriques. L'exercice de ses libertés individuelles est de nouveau considérablement restreint.

A titre d'exemple, la rétention de sûreté constitue bel et bien une mesure d'emprisonnement, dont « la nature privative de liberté » a été reconnue par le Conseil constitutionnel en 2008. Elle prive l'ex-détenu de sa liberté afin d'éviter toute récidive aussi longtemps que le juge pénal et les psychiatres l'estiment nécessaire. Or, l'ancien condamné ayant purgé une longue peine d'emprisonnement fait ici l'objet d'une 'détention thérapeutique'. Sa 'dangerosité' serait telle qu'il récidiverait sitôt libéré, ce qui semble très peu probable.

La mise en œuvre des mesures de sûreté tend à confondre deux notions de dangerosité sans distinguer laquelle est appliquée dans chaque espèce¹⁸³³ :

- La dangerosité psychiatrique désigne « l'évaluation du risque de dangerosité et de récidive dans l'évolution clinique d'une pathologie psychiatrique du sujet »¹⁸³⁴.

« L'observance thérapeutique »¹⁸³⁵ de l'ex-détenu est alors nécessaire afin d'éviter ses rechutes. Toutefois, cette définition pose problème car elle affirme que le malade dont les troubles mentaux devient nécessairement dangereux¹⁸³⁶ : « [le malade est exposé à un] risque de passage

¹⁸³² PONCELA, P. (2005) « La question de la récidive » *RSC*, pp. 25-36.

¹⁸³³ MBANZOULOU, P. (2008) « Quelles incidences possibles de la loi de rétention de sûreté sur les pratiques professionnelles pénitentiaires ? » *Actualité Juridique Pénale*, Ed. Dalloz, 6/2008, 400.

¹⁸³⁴ MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES (2009), *Guide de l'injonction de soins*, op. cit, p. 11.

¹⁸³⁵ *Ibid.*

¹⁸³⁶ HAUTE AUTORITE DE SANTE (2007), *Rapport de la commission d'audition publique sur « L'expertise*

à l'acte principalement lié à un trouble mental et notamment au mécanisme de l'activité délirante »¹⁸³⁷.

- La dangerosité criminologique prend en compte « l'ensemble des facteurs environnementaux et situationnels susceptibles de favoriser l'émergence du passage à l'acte ». ¹⁸³⁸ Ici, le malade est susceptible de commettre une infraction pénale en raison de facteurs extérieurs et non plus seulement de ses troubles mentaux.

Ces facteurs désignent par exemple le nombre d'ex-détenus ayant récidivé pour chaque infraction commise¹⁸³⁹.

L'exécutif met en garde le pouvoir judiciaire contre le risque de stigmatisation du malade mental¹⁸⁴⁰. La présence de troubles psychiatriques ne conduit pas nécessairement le malade à récidiver : les mesures de sûreté doivent être étudiées avec prudence dans chaque espèce. Il est vrai que ces mesures facilitent la prise en charge psychiatrique de l'ex-détenu car il est très rare que ses troubles aient été traités au cours de son incarcération. Elles permettent également de réduire son risque de récidive s'il existe.

Néanmoins, l'ex-condamné doit être informé de l'intérêt des soins par le psychiatre afin de prendre conscience de leur importance. Le seul usage de la contrainte ou de la menace d'une rétention de sûreté est insuffisant afin d'assurer le suivi de son traitement.

Sans nier les vertus thérapeutiques des soins psychiatriques, il faut reconnaître la logique sécuritaire des mesures de sûreté. Puisqu'il est impossible de garantir que le malade ne récidivera plus, il semble logique de l'enfermer *ad vitam aeternam* ou de le contraindre à suivre un traitement à vie.

Ici, les libertés individuelles de l'ex-détenu sont délibérément ignorées par le législateur. Le malade est légalement privé de son droit d'aller et venir, de son droit à la vie privée, à exercer une profession, à mener en somme une vie normale. Ces dispositions sont toujours contraignantes malgré l'opposition virulente exprimée par plusieurs auteurs¹⁸⁴¹.

pénale psychiatrique », Ministère de la Santé et des Solidarités, Paris, janvier 2007, p. 34.

¹⁸³⁷ BURGELIN, J-F (2005) Rapport de la commission Santé – Justice, *Santé, justice et dangers* : pour une prévention de la récidive, La Documentation française, p. 331.

¹⁸³⁸ MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES (2009) *op. cit.*, p. 11.

¹⁸³⁹ *Ibid.*

¹⁸⁴⁰ *Ibid.*

¹⁸⁴¹ DAVID, M., PAULET, C. & LAURENCIN, G. (2012) « Psychiatrie en milieu pénitentiaire : la loi de 1994 pourrait-elle être remise en cause par l'essor de la préoccupation sécuritaire et de l'évaluation de la dangerosité ? » *L'Information Psychiatrique*, 2012/8, vol. 88, pp. 605-615.

Le Dr. De Beaurepaire relève cette déshumanisation de la criminalité chez les malades psychiatriques : « **nous ne parlons plus de faits, mais de risques, de probabilités.** Beaucoup plus subtil, prévoyant, responsable... **un risque, ça s'élimine, c'est normal...** On connaît le risque, mais connaît-on exactement l'agent [l'ancien condamné] ? **Et la condition humaine dans tout cela ?** Ses vulnérabilités, ses faiblesses, ses besoins vitaux et élémentaires, ses droits, sa complexité à peine déchiffrée ? Aucun intérêt la condition humaine, inutile, rabâchée... »¹⁸⁴².

Concernant la rétention de sûreté, il est certainement plus simple d'enfermer l'individu que de le laisser en liberté, faisant placer le risque de la récidive. La loi s'affranchit ici des principes du droit pénal : l'individu est jugé pour ce qu'il est pour les infractions qu'il risque de commettre à l'avenir. Elle réprime ses agissements avant même que l'infraction soit commise, si tant est que le malade mental la commette un jour...¹⁸⁴³ La peine pénale est « décrochée du délit » selon l'expression du doyen Carbonnier.¹⁸⁴⁴ Il est aussi moins coûteux de cloîtrer le malade plutôt que lui dispenser des soins ambulatoires, mêmes contraignants. Une belle économie de moyens, en somme...

Rappelons d'ailleurs que les mesures de sûreté sont prononcées par le juge à l'issue du jugement condamnant l'auteur des faits reprochés¹⁸⁴⁵. Le juge établit en amont sa dangerosité, sans la moindre certitude quant à son risque de récidive ou de rechute et le suivi de son traitement. Il choisit sa propre conception de la dangerosité malgré son manque évident de fiabilité¹⁸⁴⁶. En son âme et conscience, il se fait créateur d'une notion que ni le législateur, ni l'exécutif, ni les psychiatres, ni les criminologues ne sont parvenus à définir à l'unanimité. La notion de dangerosité est considérée floue et trop inconsistante : elle dépend des circonstances, est subjective et aléatoire. Elle conduit au prononcé d'une mesure liberticide telle que la rétention de sûreté¹⁸⁴⁷. Il est hasardeux de laisser un tel pouvoir de décision entre les mains du juge pénal qui n'est que trop rarement formé sur la question des pathologies mentales lourdes. En effet, les erreurs de diagnostic varient entre 54% (soit une chance sur deux) à 99% (soit

¹⁸⁴² DE BEAUREPAIRE, C. (2009), *op. cit.*, p. 331.

¹⁸⁴³ DE LAMY, B. (2008) « La rétention de sûreté : pénal or not pénal ? » *RSC*, p. 16.

¹⁸⁴⁴ CARBONNIER, J. (1985) « La peine décrochée du délit » *in Mélanges R. Legros*, éd. De l'Université de Bruxelles, pp. 23-24.

¹⁸⁴⁵ MBANZOULOU, P. (2008), *op. cit.*, p. 402.

¹⁸⁴⁶ VIRIOT-BARRIAL, D. (2013) La responsabilité pénale du psychiatre dans sa mission d'évaluation de la dangerosité, *revue générale de droit médical*, n°46, mars 2013, éd. LEH.

¹⁸⁴⁷ BESSOLES, P. (2008) « La dangerosité, une notion sémiologique non opératoire » *in Interfaces cliniques et juridiques*, Auret A. & Bessoles P., éd. Presses universitaires de Grenoble, p. 58.

une erreur à chaque expertise).¹⁸⁴⁸

Si le juge pénal ordonne une obligation de soins à l'égard du condamné, ce dernier doit respecter cette obligation sous peine d'être condamné à une peine d'emprisonnement de deux ans et d'une amende¹⁸⁴⁹. En somme, le malade doit absolument suivre le traitement ordonné par le juge : l'idée d'un traitement psychiatrique obligatoire laisse songeur quant à son efficacité et le respect du refus de soins du patient. S'il ne supporte pas les effets secondaires du traitement et s'abstient de prendre son traitement, il risque de nouveau l'emprisonnement. Le souci du législateur n'est plus ici de prendre en charge le malade mental condamné pénalement dans le respect de sa dignité et de ses droits. Anormal en raison de sa 'violence' et de ses troubles mentaux, il se trouve dans l'obligation de se soigner afin de ne plus constituer un danger pour autrui... Il fait preuve de 'mauvaise volonté' et doit en subir les conséquences par l'incarcération puisqu'il est réfractaire à toute prise en charge¹⁸⁵⁰.

Il existe ici un amalgame entre risque de rechute de la maladie mentale et risque de récidive.¹⁸⁵¹ Si le malade subit une rechute de sa maladie, il est considéré à tort comme dangereux par les psychiatres. Le juge s'empresse alors de prononcer une mesure de rétention de sûreté afin de limiter ce qu'il considère comme un risque de récidive. Or, ce raisonnement conduit à qualifier le malade mental de criminel au seul motif de l'aggravation de son état. Ce n'est pas parce que ses symptômes se manifestent avec plus de vigueur qu'il va nécessairement commettre une nouvelle infraction – et l'inverse également. Il n'y a pas de corrélation entre la gravité des troubles mentaux et la propension de l'individu à commettre des faits incriminés par la loi.

Le malade peut contester la mesure de rétention de sûreté prononcée contre lui devant la juridiction régionale de la rétention de sûreté, bien qu'il soit difficile d'en évaluer l'effectivité¹⁸⁵². A l'issue d'un débat contradictoire, la juridiction peut se prononcer en faveur du maintien ou de la mainlevée de la mesure de sûreté. L'ancien détenu peut faire appel de cette décision devant la juridiction nationale de la rétention de sûreté et se pourvoir en cassation.¹⁸⁵³

¹⁸⁴⁸ MORMONT, C. (2003) *Les délinquants sexuels. Théories, évolution et traitements*, Paris : Frison-Roche, coll. « Psychologie vivante », p. 210.

¹⁸⁴⁹ Art. 706-139 du Code de procédure pénale.

¹⁸⁵⁰ MANZANERA, C. & SENON, J-L (2015), *op. cit.*, p. 129.

¹⁸⁵¹ HENNION-JACQUET P. (2015), *op. cit.*, p. 104.

¹⁸⁵² MBANZOULOU, P. (2008), *op. cit.*, p. 403.

¹⁸⁵³ RABAUX, J. (2008) « La rétention de sûreté ou la 'période sombre de notre justice' » *Journal du droit des*

Cependant, l'ancien détenu n'est pas informé de l'existence de ce recours ni de son droit à une représentation légale, preuve d'une privation toujours plus importante de l'exercice de ses libertés individuelles.¹⁸⁵⁴

D'autre part, la qualité des soins psychiatriques délivrés en milieu carcéral (s'ils existent) est fréquemment déplorée par les praticiens. La négligence dont font l'objet les besoins de santé psychiatriques des détenus les expose au risque suicidaire.

d) *L'insuffisance des soins psychiatriques en milieu carcéral et l'acte suicidaire du détenu*

Garantir une bonne qualité des soins psychiatriques requiert une implication de tous les acteurs du milieu carcéral : agents pénitentiaires, psychiatres, médecins généralistes, etc.

- Le rôle primordial du psychiatre et des agents pénitentiaires dans la prise en charge psychiatrique du détenu

Les détenus recevant des soins de nature psychiatrique souffrent d'une forte stigmatisation¹⁸⁵⁵ en raison de leurs troubles mentaux et de leur condamnation pénale (discrimination publique)¹⁸⁵⁶. Elle laisse à penser que ces individus sont par essence dangereux et violents¹⁸⁵⁷. Cette stigmatisation sociale provoque une baisse de l'estime de soi chez le détenu, souvent envahi par un sentiment de culpabilité et persuadé de représenter un danger pour autrui¹⁸⁵⁸. L'individu se perçoit alors comme un poids pour autrui et son entourage. Cette stigmatisation perturbe le fonctionnement social¹⁸⁵⁹ et psychologique¹⁸⁶⁰ du détenu notamment sa capacité à

jeunes, 2008/4, n°274, pp. 36-48.

¹⁸⁵⁴ LECLERC, H. (2011) « La loi du 5 juillet 2011 : le juge et le fou » *Journal français de la psychiatrie*, 2010/3, pp. 22-24.

¹⁸⁵⁵ PAGER, D. (2003) « The mark of a criminal record » *American Journal of Sociology*, 108, 937-975.

¹⁸⁵⁶ LINK, B. & PHELAN, J. (2001) « Conceptualizing stigma » *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385; CORRIGAN, P. W. & SHAPIRO, J. R. (2010) « Measuring the impact of programs that challenge the public stigma of mental illness » *Clinical Psychology Review*, 30, 907-922.

¹⁸⁵⁷ CORRIGAN, P. W. & WATSON, A. C. (2005) « Mental illness and dangerousness: Fact or misperception, and implications for stigma » In P. W. CORRIGAN (Ed.) *On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change* (pp. 165-179). Washington, DC: American Psychological Association.

¹⁸⁵⁸ LINK, B. & PHELAN, J. (2001), *op. cit.*, p. 377.

¹⁸⁵⁹ OVERTON, S. L. & MEDINA, S. L. (2008) « The stigma of mental illness » *Journal of Counselling & Development*, 86, 143-151.

¹⁸⁶⁰ COUTURE, S. M. & PENN, D. L. (2003) « Interpersonal contact and the stigma of mental illness: A review of the literature » *Journal of Mental Health*, 12, 291-305.

faire face à ses troubles mentaux.¹⁸⁶¹

Vulnérables à plus d'un égard, les détenus possèdent des besoins spécifiques :

- Être correctement informés sur la nature et la gravité de leurs troubles mentaux
- Appréhender leur solitude et leur désœuvrement dus à l'incarcération
- Soulager leur souffrance morale causée par leurs troubles mentaux et leur condition de détenu, leur sentiment d'insécurité vis-à-vis de leurs codétenus, du personnel pénitentiaire et de leur future réinsertion sociale
- Prendre médicalement en charge leur comorbidité, etc¹⁸⁶².

Les besoins de santé psychiatrique des détenus seraient bien plus importants que ceux de la population générale pour toutes ces raisons. Une prise en charge psychiatrique de bonne qualité est donc requise¹⁸⁶³. La loi française rappelle utilement que la qualité et la continuité des soins somatiques et psychiatriques doit leur être garantie indépendamment de leur statut de détenu.¹⁸⁶⁴ La loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 rappelle à ce titre que « l'administration pénitentiaire garantit à toute personne le respect de sa dignité et de ses droits » y compris de son droit à des soins somatiques et psychiatriques de qualité à l'instar des individus non incarcérés. De même, cette loi assure « un accès à l'hygiène, une alimentation et une cohabitation propices à la prévention des affections physiologiques ou psychologiques des détenus ». Ce droit d'accès à la santé découle logiquement du droit au respect de la dignité humaine auquel le détenu a droit et concourt à l'application du principe d'égalité des soins entre les milieux civil et pénitentiaire.¹⁸⁶⁵

Ce droit au traitement rejoint le **principe d'équivalence** en droit britannique : « tout objectif de santé fixé au bénéfice de la population globale doit être également atteint pour les personnes

¹⁸⁶¹ RUSCH, N., ANGERMEYER, M. C. & CORRIGAN, P. W. (2005) « Mental illness stigma: Concepts, consequences and initiatives to reduce stigma » *European Psychiatry*, 20, 529-539.

¹⁸⁶² HARTY, M. A., TIGHE, J., LEESE M., PARROTT, J. & THORNICROFT G. (2003) « Inverse care for mentally ill prisoners: unmet needs in forensic mental health services » *The Journal of Forensic Psychiatry*, Vol 14, No 3, December 2003, 600-614.

¹⁸⁶³ SHAW J. (2002) « Needs assessment for mentally disordered offenders are different » *The Journal of Forensic Psychiatry*, Vol 13, No 1 Avril 2002, 14-17.

¹⁸⁶⁴ Avis du 16 juin 2015 relatif à la prise en charge des personnes détenues au sein des établissements de santé

¹⁸⁶⁵ TURPIN, D. (2010) « La loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 » *La Semaine Juridique – Administrations et Collectivités territoriales*, n°13, mars 2010 ; PERRIN, J. (2009) « Présentation du principe de l'accès au soin des détenus consacré par la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 » *Revue droit & santé* n°35, pp. 258-260.

détenues en milieu carcéral ». ¹⁸⁶⁶ En vertu du *National Health Service and Community Care Act* de 1990, les soins dispensés aux détenus doivent lui permettre « de parvenir ou de retrouver un niveau acceptable d'indépendance sociale ou une certaine qualité de vie ». ¹⁸⁶⁷ Ils doivent être d'une qualité au moins équivalente à celle des soins administrés envers la population générale.

Pourtant, une étude britannique de 1998 dresse un constat alarmant sur l'ampleur des troubles mentaux parmi les détenus : 90% d'entre eux souffrent de troubles dépressifs et anxieux et 7% présentent des psychoses. ¹⁸⁶⁸

Quels sont les obstacles à la dispensation de soins psychiatriques de qualité en milieu carcéral ? D'une part, il est difficile pour le psychiatre d'y faire reconnaître sa place de soignant. Il est souvent accusé à tort d'encourager l'apparition de 'simulateurs', c'est-à-dire de détenus feignant de souffrir de troubles mentaux afin d'échapper à leur peine d'emprisonnement. ¹⁸⁶⁹ Selon le Pr. Hivert, psychiatre français, « derrière ce discours se profile la vraie crainte [...] que le psychiatre ne revienne mettre en cause le pouvoir de l'administration pénitentiaire » ¹⁸⁷⁰. Le psychiatre n'a traditionnellement pas sa place en prison car il représente une concurrence face à l'autorité du personnel pénitentiaire : travaille-t-il dans l'intérêt des détenus ou des surveillants chargés de faire régner l'ordre ?

Ensuite, une étude britannique estime que 39% des détenus n'ont jamais fait l'objet d'un diagnostic psychiatrique au début de leur incarcération ¹⁸⁷¹. La dévaluation du rôle du psychiatre se ressent dans le diagnostic comme dans l'administration des soins, pourtant indispensables dans la prise en charge de la souffrance des détenus ¹⁸⁷². Ignorée, cette souffrance les conduit à adopter un comportement autodestructeur pouvant aller jusqu'à la tentative de suicide. De même, les troubles psychiatriques peuvent apparaître chez le détenu sain d'esprit au cours de

¹⁸⁶⁶ HEALTH ADVISORY COMMITTEE FOR THE PRISON SERVICE (1997) *The Provision of Mental Health Care in Prisons*. London: Home Office; BRADLEY, K. (2009) *The Bradley report: Lord Bradley's review of people with mental health problems or learning disabilities in the criminal justice system*. London: Department of Health.

¹⁸⁶⁷ HARTY, M. A., TIGHE, J., LEESE M., PARROTT, J. and THORNICROFT G. (2003), *op. cit*, p. 605.

¹⁸⁶⁸ SINGLETON, N., MELTZER, H., GATWARD, R., COID, J., DEASY D. (1998) *Psychiatric Morbidity among Prisoners in England and Wales*. London: HMSO.

¹⁸⁶⁹ HIVERT, P. (1982), *op. cit*, p. 1.

¹⁸⁷⁰ HIVERT, P. (1982), *op. cit*, p. 3.

¹⁸⁷¹ HUDSON, D., JAMES, D., ETHERINGTON D., & HARLOW, P. (1995) *Psychiatric Intervention at the Police Station*. London: Riverside Mental Health, p. 137.

¹⁸⁷² FAZEL, S., CARTWRIGHT, J., NORMAN-NOTT, A. & HAWTON, K. (2008) « Suicide in prisoners: A systematic review of risk factors » *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 1721-1731.

son incarcération.¹⁸⁷³

Une incarcération de longue durée expose davantage le détenu à l'apparition ou l'aggravation de ses troubles psychiatriques, jusqu'à le conduire à adopter un comportement suicidaire¹⁸⁷⁴. Le détenu y subit en effet des violences verbales, voire physiques et sexuelles, des intimidations, des sentiments d'anxiété liés à l'absence de perspectives d'avenir à l'issue de la peine d'emprisonnement, etc¹⁸⁷⁵.

Le détenu possède logiquement un droit au traitement : il peut demander à tout moment aux surveillants pénitentiaires de bénéficier d'un examen médical sans en justifier la raison¹⁸⁷⁶. Ce droit inclut également les soins de nature somatique ou psychiatrique. De plus, le manque de moyens financiers ou humains ne peut justifier le non-respect de ce droit en milieu carcéral¹⁸⁷⁷.

Le juge européen impose à ce titre une obligation de soins envers la personne détenue dans l'arrêt *Saoud c. France*¹⁸⁷⁸. Les détenus se trouvant en effet « dans un rapport de dépendance par rapport aux autorités de l'Etat, ces dernières ont une obligation de protection de la santé. Celle-ci implique de diligenter des soins médicaux lorsque l'état de santé de la personne le nécessite afin de prévenir une issue fatale ». Il s'agit d'une obligation positive d'assurer le bien-être et la santé des détenus eu égard à la difficulté des conditions de vie en milieu carcéral¹⁸⁷⁹. En somme, l'Etat a pour obligation de « protéger la santé et l'intégrité physique des personnes privées de liberté, notamment par l'administration de soins médicaux appropriés » en vertu des articles 2 et 3 de la Convention européenne¹⁸⁸⁰.

Au sein de l'établissement pénitentiaire, le psychiatre doit « accomplir le long et difficile travail d'élaboration psychique [sur le détenu], repérer son fonctionnement mental, son mode relationnel et ses conséquences » afin de limiter le risque de récidive et prendre en charge ses

¹⁸⁷³ *Ibid*, p. 1724.

¹⁸⁷⁴ RABE, K. (2012) « Prison structure, inmate mortality and suicide risk in Europe » *International Journal of Law and Psychiatry*, 35, 222-230.

¹⁸⁷⁵ LAISHES, J. (1997) « Inmate suicides in the Correctional Service of Canada » *Crisis*, 18, 157-162.

¹⁸⁷⁶ VOGEL, T., LANQUILLON, S. & GRAF M. (2013) « When and why should mentally ill prisoners be transferred to secure hospitals: A proposed algorithm » *International Journal of Law and Psychiatry*, 36, 281-286.

¹⁸⁷⁷ WORLD HEALTH ORGANIZATION (2003a) *Mental health legislation and human rights (Mental health policy and service guidance package)*. Geneva : WHO, p. 250.

¹⁸⁷⁸ *Saoud c. France*, CEDH, 9 octobre 2007, Req. N° 9375/02 in PAULET, C. (2006) « Réflexions sur les objectifs et les conditions du soin psychiatrique en milieu pénitentiaire » *Perspectives Psy*, 45(4), 373-379.

¹⁸⁷⁹ *Slimani c. France*, CEDH, 27 juillet 2004, Req. N° 57671/00 in PAULET..., *op. cit.*, p. 376.

¹⁸⁸⁰ *Mouisel c. France*, CEDH, 14 novembre 2002, Req. N° 67263/01 in PAULET..., *op. cit.*, p. 378.

troubles mentaux¹⁸⁸¹. Administrer des soins psychiatriques de qualité permet de soulager la souffrance du détenu et prépare sa future réinsertion sociale.

D'autre part, le détenu malade ne peut choisir son médecin ni l'établissement de soins dans lequel il sera pris en charge. Cette absence de choix porte gravement atteinte à son droit au traitement. Une augmentation des effectifs de médecins et psychiatres en particulier résoudrait ce problème, afin de proposer au détenu plusieurs profils de soignants susceptibles de le prendre en charge.¹⁸⁸²

En principe, les détenus bénéficient d'un examen de santé dans les quarante-huit premières heures de leur incarcération. L'examen est réalisé par un infirmier puis par un médecin de l'unité sanitaire de l'établissement.¹⁸⁸³ L'examen porte essentiellement sur la santé somatique du détenu : existence d'une pathologie et d'un traitement, mise à jour des vaccinations, dépistages, point sur la consommation d'alcool, de tabac et de stupéfiants.

La vulnérabilité psychologique, les signes de dépression, d'actes d'automutilation ou de comportement suicidaire doivent être étudiés afin d'éviter que le détenu n'attente à ses jours dès qu'il se retrouvera dans sa cellule. Le médecin peut administrer un traitement s'il l'estime nécessaire au regard de l'état de santé mental du détenu et de son risque suicidaire.¹⁸⁸⁴

¹⁸⁸¹ *Ibid.*

¹⁸⁸² HERZOG-EVANS, M. (2006) *Droit pénitentiaire*, éd. Dalloz, p. 353 ; BLOCH-LAINE J-F (2004) « La dignité des personnes détenues est-elle respectée ? » Colloque « *Santé en prison : Dix ans après la loi, quelle évolution dans la prise en charge des personnes détenues ?* » 7 décembre 2004 ; THIERRY J-B (2004) « Aspects juridiques des droits des patients détenus et de l'éthique des soins en milieu carcéral », colloque « *Santé en prison : Dix ans après la loi, quelle évolution dans la prise en charge des personnes détenue ?* », 7 décembre 2004.

¹⁸⁸³ DELARUE, J-M (2013), *op. cit.*, p. 217.

¹⁸⁸⁴ *Ibid.*



Fig. 16 : une infirmière écoute à la porte d'une cellule¹⁸⁸⁵

La rareté de ces examens médicaux en pratique a été largement critiquée par le CGLPL en 2013. Lorsqu'il est organisé, il reste bref et sommaire et ne prend pas en compte les potentiels troubles psychiatriques du détenu¹⁸⁸⁶. Les signes avant-coureurs sont souvent dissimulés derrière son agressivité ou son mutisme et il est fondamental que le soignant réalisant l'examen médical y accorde la plus grande attention. Il peut à ce titre ordonner l'hospitalisation du détenu s'il considère que le risque suicidaire est élevé¹⁸⁸⁷.

Certains auteurs dénoncent une responsabilité trop lourde à porter pour les médecins généralistes et les psychiatres en milieu pénitentiaire. L'efficacité des soins psychiatriques est inévitablement limitée par la gravité des antécédents médicaux et judiciaires du détenu, sa comorbidité, les violences subies dans son enfance, etc.

Le psychiatre ne peut à lui seul réduire le risque suicidaire chez le détenu : cette tâche est également confiée aux surveillants pénitentiaires¹⁸⁸⁸. Ils peuvent par exemple ordonner le placement du détenu en cellule de protection d'urgence, une chambre d'isolement carcérale

¹⁸⁸⁵ Cahier de photos du rapport d'activités annuel 2012 du CGLPL, p. 9 : <http://www.cgpl.fr/wp-content/uploads/2013/04/les-photos-du-rapport-2012.pdf> (consulté le 25 avril 2019).

¹⁸⁸⁶ DELARUE, J-M (2013), *op. cit.*, p. 217.

¹⁸⁸⁷ *Ibid.*, p. 218.

¹⁸⁸⁸ ALBERNHE, J. F. (1997) *Criminologie et psychiatrie*. Ouvrage collectif, éd. Ellipses, p. 243.

empêchant tout passage à l'acte. Le mobilier y est réduit au minimum, les draps et les pyjamas sont en papier indéchirable afin d'éviter tout risque de pendaison ou de strangulation. Le placement dans cette cellule résout en urgence la TS mais pas la cause, à savoir la présence de troubles psychiatriques et dépressifs graves chez le détenu conduisant à l'acte suicidaire¹⁸⁸⁹.

En effet, le taux de suicide en prison est de 19 suicides pour 10 000 personnes écrouées en France, soit le plus haut taux de suicide carcéral en Europe : la doctrine évoque une « sursuicidalité carcérale ».¹⁸⁹⁰

Le rôle du psychiatre consiste principalement à soulager la souffrance du patient et l'accompagner dans la guérison de ses troubles mentaux lorsque cela est possible¹⁸⁹¹.

La réunion des trois conditions suivantes est nécessaire afin d'appréhender ces troubles dans les meilleures conditions¹⁸⁹² :

- Les troubles mentaux doivent être correctement identifiés et les soins appropriés disponibles
- Le malade doit consentir aux soins et en reconnaître le bien-fondé
- Le secret médical doit être respecté.

Ce dernier critère suppose que le psychiatre ne divulgue pas la nature ou la gravité des troubles dont souffre le détenu au personnel pénitentiaire. La confidentialité de ses données de santé est indispensable afin qu'un rapport de confiance puisse naître entre le soignant et le malade. Les soins psychiatriques (comme somatiques) seraient le cas échéant voués à l'échec.

Pourtant, la loi française du 25 février 2008 autorise le médecin généraliste ou le psychiatre à prévenir le directeur de l'établissement pénitentiaire lorsque le détenu présente un danger pour autrui ou lui-même. Cette procédure d'alerte permet de l'hospitaliser en UHSA ou en UMD au moyen de l'extraction médicale mais constitue une atteinte au droit au secret médical du détenu. De même, la loi du 15 août 2014¹⁸⁹³ réaffirmant le respect de ce droit ne changera rien en pratique. En plus de constituer une atteinte à un droit fondamental du malade, cette modalité conduit souvent à l'isoler, de crainte qu'il n'influence négativement le moral de ses codétenus.

¹⁸⁸⁹ DELARUE, J-M (2013), *op. cit.*, p. 218.

¹⁸⁹⁰ INED (2009) « Suicide en prison : la France comparée à ses voisins européens » *Populations & Société*, n°462, p. 114.

¹⁸⁹¹ ALBERNHE, J. F. (1997), *op. cit.*, p. 245.

¹⁸⁹² *Ibid.*

¹⁸⁹³ Loi n°2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales.

Cet isolement subi est susceptible d'aggraver son mal-être.

Il convient de mentionner à ce titre la création du fichier **Redex**, mis en application en vertu du décret du 23 mai 2018¹⁸⁹⁴. Il s'agit d'un répertoire des données à caractère personnel collectées dans le cadre des procédures judiciaires. Il modernise le fichier Hopsy de 1994, **logiciel de gestion qui assure dans chaque département le traitement automatisé des mesures d'hospitalisation sans consentement**. Il permet notamment aux ARS de tenir un échéancier de certificats médicaux, la gestion des sorties d'essai et définitives, etc.¹⁸⁹⁵

Ce nouveau répertoire national participe à la création du dossier judiciaire numérique unique pénal, inscrit dans le projet de loi de programmation 2018-2022 et de réforme de la justice, présenté en Conseil des ministres le 20 avril 2018.

Le Redex centralise également les expertises, les évaluations et examens psychiatriques, médico-psychologiques et pluridisciplinaires, « gigantesque banque de données des expertises [créant un] lien explicite entre malade mentale et délinquance ». ¹⁸⁹⁶

Sont concernés par ce fichage les personnes poursuivies ou condamnées pour des faits pour lesquels un suivi socio-judiciaire est encouru ou les personnes ayant fait l'objet de soins psychiatriques sans consentement.

Le sociologue français Michel Foucault aborde cette problématique du « fichage psychiatrique » dans son ouvrage *Surveiller et punir*. Il soutient que le fou et le délinquant sont l'objet de la méfiance de la société, donc de la surveillance et de la répression. Il développe « l'idée d'un système de police et de quadrillage de la population sur le modèle de la surveillance au temps de la peste ». Tous deux représentent le mal social, calqué sur le modèle de l'épidémie ; en somme, il faut surveiller les porteurs du mal pour les surveiller, voire les enfermer. ¹⁸⁹⁷

Selon le décret du 7 octobre 2016¹⁸⁹⁸, le fichier Redex est tenu par le service du casier judiciaire

¹⁸⁹⁴ Décret n°2018-383 du 23 mai 2018 autorisant les traitements de données à caractère personnel relatifs au suivi des personnes en soins psychiatriques sans consentement.

¹⁸⁹⁵ PY, B. (2014) « Le secret professionnel » in VIALLA, F. dir. *Les grandes décisions du droit médical*, LGDJ, 2e éd. 2014, pp. 305-318.

¹⁸⁹⁶ *Ibid*, p. 308.

¹⁸⁹⁷ *Ibid*.

¹⁸⁹⁸ Décret n°2016-1337 du 7 octobre 2016 portant changement d'appellation de la direction de la protection et de la sécurité de la défense.

sous l'autorité du ministre de la Justice mais placé sous le contrôle d'un magistrat dirigeant le service du casier judiciaire national. Cette organisation manque cruellement de cohérence... De plus, les données sont conservées pendant une durée de trente ans à compter du jour où ont été-réalisés l'examen, l'expertise ou l'évaluation en vertu de l'article R 53-21-20 CPP.

Ensuite, l'article R 53-21-7 CPP précise que l'accès au Redex est réservé aux seules autorités judiciaires « par un système de communication électronique sécurisé ». Il faut cependant s'inquiéter des accès indirects, c'est-à-dire des « destinataires des informations » :

- Les experts désignés par l'autorité judiciaire pour réaliser une expertise au cours de l'enquête, l'instruction, le jugement, l'exécution de la peine ou des soins psychiatriques
- Les experts ou les personnes désignées par la commission pluridisciplinaire des mesures de sûreté afin de réaliser une évaluation de dangerosité de la personne concernée
- Les membres de la commission pluridisciplinaire des mesures de sûreté.

En résumé, plusieurs milliers de destinataires potentiels ont accès à des informations auparavant garanties par le secret médical et / ou le secret de l'instruction. Or, « plus un secret a de gardiens, moins il est bien gardé »¹⁸⁹⁹.

La conservation et l'usage de ces données au sein de dossiers numériques est considéré comme un risque majeur d'atteinte aux libertés individuelles des intéressés au profit de nombreux organismes : administratifs, financiers, assurantiels, mais aussi l'administration pénitentiaire.¹⁹⁰⁰ De même, le malade psychiatrique n'a aucunement accès aux informations le concernant alors que la loi du 4 mars 2002 prévoit expressément un accès à ses données de santé.¹⁹⁰¹

Le danger de subtilisation et de détournement de ces informations sensibles a été pointé par le Comité consultatif national d'éthique.¹⁹⁰² Trois principaux risques doivent être mentionnés :

- Un risque de piratage ou de mésusage de ces informations comme pour toute banque de données

¹⁸⁹⁹ PY, B. (2014), *op. cit.*, p. 310.

¹⁹⁰⁰ ZORN, C. (2010) *Données de santé et secret partagé. Pour un droit de la personne à la protection de ses données de santé partagées*, PUN, p. 215.

¹⁹⁰¹ RENARD, S. & PECHILLON, E. (2018) « L'accès au dossier médical, un droit fondamental du patient », *Santé Mentale*, Acte Presse, p. 10.

¹⁹⁰² ZORN, C. (2013) *in* Vialla, F., *Les grands avis du Comité d'éthique*, dir., LGDJ, p. 748.

- Un risque de dénaturation du raisonnement judiciaire, privilégiant la notion subjective de dangerosité à la notion objective de culpabilité
- L'habitude, c'est-à-dire l'accoutumance à un stimulus répété. La multiplication des fichiers nous accoutume à ne plus réaliser que nos libertés individuelles sont sacrifiées sans bénéficier d'une réelle contrepartie en termes de sécurité.¹⁹⁰³

Cette déplorable dérive suscite une interrogation : « faut-il être mentalement malade pour embrasser la radicalisation religieuse et terroriste ? ».¹⁹⁰⁴ Le Redex crée un dangereux amalgame : les malades psychiatriques admis sous contrainte seraient davantage exposés à la radicalisation, voire seraient aussi dangereux que les terroristes. Ce fichier constitue donc une parfaite aberration et une atteinte disproportionnée aux droits et libertés des patients.

Face aux difficiles conditions d'incarcération et au risque d'apparition et d'aggravation de troubles mentaux chez les détenus, les agents pénitentiaires doivent accomplir un devoir de vigilance afin de réduire le risque suicidaire en prison.

- L'importance du devoir de vigilance des agents pénitentiaires face au risque suicidaire du détenu

Lorsque le détenu présente des besoins de santé psychiatriques ou somatiques graves, il peut bénéficier d'une suspension de sa peine pénale. Ces troubles peuvent être antérieurs à l'incarcération ou aggravés par celle-ci.

- La suspension de peine, une mesure de sécurité en faveur du détenu dévoyée

L'article 720-1 du CPP dispose que « l'exécution d'une peine d'emprisonnement peut être suspendue provisoirement [...] pour un motif grave d'ordre médical ». La suspension de peine permet de différer pour une durée déterminée l'exécution de la peine d'emprisonnement.¹⁹⁰⁵

¹⁹⁰³ PY, B. (2018) « Ficher les fous. Au sujet du traitement automatisé de données à caractère personnel dénommé 'Redex' (répertoire des expertises) » *Revue droit & santé*, n°84, pp. 611-614 ; VINCENT, E. (2018) « Radicalisation : un fichier inquiétant des psychiatres », *Le Monde*, article du 2 juin 2018.

¹⁹⁰⁴ CHAPEAU, P-Y & MIJUSKOVIC, V. (2018) « Le recul des libertés en psychiatrie sous couvert de prévention de la radicalisation » *Revue droit & santé* n°85, pp. 832-834.

¹⁹⁰⁵ MINISTERE FRANÇAIS DE LA JUSTICE (2010), au sujet de la définition de la suspension de la peine : <http://www.justice.gouv.fr/justice-penale-11330/les-decisions-judiciaires-pour-les-mineurs-12123/les-amenagements-de-peine-21095.html> (consulté le 3 novembre 2017), *np*.

Elle est mise en œuvre lorsque « le détenu est atteint d'une pathologie engageant le pronostic vital » ou si son « état de santé physique ou mentale est durablement incompatible avec le maintien en détention » (art. 720-1-1 CPP). Le juge d'application des peines peut ordonner cette mesure s'il l'estime nécessaire sur le fondement de deux expertises médicales distinctes.

Or, il n'est jamais requis que les 'experts' prouvent leur aptitude à déterminer la compatibilité de la détention avec l'état de santé du détenu. Ils ignorent souvent tout de la réalité de la vie carcérale. Le juge d'application des peines est d'ailleurs lié par ces expertises sans pouvoir les contester faute de connaissances suffisantes en la matière.¹⁹⁰⁶ Bien que contestable, cette modalité ne semble pas présenter de caractère sérieux afin de constituer une question prioritaire de constitutionnalité selon la Cour de cassation...¹⁹⁰⁷

Le même article précise que le détenu faisant l'objet d'une admission psychiatrique sous contrainte ne peut bénéficier d'une suspension de peine. Seul le détenu présentant une pathologie somatique mettant sa vie en péril est concerné par cette mesure.

De même, la suspension de peine peut être refusée « s'il existe un risque grave de renouvellement de l'infraction », autrement dit de récidive.¹⁹⁰⁸

Elle peut néanmoins être ordonnée « en cas d'urgence » au vu d'un certificat médical établi par le « médecin responsable de la structure sanitaire » de l'établissement carcéral.¹⁹⁰⁹

Précaution de sécurité oblige – car un patient détenu reste un détenu, donc potentiellement dangereux, « si la suspension de peine a été ordonnée pour une condamnation en matière criminelle, une expertise médicale destinée à vérifier que les conditions de la suspension sont toujours remplies doit intervenir tous les six mois ».¹⁹¹⁰ Le juge de l'application des peines conserve une appréciation souveraine quant à l'autorisation ou au refus de la suspension de la peine.

¹⁹⁰⁶ DE SUREMAIN, H. (2013) « Droits des détenus (art. 720-1-1 CPP et art. 3 CEDH) : réécriture de la loi à la faveur d'une QPC sur la suspension de peine pour raisons médicales » *La Revue des Droits de l'Homme*, 20 juillet 2013.

¹⁹⁰⁷ Cass. Crim. QPC, 26 juin 2013, 12-88284 in BALLANGER M. (2015), *op. cit.*, p. 67.

¹⁹⁰⁸ Loi n°2005-1549 du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales, complétée par le décret n°2006-385 du 30 mars 2006.

¹⁹⁰⁹ Article 720-1-1 du Code de procédure pénale.

¹⁹¹⁰ Loi n°2005-1549 du 12 décembre 2005, *op. cit.*

Le juge pénal doit évaluer la pertinence de l’incarcération avec prudence au regard « de l’état de santé, de l’âge et du lourd handicap [de la personne condamnée] et de sa vulnérabilité » sous peine de constituer un traitement inhumain et dégradant au sens de l’article 3 de la Convention dans l’arrêt *Rivière c. France*¹⁹¹¹. La Haute Cour dans cette même décision rappelle l’importance du droit d’accès à des soins de qualité pour le patient détenu. Elle prend en compte leur particulière vulnérabilité et « leur incapacité, dans certains cas, à se plaindre de manière cohérente ou à se plaindre tout court des effets d’un traitement donné sur leur personne ».¹⁹¹² L’Etat doit accorder une protection renforcée à ces individus en leur garantissant l’accès à des soins médicaux appropriés.¹⁹¹³ D’ailleurs, la CEDH précise dans ses arrêts *Kudla c. Pologne* et *De Donder et De Clippel*¹⁹¹⁴ qu’il ne peut découler de l’article 3 « une obligation générale de libérer un détenu pour motifs de santé ou de le placer dans un hôpital public afin de lui permettre d’obtenir un traitement médical d’un type particulier ».¹⁹¹⁵

Néanmoins, l’existence de troubles somatiques ou psychiatriques graves mettant en péril la vie du détenu crée une obligation de soins à la charge des autorités nationales. La non-exécution de cette obligation constitue un traitement inhumain et dégradant en vertu de l’article 3, tel que le maintien en détention du détenu atteint de graves troubles psychiatriques¹⁹¹⁶. Cette même obligation s’applique lorsque le détenu est fortement susceptible de commettre une infraction pénale, par exemple des violences volontaires commises en état de décompensation.

Le cas de M. M., détenu au sein de la maison d’arrêt de Valenciennes doit être mentionné¹⁹¹⁷. Suite à la commission de faits prohibés par la loi, le juge pénal le déclare coupable mais pénalement irresponsable en raison de troubles schizophréniques ayant totalement aboli son

¹⁹¹¹ CEDH, *Rivière c. France* (2006) ECHR n°46460/10 in Site Internet de l’OBSERVATOIRE INTERNATIONAL DES PRISONS (2009), « Cour d’appel d’Aix-en-Provence (13) : examen demain de la demande de libération d’un schizophrène soumis à une détention inhumaine » article du 13 mai 2009 : <https://oip.org/communique/cour-dappel-daix-en-provence-13-examen-demain-de-la-demande-de-liberation-dun-schizophrane-soumis-a-une-detention-inhumaine/> (consulté le 13 novembre 2017), np.

¹⁹¹² CEDH 11 juill. 2006, *Rivière c/ France*, n° 33834/03, § 63, D. 2007. 1229, obs. J.-P. Céré, M. Herzog-Evans et E. Péchillon ; RSC 2007. 350, chron. P. Poncela , RTDH 2007. 261, note J.-P. Céré.

¹⁹¹³ VIOUJAS, V. (2011) *op. cit.*, p. 1073.

¹⁹¹⁴ CEDH, 6 décembre 2011, *De Donder et De Clippel c/ Belgique*, n°8595/06.

¹⁹¹⁵ *Kudla c. Pologne*, CEDH, 26 octobre 2000, Req. N°30210/96.

¹⁹¹⁶ *Rivière c. France* (2006) ECHR n°46460/10.

¹⁹¹⁷ Site Internet de l’OBSERVATOIRE INTERNATIONAL DES PRISONS (2012) « Maison d’arrêt de Valenciennes (59) : un jeune schizophrène déclaré irresponsable pénalement, maintenu en prison au détriment de sa santé » article du 1er octobre 2012 : <https://oip.org/communique/maison-darret-de-valenciennes-59-un-jeune-schizophrane-declare-irresponsable-penalement-maintenu-en-prison-au-detriment-de-sa-sante/> (consulté le 9 novembre 2017), np.

discernement. Au lieu d'être hospitalisé sous contrainte, il est incarcéré contrairement aux dispositions de l'article D 398 CPP : « les détenus atteints de troubles mentaux [...] ne peuvent être maintenus dans un établissement pénitentiaire ».

Son état de santé mental se dégrade dès les premiers mois de son incarcération : mutique, il sort rarement de sa cellule et accomplit difficilement les gestes de la vie quotidienne (se laver, s'habiller). Il est hospitalisé à de nombreuses reprises, le plus souvent en raison d'un refus de s'alimenter ou d'actes d'automutilation. De surcroît, le psychiatre de l'établissement carcéral ne peut examiner M. M. qu'une fois par mois « en raison du grand nombre de patients et [de leurs] diverses sollicitations »¹⁹¹⁸. L'avocat du détenu fait valoir son « état de souffrance et de désespoir alarmant » afin qu'il soit hospitalisé dans les meilleurs délais (demande de suspension de peine).

Saisi des faits, le Tribunal de grande instance de Valenciennes rejette cette demande, arguant que cette hospitalisation « n'est pas adaptée à la situation du patient ».¹⁹¹⁹ L'expertise médicale rappelle que « le sujet n'est pas en capacité de comprendre le sens de la sanction pénale dont il fait l'objet », connaît des « moments d'absences » et « ses réponses [sont] souvent inaudibles »¹⁹²⁰. Le juge propose néanmoins l'hébergement du malade au SMPR de Lille afin qu'il y bénéficie de soins psychiatriques. Or, le SMPR reste une structure de soins ambulatoires rattachée à la maison d'arrêt de Lille ; le détenu reste donc incarcéré malgré ses graves troubles psychiatriques.

Il faut déplorer à ce sujet les conditions d'incarcération du détenu, « confiné dans une cellule de 9m², 21 heures par jour... [partageant] sa cellule avec un voire deux détenus... il a souvent dormi sur un matelas posé à même le sol »¹⁹²¹. Il a de même subi « la présence de nuisibles » et « la remontée d'odeurs nauséabondes des canalisations »¹⁹²². L'insalubrité de ces conditions de vie ne peut que conduire qu'à l'aggravation des troubles du patient. Pourtant, le juges du fond se sont obstinés à prolonger son incarcération en raison de sa 'dangerosité' selon le

¹⁹¹⁸ *Ibid.*

¹⁹¹⁹ *Ibid.*

¹⁹²⁰ *Ibid.*

¹⁹²¹ CHEREUL, A. (2012) « Schizophrénie et prison – Cas d'un jeune en prison et en perdition » *Le Nouvel Observateur*, article du 20 avril 2012.

¹⁹²² LE MONDE (2013) « L'Etat condamné à verser 12 000 euros à un détenu de Valenciennes » article du 17 janvier 2013.

personnel pénitentiaire¹⁹²³.

L'avocat du détenu fait alors appel. En 2013, la cour d'appel de Douai¹⁹²⁴ retient la responsabilité civile de l'État du fait de l'établissement pénitentiaire dans lequel M. M. était incarcéré en réparation du préjudice lié « à une prise en charge inadaptée » de sa maladie et de conditions de détention « contraires à la dignité humaine ». Le détenu obtient 12 000 euros de dommages et intérêts.¹⁹²⁵

Cette décision révèle le caractère inhumain et dégradant des conditions d'incarcération et l'incapacité des prisons à dispenser des soins somatiques et psychiatriques adaptés. L'hospitalisation devrait toujours être mise en œuvre lorsque le détenu souffre de troubles mentaux graves : l'obstination des juges à poursuivre l'incarcération met gravement en danger le malade et ses codétenus.

De même, il faudra faire remarquer que les personnes placées en détention provisoire ou en garde à vue ne peuvent bénéficier d'une suspension de peine pour raison médicale. Ce régime moins protecteur supprime leur droit au traitement.¹⁹²⁶

Le manque de moyens humains et financiers constitue un obstacle de taille à l'administration de soins somatiques et psychiatriques adaptés en milieu carcéral. Il sera d'autant plus difficile pour le détenu de demander l'accès aux soins en raison de la réticence opposée par certains agents pénitentiaires.

- Le difficile accès aux soins psychiatriques des détenus

Il est clair que le droit au traitement du détenu n'est pas respecté malgré les déclarations du législateur à l'occasion des lois du 18 janvier 1994 et du 24 novembre 2009 : la 'qualité et la continuité des soins' demeurent à l'état de théorie, loin des réalités du terrain.¹⁹²⁷ Son

¹⁹²³ CHEREUL, A. (2012), *op. cit.*, *np*.

¹⁹²⁴ Cour d'appel de Douai, ordonnance n°12/05941, 7 janvier 2013.

¹⁹²⁵ LE MONDE (2013), *op. cit.*, *np*.

¹⁹²⁶ METTETAL, A. (2004) « L'inégalité des détenus en fin de vie devant l'élargissement » in *Ethos et Thanatos*, Les Etudes Hospitalières ; VITU, V. A. (1999) « Dignité de la personne et procès pénal » in *Ethique, droit et dignité de la personne, mélanges Christian Bolze*, Economica, p. 387 ; METTETAL, A. & SAUTEL, O. (2004) « Prise en charge médicale et privation de liberté » *Revue droit & santé*, n° 2, pp. 143-145 ; PONSEILLE, A. (2011) « Plaidoyer pour la création de la suspension de détention provisoire pour raison médical : entre nécessité et inutilité... » *Revue droit & santé* n°42, pp. 415-422.

¹⁹²⁷ HERZOG-EVANS, M. (2010) « La loi pénitentiaire n°2009-1436 du 24 novembre 2009 : Changement de paradigme pénologique et de toute-puissance administrative » *Recueil Dalloz*, 2010, p. 31.

hospitalisation psychiatrique en urgence ne semble mise en œuvre qu'en cas d'urgence absolue : actes d'automutilation, tentative de suicide, phase de décompensation, violences commises sur un agent pénitentiaire ou un codétenu, etc. Hormis ces situations d'urgence, il est fréquent que le médecin généraliste constate que le détenu souffre de graves troubles psychiatriques au cours d'une visite médicale. Il peut alors demander l'hospitalisation du détenu¹⁹²⁸.

En théorie, le détenu doit effectuer sa demande de soins par écrit auprès de l'UCSA (Unité de consultation et de soins ambulatoires). Il peut faire appel à un écrivain public s'il ne sait pas écrire ou demander ce service à un autre détenu au risque que ce dernier exige un paiement en retour.¹⁹²⁹ Bien souvent, le détenu n'exerce pas ce droit faute d'information... Lorsqu'elle est rédigée, la demande est déposée dans une boîte prévue à cet effet et relevée quotidiennement par les agents pénitentiaires.

Cependant, les établissements pénitentiaires ne bénéficiant pas de cet aménagement sont nombreux, complexifiant inutilement la transmission des demandes de soins des détenus.¹⁹³⁰



Fig. 17 : porte d'entrée du service pénitentiaire d'insertion et de probation... interdit d'accès aux détenus¹⁹³¹

¹⁹²⁸ DELARUE, J-M (2013), *op. cit.*, pp. 208-209.

¹⁹²⁹ DELARUE, J-M (2012), *op. cit.*, p. 238.

¹⁹³⁰ COUR DES COMPTES (2014) *Rapport public annuel 2014* in BALLANGER M. (2015) *L'effectivité des droits des détenus en tant que patients*, mémoire soutenu sous la direction d'Adeline GOUTTENOIRE, Université de Bordeaux, LEH éditions, p. 16.

¹⁹³¹ Cahier de photos du rapport d'activité annuel du CGLPL, année 2011, p. 10 : http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2012/02/CGLPL_rapport-2011_photos.pdf (consulté le 25 avril 2019).

En l'absence d'un nombre suffisant de soignants ou d'auxiliaires de vie en milieu carcéral, il n'est pas rare que le codétenu délivre certains soins ou aide le détenu dépendant. Il aide par exemple le détenu âgé et / ou souffrant de troubles psychiatriques lourds à accomplir les gestes de la vie quotidienne ou à prendre son traitement, agissant en quelque sorte par bénévolat.¹⁹³² Pourtant, le poids de cette responsabilité ne devrait pas reposer sur le codétenu ne disposant pas de formation ni de rémunération adaptée. La qualité des soins dispensés ne peut être garantie ; le détenu doit être rapidement mobilisable, compétent, accepté par le patient, n'avoir aucun conflit d'intérêt avec lui... autant de conditions que le codétenu ne peut remplir.¹⁹³³

Une fois cette étape remplie, la demande de soins psychiatriques doit être obtenue. Il arrive pourtant que cette demande ne soit pas remise à l'UCSA parce que la boîte prévue à cet effet n'a pas été vérifiée ou parce qu'un agent pénitentiaire n'a pas transmis la demande¹⁹³⁴.

En effet, le personnel pénitentiaire craint que la demande de soins psychiatriques soit instrumentalisée. Le patient simulerait des troubles psychiatriques afin d'échapper à sa peine d'emprisonnement en bénéficiant d'une suspension de peine. C'est la raison pour laquelle environ 20% des demandes de soins psychiatriques en milieu carcéral se voient refusées.¹⁹³⁵

Il est parfois exigé qu'un bulletin de refus soit rempli par le surveillant et signé par le détenu lorsque la demande de soins a été refusée. Le bulletin mentionne le motif de refus de soins mais cette procédure n'est pas obligatoire dans la majorité des établissements pénitentiaires¹⁹³⁶.

Les surveillants peuvent eux-mêmes adresser un courrier à l'UHSA de rattachement afin d'hospitaliser le détenu sous contrainte. Il s'agit de l'hypothèse où le détenu se trouve dans une situation de détresse telle qu'une tentative de suicide est à craindre à tout moment. Dans son arrêt du 17 décembre 2008, le Conseil d'Etat rappelle « qu'eu égard à la vulnérabilité et à leur situation d'entière dépendance vis-à-vis de l'administration, il appartient tout particulièrement à celle-ci [...] et aux directeurs des établissements pénitentiaires, en leur qualité de chef de service, de prendre les mesures propres à protéger [la] vie [du détenu] ». ¹⁹³⁷

¹⁹³² GROUPE NATIONAL DE CONCERTATION PRISON (2013) « Les personnes âgées en prison », *La santé à l'épreuve de la prison ?* 20^e journée nationale de la prison, du 25 au 30 novembre 2013, p. 228.

¹⁹³³ SANNIER, O. (2014) « Détention et vulnérabilité : Quelles compensations des situations de handicap en milieu carcéral ? » *Santé et Justice*, éd. L'Harmattan, champ pénitentiaire, p. 291.

¹⁹³⁴ DELARUE, J-M (2012), *op. cit.*, p. 238.

¹⁹³⁵ *Ibid*, p. 211.

¹⁹³⁶ *Ibid*, p. 238.

¹⁹³⁷ Conseil d'Etat, 17 décembre 2008, *Observatoire International des prisons*, arrêt n°305594.

Les surveillants pénitentiaires ne sont pas suffisamment formés à la question des troubles mentaux et leurs connaissances du risque suicidaire sont approximatives. Ils sont pourtant les premiers à constater l'apparition de troubles psychiatriques du détenu ou l'expression de sa détresse (perte d'appétit, refus de promenade, mutisme...) ¹⁹³⁸.

Les soignants exerçant en prison sont souvent résignés face à l'ampleur de leur fonction : « exercer en prison, c'est assister mais aussi accepter d'être impuissant face aux conditions de détention parfois indignes que subissent [les] patients. C'est aussi les aider à accepter et à supporter parfois l'insupportable » notamment concernant les visites et les demandes de certificats au quartier disciplinaire, « lieu hautement suicidogène... Comment ne pas se sentir tout à la fois utiles et coupables ? ». ¹⁹³⁹

Le Dr. Moron, psychiatre français, a exercé toute sa vie en milieu carcéral. Il assure que la bonne gestion du risque suicidaire s'accompagne d'un diagnostic clair et d'une prise en charge en amont. Le cas échéant, la tentative de suicide serait inévitable et répétée si infructueuse. ¹⁹⁴⁰ Il revient donc à l'administration pénitentiaire de surveiller les détenus afin qu'ils ne commettent l'irréparable et de prendre toutes les mesures en ce sens. Face à l'urgence de cette situation, plusieurs plans d'action ont vu le jour ces dernières années : évaluation des personnes détenues afin de « repérer les situations à risques », formation des personnels pénitentiaires, mesures de prévention telles que la désignation du « codétenu de soutien », la mise en place dans chaque quartier de l'établissement pénitentiaire d'un kit de premier secours, d'un ballon de réanimation, d'un outil permettant de couper les matières fibreuses en cas de pendaison ou de strangulation, etc. ¹⁹⁴¹ Malgré un bilan assez positif des actions mises en place en raison d'une meilleure détection des TS, l'augmentation du taux de suicide depuis 2008 reste inquiétante et de nombreux efforts doivent encore être fournis. ¹⁹⁴²

Citons à ce titre l'exemple du détenu ayant tenté de s'immoler dans sa cellule ; seule la fumée noire s'échappant du bas de la porte a permis d'avertir le surveillant de cette tentative de

¹⁹³⁸ DELARUE, J-M (2012), *op. cit.*, p. 218.

¹⁹³⁹ DANIEL, A. & PAULET, C. (2010) « Le cas des patients en détention » *Revue générale de droit médical*, n°37, p. 216.

¹⁹⁴⁰ BOUVAREL, A. & SPRENG, M. (2004) *Le suicide en prison – Un entretien avec le professeur Pierre Moron*, Centre national audiovisuel en santé mentale Lorquin.

¹⁹⁴¹ HENRY, V. A. (2010) « Un suicide qui dérange : le suicide en prison » *AJ Pénal* 2010, p. 437.

¹⁹⁴² ALBRAND, L. (2009) *La prévention du suicide en milieu carcéral*, rapport au garde des Sceaux, janvier 2009, p. 149.

suicide. Dans un autre cas, c'est le prisonnier qui empêche le codétenu de s'ouvrir les veines et appelle un surveillant.¹⁹⁴³ Le moyen suicidaire le plus fréquent en prison reste la pendaison dans 73% des cas, sans oublier l'absorption de substances létales, la strangulation, l'utilisation d'une arme à feu ou l'overdose de stupéfiants¹⁹⁴⁴.

Face à l'urgence, le personnel pénitentiaire déclenche une intervention médicale en appelant le SAMU. De nuit, empêcher la commission de l'acte suicidaire est encore plus délicat : il est rare que plus d'un médecin d'astreinte soit présent sur les lieux, les effectifs d'agents pénitentiaires sont réduits et la communication avec eux quasi-impossible¹⁹⁴⁵. De plus, les contraintes sécuritaires empêchent les services médicaux de pénétrer dans la cellule du patient concerné en temps utile.¹⁹⁴⁶

Le CGLPL mentionne le cas d'une tentative de suicide empêchée par le codétenu ayant appelé les pompiers avec son téléphone portable. Malgré ses appels répétés, aucun surveillant ne s'était présenté à la porte de la cellule.¹⁹⁴⁷

Dans un autre cas, la Cour administrative d'appel de Nancy a retenu la responsabilité du surveillant pénitentiaire n'ayant pas pu ouvrir la porte de la cellule en feu d'un détenu, décédé peu après.¹⁹⁴⁸

Lorsque la responsabilité de l'Etat est recherchée à l'occasion du suicide d'un détenu, la faute, c'est-à-dire le défaut de surveillance du détenu suicidaire est-elle imputable à l'administration pénitentiaire ou au corps médical ?

Cette question s'est posée dans l'arrêt *Massioui* de 2012 rendu par le Conseil d'Etat. En l'espèce, le détenu s'est suicidé trois jours après son incarcération. Ses parents ont agi en responsabilité contre l'Etat en raison d'un défaut de surveillance : il s'agissait de savoir qui des surveillants ou des soignants n'avaient pas empêché l'acte suicidaire du détenu. Le Conseil d'Etat n'a pas retenu la responsabilité de l'Etat car les parents du détenu n'avaient pas apporté la preuve d'un défaut de surveillance. Le détenu faisait l'objet d'une prise en charge médicale avant d'être incarcéré et son acte n'était pas prévisible. En tout état de cause, les deux corps de profession sont tenus d'une obligation de surveillance renforcée *in solidum* en cas de suicide

¹⁹⁴³ DELARUE, J-M (2013), *op. cit.*, p. 139.

¹⁹⁴⁴ BOUVAREL, A. & SPRENG, M. (2004), *op. cit.*, np.

¹⁹⁴⁵ DELARUE, J-M (2013), *op. cit.*, p. 139.

¹⁹⁴⁶ HERZOG-EVANS, M. (2013) *Droit pénitentiaire*, éd. Dalloz, p. 361.

¹⁹⁴⁷ DELARUE, J-M (2013), *op. cit.*, p. 139.

¹⁹⁴⁸ CAA Nancy, 25 janvier 2007, n°06NC00515 in BALLANGER M. (2015), *op. cit.*, p. 20.

du détenu.¹⁹⁴⁹

En effet, depuis l'entrée en vigueur de la loi du 18 janvier 1994, la prise en charge des détenus constitue une mission de service public. Il est logique que la responsabilité de l'Etat puisse être engagée du fait de l'administration hospitalière ou pénitentiaire si ce service n'est pas assuré.¹⁹⁵⁰

La circulaire du 6 avril 2002¹⁹⁵¹ énonce que la prise en charge des détenus ne se limite pas aux seules mesures de surveillance déjà mises en place par les surveillants pénitentiaires. Ils doivent observer un devoir de vigilance, « conserver le prisonnier en vie afin qu'il exerce sa peine dans toute sa réalité, dans toute sa dureté et qu'il conserve à l'issue de celle-ci sa santé mentale et physique afin qu'il comprenne toute la portée de la peine ». Sans surprise, « le suicide est mal vécu par les surveillants, tel l'échec de ne pas avoir pu empêcher la perte d'un être humain ».¹⁹⁵²

Renforcer les effectifs de soignants et d'agents pénitentiaires en milieu carcéral est donc une nécessité afin de réduire le risque suicidaire.

Dès 2001, le CPT avait conseillé au gouvernement français d'équiper les cellules d'un système d'appel afin d'alerter les surveillants et limiter les délais d'accès aux cellules en cas d'urgence, recommandation rarement mise en œuvre encore aujourd'hui...¹⁹⁵³

La CEDH réaffirme l'importance de ce devoir de vigilance¹⁹⁵⁴ reposant sur les agents pénitentiaires et les autorités nationales dans l'arrêt *Ketreb c. France*¹⁹⁵⁵. Le juge européen

¹⁹⁴⁹ CE, 24 avril 2012, *M. et Mme Massioui*, n° 342104 in BELRAHALI-BERNARD (2012) *AJDA* 2012, p. 1665 ; note ARBOUSSET, H., *JCP Adm.*, 2012, n° 2304 ; BONNE-HARBIL, A. (2012) « Suicide d'un détenu : Répartition des responsabilités entre l'Etat et les soignants » *Revue droit & santé* n°48, pp. 490-493.

¹⁹⁵⁰ SAISON-DEMARS J. (2015) « Le suicide d'un détenu : Aux frontières des responsabilités hospitalière et pénitentiaire » in *Mélanges en l'honneur de Gérard Mémeteau. Droit médical et éthique médicale : regards contemporains*, Bordeaux, LEH Editions, pp. 141-145 ; MAUGUE, C. & THIELLAY, J-F. (2010) *La responsabilité du service public hospitalier*, LGDJ, p. 34 ; MELLERAY, F. (2010) « Avancée de l'obligation *in solidum* en matière de responsabilité extracontractuelle de la puissance publique », *Dr adm.*, n°10, comm. 135 ; BELRHALI-BERNARD, H. (2011) « Quand l'obligation *in solidum* des coauteurs progresse en droit administratif », *AJDA*, p. 116.

¹⁹⁵¹ Circulaire DGS/SD6C n°2002-258 du 6 avril 2002 relative à la prévention des suicides dans les établissements pénitentiaires.

¹⁹⁵² BOUVAREL, A. & SPRENG, M. (2004), *op. cit.*, np.

¹⁹⁵³ COMITE DE PREVENTION DE LA TORTURE (2001) *Rapport général d'activités sur les normes en matière d'emprisonnement* (CPT/Inf(2001) 10), p. 174.

¹⁹⁵⁴ Raffray c. France (2010) ECHR n°36276/10 in DELARUE, J-M (2013), *op. cit.*, p. 205.

¹⁹⁵⁵ Ketreb c. France (2012) n°38447/09 in DELARUE... *op. cit.*, p. 205.

établit un critère de faisceau d'indices afin d'évaluer le degré de détresse du détenu prenant en compte :

- Sa vulnérabilité psychique
- L'existence ou non d'un traitement psychiatrique adapté à ses troubles
- La présence chez le détenu d'une détresse intense, excédant le niveau de souffrance inévitable et inhérent à la détention.¹⁹⁵⁶

Les effectifs insuffisants de soignants et la surpopulation carcérale aggravent cette absence de prise en charge des détenus. En théorie, le dépassement de ce niveau de détresse devrait conduire les agents pénitentiaires à ordonner l'admission psychiatrique du détenu dans les meilleurs délais. A défaut, la responsabilité de l'Etat du fait de l'établissement pénitentiaire serait engagée¹⁹⁵⁷.

A titre d'exemple, le détenu schizophrène est doublement vulnérable par sa condition de détenu et la gravité de cette pathologie.¹⁹⁵⁸ L'établissement d'un tel diagnostic concernant le détenu doit inciter les surveillants pénitentiaires à faire preuve de la plus grande vigilance au cours de sa peine.

Dès lors, le manque de considération accordé au détenu souffrant de troubles mentaux mène inmanquablement à leur aggravation et parfois à la tentative de suicide.

- L'acte suicidaire, conséquence de l'abandon du détenu en détresse

Il n'est pas rare que le détenu commette une tentative de suicide lorsque sa détresse est telle qu'il souhaite se supprimer. Cette détresse prend source dans les conditions de son incarcération aussi insalubres que dégradantes, mais également dans l'apparition ou aggravation de ses troubles mentaux.

Il faut ici citer l'exemple de M. H., condamné à sept ans de réclusion criminelle pour homicide volontaire. Les psychiatres s'opposent à son incarcération en raison de ses troubles psychiatriques (troubles dépressifs graves, schizophrénie, hallucinations). Il bénéficie de quelques hospitalisations de courte durée, bien insuffisantes au regard de son état de santé mental. Une fois réincarcéré, aucune mesure particulière de surveillance n'est mise en place

¹⁹⁵⁶ Raffray c. France (2010) ECHR n°36276/10 in DELARUE... *op. cit.*, p. 205.

¹⁹⁵⁷ *Ibid.*, p. 216.

¹⁹⁵⁸ CEDH, 6 décembre 2011, *De Donder et De Clippel c/ Belgique*, n°8595/06.

malgré sa vulnérabilité.

Déjà très fragile, son état de santé mental se dégrade au cours de sa détention : il multiplie les incidents disciplinaires, les destructions de matériel et les propos agressifs. Les six demandes d'hospitalisation adressées par les psychiatres au préfet sont refusées. Ils affirment que l'hospitalisation psychiatrique de M. H. est « urgente et indispensable... [il n'a] plus sa place en milieu pénitentiaire et nécessite des soins en milieu spécialisé au regard de son état totalement dégradé et d'un risque de passage à l'acte auto - agressif ».

Il est placé au quartier disciplinaire « sept fois, pour une durée totale de soixante et onze jours » en raison de son comportement agité, provoquant « une altération de son état général avec amaigrissement ».¹⁹⁵⁹

Ils rappellent pourtant que « le taux de suicide y est sept fois supérieur à celui observé en détention normale » ; à cela s'ajoute l'interdiction pour M. H. de recevoir des visites « pour des raisons de sécurité ». Face à l'obstination des psychiatres, le préfet ordonne enfin l'hospitalisation sous contrainte du détenu.

En raison de son comportement 'imprévisible', il est hospitalisé dans une chambre fermée pendant trois semaines « les membres supérieurs et inférieurs attachés au lit par des sangles, avec possibilité d'aller à la douche ou aux toilettes une fois par jour sous surveillance renforcée »¹⁹⁶⁰. Réincarcéré à l'issue de ces trois semaines de 'soins', il met fin à ses jours par pendaison « avec une corde de tissu attachée au tuyau des toilettes » le 25 mars 2006.

L'arrêt de la cour administrative de Douai du 22 mars 2012 ne retient aucune faute commise par l'administration pénitentiaire dans le suicide du détenu¹⁹⁶¹. Aucune réflexion n'est menée sur l'incompatibilité du maintien de l'incarcération avec l'état de santé mental du détenu ou la qualité des 'soins' psychiatriques dont il a fait l'objet. L'affaire est néanmoins renvoyée au fond afin de réexaminer les faits. Le 11 juin 2014, le Conseil d'Etat annule l'arrêt d'appel et reconnaît cette fois-ci l'absence de surveillance spéciale du détenu reprochée aux agents pénitentiaires. Ils s'étaient limités à des rondes d'écoute la nuit du passage à l'acte de M. H. sans effectuer de contrôle visuel dans sa cellule, ni demandé une hospitalisation psychiatrique

¹⁹⁵⁹ SITE INTERNET DE L'OBSERVATOIRE INTERNATIONAL DES PRISONS (2015a) « Suicide en prison : l'Etat de nouveau condamné pour faute », article du 2 juin 2015 : <https://oip.org/communiqu/suicide-en-prison-letat-de-nouveau-condamne-pour-faute/> (consulté le 21 septembre 2018), *np*.

¹⁹⁶⁰ *Ibid.*

¹⁹⁶¹ Conseil d'Etat, arrêt du 11 juin 2014, n°359739.

de longue durée en raison de son état mental dégradé. Ces carences ont clairement facilité le passage à l'acte du malade. Le Conseil d'Etat reconnaît la faute de l'administration pénitentiaire et engage la responsabilité de l'Etat, le condamnant au versement de 78 000 euros de dommages et intérêts à la famille du détenu en réparation du préjudice moral subi par la mort de M. H.¹⁹⁶²

Face à de telles déficiences au sein des établissements pénitentiaires et des structures de soins psychiatriques, quelles pistes peuvent être envisagées afin d'améliorer la qualité des soins dispensés ?

- Les pistes d'amélioration de la qualité des soins, de l'établissement pénitentiaire à l'hospitalisation de l'ex-détenu

Face à l'importance du risque suicidaire en prison, le CGLPL formule en 2013 des recommandations dans le but d'améliorer la qualité des soins somatiques et psychiatriques dispensés aux détenus¹⁹⁶³ :

- Donner la priorité au soin et non à la répression

Le détenu doit être traité comme un patient pendant les soins, non comme un criminel et il est primordial que les effectifs de soignants soient renforcés dans cette perspective¹⁹⁶⁴

- Donner au détenu la possibilité de choisir son médecin

Ce droit n'est pas respecté en pratique bien qu'il soit prévu par l'article D 365 du CPP.

- Augmenter les ressources financières allouées aux soins psychiatriques et somatiques des détenus
- Rechercher le consentement du détenu aux soins chaque fois que cela est possible
- Assurer le respect du secret médical

En pratique, les soignants ne peuvent refuser de communiquer les données de santé du détenu au personnel pénitentiaire en raison d'un impératif de sécurité. Or, cet impératif ne peut justifier la violation du droit du patient détenu au secret médical.

- Assurer systématiquement un traitement de substitution pour les patients toxicomanes

Par exemple, le détenu dépendant aux opiacés (morphine, héroïne) peut se voir administrer un

¹⁹⁶² Conseil d'Etat, arrêt du 7 mai 2015, arrêt *M. Zinedine H.*

¹⁹⁶³ DELARUE, J-M (2013), *op. cit.*, p. 138.

¹⁹⁶⁴ HAZAN, A. (2015), *op. cit.*, p. 62.

traitement de substitution, c'est-à-dire des substances moins toxiques produisant des effets similaires à l'opiacé (méthadone, buprénorphine).¹⁹⁶⁵

L'intérêt du traitement de substitution est double :

- Il prépare le détenu à un sevrage progressif des substances dont il est dépendant, l'effet d'accoutumance du traitement de substitution étant moins important
- Il empêche la création d'un trafic des substances brutes parmi les codétenus.

La dureté des conditions d'incarcération conduit logiquement les détenus toxicomanes à se réfugier dans leur addiction afin de rendre leur quotidien supportable. Cette demande conduit d'autres détenus à en faire commerce.¹⁹⁶⁶

Il faut saluer une meilleure accessibilité aux traitements de substitution chez les détenus qui n'était que de 2% en 1998 et 9% en 2013. Elle reste néanmoins plus difficile contrairement à la population globale¹⁹⁶⁷. De même, la consommation d'alcool et de tabac est toujours répandue dans les prisons et l'accès aux cellules non-fumeur n'est pas garanti.¹⁹⁶⁸

La question du consentement aux soins soulève l'inévitable question de **la grève de la faim du patient détenu**. Elle est définie par « le refus proclamé par un sujet de s'alimenter dans une protestation, de contestation ou de revendication soit contre le régime pénitentiaire soit contre l'autorité judiciaire, en tous les cas contre la situation qu'il subit ». ¹⁹⁶⁹

Elle peut être partielle ou totale et peut s'accompagner d'un refus de s'hydrater. En principe, l'administration pénitentiaire et l'équipe médicale de l'établissement sont tenues de respecter la volonté du détenu « sauf lorsque son état de santé s'altère gravement ». ¹⁹⁷⁰

Toutefois, le chef d'établissement peut ordonner le placement du détenu gréviste de la faim au quartier disciplinaire pour « des raisons tenant à l'ordre et à la sécurité de l'établissement ». Il

¹⁹⁶⁵ DELARUE, J-M (2012), *op. cit.*, p. 241.

¹⁹⁶⁶ *Ibid.*

¹⁹⁶⁷ Site Internet de l'OBSERVATOIRE INTERNATIONAL DES PRISONS (2016) « Prise en charge sanitaire des détenus : nouvel état des lieux accablant », article du 24 octobre 2016 : <https://oip.org/analyse/prise-en-charge-sanitaire-des-detenus-nouvel-etat-des-lieux-accablant/> (consulté le 9 novembre 2017), *np*.

¹⁹⁶⁸ *Ibid.*

¹⁹⁶⁹ BOURGOIN N. & GIRARD C. (2000) « Les automutilations et les grèves de la faim en prison » *Revue de science criminelle et de droit pénal comparé*, n°2000, p. 657.

¹⁹⁷⁰ Article D 364 du Code de procédure pénale ; MINISTERE DE LA JUSTICE (2009) *Guide des droits et devoirs de la personne détenue*, p. 43 ; Circulaire interministérielle n° DGOS/DSR/DGS/DSS/DAP/DPJJ/2012/373 du 30 octobre 2012 relative à la publication du guide méthodologique sur la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice.

est prévu que l'équipe médicale poursuive la surveillance quotidienne de l'état de santé du détenu (ex : prises de sang quotidiennes afin d'évaluer les carences potentielles). En pratique, cet isolement est justifié par la volonté de faire cesser la grève de la faim du détenu qui n'aura plus la volonté de poursuivre son jeûne, ainsi isolé...¹⁹⁷¹

En somme, le détenu gréviste est supposé avoir le droit de ne pas s'alimenter, sauf si le directeur d'établissement souhaite y mettre un terme en l'isolant. Il crée un bras de fer moral dont le détenu sera le premier à souffrir. Il est regrettable qu'un tel pouvoir soit confié, menaçant gravement la santé somatique et psychiatrique du détenu.

En toute hypothèse, l'administration pénitentiaire doit garder en vie les détenus et préserver leur santé dans la mesure du possible tout au long de l'incarcération. C'est la raison pour laquelle mettre arbitrairement fin à la grève de la faim du détenu est une « mesure dictée par une nécessité thérapeutique [...] ni inhumaine, ni dégradante » lorsque celui-ci se trouve en danger de mort.¹⁹⁷²

Cependant, les mesures employées à l'occasion de l'alimentation forcée du détenu ne doivent pas être constitutives d'un traitement inhumain et dégradant au sein de l'article 3 de la Convention européenne. Le fait d'attacher le détenu par des menottes à une chaise ou un radiateur et le contraindre d'avalier une substance nutritive par un tuyau en caoutchouc contrevient à cette interdiction.¹⁹⁷³ Les modalités de soins doivent assurer le respect de la dignité du détenu en toutes circonstances.

Une prise en charge psychiatrique appropriée est devenue une évidence en milieu carcéral comme à l'extérieur. Dans cette optique, le NICE (Institut national britannique pour l'excellence clinique) formule en 2004 ses recommandations afin de faciliter l'accès aux soins psychiatriques des détenus. Il s'agit du programme IAPT¹⁹⁷⁴ visant à traiter en priorité leurs troubles dépressifs et anxieux. En effet, les coûts sociaux et financiers de ces troubles sont conséquents et il convient de les réduire dans l'intérêt des pouvoirs publics soucieux de réduire

¹⁹⁷¹ BALLANGER M. (2015), *op. cit.*, p. 41.

¹⁹⁷² CEDH 5 avril 2005, *Nevmerjitski c. Ukraine*, req. N°54825/00 in BALLANGER M. (2015), *op. cit.*, p. 42.

¹⁹⁷³ CEDH 5 avril 2005, *Nevmerjitski c. Ukraine*, req. N°54825/00 in BALLANGER M. (2015), *op. cit.*, p. 42.

¹⁹⁷⁴ NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE (2004a) *Depression: Management of depression in primary and secondary care (clinical guide 23)*. London: National Institute for Clinical Excellence; National Institute for Clinical Excellence (2004b) *Anxiety: Management of anxiety in adults in primary, secondary and community care (clinical guide 22)*. London: National Institute for Clinical Excellence.

leurs dépenses¹⁹⁷⁵. C'est la société prise dans son ensemble qui en tirera les bénéfices : les ex-détenus correctement pris en charge seraient mieux réinsérés et retrouveraient plus rapidement une activité professionnelle¹⁹⁷⁶.

Le programme IAPT se compose de consultations, de soins psychiatriques et de séjours hospitaliers dont la durée peut être rallongée si l'état de santé mental du détenu l'exige. Les soins ambulatoires peuvent être administrés directement dans les prisons.¹⁹⁷⁷

À la suite de la création de nouvelles recommandations par le ministère de la Santé britannique en 2009¹⁹⁷⁸, la question de l'efficacité du programme IAPT s'est posée chez les praticiens¹⁹⁷⁹. Le premier bilan du programme réalisé en 2015 est positif. Une amélioration sensible de l'état de santé mental des détenus a été constatée dans 55% des cas de dépression nerveuse et 52% des cas d'anxiété, y compris lorsque les détenus souffrent de comorbidité.¹⁹⁸⁰ Ces résultats se rapprochent de ceux des patients psychiatriques non détenus¹⁹⁸¹.

En somme, les troubles dépressifs et anxieux des détenus peuvent être traités efficacement. **Le programme IAPT met en pratique le principe d'équivalence. Il rend possible la dispensation de soins psychiatriques de qualité chez les patients détenus.**

L'optimisme de ces résultats doit toutefois être nuancé : 70% des détenus recensés dans le cadre de cette étude ont souhaité s'exprimer. Les 30% restants ont préféré s'abstenir par crainte que leur témoignage ne soit retenu contre eux en raison de leur illettrisme ou de leur maîtrise insuffisante de l'anglais.¹⁹⁸² D'autre part, près de 48% des détenus ayant accepté de témoigner n'ont pas clairement identifié la nature de leurs troubles mentaux.¹⁹⁸³ Ce chiffre rappelle l'importance du diagnostic psychiatrique du détenu afin de prendre en charge correctement ses troubles psychiatriques.

¹⁹⁷⁵ LAYARD, R., BELL, S., CLARK, D. M., KNAPP, M., MEACHER, M., PRIEBE, S. & WRIGHT, B. (2006) *A new deal for depression and anxiety disorders*. London: London School of Economics, p. 185.

¹⁹⁷⁶ LAYARD... *op. cit.*, p. 186.

¹⁹⁷⁷ ADAMSON, V., GIBBS, M. & MCLAUGHLIN, D. (2015), *op. cit.*, p. 186.

¹⁹⁷⁸ DEPARTMENT OF HEALTH (2009b) *Improving access to psychological therapies – Positive practice guide: Offenders*. London: Department of Health, p. 251.

¹⁹⁷⁹ ADAMSON, V., GIBBS, M. & MCLAUGHLIN, D. (2015), *op. cit.*, p. 187.

¹⁹⁸⁰ NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE (2007) *NICE clinical guideline 51. Drug misuse: Psychosocial interventions*. London: National Institute for Health and Clinical Excellence.

¹⁹⁸¹ CLARKE, D. M., LAYARD, R., SMITHIES, R., RICHARDS, D. A., SUCKLING, R. & WRIGHT, B. (2009) « Improving access to psychological therapy: Initial evaluation of two UK demonstration sites » *Behaviour Research and Therapy*, 47, 910-920.

¹⁹⁸² MINISTRY OF JUSTICE (2012) *The pre-custody employment, training and education status of newly sentenced prisoners*. London: Ministry of Justice, p. 309.

¹⁹⁸³ ADAMSON, V., GIBBS, M. & MCLAUGHLIN, D. (2015), *op. cit.*, p. 195.

Au Royaume-Uni, la majorité des soins somatiques et psychiatriques sont administrés dans des centres spécialisés attenants aux établissements pénitentiaires.¹⁹⁸⁴ Cependant, lorsque le médecin ou psychiatre l'estime nécessaire, le détenu est hospitalisé d'urgence dans un hôpital civil. Il demeure sous la surveillance et la responsabilité de l'administration pénitentiaire pendant les soins jusqu'à son retour en cellule.¹⁹⁸⁵

L'OIP britannique reconnaît la volonté commune des soignants et des agents pénitentiaires d'assurer des soins de qualité aux détenus. Or, le manque de structures et de moyens suffisants les en empêche à l'instar de l'exemple français¹⁹⁸⁶. La qualité des soins reste très hétérogène selon les moyens de l'établissement carcéral concerné.¹⁹⁸⁷

Il est d'ailleurs fondamental que la poursuite (ou continuité) des soins soit assurée à la sortie de prison ; à défaut, l'ex-détenu subira d'inévitables rechutes. Rappelons cependant que ce programme de soins ne peut être réalisé qu'avec une augmentation suffisante des moyens financiers et le renforcement des effectifs de soignants en milieu carcéral. De même, une formation suffisante des agents pénitentiaires à l'importance de la prise en charge psychiatrique des détenus est indispensable.

Malgré ces initiatives, la prise en charge psychiatrique des détenus n'est guère meilleure outre-Manche. Les détenus ne sont pas systématiquement diagnostiqués au début de leur incarcération. Ils sont rarement suivis d'un point de vue médical et les structures de soins souffrent d'un sous-effectif de soignants¹⁹⁸⁸.

De ce fait, quatre défauts majeurs sont relevés dans les établissements pénitentiaires britannique et français¹⁹⁸⁹ :

- L'accès aux soins psychiatriques est rare et difficile
- Peu de politiques de soins sont adaptées aux besoins de santé des détenus

¹⁹⁸⁴ OBSERVATOIRE INTERNATIONAL DES PRISONS (2014) « Prison conditions in United Kingdom » : http://www.prisonobservatory.org/index.php?option=com_content&view=article&id=19&catid=13&Itemid=128#HEALTH (consulté le 13 novembre 2017), *np*.

¹⁹⁸⁵ *Ibid.*

¹⁹⁸⁶ *Ibid.*

¹⁹⁸⁷ *Ibid.*

¹⁹⁸⁸ VAUGHAN P. J. (1999), *op. cit.*, p. 561; GROUNDS, A. (2000) « The future of prison health care » *The Journal of Forensic Psychiatry*, Vol. 11, No. 2, September 2000, 260-267.

¹⁹⁸⁹ HEALTH ADVISORY COMMITTEE FOR THE PRISON SERVICE (1997) *The Provision of Mental Health Care in Prisons*. London: Home Office; HM Inspectorate of Prisons (2000) *Inspection of Close Supervision Centres August-September 1999*. London: Home Office, p. 142.

- Les moyens financiers et humains sont insuffisants afin de dispenser des soins de qualité. Les sous-effectifs d'agents pénitentiaires et de soignants sont chroniques¹⁹⁹⁰.
- La continuité des soins n'est pas assurée chez les ex-détenus.

A ce titre, le CGLPL dénonce en milieu carcéral « la destruction psychique et physique [de l'individu] avec son issue violente, auto ou hétéro-agressive, silencieuse, insidieuse, progressive... ». La prison « contribue à la constitution d'un état psychotique, c'est-à-dire d'une déréalisation, d'une confusion des repères et d'un délire, en général persécutif ».¹⁹⁹¹

Ainsi, les prisons sont par essence inadaptées au traitement des troubles psychiatriques des détenus. Il est urgent de systématiser l'hospitalisation des détenus souffrant de troubles mentaux.

La CEDH rappelle utilement que toute mesure privative de liberté prononcée contre la personne souffrant de troubles mentaux (en l'occurrence une peine d'emprisonnement) ne doit pas contrevenir avec l'article 3 de la Convention.¹⁹⁹² Le détenu doit être incarcéré dans des conditions compatibles avec le respect de la dignité humaine. Le détenu est particulièrement vulnérable en raison de ses troubles mentaux et davantage exposé aux violences auto-agressives.¹⁹⁹³ Il s'agit par exemple de détenus souffrant de graves troubles psychiatriques, d'une personnalité asociale et de comorbidité.¹⁹⁹⁴

Suivant les lits disponibles, l'ex-détenu peut être admis sous contrainte si son état de santé mental l'exige selon la section 42(3) du MHA 1983.

Cette modalité a été étudiée par le juge européen dans l'arrêt *K c. Royaume-Uni*¹⁹⁹⁵. Celui-ci exige le versement d'une preuve écrite et objective des troubles mentaux de l'ex-détenu, de telle sorte qu'une admission psychiatrique sous contrainte est nécessaire¹⁹⁹⁶.

La preuve écrite peut prendre la forme d'un certificat médical, d'un courrier adressé par le directeur de l'établissement pénitentiaire ou par un surveillant alertant le juge de la dangerosité

¹⁹⁹⁰ GROUNDS, A. (2000), *op. cit.*, p. 260.

¹⁹⁹¹ HAZAN, A. (2015), *op. cit.*, p. 63.

¹⁹⁹² Soering c. Royaume-Uni, 9 juillet 1989, req n°14038/88.

¹⁹⁹³ Renolde c. France, 16 octobre 2008, req n°5608/05.

¹⁹⁹⁴ MAIN N. & GUDJONSSON G. H. (2006) « An investigation into the factors that are associated with non-compliance in medium secure units » *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology* June 2006; 17(2): 181-191.

¹⁹⁹⁵ *K v United Kingdom* (1994) 40 BMLR 20 in MAIN N. & GUDJONSSON G. H. (2006), p. 186.

¹⁹⁹⁶ AZUONYE, I. O. (2007) « Medical evidence for the purposes of recall to hospital under section 42(3) of the Mental Health Act 1983 » *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, December 2007; 18(4): 443-451.

de l'ex-détenu. Or, il est surprenant que la Haute cour ne fasse pas mention du caractère médical de cette preuve.

L'hospitalisation de l'ex-détenu peut être fondée sur la seule allégation de sa dangerosité alors qu'il ne présente aucune pathologie psychiatrique. Il faut craindre ici un détournement de l'hospitalisation à visée sécuritaire, mettant en péril les libertés individuelles de l'ex-détenu. Cette dérive s'illustre dans les situations d'urgence où un simple appel en provenance du ministère de l'Intérieur (*Home Office*) suffit à ordonner l'hospitalisation de l'ex-détenu¹⁹⁹⁷. D'ailleurs, la CEDH se refuse à définir les circonstances de cette 'situation d'urgence', terreau de dérives liberticides pour l'ex-détenu.¹⁹⁹⁸

En tout état de cause, le requérant doit avoir la possibilité d'accéder à son dossier médical afin de prendre connaissance des certificats médicaux et autres écrits attestant de la présence de troubles mentaux graves. Dans le cas contraire, ce manquement constitue une atteinte au droit à un procès équitable (article 6 de la Convention) car le requérant ne pourrait contester l'hospitalisation dont il fait l'objet. Il ne pourrait en pratique fournir aucune pièce venant fonder ses prétentions¹⁹⁹⁹.

A ce titre, il convient de s'intéresser à la contestation de cette mesure d'hospitalisation sous contrainte par l'ex-détenu dans l'arrêt *Thynne* rendu par la CEDH²⁰⁰⁰.

En l'espèce, trois individus ont été pénalement condamnés pour des infractions sexuelles graves. Leur responsabilité pénale a été engagée bien que réduite en raison de leurs troubles mentaux. Ils sont admis sous contrainte en RSA à l'issue de leur peine car les autorités britanniques considéraient qu'ils étaient fortement susceptibles de récidiver²⁰⁰¹.

Après épuisement des recours devant les juridictions britanniques, les requérants ont saisi la CEDH en invoquant la violation de leur droit à la liberté et à la sûreté (article 5). Ils prétendaient que cette hospitalisation était illégale car elle ne pouvait faire l'objet d'aucun recours.²⁰⁰²

¹⁹⁹⁷ *Ibid*, p. 444.

¹⁹⁹⁸ *Wassink v the Netherlands* (1990). 12535/86 [1990] ECHR 22 in AZUONYE, I. O. (2007), *op. cit.*, p. 444.

¹⁹⁹⁹ *Nikolova v Bulgaria* (1999). 31195/96 [1999] ECHR 16 in AZUONYE, I. O. (2007), *op. cit.*, p. 449.

²⁰⁰⁰ *Thynne, Wilson & Gunnell v the UK* (1990) EctHR Application nos. 11787/85, 11978/86, in PRIOR, P. M. (2007) « Mentally disordered offenders and the European Court of Human Rights » *International Journal of Law and Psychiatry*, 30, 546-557.

²⁰⁰¹ *Ibid*, p. 550.

²⁰⁰² *Ibid*.

Ce droit au recours contre l'hospitalisation psychiatrique de l'ex-détenu avait pourtant été reconnu par la CEDH dans l'arrêt *Weeks c. Royaume-Uni*.²⁰⁰³ En effet, seule la gravité des troubles mentaux de l'ancien détenu permet de prononcer contre une mesure d'hospitalisation sous contrainte. L'absence de recours juridictionnel effectif contre cette décision constitue une violation du droit à la liberté et à la sûreté (art. 5 de la Convention)²⁰⁰⁴. Ce droit de recours est capital puisque la méthode d'évaluation de la « dangerosité » de l'ex-détenu est peu fiable.²⁰⁰⁵ Ensuite, le juge européen enjoint aux autorités britanniques de créer un corps indépendant, impartial et objectif afin d'évaluer le bien-fondé de la mesure d'hospitalisation sous contrainte. La gravité des faits reprochés à l'ex-détenu, la gravité de ses troubles mentaux et sa 'dangerosité' doivent être pris en compte.²⁰⁰⁶

L'intention du juge européen est louable dans cette décision. Pourtant, qualifier la 'dangerosité' de critère d'appréciation de pertinence de la mesure d'admission psychiatrique est critiquable. Cette notion reste hautement subjective et se fonde principalement sur la manière dont est perçu l'ex-détenu par les acteurs au procès. D'autres preuves plus tangibles doivent être retenues telles que les antécédents psychiatriques et judiciaires de l'ex-détenu, avec une prudence toutefois : une première condamnation pénale n'induit pas automatiquement un risque de récidive...

Dans un autre arrêt rendu par la CEDH, *Ericksen c. Norvège*²⁰⁰⁷, le requérant avait été condamné pour plusieurs infractions pénales (menaces de mort et violences volontaires) et souffrait de graves troubles mentaux. Il fait l'objet de plusieurs admissions sous contrainte une fois sa peine pénale purgée. Les autorités norvégiennes refusaient de prononcer la mainlevée de sa mesure d'hospitalisation car elles considéraient qu'il représentait un risque trop important pour l'ordre public.

Après épuisement des recours devant les juridictions norvégiennes, le requérant saisit la CEDH. Il prétend que son hospitalisation était purement préventive et ne répondait à aucune

²⁰⁰³ *Weeks v the UK* (1987) EctHR Application no. 9787/82 in PRIOR, P. M. (2007), *op. cit.*, p. 555.

²⁰⁰⁴ WACHENFELD, M. G. (1991) « The human rights of the mentally ill in Europe under the European Convention on Human Rights » (special issue in association with the Danish Centre for Human Rights) *Nordic Journal of International Law*, 60, 107-292.

²⁰⁰⁵ MONAHAN, J. & STEADMAN, H. J. (1994) *Violence and mental disorder: Developments in risk assessment*. Chicago: University of Chicago Press, p. 183.

²⁰⁰⁶ *Thynne, Wilson & Gunnell v the UK* (1990) EctHR Application nos. 11787/85, 11978/86, in PRIOR, P. M. (2007), *op. cit.*, p. 550.

²⁰⁰⁷ *Ericksen v Norway* (1997) EctHR no. 17391/90 in PRIOR, P. M. (2007), *ibid*, p. 550.

condamnation pénale, constituant de ce fait une violation de son droit à la liberté et à la sûreté en vertu de l'article 5 de la Convention.

Contre toute attente, les juges de la Haute cour se prononcent à rebours de l'arrêt *Thynne*. Au regard de ses graves antécédents judiciaires et psychiatriques et de ses nombreuses récidives, les juges ont estimé que le requérant représentait un réel danger pour la société.²⁰⁰⁸ L'hospitalisation sous contrainte prononcée contre le requérant était pleinement justifiée et ne contrevenait pas à l'article 5.

L'apport de cette décision réside dans la notion de charge de la preuve. Le juge européen rappelle qu'il revient aux autorités nationales de prouver par tout moyen la 'dangerosité' de l'ex-détenu. Il peut s'agir de nombreuses condamnations pénales pour atteintes aux personnes (violences volontaires, meurtre, menaces de mort, infractions sexuelles), de rapports d'expertise attestant d'une présence de troubles psychiatriques lourds, etc. Ces éléments de preuve doivent être suffisamment conséquents afin qu'une telle mesure privative de liberté soit approuvée par les juges²⁰⁰⁹.

Il faudra ensuite présenter les indications thérapeutiques des principaux psychotropes prescrits dans la prise en charge des troubles psychiatriques. Malgré leur efficacité, leur toxicité avérée doit inciter le psychiatre à prescrire ces médicaments avec prudence. C'est pourquoi des réflexions sur le devenir de la psychiatrie ont vu le jour à travers la psychothérapie institutionnelle notamment, afin de dispenser des soins respectueux de la dignité des patients dans un cadre sécurisant (B).

B) REFLEXIONS ETHIQUES SUR LES PSYCHOTROPES ET LES THERAPIES EN FAVEUR D'UNE PSYCHIATRIE PLUS HUMAINE

Les psychotropes constituent la solution thérapeutique incontournable dans la prise en charge des troubles mentaux. Leurs indications thérapeutiques sont nombreuses bien que leur innocuité soit loin d'être garantie (1). Leur efficacité est largement tributaire du suivi rigoureux du traitement par le malade : les soignants doivent donc y veiller (2). Face à l'importance de

²⁰⁰⁸ *Ibid.*

²⁰⁰⁹ *Ibid*, p. 552.

leurs effets secondaires, plusieurs thérapies ont vu le jour en dépit d'une efficacité insuffisante (3). D'autres réflexions ont également conduit à améliorer la qualité des soins administrés en hôpital psychiatrique, en créant un environnement sécurisant pour le malade comme pour les soignants : c'est la psychothérapie institutionnelle (4).

En premier lieu, de quels psychotropes parle-t-on dans la prise en charge des troubles psychiatriques ? En quoi leur prescription est-elle indispensable afin d'alléger la souffrance du patient ?

1) Le recours incontournable aux psychotropes dans le traitement des troubles mentaux

La pratique psychiatrique actuelle est très largement dépendante de la prescription de psychotropes. En effet, ces substances ont prouvé leur efficacité dans le traitement des troubles mentaux malgré leurs nombreux effets indésirables. Face à ce risque, il est recommandé au psychiatre de faire preuve d'une grande prudence. Il doit par exemple éviter d'entretenir des liens trop étroits avec les industries pharmaceutiques venant mettre en péril son impartialité dans la rédaction de ses prescriptions.

- Les chiffres d'une consommation de psychotropes en pleine expansion

La pharmacopée en psychiatrie n'a connu de réels développements qu'à partir du XXe siècle. Il n'existait dans les années 1920 aucune thérapie réellement efficace pour soigner les malades psychotiques internés. Les psychiatres voulaient dès cette époque créer une « psychiatrie qui guérisse » à l'instar des maladies somatiques qui pouvaient être clairement diagnostiquées et traitées²⁰¹⁰. A cette époque, seules les psychoses et les paralysies pouvaient être clairement établies. Les psychiatres émettaient des hypothèses concernant toutes les autres maladies mentales, leurs avis se contredisant souvent : dépression (mélancolie), schizophrénie, états maniaques et dépressifs, etc.²⁰¹¹ Avant les années 1950, la seule consolation du psychiatre était d'établir le diagnostic lorsque cela était possible. Sans médicaments ni traitement réellement efficace, il régnait dans les hôpitaux psychiatriques un chaos sans nom : « les cris, les vociférations sont ici l'ambiance sonore habituelle. Malades couchés, sanglés, ficelés, dans les gilets de

²⁰¹⁰ CLAUDE, H. & RUBENOVITCH P. (1940) *Thérapeutiques biologiques des maladies mentales*, éd. Massion & Cie, Paris, p. 225.

²⁰¹¹ MISSA, J-N (2006) *Naissance de la psychiatrie biologique*, éd. PUF, Paris, p. 3.

force, les pieds attachés aux barreaux du lit par des pièces de drap pour éviter les meurtrissures et la tête fixée par un licol... Qu'il hurle ou vocifère, peu importe, les infirmiers sont habitués, comme ils sont habitués à nettoyer les déjections et à nourrir à la cuillère les récalcitrants qui leur crachent souvent au visage ». ²⁰¹²

Avant le XXe siècle, les aliénistes avaient recours aux saignées et aux purgations afin de calmer les patients agités. La saignée était une opération de chirurgie pratiquée avec une lancette afin de tirer le sang jugé corrompu ou superflu hors des veines, tandis que la purgation était administrée afin de décharger le cerveau du sang congestionné. Ces méthodes étaient encore pratiquées au XIXe siècle malgré l'opposition du Dr. Pinel à ce sujet, qu'il qualifiait de méthodes trop dangereuses pour une efficacité limitée. ²⁰¹³ Il s'est efforcé d'apporter davantage d'humanité dans les soins psychiatriques grâce au *traitement moral*, une forme de thérapie basée sur la douceur, l'autoritarisme paternaliste et un travail de réharmonisation de l'imagination délirante du malade. Hospitaliser les malades permettait alors selon Pinel de les écarter de tout stimuli contrariant en les isolant de la société. De même, les sédatifs (opium, morphine) et les hypnotiques (véronal, luminal, chloral) étaient les seules substances permettant d'apaiser le malade agité par l'endormissement, faute de mieux ²⁰¹⁴.

Néanmoins, le traitement moral a vite montré ses limites car il était difficilement applicable dans les asiles surpeuplés. Il se réduisait souvent à l'occupation active des malades, au travail forcé et au respect des règlements de l'asile. Le malade refusant de se plier au règlement asilaire subissait de la part des soignants intimidations et punitions (saignées, application de sangsues sur son front, verser des seaux d'eau froide sur sa tête, enveloppement dans des draps humides, immobiliser le malade dans des draps au tissu épais...). ²⁰¹⁵ L'hydrothérapie avait également pour objectif de calmer le patient récalcitrant ou de stimuler le malade mélancolique : bains surprise avec immergement des patients parfois jusqu'à l'étouffement, laisser couler un mince filet d'eau glacée sur le crâne du patient, etc. Sans surprise, les taux de rémission des patients internés dans les asiles était très bas, à tel point que les familles préféraient s'en remettre à

²⁰¹² Témoignage du Dr. Jacques Flament, psychiatre hospitalier belge en 1999 in MISSA, J-N (2006), *op. cit.*, p. 15.

²⁰¹³ *Ibid*, p. 30.

²⁰¹⁴ PINEL, P. (1800) *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie*, éd. Richard, Caille et Xavier, Paris in MISSA, J-N (2006), *op. cit.*, p. 31.

²⁰¹⁵ MISSA, J-N (2006), *op. cit.*, p. 33-34 ; MAERE R. (1923) « Les bons remèdes dans l'excitation maniaque » *Journal belge de neurologie et de psychiatrie*, pp. 53-56.

l'Eglise afin de soigner les insensés.²⁰¹⁶



Fig. 18 : administration de l'hydrothérapie chez des patientes psychiatriques²⁰¹⁷

En l'absence de traitements, les conditions de vie des aliénés en Europe au XIXe siècle étaient déplorables. Robert Gardiner Hill, aliéniste britannique et progressiste, dresse un tableau de l'asile de l'époque : « les aliénés étaient maintenus enchaînés au mur de sombres cellules en permanence, et n'avaient rien d'autre qu'un peu de paille sur laquelle s'étendre. Certains étaient enfermés dans des cachots, et ils étaient bâillonnés, malmenés et maltraités. Les gardiens leur rendaient visite le fouet à la main, et les frappaient pour les contraindre à l'obéissance ; ils étaient aussi à moitié noyés dans des bains qu'on leur faisait prendre par surprise, et dans certains cas on avait recours à une strangulation inachevée... Des patients entièrement nus étaient flagellés à certains moments, enchaînés ou attachés par des sangles à des barreaux de fer, et même enfermés dans des cages en fer ».²⁰¹⁸

A ce titre, il faut distinguer trois périodes au cours du XXe siècle concernant les traitements psychiatriques²⁰¹⁹ :

²⁰¹⁶ KRAEPELIN, E. (1918) *Hundert Jahre Psychiatrie: Ein Beitrag zur Geschichte menschlicher Gesittung [Cent ans de psychiatrie]*, éd. Julius Springer, p. 85 in MISSA, J-N (2006), *op. cit.*, p. 35.

²⁰¹⁷ Photographie d'une mise en œuvre de l'hydrothérapie chez des patientes psychiatriques :

<https://www.hetoudegesticht.nl/tag/hydrotherapie/> (consulté le 19 avril 2019), *np*.

²⁰¹⁸ GARDINER HILL, R. (1838) *Total abolition of personal restraint in the treatment of the insane. A lecture on the management of lunatic asylums, and the treatment of the insane*. Mechanics' Institution, Lincoln, 21 juin 1838, Londres, éd. Simpkin, Marshall & S. Highley, p. 49.

²⁰¹⁹ MISSA, J-N (2006), *op. cit.*, p. 8.

- Avant 1935, l'ère des traitements par la fièvre

Le traitement par la fièvre suppose l'injection de cellules bactériennes chez le patient souffrant de syphilis (vérole), maladie sexuellement transmissible, lorsqu'elle évolue en paralysie des membres du malade. La paralysie est alors qualifiée de générale et s'accompagne d'une forme de démence chez le patient, souvent de la mégalomanie : la syphilis était réputée incurable et le malade promis à une mort certaine.²⁰²⁰

A la fin du XIXe siècle, un psychiatre autrichien, Wagner von Jauregg, injecte à ses patients des cellules infectées par des maladies contagieuses telles que la fièvre typhoïde, la tuberculose, le choléra, la variole, la malaria et le paludisme. Il constate qu'après l'injection de plusieurs cellules infectées, le patient subit de fortes montées de fièvre. Après plusieurs jours d'incubation, ces injections provoquent chez le malade une rémission des symptômes syphilitiques.²⁰²¹ Ce traitement soulève une vague d'espoir chez les psychiatres désireux de créer une psychiatrie efficace contre les troubles mentaux. Pourtant, environ 5 à 10% des patients meurent des suites de l'inoculation des cellules infectées²⁰²² sans évoquer le risque de contagion grave à l'égard des soignants et des autres patients.²⁰²³

L'action des bactéries sur le corps du malade reste méconnue, bien que les psychiatres supposent une augmentation du nombre de globules blancs chez le malade réagissant à l'infection.²⁰²⁴ Lorsque le patient guérit de la malaria et des fièvres qui l'accompagnent, il guérit également de la syphilis et de la paralysie générale dont il souffre. Elle n'est cependant d'aucun recours contre les troubles dépressifs, la schizophrénie et les psychoses. Bien qu'elle soit déconseillée car dangereuse, la **malariathérapie** subsiste jusque dans les années 1950 avant d'être remplacée par la péniciline qui vient d'être créée et permet de soigner plus efficacement la syphilis.²⁰²⁵ Cette découverte prometteuse ouvre la voie à la création des

²⁰²⁰ *Ibid*, p. 43.

²⁰²¹ WAGNER VON JAUREGG, J. (1922) « The treatment of general paralysis by inoculation of malaria » *Journal of Nervous and Mental Disease*, 55, pp. 369-375.

²⁰²² ROGER, H. (1934) « Pyrothérapie et affections du système nerveux » *Journal belge de neurologie et de psychiatrie*, 34, pp. 560-564.

²⁰²³ LEY, A. (1928) « La thérapeutique de la paralysie générale », discussion du rapport de B. Dujardin et R. Targowla, *Congrès des aliénistes de France et des pays de langue française* (Anvers), comptes-rendus publiés par le Dr. F. Meeus, éd. Masson, Paris, pp. 210-211.

²⁰²⁴ SOLOMON, H. C. (1923) « General paralysis : What it is and its therapeutic possibilities » *American Journal of Psychiatry*, 79, pp. 623-646.

²⁰²⁵ LEY, A. (1924) « Traitement de la paralysie générale par l'inoculation de la maladie tierce » *Congrès des médecins aliénistes de France et des pays de langue française*, Bruxelles, comptes-rendus publiés par le Dr. Auguste Ley, éd. Masson, Paris, p. 188.

traitements de choc dans les années 1930.

- De 1935 à 1952, l'ère des traitements de choc

Dans les années 1930 et 1940, trois traitements ont bouleversé la pratique psychiatrique : le coma insulinaire, le choc au cardiazol et un peu tard, l'électrochoc.

En 1937, le Dr. Titeca, psychiatre belge, est envoyé en Suisse afin d'y étudier **l'insulinothérapie** sur les patients schizophrènes, méthode créée par Manfred Sakel (1900-1957), psychiatre suisse. La schizophrénie réputée incurable, seule l'agitation du malade pouvait être calmée par des sédatifs, des bains ou l'enveloppement dans des draps²⁰²⁶. L'insulinothérapie consiste en l'injection de doses d'insuline augmentées progressivement chez le malade afin de le plonger dans un coma hypoglycémique. Au cours de son endormissement, le corps du sujet transpirait abondamment et émettait énormément de salive : certains patients s'endormaient sans gesticuler tandis que d'autres étaient très agités. Après environ quarante-cinq minutes de coma insulinaire, une injection gastrique de sucre est réalisée afin de faire remonter le niveau de glycémie dans l'organisme et provoquer le réveil du patient. Le sujet subit environ quarante à cinquante comas par jour, cinq jours par semaine, pendant plusieurs mois. Les résultats de cette méthode étaient prometteurs : 58% des patients schizophrènes étaient alors, à leur réveil, parfaitement calmes et lucides, sans souffrir de psychoses ou de dissociation de leur personnalité.²⁰²⁷

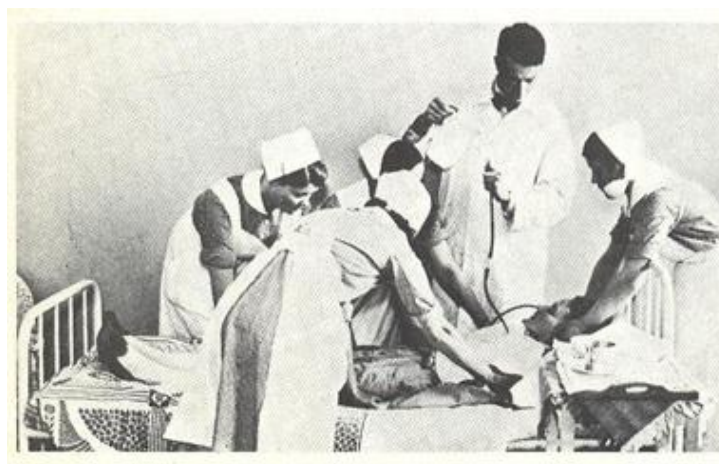


Fig. 19 : séance de cure de Sakel ou insulinothérapie, années 1950²⁰²⁸

²⁰²⁶ MISSA, J-N (2006), *op. cit.*, p. 94.

²⁰²⁷ *Ibid*, p. 98.

²⁰²⁸ Photographie d'une séance d'insulinothérapie dans un hôpital psychiatrique finlandais, années 1950 :

Fort de cette expérience, le premier service d'insulinothérapie (ou cure de Sakel, du nom de son inventeur²⁰²⁹) ouvre au centre psychiatrique de Titeca (Schaerbeek, Belgique) la même année. L'efficacité des chocs insuliniques inspire d'autres psychiatres à travers l'Europe qui décident d'appliquer cette méthode contre la dépression, le *delirium tremens*, la toxicomanie, l'anorexie mentale et les états d'agitation aiguë.²⁰³⁰ L'efficacité de cette méthode résiderait dans l'action calmante de l'absence d'hypoglycémie sur le cerveau du malade selon les aliénistes à l'époque. Privé d'énergie comme un moteur manquant de carburant, les symptômes de la maladie mentale ne pouvaient se manifester²⁰³¹. Toutefois, le risque d'accidents était bien réel (étouffement, crise d'épilepsie, difficultés respiratoires, pouls irrégulier, mort provoquée par un coma prolongé) : le taux de mortalité des patients soumis au choc insulinique était de 4% en 1937.²⁰³² Il était indispensable que les infirmiers surveillent constamment l'état du patient et injectent une dose de sucre par sonde gastrique afin de réveiller le patient. Ils devaient également être au chevet du malade lors de son réveil afin de le rassurer. Beaucoup y voyaient l'exercice d'une sorte de psychothérapie basée sur l'empathie qui venait augmenter les chances de réussite du coma insulinique : « au cours de ces cures les malades étaient totalement pris en charge... il y avait tout un maternage qui se faisait. Les infirmières [...] s'occupaient des malades... Vous étiez toujours à tenir la main, il fallait leur donner à manger, veiller sur eux ». ²⁰³³

Lorsque le patient résistait à l'insulinothérapie, des traitements mixtes pouvaient lui être dispensés, tels que le **choc au cardiazol**. Pendant le coma insulinique, des injections de cardiazol étaient administrées au patient afin de provoquer des convulsions, multipliant les chances de succès du traitement²⁰³⁴. Cette méthode n'était pas sans risques chez le malade : crises d'épilepsie, tentatives de morsure (sur le soignant ou lui-même), sentiments d'angoisse, difficultés à respirer correctement, émission d'urine, de gaz voire de matières fécales. La crise

<https://www.siilinarvi.fi/matkailu/museot/insuliinishokkihoito.php> (consulté le 19 avril 2019), *np*.

²⁰²⁹ SAKEL, M. (1936) « New treatment of schizophrenia » *American Journal of Psychiatry*, 93, pp. 829-841.

²⁰³⁰ MISSA, J-N (2006), *op. cit.*, p. 100.

²⁰³¹ *Ibid*, p. 108.

²⁰³² MÜLLER, M. (1937) « The insulin therapy of schizophrenia » *American Journal of Psychiatry*, 94, mai 1938, suppl., p. 17.

²⁰³³ Entretien avec le Dr. Bomboir, psychiatre hospitalier belge, le 20 novembre 2001 in MISSA, J-N (2006), *op. cit.*, p. 129.

²⁰³⁴ LEROY, A. (1937) « Le traitement convulsivant de la démence précoce » *Journal belge de neurologie et de psychiatrie*, 37, p. 658.

de convulsions plongeait ensuite le malade dans un coma profond²⁰³⁵. Chaque séance de convulsivothérapie se compose d'environ 45 injections de cardiazol : elles pouvaient être administrées au domicile du patient.²⁰³⁶ Il restait néanmoins fondamental que les soignants surveillent attentivement la réponse du malade au traitement²⁰³⁷.

Si le choc au cardiazol produisait l'amélioration de l'état de santé de certains schizophrènes et dépressifs, la méthode était jugée brutale, douloureuse et anxiogène. Un patient témoigne : « c'est un état de sommeil artificiel et indescriptiblement désespérant... une privation qui frappe le cerveau et remue jusqu'au dernier nerf, c'est quelque chose de si étrange et difficile à décrire... des sensations tout à fait nouvelles qui doivent être celles de la mort ». ²⁰³⁸ Les psychiatres constatent ces symptômes avec fatalisme, convaincus de l'adage 'aux grands maux les grands moyens'. Ils font part de l'angoisse des patients qui appréhendent la venue des médecins avant chaque séance de choc au cardiazol et rapportent d'autres accidents courants tels que des fractures, des luxations voire l'arrêt cardiaque du malade. De même, le paternalisme médical de l'époque conduisait les psychiatres à imposer le traitement nouvellement découvert s'ils étaient convaincus de son efficacité. Il importait peu que le malade consente au traitement, le droit du patient à refuser les soins n'existant pas encore.²⁰³⁹

La technique de l'**électrochoc** est créée par le Dr. Cerletti (1867-1963) à la fin des années 1930 en Italie. Après avoir expérimenté la technique sur des chiens et des porcs inconscients, il s'inspire du choc au cardiazol pour dispenser les premiers électrochocs sur des patients. Il définit cette méthode comme un choc convulsif produit par l'administration d'un courant alternatif au niveau de la tête²⁰⁴⁰. L'électrothérapie était plus facile d'application et provoquait une moindre anxiété, bien qu'elle soit la cause d'amnésies passagères chez le malade.

Le but de l'électrochoc est de provoquer une crise épileptique franche à des fins thérapeutiques

²⁰³⁵ VON MEDUNA, L. (1939) « La thérapeutique de la schizophrénie par les convulsions (compte rendu) » *Journal belge de neurologie et de psychiatrie*, 39, p. 232.

²⁰³⁶ BAONVILLE, H., LEY, J. & TITECA, J. (1939) « Le traitement de la démence précoce par l'insulinothérapie et la convulsivothérapie combinées » *Journal belge de neurologie et de psychiatrie*, 39, pp. 254-264.

²⁰³⁷ DEDLICHEN, H. H. (1947) « Ten years of shock treatment » *Acta Psychiatrica and Neurologia*, suppl. 47, pp. 368-398.

²⁰³⁸ DELGADO, H. (1938) « Traitement de la schizophrénie par le pentaméthylentétrazol (cardiazol) » *Annales médico-psychologiques*, tome premier, p. 40.

²⁰³⁹ DAVID, H. P. (1954) « A critique of psychiatric and psychological research on insulin treatment in schizophrenia » *American Journal of Psychiatry*, 90, pp. 774-776.

²⁰⁴⁰ CERLETTI, U. (1950) « Old and new information about electroshock » *American Journal of Psychiatry*, 107, p. 89.

en apportant au cerveau une certaine quantité d'énergie électrique : le voltage peut aller de 60 à 350 volts. Le temps de passage de ce courant électrique ne doit pas excéder une seconde. Avant de donner le choc, les soignants frictionnaient la peau des tempes du sujet à l'alcool puis avec une solution saline saturée : ils y plaçaient ensuite un tampon électrode avant d'administrer le choc électrique.²⁰⁴¹



Fig. 20 : séance d'électrochoc surveillée par plusieurs soignants immobilisant le malade, années 1950²⁰⁴²

Le choc électrique donnait lieu à une perte de conscience qui durait environ trois minutes. Ensuite, la crise convulsive débutait par une secousse musculaire généralisée avec une flexion brusque du tronc qui se relâchait au bout de quelques secondes. Les soignants devaient prendre

²⁰⁴¹ MISSA, J-N (2006), *op. cit.*, p. 173.

²⁰⁴² Photographie d'une séance d'électrochocs et d'un patient entouré de plusieurs soignants immobilisant son corps, années 1950 : <https://www.pourlascience.fr/sd/technologie/les-electrochocs-une-therapie-aujourd'hui-maitrisee-2721.php> (consulté le 22 avril 2019), *np*.

garde à bien immobiliser les membres du malade pour éviter les fractures et les luxations. Indiquée contre les troubles maniaco-dépressifs, l'agitation voire la schizophrénie en complément de l'insulinothérapie, l'amélioration des symptômes était rapidement constatée à l'issue d'une dizaine de séances par semaine.²⁰⁴³ En 1952, il était estimé que 90% des patients dépressifs ou maniaques ayant eu accès à l'électrothérapie étaient guéris : l'électrochoc était devenu un traitement miracle contre ces pathologies.²⁰⁴⁴

Néanmoins, le consentement du patient n'était pas toujours respecté, surtout si le malade était agité. Si en règle générale, les patients exprimaient leur désir de bénéficier du traitement, les soignants recouraient fréquemment à la persuasion pour inciter le malade à se soumettre à ces soins. Convaincus d'œuvrer pour le progrès, ils avaient tendance à exagérer les bénéfices du traitement et à minimiser ses risques.²⁰⁴⁵ Pourtant, les patients appréhendaient les électrochocs, convaincus que la méthode était douloureuse.²⁰⁴⁶ C'est pourquoi deux substances étaient administrées au patient avant l'électrothérapie : le curare et la narcose. L'injection de curare bloquait toute réaction musculaire pendant l'électrothérapie en paralysant le corps, afin d'éviter les fractures, les luxations et les complications vertébrales chez le malade. Quant à la narcose, elle était dispensée au malade afin de soulager son angoisse.²⁰⁴⁷ En l'absence de médicaments, l'électroc était le panacée des traitements contre la dépression. Elle est encore aujourd'hui utilisée lorsque le patient souffrant de dépression sévère ne répond pas au traitement médicamenteux.

Par ailleurs, comment était traité le patient lorsqu'aucun de ces traitements ne fonctionnait ? Trois solutions étaient proposées : le retour du malade dans sa famille (lorsque l'état de santé du malade le permettait), le placement dans un asile de province (où le patient était plus ou moins livré à lui-même pour le restant de ses jours, considéré comme incurable), le retrait dans un couvent et enfin la **leucotomie ou lobotomie**.²⁰⁴⁸

²⁰⁴³ CERLETTI, U. (1950) « L'électrochoc » *Thérapeutique biologique. Indications respectives des méthodes de choc – Actualités scientifiques et industrielles*, n°1099, Congrès international de psychiatrie, Paris, Hermann, p. 43.

²⁰⁴⁴ MISSA, J-N (2006), *op. cit.*, p. 179.

²⁰⁴⁵ LASAGNA, L. (1998) « Back to the future: Evaluation and drug development 1948-1998 » in D. Healy, *The Psychopharmacologists II*, Londres, Chapman & Hall, pp. 135-165.

²⁰⁴⁶ MISSA, J-N (2006), *op. cit.*, p. 186.

²⁰⁴⁷ *Ibid*, p. 188-189.

²⁰⁴⁸ *Ibid*, p 210.

Décrite par les deux psychiatres américains Dr. Freeman (1895-1972) et Watts²⁰⁴⁹, elle consiste en une section totale des lobes frontaux sous la voûte crânienne, où le neurochirurgien procédait à une section des fibres nerveuses. Les psychiatres supposaient que les lobes frontaux, indispensables à une adaptation sociale satisfaisante étaient perturbés par la maladie mentale. Les lobes frontaux contrôlent un certain nombre de fonctions cognitives (l'impulsion, le jugement, le langage, la mémoire, une partie des notions mathématiques et du comportement sexuel, la personnalité, la spontanéité et la sociabilité) ainsi qu'une partie du contrôle moteur.²⁰⁵⁰ En sectionnant ces fibres nerveuses, les fonctions intellectuelles étaient privées de leurs composantes émotionnelles. Selon ces deux psychiatres, c'est la sensibilité émotionnelle exacerbée (ex : idées délirantes) qui était la cause du comportement psychotique chez le malade : il s'agissait donc d'y mettre un terme en les 'déconnectant' de ses facultés intellectuelles.²⁰⁵¹

Une seconde méthode appelée lobotomie transorbitaire a été créée par le Dr. Freeman en 1938. Elle consistait à introduire une pointe métallique sous la paupière supérieure, à perforer la voûte de l'orbite, à faire pénétrer l'instrument dans le cerveau à plusieurs centimètres de profondeur et à faire tourner l'instrument latéralement afin de perforer les fibres nerveuses de la région préfrontale.²⁰⁵²

²⁰⁴⁹ FREEMAN, W. & WATTS, J. W. (1942) *Psychosurgery: Intelligence, emotion and social behavior following prefrontal lobotomy for mental disorders*, Springfield, Charles C. Thomas, p. 261.

²⁰⁵⁰ MISSA, J-N (2006) *op. cit.*, p. 211.

²⁰⁵¹ *Ibid*, p. 212.

²⁰⁵² FREEMAN, A. M. (1949) « Transorbital lobotomy » *American Journal of Psychiatry*, 105, pp. 734-739.

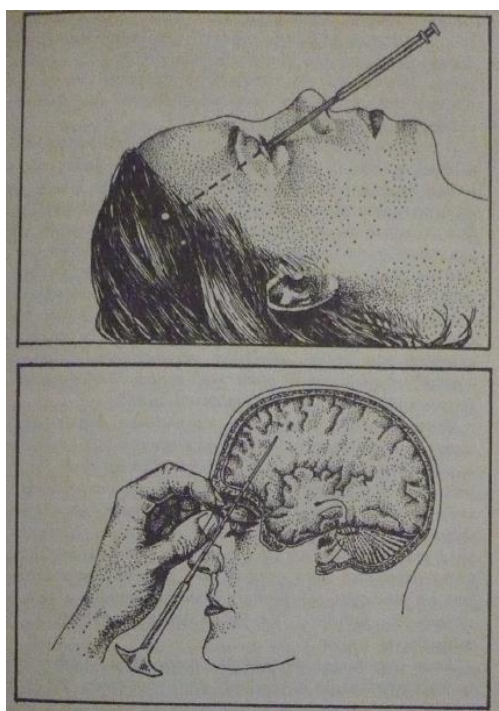


Fig. 21 : illustration d'une lobotomie transorbitale sur un patient²⁰⁵³

Indiquée comme le traitement de dernier recours contre la schizophrénie, cette méthode s'est révélée inefficace : peu d'améliorations de l'état de santé du malade, importante proportion des décès postopératoires, altérations diverses de la personnalité, apathie permanente, crises épileptiques, incontinence, comportement agressif, etc. Les modifications de la personnalité étaient ensuite qualifiées de 'syndrome préfrontal' et regroupaient plusieurs caractères communs chez les malades ayant subi une lobotomie : tendances euphoriques, inconstance, égocentrisme, manque de tact, troubles du jugement, altération des valeurs symboliques.²⁰⁵⁴ Une patiente souffrant de bouffées délirantes et ayant subi deux lobotomies constate une sorte d'anesthésie de ses émotions : « il me semble être devenue incapable de ressentir une forte émotion, qu'il s'agisse du récit d'un accident tragique, d'une lecture touchante ou d'un film sentimental, plus rien ne m'émeut ». ²⁰⁵⁵ En somme, la lobotomie inflige au patient une mutilation psychique en modifiant sa personnalité et en étouffant sa sensibilité. Il paraît guéri car calmé et apaisé mais il est diminué intellectuellement et émotionnellement de manière irréversible.

²⁰⁵³ JAUBERT, A. (1975) « L'excision de la pierre de folie » in *Guérir pour normaliser. L'arsenal thérapeutique pour rectifier le comportement*, éd. Autrement, n°4, pp. 22.

²⁰⁵⁴ DE BARAHONA FERNANDEZ, H. J. (1950) « Anato-mo-physiologie cérébrale et fonctions psychiques dans la leucotomie préfrontale » *1^{er} Congrès international de psychochirurgie*, Paris, Hermann, pp. 1-62.

²⁰⁵⁵ Cité in MASSION-VERNIORY, L. & DUMONT, E. (1954) « Considérations sur la leucotomie unilatérale » *Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica*, pp. 331-350.

L'échec des lobotomies, qualifiées de barbares et dangereuses, a mis fin au bref courant optimiste de la psychochirurgie, selon lequel les psychiatres espéraient soigner les maladies psychiatriques comme les affections somatiques au moyen de procédés chirurgicaux.²⁰⁵⁶ Le Dr. Winnicott, psychiatre britannique, soutenait que la psychochirurgie consistait une destruction délibérée d'une partie d'un cerveau sain dans l'espoir de provoquer une amélioration de l'état mental de l'individu. La lobotomie, néfaste à la psychiatrie comme à l'ensemble du corps médical, symboliserait l'illustration extrême d'une psychiatrie devenue aveugle et se désintéressant de la nature humaine et de sa complexité.²⁰⁵⁷ Au contraire, la mission du psychiatre est de « défendre le cerveau jusqu'à l'extrême limite du possible contre toutes les thérapeutiques agressives, et surtout contre les thérapeutiques mutilantes ». ²⁰⁵⁸

La malariathérapie, l'insulinothérapie, le choc au cardiazol et les électrochocs ont suscité un véritable engouement chez les psychiatres, convaincus de dispenser des soins permettant de guérir et non plus seulement de soulager les malades, notamment grâce à la création des premiers neuroleptiques²⁰⁵⁹.

- Après 1952, l'ère de la psychopharmacologie.

Au début des années 1950, l'agitation psychomotrice restait le problème le plus important auquel étaient confrontés les psychiatres. En effet, la majorité des médicaments de l'époque utilisés en psychiatrie étaient des sédatifs dont l'effet était de courte durée : scopolamine, atropine, hydrate de chloral, bromade, barbituriques et morphine, administrés sous forme d'injections ou de solution buvable.²⁰⁶⁰ Les traitements de choc (cure de Sakel, choc au cardiazol, électrochocs) ne traitaient que les psychoses et les rechutes étaient fréquentes²⁰⁶¹. Les soignants se sentaient obligés de tenter n'importe quel traitement pourvu qu'il puisse apaiser le malade car l'agitation extrême provoquait une montée de fièvre chez le patient qui pouvait mourir d'épuisement²⁰⁶².

²⁰⁵⁶ LEY, J. (1954) « La tentation psychochirurgicale » *Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica*, 54, pp. 317-330.

²⁰⁵⁷ WINNICOTT, D. W. (1956) « Prefrontal leucotomy » *British Medical Journal*, 1, p. 230.

²⁰⁵⁸ LEY, J. (1954), *op. cit.*, p. 322.

²⁰⁵⁹ HOVEN, H. (1939) « L'azoman dans la thérapeutique de la schizophrénie » *Journal belge de neurologie et de psychiatrie*, 39, pp. 614-615.

²⁰⁶⁰ MISSA, J-N (2006) *op. cit.*, p. 245-246.

²⁰⁶¹ DENIKER, P. (1975) « Qui a inventé les neuroleptiques ? » *Confrontations psychiatriques*, 13, pp. 7-17.

²⁰⁶² SCHOU, M. (1998) *The Psychopharmacologists, II*, Londres, Champan & Hall, pp. 259-284.

C'est dans ce contexte que la **chlorpromazine** a vu le jour en 1943 dans le but de créer un sédatif puissant.²⁰⁶³ Elle est employée pour la première fois en 1952 à des fins d'anesthésie par le chirurgien français Henri Laborit. Constatant chez le sujet « un désintérêt de ce qui se passe autour de lui » qualifié de « lobotomie pharmacologique », il suggère l'emploi de cette molécule en psychiatrie.²⁰⁶⁴ En 1952, la chlorpromazine, commercialisé sous le nom du Largactil, est employé sur un service de malades mentaux à l'hôpital Sainte-Anne (Paris) : l'efficacité du médicament sur les délires et l'agitation des malades est telle que l'ambiance du service en est transformée²⁰⁶⁵. La chlorpromazine permettait une mise au repos du système nerveux en empêchant l'apparition de l'agitation ou de la crise délirante, contrairement aux thérapies de choc qui mobilisaient les défenses du malade²⁰⁶⁶. C'est la neuroleptie ou endormissement du système nerveux²⁰⁶⁷. L'efficacité de ce médicament est telle qu'il est diffusé dans les hôpitaux français²⁰⁶⁸ britanniques, suisses puis américains à la suite d'essais cliniques²⁰⁶⁹ : il est également indiqué dans le traitement de la schizophrénie.²⁰⁷⁰



Fig. 22 : le Largactil, premier médicament contre les états d'agitation aiguë²⁰⁷¹

²⁰⁶³ DAUMEZON, G. & CASSAN, L. (1946) « Essai de thérapeutique abortive d'accès maniaco-dépressifs par le 2339 RP » *Annales médico-psychologiques*, 101, pp. 432-435.

²⁰⁶⁴ LABORIT, H. *et al* (1952) « Un nouveau stabilisateur neurovégétatif (le 4560 RP) » *Presse médicale*, 60, pp. 206-208.

²⁰⁶⁵ DELAY, J., DENIKER, P. & HARL, J-M (1952) « Utilisation en thérapeutique d'une phénothiazine d'action centrale élective » *Annales médico-psychologiques*, 110(2), pp. 112-117 ; DELAY, J., DENIKER, P. & HARL, J-M (1952) « Traitements des états d'excitation et d'agitation par une méthode médicamenteuse dérivée de l'hibernothérapie » *Annales médico-psychologiques*, 110(2), pp. 267-273.

²⁰⁶⁶ MISSA, J-N (2006) *op. cit.*, p. 262.

²⁰⁶⁷ DELAY, J. (1955) « Chlorpromazine et médicaments neuroleptiques en thérapeutique psychiatrique » *Actes du Colloque international de Paris sur la chlorpromazine et les médicaments neuroleptiques en thérapie psychiatrique*, 20-22 octobre 1955, *L'Encéphale*, pp. 1-19.

²⁰⁶⁸ BROUSSOLLE, P. & HAMONEAU, G. (1953) « Traitement prolongé à la chlorpromazine (4560 RP). Treize observations de psychoses graves » *Lyon médical*, 51, pp. 389-401.

²⁰⁶⁹ ANTON-STEPHENS, D. (1954) « Preliminary observations on the psychiatric use of Chlorpromazine (Largactil) » *Journal of Mental Science*, 100, p. 550.

²⁰⁷⁰ LABHARDT, F. (1954) « Die Largactiltherapie bei Schizophrenien und anderen psychotischen Zuständen » *Schweizerische Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 73, pp. 309-338.

²⁰⁷¹ Photographie du Largactil : <https://www.indiamart.com/proddetail/largactil-8751322791.html> (consulté le 24

Toutefois, l'emploi du Largactil à ses débuts n'a pas fait l'unanimité chez les psychiatres. En France, certains restaient sceptiques quant à son efficacité et se contentaient de l'associer aux thérapies de choc. Aux Etats-Unis, l'emploi de médicaments n'a été accepté de suite, les psychiatres américains influencés par le courant psychanalytique préféraient avoir recours aux psychothérapies. Enfin, certains psychiatres se résignaient au caractère incurable de certaines pathologies telles que la schizophrénie.²⁰⁷²

La création d'une autre molécule, l'**halopéridol**, a également marqué cette période. Le Dr. Janssen, médecin belge, s'intéresse à l'action des amphétamines qui, administrées à forte dose, créent chez le sujet une sorte de schizophrénie paranoïde. Il recherche alors quelle molécule peut provoquer l'inverse, un antagonisme aux amphétamines qui pourrait calmer l'apparition des psychoses chez le patient schizophrène. Il crée ainsi l'halopéridol en 1958, commercialisée sous le nom d'Haldol.²⁰⁷³ A l'issue de plusieurs essais cliniques, les psychiatres constatent que l'halopéridol est beaucoup plus efficace que la chlorpromazine dans la lutte contre l'agitation²⁰⁷⁴, les psychoses et bouffées délirantes et les tendances impulsives et agressives.²⁰⁷⁵ Le Dr. Janssen en témoigne : « faire disparaître l'agitation, le délire et rendre possible le contact humain sans sédation, c'était vraiment un miracle »²⁰⁷⁶. Son utilisation se développe en Europe puis aux Etats-Unis et se généralise dès les années 1960²⁰⁷⁷.

avril 2019), *np*. La forme d'ampoule (gouttes à diluer dans un aliment solide ou liquide) du médicament rend son absorption beaucoup plus facile qu'une injection par voie intraveineuse.

²⁰⁷² PENNINGTON, V. M. (1957) « Summary of Second International Congress for Psychiatry » 1-7 septembre 1957, *American Journal of Psychiatry*, 114, pp. 563-564.

²⁰⁷³ JANSSEN, P. (1980) « The butyrophenone story » in Frank J. Ayd, *Haloperidol Update*, AYD Medical Communications, Baltimore, Maryland, pp. 1-14.

²⁰⁷⁴ DIVRY, P., BOBON, J., COLLARD, J., PINCHARD, A. & NOLS, E. (1958) « Le R 1625 : nouvelle thérapeutique symptomatique de l'agitation psychomotrice » *Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica*, pp. 878-888.

²⁰⁷⁵ DIVRY, P., BOBON, J., COLLARD, J., PINCHARD, A. & NOLS, E. (1959) « Etudes et expérimentations cliniques du R 1625 ou halopéridol, nouveau neuroleptique et 'neurodysleptique' » *Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica*, pp. 317-366.

²⁰⁷⁶ Entretien avec Paul Janssen, le 15 mai 2002 in MISSA, J-N (2006) *op. cit.*, p. 280.

²⁰⁷⁷ JANSSEN, P. (1960) *Symposium international sur le Halopéridol*, Beerse, 5 septembre 1959, Bruxelles, *Acta Medica Belgica*.



Fig. 23 : le Haldol, médicament indiqué contre les états d'agitation aigüe et les symptômes psychotiques²⁰⁷⁸

La découverte de la chlorpromazine (Largactil) et du halopéridol (Haldol) ont marqué le début d'une révolution, celle de la **psychopharmacologie**. Elle désigne l'étude et le traitement des maladies mentales de manière scientifique par l'administration de médicaments.²⁰⁷⁹ L'emploi de cette méthode bouleverse la pratique psychiatrique²⁰⁸⁰ : les patients sont moins agités, les salles de soins deviennent plus paisibles lorsqu'auparavant elles étaient rythmées par les cris des malades²⁰⁸¹. Le personnel soignant n'est plus confronté quotidiennement aux faits de violence, les thérapies de choc sont peu à peu délaissées au profit des neuroleptiques, plus indolores, le taux de mortalité des patients agités diminue sensiblement²⁰⁸². Les psychiatres de l'époque évoquent volontiers une 'résurrection' des patients : certains qui ne communiquaient plus depuis plusieurs années venaient dialoguer avec les soignants, d'autres récemment admis redevenaient lucides et exprimaient de leur propre volonté leur désir de retourner chez eux et

²⁰⁷⁸ Photographie du Haldol sous forme de comprimés, absorption par voie buccale : <https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Haldol.jpg> (consulté le 24 avril 2019), *np*.

²⁰⁷⁹ MISSA, J-N (2006) *op. cit.*, p. 289.

²⁰⁸⁰ OVERHOLSER, W. (1956) « Has chlorpromazine inaugurated a new era in mental hospitals? » *Journal of Clinical and Experimental Psychopathology*, 17, pp. 197-201.

²⁰⁸¹ TOGNI PERRENOUD, N. (1998) *L'introduction de la chlorpromazine, premier neuroleptique, à l'hôpital psychiatrique et universitaire de Cery entre 1952 et 1955*, thèse préparée sous la dir. Du Dr Jacques Gasser, Université de Lausanne, p. 293.

²⁰⁸² THUILLIER, J. (2000) « Ten years that changed psychiatry » in Healy, D. *The Psychopharmacologists*, III, Londres, Chapman & Hall, pp. 543-559.

de reprendre une vie normale.²⁰⁸³ Le calme dans les hôpitaux permet la mise en place de petits travaux proposés aux patients : sorties en ville, travaux de couture, etc.²⁰⁸⁴

Toutefois, les neuroleptiques ne permettent pas de guérir définitivement les maladies mentales. Contrairement à la médecine somatique, les médicaments ne soignent pas les causes de la maladie mais dissimulent ses symptômes : agitations, bouffées délirantes, actes d'automutilation, violences hétéroagressives, etc. Les causes des maladies mentales restent encore aujourd'hui inconnues²⁰⁸⁵. Le Dr. Robers, psychiatre belge ne dit pas autre chose : « Le Largactif était efficace. L'Haldol aussi. Mais il faut quand même se dire qu'on ne guérissait pas définitivement les gens. Pas plus qu'aujourd'hui... Les malades allaient beaucoup mieux. Ils étaient calmes. Ils étaient disciplinés. Ils avaient un comportement adéquat. Mais quand on grattait... il restait encore des hallucinations ». ²⁰⁸⁶ Le Dr. Paquay, également psychiatre, ajoute : « **Les malades ne sont pas plus heureux, mais ils sont stabilisés. Ils travaillent, mais ils ne respirent pas la joie. Le délirant était heureux dans son délire...** Le malade avait une activité plus normale avec l'Haldol, mais c'est surtout l'entourage qui est soulagé : leur proche étant soignée, la vie redevenait plus facile ». ²⁰⁸⁷ Les effets secondaires des premiers neuroleptiques sont rapidement apparus : dyskinésie, augmentation de l'appétit, baisses de la libido, troubles du cycle menstruel... sur lesquels nous reviendrons plus tard.

La création des premiers neuroleptiques a suscité la méfiance de nombreux psychiatres. Souvent, leur choix de recourir ou non aux médicaments influençait toute la pratique psychiatrique du service hospitalier. Certains restaient persuadés de la pertinence des traitements de choc et les associaient au Largactil ou à l'Haldol tandis que d'autres les considéraient comme de simples sédatifs dont l'effet s'estompait rapidement.²⁰⁸⁸ En l'absence d'essais cliniques à l'époque, les psychiatres préféraient se fier à leur propre expérience : ils préféraient pratiquer la cure de Sakel ou les électrochocs, leur expérience leur ayant prouvé que cette méthode produisait des résultats sur les patients.²⁰⁸⁹

²⁰⁸³ LAMBERT, p. (2000) in Healy, D., *op. cit.*, p. 1-53.

²⁰⁸⁴ MISSA, J-N (2006) *op. cit.*, p. 293.

²⁰⁸⁵ MALAMUD, W. & MALAMUD, Jr. (1958) « Somatic therapy in psychiatry » *Journal of Clinical and Experimental Psychopathology*, 19, pp. 181-194.

²⁰⁸⁶ Entretien avec le Dr. Robers in MISSA, J-N (2006) *op. cit.*, p. 297.

²⁰⁸⁷ Entretien avec le Dr. Paquay in MISSA, J-N (2006), *ibid.*, p. 297.

²⁰⁸⁸ MARGOLIS, L. H. (1957) « Pharmacotherapy in psychiatry : A review » *Annals of the New York Academy of Sciences*, 66, pp. 698-717 ; BAN, T. A. (1996) « The use to call it psychiatry » in D. Healy, *op. cit.*, p. 588.

²⁰⁸⁹ KALINOWSKY, L. B. (1962) « The place of the older and newer somatic treatments in psychiatry »

A la fin des années 1950 pourtant, l'insulinothérapie est peu à peu délaissée au profit des neuroleptiques dont l'administration était plus rapide, facile et moins coûteuse. En effet la cure de Sakel nécessitait la présence de plusieurs soignants afin de surveiller l'état de santé du malade : « la cure durait une soixantaine de jours et exigeait la présence d'infirmiers de valeur... Les infirmiers ne voulaient plus en faire. Le risque [de coma prolongé] n'était pas négligeable ».²⁰⁹⁰ L'insulinothérapie est considérée comme un traitement de dernier recours avant d'être totalement délaissée dans les années 1970.²⁰⁹¹

La voie des premiers neuroleptiques est alors ouverte avec la création de l'imipramine commercialisée en 1958 sous le nom de Tofranil²⁰⁹², de l'iproniazide²⁰⁹³, de la réserpine (antidépresseurs), du Valium (anxiolytiques), etc. Leur efficacité est telle que les soignants ne souhaitent plus avoir recours aux électrochocs, prescrits seulement lorsque les antidépresseurs n'avaient aucun effet.²⁰⁹⁴ Malgré les critiques considérant les électrochocs comme une technique barbare et dépassée²⁰⁹⁵, ils sont toujours dispensés aujourd'hui contre les troubles dépressifs sévères chez les malades résistants aux traitements classiques (antidépresseurs, anxiolytiques).²⁰⁹⁶ J'ai eu à ce sujet la chance de recueillir le témoignage d'une patiente dépressive résistante ayant eu accès aux électrochocs au cours de son hospitalisation en mai 2019, que nous appellerons Lucie²⁰⁹⁷. Après quatre mois d'hospitalisation dans un hôpital psychiatrique parisien sans amélioration de son état, des séances d'électrochocs lui sont proposées. Les soignants tentent de la convaincre en lui expliquant que c'est « sa dernière chance » mais refusent de lui communiquer la moindre information sur le contenu du traitement ou ses effets secondaires malgré ses nombreuses demandes. Elle signale que d'autres malades n'ont pas la chance de choisir ce traitement et ont subi un véritable chantage : « c'est ça ou vous rentrez chez vous »...

Proceedings of the Third World Congress of Psychiatry, 4-10 juin 1961, University of Toronto Press, Toronto.

²⁰⁹⁰ MALAMUD, W. & MALAMUD, Jr. (1958), *op. cit.*, p. 188.

²⁰⁹¹ MISSA, J-N (2006) *op. cit.*, p. 318.

²⁰⁹² KUHN, R. (1958) « The treatment of depressive states with G22335 (imipramine hydrochloride) » *American Journal of Psychiatry*, 115, pp. 464-495.

²⁰⁹³ KLINE, N. S. (1965) « The practical management of depression » *Journal of the American Medical Association*, 190, pp. 84-85.

²⁰⁹⁴ MISSA, J-N (2006) *op. cit.*, p. 327.

²⁰⁹⁵ NEZELGANG, V. & FROST, C. (2006) *Soigner à tout casser. La dignité de la personne à l'épreuve de la psychiatrie lourde*, éd. Bernard Gilson, Bruxelles, p. 152.

²⁰⁹⁶ FINK, M. (2000) « Electrochock revisited » *American Scientist*, 88, pp. 162-167.

²⁰⁹⁷ Témoignage recueilli le 23 mai 2019 à l'issue d'un appel à témoignages sur des groupes d'entraide sur Internet.

Consciente de la gravité de son état, Lucie signe les documents qui lui sont présentés afin de consentir aux électrochocs (afin de dédouaner l'hôpital de toute responsabilité en cas d'effets secondaires ?). Le protocole thérapeutique se compose de douze séances à raison de deux à trois fois par semaine, avec anesthésie générale avant chaque séance qui « n'est prise en compte que si la personne convulse au minimum vingt secondes ». Chaque séance est suivie d'un entretien avec un soignant afin d'évaluer sa réponse au traitement et son ressenti. Lucie est amenée aux urgences neurologiques de l'hôpital et le cadre de soins est très peu accueillant : « [on] prenait une espèce de souterrain, pas de fenêtres... on devait traverser plusieurs salles avec des gens branchés [peut-être] dans le coma ou je ne sais quoi... ». La patiente est allongée sur un brancard et des infirmières posent des perfusions n'importe où, « parfois même sur le pied » afin de préparer l'anesthésie. Le psychiatre arrive peu après et réalise l'ECT sur chaque patient l'un après l'autre, tous séparés par un paravent dans une seule salle : « on te fait l'anesthésie juste avant, ce qui fait que tu entends tout ce qui se passe avant ton tour ».

Le réveil malgré l'anesthésie est très désagréable et la patiente subit des sensations de vertige, de pertes d'équilibre, de désorientation et d'importantes pertes de mémoire. Lucie se sent incapable de se souvenir de l'amie venue lui rendre visite la veille tandis qu'une autre patiente (que nous appellerons Caroline) ayant accouché quelques mois plus tôt a perdu tout souvenir de ce moment. Très rapidement, Lucie se réveille des anesthésies avec des crises d'angoisse « d'une intensité extrême ». Face à ces effets secondaires insupportables, elle demande aux soignants de mettre un terme aux séances : ils tentent de la rassurer, nient sa souffrance et la contraignent à terminer toutes les séances. Ce n'est que par l'intervention de trois proches de la patiente que les soignants répondent à cette demande : « ma voix n'avait plus aucune valeur, on savait mieux que moi comment j'allais... ». Les crises d'angoisse et de larmes de Lucie se poursuivent même après l'arrêt du traitement : une infirmière lui intime « d'arrêter de se lamenter comme ça ». Caroline a voulu aller jusqu'au bout du protocole : ce n'est qu'après avoir frôlé la mort à la suite d'un arrêt respiratoire que les soignants se sont résolus à y mettre un terme. Lucie affirme que ce n'est pas un cas isolé...

Ce témoignage révèle la nécessité pour les soignants de prendre en considération la parole des malades même atteints de troubles mentaux graves. Les souffrances de Lucie et de Caroline auraient pu être évitées si le personnel soignant avait été plus attentif à leur ressenti au lieu de se fier aveuglément au protocole. Les électrochocs ne conviennent pas à tous les malades et doivent être employés avec prudence au risque de provoquer de graves dommages chez le

malade. Lucie par exemple a subi des états d'angoisse aiguë, une souffrance morale immense et a perdu une partie de ses capacités de mémorisation de manière irréversible.

La découverte des neuroleptiques a eu un énorme impact sur la pratique et la recherche psychiatriques. Si les maladies sont traitées plus ou moins efficacement, les causes des troubles mentaux restent inconnues et restent à l'état de théories : facteurs environnementaux, anténataux (avant la naissance du sujet), anomalies chimiques ou physiologiques du cerveau, origines génétiques (bipolarité, troubles dépressifs)²⁰⁹⁸.

Aujourd'hui, la pratique de la psychiatrie se fonde essentiellement sur l'administration des psychotropes, anciennement appelés neuroleptiques. Il en existe plusieurs sortes :

- Les anxiolytiques désignent les substances médicamenteuses agissant sur les troubles d'anxiété²⁰⁹⁹,
- Les hypnotiques permettent de provoquer le sommeil (somnifères)²¹⁰⁰,
- Les antidépresseurs sont dispensés dans le traitement des troubles dépressifs²¹⁰¹,
- Les neuroleptiques sont administrés dans le traitement des psychoses (troubles de l'humeur, de la personnalité, bipolarité, hallucinations, paranoïa, etc).²¹⁰²

A ce jour, la France représente le premier pays consommateur de médicaments au monde et premier consommateur d'antidépresseurs en Europe, à raison de 150 millions de boîtes prescrites chaque année.²¹⁰³ Les femmes de plus de cinquante ans et les hommes de plus de soixante ans sont principalement concernés²¹⁰⁴. Près d'un quart des Français consomme régulièrement des psychotropes (anxiolytiques, antidépresseurs, neuroleptiques) à raison d'une fois par semaine pendant au moins deux mois.²¹⁰⁵

De même, cette consommation représente chaque année 70 millions de boîtes de tranquillisants

²⁰⁹⁸ KALINOWSKY, L. B. (1970) « Biological psychiatry treatments preceding pharmacotherapy » in F. J. Ayd & Blackwell B., *Discoveries in biological psychiatry*, éd. Lippincott, Philadelphie, pp. 59-84.

²⁰⁹⁹ LAROUSSE, sur l'anxiolytique : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/anxiolytique/4374> (consulté le 11 mai 2017), *np*.

²¹⁰⁰ LAROUSSE : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/hypnotique/41136?q=hypnotique#163038> (consulté le 11 mai 2017), *np*.

²¹⁰¹ LAROUSSE : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/antid%c3%a9presseur/4030?q=antid%c3%a9presseur#4021> (consulté le 11 mai 2017), *np*.

²¹⁰² LAROUSSE : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/neuroleptique/54389?q=neuroleptique#54028> (consulté le 11 mai 2017), *np*.

²¹⁰³ IMBERT, G. A. (2006) *Tranquillisants, somnifères, neuroleptiques, ces faux amis... Anti-douleurs ; l'affaire du Vioxx – Témoignages, questions-réponses*, préface du Dr Véronique Vasseur, éditions Dauphin, p. 40.

²¹⁰⁴ BRIOT, M. (2006) « Rapport n°3187 sur le bon usage des médicaments psychotropes » présenté devant l'Assemblée nationale le 22 juin 2006. Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé, p. 17.

²¹⁰⁵ IMBERT, G. A. (2006), *op. cit.*, p. 41.

et 31 millions de boîtes de somnifères.²¹⁰⁶ Il est d'ailleurs inquiétant que 20 % des prescriptions de psychotropes ne reposent sur aucun diagnostic psychiatrique.

La députée Maryvonne Briot dénonce ces prescriptions fondées sur des plaintes monosymptomatiques, telle que la tristesse ressentie suite au décès d'un proche associée à tort à une dépression.²¹⁰⁷ Contrairement aux recommandations en vigueur, la durée de prescription des antidépresseurs excède un an dans plus de la moitié des cas, malgré l'absence de symptômes établie par un médecin.

Ces prescriptions mises à part, comment expliquer une telle hausse de la consommation des psychotropes ? Trois hypothèses sont avancées²¹⁰⁸ :

- Les psychiatres auraient tendance à prescrire trop de psychotropes
- Les psychiatres augmenteraient excessivement la posologie des médicaments.

Les médicaments récents sont moins coûteux et davantage prescrits que les anciens alors que ces derniers sont plus efficaces.

- Certains médicaments *blockbuster* ont démocratisé la consommation de certains psychotropes.

Un médicament *blockbuster* se définit comme un « produit vedette générant un très important chiffre d'affaires ». ²¹⁰⁹ Le Prozac prescrit dans le traitement des troubles dépressifs en constitue un bon exemple.²¹¹⁰ Dès lors, 80 % de la hausse des prescriptions de psychotropes serait due à la consommation d'antidépresseurs.²¹¹¹ Le mode de vie des sociétés industrialisées serait également en cause, créant un état de stress constant chez les individus.²¹¹²

Cette hausse du nombre de prescriptions a immanquablement conduit à la hausse des dépenses de santé aux États-Unis. En 2005, les prescriptions de psychotropes représentaient 11 % des

²¹⁰⁶ DESJARDINS, T. (2004) *Monsieur le Président, c'est une révolution qu'il faut faire*, éditions Albin Michel, p. 89.

²¹⁰⁷ BRIOT, M. (2006), *op. cit.*, p. 19.

²¹⁰⁸ Site Internet de la FONDATION DE LA FAMILLE KAISER (2004) : "Prescription drug trends" : <http://www.kff.org/rxdrugs/loader.cfm?url=/commonspot/security/getfile.cfm&PageID=48305> (consulté le 20 janvier 2017), *np*.

²¹⁰⁹ Site Internet E-MARKETING au sujet de la définition d'un médicament *blockbuster* : <http://www.e-marketing.fr/Definitions-Glossaire/Blockbuster-238468.htm#M3jcrI5OmA4ddDAt.97> (consulté le 30 avril 2018), *np*.

²¹¹⁰ ROSENHECK, R. (2005) « The growth of psychopharmacology in the 1990s: Evidence-based practice or irrational exuberance » *International Journal of Law and Psychiatry*, 28, 467-483.

²¹¹¹ ZUVEKAS, S. H. (2005) « Prescription drugs and the changing patterns of treatment for mental disorders: 1996-2001 » *Health Affairs* 24(1), 195-205.

²¹¹² IMBERT, G. A. (2006), *op. cit.*, p. 43.

dépenses de santé, pour une somme de 179,2 milliards de dollars.²¹¹³ D'ailleurs, les psychotropes sont majoritairement prescrits par un médecin généraliste et non par un psychiatre.²¹¹⁴ De ce fait, la consommation de psychotropes concerne majoritairement les soins ambulatoires mais reste incontournable en milieu hospitalier.

Les psychotropes sont à ce titre prescrits dans le traitement de nombreux troubles mentaux. Ces dispensations ne sont pas sans risque en raison des nombreux effets secondaires dont souffrent souvent les patients.

- L'efficacité des psychotropes contrabalancée par leur toxicité avérée

Les psychotropes demeurent une solution thérapeutique quasi-systématique dans le traitement des troubles psychiatriques et les indications thérapeutiques sont nombreuses.

Les psychotropes sont par exemple administrés dans le **traitement contre l'alcoolisme²¹¹⁵ et l'addiction aux stupéfiants** tels que la cocaïne, l'ecstasy, l'héroïne ou la méthadone²¹¹⁶. Après une période de sevrage, certaines substances telles que la naltrexone et l'acamprosate aident le corps à s'habituer à l'absence d'alcool dans l'organisme par exemple. Ces seules substances ne font pas disparaître l'accoutumance chez le patient mais lui permettent de contrôler sa consommation.²¹¹⁷ Par exemple, la naloxone et la buprénorphine permettent de réduire les comportements asociaux et l'agressivité des patients dépendants aux opiacés²¹¹⁸. Les troubles d'anxiété liés au manque pendant le sevrage peuvent être soulagés par l'administration de la naltrexone²¹¹⁹. Toutefois, aucun traitement à ce jour ne peut réduire la consommation de

²¹¹³ SMITH, C., COWAN, C., SENSENIG, A., CATLIN, A. & the HEALTH ACCOUNTS TEAM (2005) « Health spending growth slows in 2003 » *Health Affairs*, 24(1), 185-194.

²¹¹⁴ GALLAGHER, S. & DOHERTY, D. (2009) « A comparative analysis of users and non-users of prescribed psychotropic medication among individuals who reported mental health problems » *The Internet Journal of Mental Health*, 6(2), 1-10.

²¹¹⁵ ANTON, R. F., O'MALLEY, S. S., CIRAULO, D. A., CISLER, R. A., COUPER, D., DONOVAN, M. *et al* (2006) « Combined pharmacotherapies and behavioural interventions for alcohol dependence. The COMBINE study: A randomized controlled trial » *Journal of the American Medical Association*, 295(17), 2003-2017.

²¹¹⁶ STINE, S. M., SOUTHWICK, S. M., PETRAKIS, H., KOSTEN, T. R., CHARNEY, D. S. & KRYSAL, J. H. (2002) « Yohimbine-induced withdrawal an anxiety symptom in opioid-dependent patient » *Biological Psychiatry*, 2002; 51(8), pp. 642-651.

²¹¹⁷ *Ibid*, p. 644.

²¹¹⁸ *Ibid*.

²¹¹⁹ GUDJONSSON, G. H., HANNESOTTIR, K., PETURSSON, H. and TYRFINGSON, T. (2002) « The effects of alcohol withdrawal on memory, confabulation, suggestibility and compliance » *Nordic Journal of Psychiatry* 54: 213-220; SYMONS, F. J., THOMPSON, A & RODRIGUEZ, M. C. (2004) « Self-injurious behaviour and the

cannabis ou de cocaïne.

En toute hypothèse, le psychiatre doit s'efforcer de prescrire le traitement comportant le moins d'effets secondaires chez le patient²¹²⁰. De même, le psychiatre doit prendre garde aux renouvellements multiples des prescriptions car le patient peut développer une addiction au traitement prescrit²¹²¹. S'il est efficace, le traitement contre la toxicomanie permet de rétablir les fonctions cognitives et intellectuelles des patients, de réduire leur impulsivité et bien sûr de faire disparaître leur addiction. Il est important de rappeler que le traitement seul ne suffit pas, devant être précédé d'une période d'abstinence²¹²².

Les psychotropes ont d'ailleurs fait leurs preuves **contre les troubles de la personnalité et la schizophrénie**²¹²³ par l'action de substances telles que la clozapine²¹²⁴, le tétrabenazine²¹²⁵ et la réserpine.²¹²⁶ Leur action thérapeutique consiste à réduire les symptômes schizophréniques,

efficacy of naltrexone treatment: A quantitative synthesis » *Mental Retardation & Developmental Disabilities Research Reviews*, 10(3), 193-200; SYMONS, F. J., THOMPSON, A & RODRIGUEZ, M. C. (2004) « Self-injurious behaviour and the efficacy of naltrexone treatment: A quantitative synthesis » *Mental Retardation & Developmental Disabilities Research Reviews*, 10(3), 193-200.

²¹²⁰ LEVIN, F. R., MARIANI, J. J. & SULLIVAN, M. A. (2009) « Co-occurring addiction and attention deficit / Hyperactivity disorder » In. R. K. Dies, D. A., Fiellin, S. C. Miller & Saitz, R. (4th Ed) *Principles of Addiction Medicine* (pp. 1211-1226), Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, p. 158 ; FLETCHER, J., BOWER, P. J., GILBODY, S., LOVELL, K., RICHARDS, D. & GASK, L. (2007) « Collaborative care for depression and anxiety problems in primary care (protocol) » *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, art. No.: CD006525.

²¹²¹ LEVIN, F. R., MARIANI, J. J. & SULLIVAN, M. A. (2009), *op. cit.*, p. 160.

²¹²² CREWS, F. T. & BOETTINGER, A. (2009) « Impulsivity, frontal lobes and risk for addictions » *Pharmacology, Biochemistry & Behaviour*, 93(3), 237-247.

²¹²³ MASSIE J., LEWIS S., (1999) « Duration of treatment in schizophrenia » *The Journal of Forensic Psychiatry* Vol. 10, No. 3, December 1999, 491-496; DAVIS J. M., DYSKEN, M. W., HABERMAN, S. J. *et al* (1980) « Use of survival curves in analysis of antipsychotic relapse studies with long term effects of neuroleptics » *Advances in Biochemical Pharmacology* 24 : 471-481; HOGARTY, G. E. and ULRICH, R. F. (1977) « Temporal effects of drug and placebo in delaying relapse in schizophrenic outpatients » *Archives of General Psychiatry* 34: 297-301.

²¹²⁴ DELL, S., ROBERTSON, G., JAMES K. and GROUNDS, A. (1993) « Remands and psychiatric assessments in Holloway Prison » *British Journal of Psychiatry* 163 : 640-644; GOLDBERG, S. C., SCHULZ, S. C., SCHULZ, P. M., RESNICK, R. J., HAMER, R. M. and FRIEDEL, R. O. (1986) « Borderline and schizotypal personality disorders treated with low dose thiothixene vs placebo » *Archives of General Psychiatry* 43 : 680-686; BENEDETTI F., SFORZINI L., COLOMBO, C., MAFFREI, C. and SMERALDI, E. (1998) « Low dose clozapine in acute and continuation treatment of severe borderline personality disorder » *Journal of Clinical Psychiatry* 59 : 103-107; GORDON H., LADER M., SHIVAYOGI M., VERMEULEN J. (1998), « Treatment-resistant schizophrenia. Tetrabenazine and Reserpine: a case-study » *The Journal of Forensic Psychiatry*, vol 9, No 2, September 1998, 440-445; DALAL, B., LARKIN, E., LEESE M. & TAYLOR, P. J. (1999) « Clozapine treatment of long-standing schizophrenia and serious violence: A two-year follow-up study of the first 50 patients treated with clozapine in Rampton high security hospital » *Criminal Behaviour and Mental Health*, 9, 168-178.

²¹²⁵ SZYMANSKI, S., MUNNE, R., GORDON, M. F. and LIEBERMANN J. (1993) « A selective review of recent advantages in the management of tardive dyskinesia » *Psychiatric Annals* 23 (4): 209-215.

²¹²⁶ FRANKEBURG, F. R. (1994) « History of the Development of Antipsychotic medication » *Psychiatric Clinics of North America*, 17 (3): 531-540; NOCE, R. H., WILLIAMS, D. B. and RAPAPORT, W. (1954), « Reserpine (Serpasil) in the management of the mentally ill and mentally retarded » *Journal of the American Medical Association*, 156: 821-824.

les hallucinations²¹²⁷ et les actes d'automutilation du malade. Elles permettent aussi de stabiliser le patient lorsqu'il présente un comportement agité²¹²⁸. Lorsque le patient schizophrénique répond au traitement et adopte un comportement calme sur le long terme, il peut être transféré vers un service hospitalier moins sécurisé²¹²⁹. Les patients font état de sentiments de calme et d'apaisement grâce à l'administration de ce traitement²¹³⁰.

A nouveau, le seul traitement médicamenteux ne peut permettre la mainlevée de l'hospitalisation du patient ni permettre sa rémission totale.²¹³¹ Il est en effet rare que le patient schizophrène ou atteint de troubles de la personnalité puisse être réinséré dans la société car il lui est plus difficile de recouvrer une certaine autonomie et d'exercer une activité professionnelle de façon stable.²¹³²

Ensuite, une proportion non négligeable de patients ne répond pas à ce traitement²¹³³ ou y mettent un terme en raison d'effets secondaires trop importants (migraines, assèchement de la bouche, constipation²¹³⁴, troubles cardiaques et akathisie). Celle-ci désigne l'impossibilité de rester en place ou la sensation angoissante d'impatience dans les membres inférieurs entraînant des comportements de déambulation ou de piétinement.²¹³⁵

²¹²⁷ SWINTON M. (2001) « Clozapine in severe borderline personality disorder » *The Journal of Forensic Psychiatry*, Vol. 12 No. 3 December 2001, 580-591.

²¹²⁸ NOCE, R. H., WILLIAMS, D. B. and RAPAPORT, W. (1954), *op. cit.*; GORDON H., LADER M., SHIVAYOGI M., VERMEULEN J. (1998), *op. cit.*; PARKER J., DE VILLIERS J., CHURCHWARD S. (2002) « High-dose anti-psychotic drug use in a forensic setting » *The Journal of Forensic Psychiatry* Vol. 13, No 2, September 2002, 407-415; SPIVAK, B., MESTER, R., WITTENBERG, N., MAMAN, Z., WEIZMAN, A. (1997) « Reduction of aggressiveness and impulsiveness during clozapine treatment in chronic neuroleptic-resistant schizophrenic patients » *Clinical Neuropharmacology*, 20(5), 442-446.

²¹²⁹ SWINTON M. and HADDOCK A. (2000) « Clozapine in Special Hospital: a retrospective case-control study » *The Journal of Forensic Psychiatry*, Vol. 11, No. 3 December 2000, 587-596.

²¹³⁰ ROGERS, A., DAY, J. C., WILLIAMS, B., RANDALL, F., WOOD, P., HEALY, D., & BENTALL, R. P. (1998) « The meaning and management of neuroleptic medication: A study of patients with a diagnosis of schizophrenia » *Social Science and Medicine*, 47, 1313-1323; CHAPLIN C. and MCGUIGAN, S. (1996) « Antipsychotic dose: from research to clinical practice » *Psychiatric Bulletin* 20: 452-454; BRESSINGTON, D., GRAY, R., LATHLEAN, J. & MILLS, A. (2008) « Antipsychotic medication in prisons: Satisfaction with and adherence to treatment » *Mental Health Practice*, 11(10), 18-21.

²¹³¹ SWINTON M. (2001), *op. cit.*, p. 590.

²¹³² KLOZLOWSKI-GIBSON, M. (2016) « The struggle for schizophrenia treatment: A case study » *International Journal of Law and Psychiatry*, 49, 124-129.

²¹³³ KIRSCH, I., MOORE, T. J., SCOBORIA, A. & NICHOLLS, S. (2002) « The emperor's new drugs: An analysis of antidepressant medication data submitted to the U.S. Food and Drug Administration » *Prevention and Treatment*, 5, article 23.

²¹³⁴ LOKSHIN, P., LERNER, V., MIODOWNIK, C., DOBRUSIN, M. & BELMAKER, R. H. (1999) « Parenteral clozapine: Five of experience » *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 19, 479-480; CARRICK, R., MITCHELLE, A., POWELL, R. A. & LLOYD, K. (2004) « The quest for well-being: A qualitative study of the experience of taking antipsychotic medication » *Psychology and Psychotherapy*, 77, 19-33.

²¹³⁵ PSYCHISME : <https://www.psychisme.org/Therapeutique/Indesirneurolep.html> (consulté le 11 octobre 2016), *np*.

Dans des cas plus graves, des troubles dépressifs sévères et des pulsions suicidaires apparaissent chez le patient²¹³⁶. Il est donc recommandé de ne prescrire ces substances que sur une courte durée²¹³⁷. D'autres praticiens suggèrent d'administrer des antidépresseurs en plus de ce traitement²¹³⁸, laissant craindre un risque d'intoxication médicamenteuse chez le patient. Si réduire la posologie du traitement permet de limiter l'apparition des effets secondaires²¹³⁹, elle expose le patient à l'aggravation de ses troubles²¹⁴⁰. La posologie du traitement doit donc être réalisée avec prudence.

Les substances administrées contre les troubles de la personnalité sont nombreuses²¹⁴¹. La tétrabénizaine est administrée lorsque les troubles du malade sont sévères mais ses effets secondaires sont importants : troubles de l'humeur, irritabilité²¹⁴² et dyskinésie²¹⁴³, c'est-à-dire apparition de mouvements répétitifs involontaires affectant les muscles de la mâchoire, les bras et les jambes.²¹⁴⁴ Également indiquée, la quétiapine²¹⁴⁵ possède des propriétés sédatives et anxiolytiques.²¹⁴⁶

Le patient atteint de schizophrénie ou de troubles de la personnalité peut être persuadé d'être en parfaite santé mentale (anosognosie).²¹⁴⁷ Il n'a pas conscience de ses troubles, persuadé que le traitement a pour unique but de l'empoisonner.²¹⁴⁸ C'est l'une des raisons pour lesquelles le

²¹³⁶ AMBROSINO, S. V. (1974), « Depressive reactions associated with Reserpine » *New York State Journal of Medicine*, 74(5): 860-864.

²¹³⁷ PERENYI, A., GOSWANI, U., BELA, A., FREOSKA, E., ARATO, M. and HEGEDUS, I. (1988) « Addition of Reserpine to ongoing Neuroleptic Exposure in chronic schizophrenia » *Schizophrenia Research* 1(4): 307-308.

²¹³⁸ HOPKINSON, G. and KENNY F. (1975) « Treatment with Reserpine of patients resistant to tricyclic antidepressants: a double-blind trial » *Psychiatry Clinica*, 8: 109-114.

²¹³⁹ MCEVOY, J. P., HOGARTY, G. E. & STEINGARD, S. (1991) « Optimal dose of neuroleptic in acute schizophrenia » *Archives of General Psychiatry* 48: 739-745; WILKIE A., PRESTON N., and WESBY R. (1997) « High-dose antipsychotics – who gives them and why? » *Psychiatric Bulletin* 25: 179-183.

²¹⁴⁰ KANE, J. M., RIFKIN, A., WOERNER, M. *et al* (1983) « Low-dose neuroleptic treatment of outpatient schizophrenics » *Archives of General Psychiatry* 40: 893-896.

²¹⁴¹ GUNDERSON, J. (2013) : <http://www.borderlinepersonalitydisorder.com/professionals/a-bpd-brief/> (consulté le 29 mars 2017), *np*.

²¹⁴² GORDON H., LADER M., SHIVAYOGI M., VERMEULEN J. (1998), *op. cit*, p. 444.

²¹⁴³ MASSIE J., LEWIS S., (1999), *op. cit.*, p. 493.

²¹⁴⁴ Site Internet de l'AQPAMM, Association québécoise des parents et amis de la personne atteinte de maladie mentale, définition de la dyskinésie : <http://www.aqpamm.ca/test/effet-secondaire-des-neuroleptiques/> (consulté le 22 septembre 2016), *np*.

²¹⁴⁵ WATERS, B. M. & JOSHI, K. G. (2007) « Intravenous quetiapine-cocaine use ('Q-ball') » *American Journal of Psychiatry*, 164(1), 173-174.

²¹⁴⁶ PINTA, E. R., & TAYLOR, R. E. (2007) « Quetiapine addiction » *American Journal of Psychiatry*, 164(1), 174-175.

²¹⁴⁷ KLOZLOWSKI-GIBSON, M. (2016), *op. cit*, p. 26.

²¹⁴⁸ JESTE, D. V., DEPP C. A. & PALMER B. W. (2006) « Magnitude of impairment in decisional capacity in people with schizophrenia compared to normal subjects: An overview » *Schizophrenia Bulletin*, 32(1), 121-128.

taux de non-suivi du traitement pour ces patients oscille entre 54 et 82%.²¹⁴⁹ Il est alors fondamental pour le soignant de convaincre le malade de l'intérêt de ce traitement et de son risque de devenir un danger pour les autres (violences hétéro-agressives) ou lui-même (violences auto-agressives pouvant aller jusqu'à la tentative de suicide).²¹⁵⁰ En effet, l'anosognosie est souvent considérée à tort comme une tentative de rébellion ou un comportement asocial chez le patient hospitalisé.²¹⁵¹

Moralement soutenu par ses proches²¹⁵², il est indispensable que le patient s'implique dans le suivi de son traitement afin que l'amélioration de son état de santé mental soit visible²¹⁵³.

D'autre part, la carbamazépine, le lamotrigine²¹⁵⁴ et la phénytoïne²¹⁵⁵ sont indiqués dans le traitement des **troubles de l'humeur**. Le psychiatre prescrit également des antidépresseurs composés d'aripiprazole, des antipsychotiques et d'autres substances permettant de traiter les **troubles d'anxiété** (topiramate) chez le patient.²¹⁵⁶

Concernant les **troubles dépressifs**,²¹⁵⁷ plusieurs études ont prouvé l'efficacité du

²¹⁴⁹ ELIXHAUSER, A., EISEN, S. A., ROMEIS, J. C. & HOMAN, S. M. (1990) « The effects of monitoring and feedback on compliance » *Medical Care*, 28, 882-893.

²¹⁵⁰ ABDEL-BAKI, A., TURGEON, N., CHALFOUN, C. & NGUYEN, A. (2013) « Psychose et impulsivité : un mauvais mariage » *Psychiatrie et Violence*, 12(1), n°1.

²¹⁵¹ LINCOLN, T. M., LULLMAN, E. & RIEF, W. (2007) « Correlates and long-term consequences of poor insight in patients with schizophrenia: A systematic review » *Schizophrenia Bulletin*, 33(6), 1324-1342.

²¹⁵² GOODMAN, M., ROIFF, T., OAKES, A. & PARIS, J. (2012) « Suicidal risks and management in borderline personality disorder » *Current Psychiatry Report*, 14(1), 79-85.

²¹⁵³ BLAND, A., TUDOR, G. & WHITEHOUSE, D. M. (2007) « Nursing care of inpatients with borderline personality disorder » *Perspectives in Psychiatric Care*, 43(4), 204-212.

²¹⁵⁴ SACHS, G. S., PRINTZ, D. J., KAHN, D. A., CARPENTER, D. & DOCHERTY, J. P. (2000) *Medication treatment of bipolar disorder introduction: Methods, summary and commentary*: http://www.psychguides.com/gl-treatment_of_bp2000.html (consulté le 6 avril 2017), np.

²¹⁵⁵ JONES, R. M., ARLIDGE, J., GILHAM, R., REAGU, S., VAN DEN BREE, M., TAYLOR, P. J. (2011) « Efficacy of mood stabilisers in the treatment of impulsive or repetitive aggression: Systematic review and meta-analysis » *The British Journal of Psychiatry*, 198: 93-98.

²¹⁵⁶ LIEB, K., VÖLLM, B., RÜCKER, G., TIMMER, A. & STOFFERS, J. M. (2010) « Pharmacotherapy for borderline personality disorder: Cochrane systematic review of randomised trials » *British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 196(1), 4-12 ; WEHBE-ALAMAH, H. & WOLGAMOTT, S. (2014) « Uncovering the mask of borderline personality disorder: Knowledge to empower primary care providers » *The Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 26, 292-300.

²¹⁵⁷ FINEBERG, N. A., TONNOIR, B., LEMMING, O. & STEIN, D. J. (2007) « Escitalopram prevents relapse of obsessive-compulsive disorder » *European Neuropsychopharmacology*, 17, 430-439; STENGLER-WENZKE, K., MÜLLER, U., BARTHEL, H., ANGERMEYER, M. C., SABRI, O. & HESSE, S. (2006) « Serotonin transporter imaging with [123 I]- CIT SPECT before and after one year of citalopram treatment of obsessive-compulsive disorder » *Neuropsychobiology*, 53, 40-45.

clomipramine²¹⁵⁸ et des benzodiazépines.²¹⁵⁹ Les indications thérapeutiques des antidépresseurs sont multiples : sentiments de colère, de peur, d'impulsivité et troubles anxieux²¹⁶⁰ pouvant conduire les patients à commettre des actes d'automutilation.²¹⁶¹ Les neuroleptiques permettent d'obtenir des résultats similaires afin de préserver le patient de lui-même.²¹⁶² Toutefois, les effets secondaires de ces substances sont conséquents : assèchement de la bouche, constipation, troubles cardiaques²¹⁶³, phénomène d'accoutumance à l'antidépresseur prescrit²¹⁶⁴... ceux-ci peuvent devenir insupportables pour certains patients, qui cessent totalement la prise du traitement.²¹⁶⁵

Il est estimé qu'environ 30 % des patients ne répond pas aux antidépresseurs actuellement sur le marché.²¹⁶⁶ Il n'existe pas non plus de traitement pouvant empêcher le patient de commettre des actes d'automutilation,²¹⁶⁷ bien que ses troubles anxieux et dépressifs puissent être traités médicalement.²¹⁶⁸ D'autre part, les psychiatres déconseillent fortement la prescription

²¹⁵⁸ CARTWRIGHT, C. & HOLLANDER, E. (1998) « SSRIs in the treatment of obsessive-compulsive disorder » *Depression and Anxiety*, 8 (Suppl. 1), 105-113; CHOI, Y.-J. (2009) « Efficacy of treatments for patients with obsessive-compulsive disorder: A systematic review » *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 21, 207-213; TONEY, S. D. (2007) « Identifying and managing depression in women. Shrinking healthcare disparities in women: The depression dilemma » *Journal of Managed Care Pharmacy*, 13 (Suppl. 9), s21-s22.

²¹⁵⁹ NUTT, D. J. (1997) « Management of patients with depression associated with anxiety symptoms » *Journal of Clinical Psychiatry*, 58 (Suppl. 8), 11-16; NUTT, D. J. (1999) « Care of depressed patients with anxiety symptoms » *Journal of Clinical Psychiatry*, 60 (Suppl. 17), 23-27.

²¹⁶⁰ DANNLOWSKI, U., BAUNE, B. T., BOCKERMAN, I., DOMSCHKE, K., EVERS, S., AROLT, V., *et al.* (2008) « Adjunctive antidepressant treatment with quetiapine in agitated depression: Positive effects on symptom reduction, psychopathology and remission rates » *Human Psychopharmacology*, 23(7), 587-593; MONNELLY, E. P., CIRAULO, D. A., KNAP, C., LOCASTRO, J. & SEPULVEDA, I. (2004) « Quetiapine for treatment of alcohol dependence » *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 24(5), 532-535.

²¹⁶¹ MCDONALD, C. (2006) « Self-mutilation in adolescents » *Journal of School Nursing*, 22, 193-200.

²¹⁶² GLENN, C. H. & DENISCO, S. (2006) « Self-mutilation in adolescents: Recognizing a silent epidemic » *American Journal for Nurse Practitioners*, 10(11), 63.

²¹⁶³ HEUGSHEM, C., LAGIER, P., LECHAT, P. (1978) *Risques et maladies liés aux médicaments*, éditions Masson.

²¹⁶⁴ MONNELLY, E. P., CIRAULO, D. A., KNAP, C., LOCASTRO, J. & SEPULVEDA, I. (2004), *op. cit.*, p. 534.

²¹⁶⁵ MUNDO, E., ROUILLON, F., FIGUERA, M. L. & STIGLER, M. (2001) « Fluvoxamine in obsessive-compulsive disorder: Similar efficacy but superior tolerability in comparison with clomipramine » *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 16, 461-468.

²¹⁶⁶ MARCH, J. S., BIEDERMAN, J., WOLKOW, R., SAFERMAN, A., MARDEKIAN, J., COOK, E. H. *et al.* (1998) « Sertraline in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. A multicentre randomized controlled trial » *Journal of the American Medical Association*, 280(20), 1752-1757.

²¹⁶⁷ KAMEG, K. M., WOODS, A. S., SZPAK, J. L. & MCCORMICK, M. (2013) « Identifying and managing non-suicidal self-injurious behaviour in the primary care setting » *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 25, 167-172.

²¹⁶⁸ LIEB, K., VÖLLM, B., RÜCKER, G., TIMMER, A. & STOFFERS, J. M. (2010) « Pharmacotherapy for borderline personality disorder: Cochrane systematic review of randomised trials » *British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 196(1), 4-12; SOBCZAK, J. A. (2009) « Managing high-acuity-depressed adults in primary care » *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 21, 362-370.

d'antidépresseurs aux enfants et adolescents²¹⁶⁹ ainsi qu'aux adultes atteints de troubles dépressifs légers. D'autres solutions thérapeutiques moins invasives sur la santé du patient devraient être mises en œuvre.²¹⁷⁰

En effet, les substances telles que l'amisulpride et la clomipramine déclencheraient des pulsions suicidaires dès le premier mois du traitement chez l'enfant ou l'adolescent.²¹⁷¹ Le patient adulte n'est pas épargné par ce risque lorsque la posologie de l'antidépresseur est trop forte.²¹⁷² Le psychiatre doit alors les remplacer par des anxiolytiques ou des neuroleptiques.²¹⁷³

Le Prozac a d'ailleurs été accusé de provoquer des effets indésirables graves : troubles neurologiques et érectiles, hallucinations, vertiges, nausées, troubles de l'anxiété²¹⁷⁴, diminution des capacités intellectuelles, troubles de la mémoire, etc.²¹⁷⁵ Une posologie excessive peut conduire le patient à un état de décompensation²¹⁷⁶.

Les sédatifs sont également indiqués contre les troubles dépressifs mais ils suscitent de fortes inquiétudes chez les psychiatres²¹⁷⁷. Ils permettent une tranquillisation rapide du patient mais l'exposent à une aggravation de ses troubles psychiatriques voire somatiques (ex : troubles cardiaques). La réponse du patient doit donc absolument être surveillée.

La seule prescription d'antidépresseurs ne saurait suffire à venir à bout de ces troubles. Le suivi médical du patient, le soutien exprimé par les soignants²¹⁷⁸, les autres patients²¹⁷⁹ et ses proches démultiplient leur efficacité.²¹⁸⁰

²¹⁶⁹ STAHL, S. M. (2006) *Essential psychopharmacology: The prescriber's guide*. San Diego: University of California, p. 334.

²¹⁷⁰ HOWLAND, R. H. (2006) « Pharmacotherapy strategies for treatment-resistant depression » *Journal of Psychosocial Nursing*, 44(11), 11-14.

²¹⁷¹ STAHL, S. M. (2006), *op. cit.*, p. 336.

²¹⁷² SHAW, S. N. (2006) « Certainty, revision and ambivalence: A qualitative investigation into women's journeys to stop self-injuring » *Women and Therapy*, 29, 153-175.

²¹⁷³ LOOPER, K. J. (2007) « Potential medical and surgical complications of serotonergic antidepressant medications » *Psychosomatics*, 48(1), 1-9.

²¹⁷⁴ GLENMULLER, J. (2000) *Prozac Backlash*. New York: Simon & Schuster; GUDJONSSON, G. H., HANNESDOTTIR, K., PETURSSON, H. and TYRFINGSON, T. (2002) « The effects of alcohol withdrawal on memory, confabulation, suggestibility and compliance » *Nordic Journal of Psychiatry* 54: 213-220.

²¹⁷⁵ CURRAN, H. V. (1991) « Benzodiazepines, memory and mood: a review » *Psychopharmacology* 105: 1-8.

²¹⁷⁶ EXWORTHY T., MOHAN D., HINDLEY N. & BASSON J. (2001) « Seclusion: punitive or protective? » *The Journal of Forensic Psychiatry* Vol 12, No 2, September 2001, 423-433.

²¹⁷⁷ DILLNER L. (1993) « Inquiry says depot injections can kill » *British Medical Journal* 307: 641.

²¹⁷⁸ TAPP, J., WARREN, F., FIFE-SCHAW, C., PERKINS, D. & MOORE E. (2013) « What do the expertise by experience tell us about 'what works' in high secure forensic inpatient hospital services? » *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, Vol. 24, No. 2, pp. 160-178.

²¹⁷⁹ ADSHEAD, G. (2002) « Three degree of security: Attachment and forensic situations » *Criminal Behaviour & Mental Health*, 12, S31; BOWLBY, J. (1969) *Attachment and loss. Attachment* (Vol. 1). New York, NY: Basic Books.

²¹⁸⁰ SHAW, S. N. (2006), *op. cit.*, p. 155.

Si les troubles dépressifs du patient sont sévères, il est recommandé de prescrire d'autres substances plus lourdes, telles que le bupropion ou la venlafaxine.²¹⁸¹ Certains praticiens soutiennent que les psychotropes prescrits contre les troubles de l'humeur permettent d'espacer et de réduire les épisodes dépressifs. Ils doivent être prescrits à vie afin d'éviter les risques de rechute²¹⁸² mais provoquent inmanquablement chez le patient des nausées, des insomnies, des maux de tête, des sensations d'engourdissement ou une importante perte de poids.²¹⁸³ En somme, il est fondamental que le psychiatre prenne en compte la volonté du patient de changer de traitement lorsque les effets indésirables le font souffrir.²¹⁸⁴

Par ailleurs, les antidépresseurs et les anxiogènes peuvent créer une accoutumance chez le patient. A ce sujet, une patiente britannique souffrant d'anxiété sévère apporte son témoignage. Elle se voit prescrire un antidépresseur (Deroxat) dont la molécule active est la paroxétine.²¹⁸⁵ Bien que le médicament soit efficace, la patiente subit d'importants effets indésirables : migraines, douleurs musculaires, transpiration excessive, tremblements, pertes d'équilibre... Elle décide alors de réduire la posologie de son traitement sans l'avis d'un médecin. Ses troubles d'anxiété et ses crises d'angoisse réapparaissent soudainement en créant chez elle une addiction au médicament.²¹⁸⁶ Elle est alors contrainte de reprendre la posologie initiale de son traitement assortie de ses importants effets secondaires. Elle affirme que si « [elle] avait eu connaissance des effets secondaires et [du] risque d'accoutumance du Deroxat, elle n'aurait jamais accepté de suivre ce traitement ». ²¹⁸⁷

Est-ce à dire qu'il est préférable pour le patient anxieux de refuser les soins et de voir son état de santé mental empirer ? La réponse doit être nuancée, selon la gravité des effets secondaires subis par chacun.

²¹⁸¹ SACHS, G. S., PRINTZ, D. J., KAHN, D. A., CARPENTER, D. & DOCHERTY, J. P. (2000), *op. cit.*, *np*.

²¹⁸² *Ibid.*

²¹⁸³ NICKEL, M., MUEHLBACHER, M., NICKEL, C., KETTLER, C., PEDROSA-GIL, F., BACHLER, E. ... & KAPLAN, P. (2006) « Aripiprazole in the treatment of patients with borderline personality disorder: A review of the literature » *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 7(4), 172-173; EPOCRATES (2012) : *In Epocrates Essentials for Android (Version 5.1) [Mobile application software]* :

<http://www.epocrates.com/mobile/android/essentials> (consulté le 29 mars 2017), *np*.

²¹⁸⁴ SAJATOVIC, M., DAVIES, M., BAUER, M. S., MCBRIDE, L., HAYS, R. W., SAFAVI, R. *et al* (2005) « Attitudes regarding the collaborative practice model and treatment adherence among individuals with bipolar disorder » *Comprehensive Psychiatry*, 46, 272-277.

²¹⁸⁵ BBC NEWS (2013), « Anti-depressant can be addictiv », article du 13 octobre 2013 :

<http://news.bbc.co.uk/1/hi/programmes/panorama/2321545.stm> (consulté le 11 décembre 2017), *np*.

²¹⁸⁶ *Ibid.*

²¹⁸⁷ *Ibid.*

Le patient atteint de **troubles bipolaires** obtient rarement un diagnostic établi avec certitude car ses symptômes sont souvent confondus avec des troubles dépressifs. Il se fait généralement prescrire des antidépresseurs²¹⁸⁸ inadaptés à ses troubles, l'exposant à l'apparition de pensées angoissantes, d'insomnies, d'épisodes maniaques, etc.²¹⁸⁹

C'est pourquoi le psychiatre doit soigneusement établir le diagnostic du patient afin de réaliser sa prescription. Pour ce faire, il peut utiliser un questionnaire afin de déceler les symptômes récurrents chez les personnes atteintes de bipolarité²¹⁹⁰ et se renseigner sur les antécédents familiaux du patient car les troubles bipolaires auraient une origine génétique.²¹⁹¹

Concernant **les troubles de l'attention et de l'hyperactivité**, les psychiatres recommandent l'administration du méthylphénidate²¹⁹² mais cette substance n'est pas sans risque chez le patient : assèchement de la bouche, perte d'appétit, instabilité de l'humeur, accélération du rythme cardiaque, maux de tête, insomnie...²¹⁹³ De même, ce traitement doit être modifié si le patient développe une addiction à la substance.²¹⁹⁴

Les maladies neurodégénératives (maladies d'Alzheimer, de Parkinson, démence sénile) doivent être distinguées des autres pathologies psychiatriques en raison de leur caractère irréversible. Un bon traitement ne pourra jamais guérir le malade mais uniquement retarder la progression de la maladie. De ce fait, des attentes irréalistes peuvent constituer un obstacle à l'efficacité du traitement.²¹⁹⁵

²¹⁸⁸ MYNATT, S., CUNNINGHAM, P. & MANNING, J. S. (2002) « Identifying bipolar spectrum disorders » *Nurse Practitioner*, 27(6), 15-25.

²¹⁸⁹ MILLER, K. (2006) « Bipolar disorder: Aetiology, diagnosis and management » *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 18, 368-373.

²¹⁹⁰ HIRSCHFELD, R. M. A., WILLIAMS, B. W. J., SPITZER, R. L., CALABRESE, J. R., FLYNN, L., KECK, P. E. *et al* (2000) « Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: The mood disorder questionnaire » *American Journal of Psychiatry*, 157(11), 1873-1875.

²¹⁹¹ MANNING, J. S. (2003) « Bipolar disorder in primary care » *Journal of Family Practice (Supplement)*, 3(6), 6-9.

²¹⁹² RAMSAY, J. R. & ROSTAIN, A. L. (2007) « Psychosocial treatments for attention-deficit / hyperactivity disorder in adults: Current evidence and future directions » *Professional Psychology: Research and Practice*, 38, 338-346; YOUNG S. J. (1999a) « Psychological therapy for adults with attention deficit hyperactivity disorder » *Counselling Psychology Quarterly* 12(2): 183-190.

²¹⁹³ MEDORI, R., RAMOS-QUIROGA, J. A., CASAS, M., KOOJI, J. J., NIEMELA, A., TROTT, G. *et al* (2008) « A randomized, placebo-controlled trial of three fixed dosages of prolonged-release OROS methylphenidate in adults with attention-deficit / hyperactivity disorder » *Biological Psychiatry*, 63, 981-989.

²¹⁹⁴ SPENCER, T. J., BIEDERMAN, J., CICCONE, P. E., MADRAS, B. K., DOUGHTERTY, D. D., BONAB, A. A. *et al* (2006) « PET study examining pharmacokinetics, detection and likeability, and dopamine transporter receptor occupancy of short- and long-acting oral methylphenidate » *American Journal of Psychiatry*, 163, 387-395.

²¹⁹⁵ LEIFER, B. P. (2009) « Alzheimer's disease: Seeing the signs early » *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 21, 588-595.

Des substances telles que le donépézil²¹⁹⁶ et le rivastigmine²¹⁹⁷ concernant la maladie d'Alzheimer sont conseillées par les psychiatres à condition que la posologie ne soit pas trop forte.²¹⁹⁸ Un suivi rigoureux du traitement est indispensable afin de limiter l'impact de la maladie. Par exemple, l'arrêt du traitement pendant six semaines provoque des dégâts irréversibles sur les facultés cognitives du patient.²¹⁹⁹ De même, la prise en charge médicale du patient doit être mise en œuvre dès les premiers signes d'apparition de la maladie. Un traitement précoce permet de retarder davantage sa progression et de prolonge l'autonomie du patient.²²⁰⁰ Les effets secondaires du donépézil sont cependant loin d'être négligeables : troubles de l'équilibre, comportement agité, migraines, nausées, vomissements, insomnies, etc.²²⁰¹

Il est recommandé de prendre le traitement en début de journée en s'assurant que le patient ne soit pas à jeun. Ces précautions limitent les risques d'insomnie et de troubles gastriques imputables à la prise d'antidépresseurs notamment²²⁰². Le psychiatre doit se renseigner sur les potentiels troubles somatiques du patient et veiller à son hydratation. En effet, l'affaiblissement de l'organisme du patient âgé l'expose davantage à l'apparition d'effets indésirables.²²⁰³

La posologie administrée doit alors être plus faible par exemple dans le cas de l'amantadine²²⁰⁴

²¹⁹⁶ BLACK, S. E., DOODY, R., LI, H., MCRAE, T., JAMBOR, K. M., XU, Y. *et al* (2007) « Donepezil preserves cognition and global function in patients with severe Alzheimer disease » *Neurology*, 69(5), 459-469; WINSLOW, B. T., ONYSKO, M. K., STOB, C. M. & HAZLEWOOD, K. A. (2011) « Treatment of Alzheimer's disease » *American Family Physician*, 83(12), 1403-1412; BIRKS, J. & HARVEY, R. J. (2006) « Donepezil for dementia due to Alzheimer's disease » *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2006(1), 1-174; TAN, C., YU, J., WANG, H., TAN, M., MENG, X., WANG, C. ... & TAN, L. (2014) « Efficacy and safety of donepezil, galantamine, rivastigmine and memantine for the treatment of Alzheimer's disease: A systematic review and meta-analysis » *Journal of Alzheimer's disease*, 41(2), 615-631.

²¹⁹⁷ COREY-BLOOM, J., ANAND, R. & VEACH, J. for the ENA 713 B352 Study Group (1998) « A randomized trial evaluating the efficacy and safety of ENA 713 (rivastigmine tartrate), a new acetylcholinesterase inhibitor, in patients with mild to moderate severe Alzheimer's disease » *International Journal of Geriatric Psychopharmacology*, 1, 55-65.

²¹⁹⁸ FECZKO A. (2014) « Dementia in the incarcerated elderly adult: Innovative solutions to promote quality care » *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 26(12), 640-648.

²¹⁹⁹ DOODY, R. S., GELDMACHER, D. S., GORDON, B., PERDORMO, C. A. & PRATT, R.D for the Donepezil Study Group (2001) « Open-label, multicentre, phase 3 extension study of the safety and efficacy of donepezil in patients with Alzheimer disease » *Archives of Neurology*, 58, 427-433.

²²⁰⁰ GELDMACHER, D. S., PROVENZANO, G., MCRAE, T., MASTEY, V. & IENI, J. R. (2003) « Donepezil is associated with delayed nursing home placement in patients with Alzheimer's disease » *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(7), 937-944.

²²⁰¹ WINSLOW, B. T., ONYSKO, M. K., STOB, C. M. & HAZLEWOOD, K. A. (2011), *op. cit.*, p. 1407.

²²⁰² MAJERONI, B. A. & HESS, A. (1998) « The pharmacological treatment of depression » *Journal of the American Board of Family Practice*, 11(2), 127-139.

²²⁰³ BONNER, L. T. & PÉSKINF, E. R. (2002) « Pharmacological treatments of dementia » *Medical Clinics of North America*, 86(3), 657-674.

²²⁰⁴ SCHAPIRA, A. H. (2005) « Present and future drug treatment for Parkinson's disease » *Journal of Neurology, Neurosurgical and Psychiatry*, 76(11), 1472-1478.

et de la sélégiline²²⁰⁵ indiqués dans le traitement de la maladie de Parkinson.²²⁰⁶ L'amantadine est susceptible de créer chez le patient des troubles cardiaques²²⁰⁷, des troubles alimentaires, une augmentation excessive de la libido²²⁰⁸, des nausées, des rêves agités, des hallucinations, des épisodes de somnolence,²²⁰⁹ de constipation²²¹⁰ et de troubles du sommeil²²¹¹. Le psychiatre doit de toute urgence modifier sa prescription si le patient présente des hallucinations.²²¹² La posologie du traitement doit parvenir à un juste équilibre afin de traiter les troubles du patient sans sacrifier son bien-être et mettre sa santé en danger²²¹³.

Concernant les **troubles sexuels**, la question du traitement se pose concernant le malade condamné pour une infraction sexuelle, par exemple des attouchements sexuels sur mineurs. Il convient de préciser d'emblée que le traitement ne peut modifier l'orientation sexuelle du malade envers l'enfant.²²¹⁴ Il permet néanmoins de réduire de manière significative la fréquence de ses pulsions sexuelles, de l'acte masturbatoire et diminue la production de testostérone.²²¹⁵ Ce traitement comporte des capteurs de sérotonine, hormone délivrée à l'issue d'une relation

²²⁰⁵ MIYASAKI, J. M., MARTIN, W., SUCHOWERSKY, O., WEINER, W. J. & LANG, A. E. (2002) « Practice parameter: Initiation of treatment for Parkinson's disease: An evidence-based review. Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology » *Neurology*, 58(1), 11-17.

²²⁰⁶ SCHAPIRA, A. H. (2005), *op. cit.*, p. 1475.

²²⁰⁷ WALLER, E. A., KAPLAN, J. & HECKMAN, M. G. (2005) « Valvular heart disease in patients taking pergolide » *Mayo Clinic Proceedings*, 80(8), 1016-1020.

²²⁰⁸ DRIVER-DUNCKLEY, E., SAMANTA, J. & STACY, M. (2003) « Pathological gambling associated with dopamine agonist therapy in Parkinson's disease » *Neurology*, 61(3), 422-423.

²²⁰⁹ OLANOW, C. W. (2002) « The role of dopamine agonists in the treatment of early Parkinson's disease » *Neurology*, 58(4, Suppl. 1), 33-44.

²²¹⁰ UEKI, A. & OTSUKA, M. (2004) « Life style risks of Parkinson's disease: Association between decreased water intake and constipation » *Journal of Neurology*, 251(Suppl. 7), VII 18-VII 23.

²²¹¹ COMELLA, C. (2003) « Sleep disturbances in Parkinson's disease » *Current Neurology and Neuroscience Reports*, 3, 173-180; MARIA, B., SOPHIA, S., MICHALIS, M., CHARALAMPOS, L., ANDREAS, P., JOHN, M. E. *et al* (2003) « Sleep breathing disorders in patients with idiopathic Parkinson's disease » *Respiratory Medicine*; 97(10), 1151-1157.

²²¹² FACTOR, S. A., FEUSTEL, P. J., FRIEDMAN, J. H., COMELLA, C. L., GOETZ, C. G., KURLAN, R. *et al* (2003) « Longitudinal outcome of Parkinson's disease patients with psychosis » *Neurology*, 60(11), 1756-1761.

²²¹³ SNYDER, C. H. & ADLER, C. H. (2007) « The patient with Parkinson's disease: Part II – Treating the nonmotor symptoms » *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 19, 179-197.

²²¹⁴ HALL, R. C. W. & HALL, R. C. W. (2007) « A profile of paedophilia: Definition, characteristics of offenders, recidivism, treatment outcomes and forensic issues » *Mayo Clinical Proceedings*, 82(4), 457-471.

²²¹⁵ SCHOBER, J. M., KUHN, P. J., KOVACS, P. G., EARLE, J. H., BYRNE, P. M. & FRIES, R. A. (2005) « Leuprolide acetate suppresses paedophilia urges and arousability » *Archives of Sex Behaviour*, 34, 691-705; HILL, A., BRIKEN, P., KRAUS, C., STROHM, K. & BERNER, W. (2003) « Differential pharmacological treatment of paraphilias and sex offenders » *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 47, 407-421; KAPLAN, M. S. & KRUEGER, R. B. (2010) « Diagnosis, assessment and treatment of hypersexuality » *Journal of Sex Research*, 47, 181-198; THIBAUT, F., DE LA BARRA, F., GORDON, H., COSYNS, P., BRADFORD, J. M. W. & THE WFSBP TASK FORCE ON SEXUAL DISORDERS (2010) « The World Federation of societies of biological psychiatry (WFSBP) guidelines for the biological treatment of paraphilias » *World Journal of Biological Psychiatry*, 11, 604-655; FRIENDSHIP, C., MANN, R. E. & BEECH, A. (2003) « Evaluation of a national prison-based treatment program for sexual offenders in England and Wales » *Journal of Interpersonal Violence*, 18, 744-759.

sexuelle afin de mettre un terme à l'excitation²²¹⁶, donnant au sujet l'illusion que ses besoins sexuels ont été satisfaits.²²¹⁷ En raison de son atteinte à l'intégrité et la vie privée du patient, ce traitement doit être dispensé sur la base du volontariat.²²¹⁸

De même, le traitement peut comprendre des anti-androgènes, permettant de réduire le niveau de testostérone chez le patient afin d'abaisser son niveau d'excitation sexuelle de 30 à 40 %.²²¹⁹ Soigner ces troubles est une véritable priorité pour les corps judiciaire et psychiatrique. En effet, la corrélation entre la présence de troubles sexuels tels que la pédophilie et la commission d'infractions sexuelles est réelle.²²²⁰ Il est toutefois primordial que ce traitement soit prescrit à vie, les symptômes étant susceptibles de réapparaître si le patient met un terme au traitement.²²²¹ Par ailleurs, son efficacité est nulle quant aux pratiques sexuelles déviantes telles que la zoophilie.²²²²

Malgré leur efficacité avérée dans la prise en charge des troubles mentaux, une vigilance toute particulière doit être accordée aux effets secondaires des psychotropes. Les nombreuses substances administrées au patient peuvent mettre sa santé en péril.

- Les dangers de la polymédication et de la posologie élevée sur la santé du patient psychiatrique

La posologie des psychotropes est répertoriée dans le Vidal, répertoire classifiant les indications thérapeutiques des médicaments sur le marché.²²²³ **Les psychiatres doivent**

²²¹⁶ JORDAN, K., FROMBERGER, P., STOLPMANN, G. & MÜLLER, J. L. (2011) « The role of testosterone in sexuality and paraphilia – A neurobiological approach. Part I: Testosterone and sexuality » *The Journal of Sexual Medicine*, 8, 2993-3007.

²²¹⁷ WINDER, B., LIEVESLEY, R., KAUL, A., ELLIOTT, H. L., THORNE, K. & HOCKEN K. (2014) « Preliminary evaluation of the use of pharmacological treatment with convicted sexual offenders experiencing high levels of sexual preoccupation, hypersexuality and/or sexual compulsivity » *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, Vol. 25, No. 2, 176-194; GUAY, D. R. P. (2009) « Drug treatment of paraphilic and nonparaphilic sexual disorders » *Clinical Therapeutics*, 31(1), 1-31.

²²¹⁸ BILEFSKY, D. (2009) « Europeans debate castration of sex offenders » *The New York Times*, March 10, 2009.

²²¹⁹ BANCROFT, J. (1989) *Human sexuality and its problems* (2nd ed.) Edinburgh: Churchill Livingstone, p. 428.

²²²⁰ HANSON, R. K. & HARRIS, A. J. R. (2000) « Where should we intervene? Dynamic predictors of sexual offence recidivism » *Criminal Justice and Behaviour*, 27, 6-35.

²²²¹ WINDER, B., LIEVESLEY, R., KAUL, A., ELLIOTT, H. L., THORNE, K. & HOCKEN K. (2014), *op. cit.*, p. 179.

²²²² MARSHALL, L. E., Marshall, W. L. & SERRAN, G. A. (2006) « Strategies in the treatment of paraphilias: A critical review » *Annual Review of Sex Research*, 17, 162-182.

²²²³ Site Internet du dictionnaire VIDAL, présentation de la chlorpromazine et du dictionnaire : <https://www.vidal.fr/substances/943/chlorpromazine/> (consulté le 27 septembre 2016), *np*.

respecter la posologie qui y est indiquée au risque de faire subir au patient d'importants effets indésirables et surtout de mettre sa santé en danger.²²²⁴ Or, les patients hospitalisés seraient plus agressifs et irritables²²²⁵, présentent des troubles dépressifs et seraient davantage méfiants envers les soignants²²²⁶. Difficile cependant de savoir si cet état de fait est imputable à une posologie excessive, à l'absence de réponse au traitement ou aux mauvaises conditions de vie en hôpital psychiatrique²²²⁷.

Dans la pratique, il n'est pas rare que la posologie soit augmentée lorsque le patient ne répond pas au traitement ou souffre de troubles sévères. Par exemple, un traitement lourd dispensé au patient souffrant de psychoses sévères a permis de stabiliser son comportement et réduire le nombre de ses hallucinations²²²⁸. Il est fondamental que cette solution soit réservée à un faible nombre de malades et uniquement sur le court terme, au risque d'exposer le malade à d'importants effets secondaires (ex : complications cardiovasculaires).²²²⁹

Ensuite, il existerait une corrélation entre l'agressivité du patient et la posologie du traitement administré, chez les patients possédant un lourd passé psychiatrique et judiciaire par exemple (nombreuses hospitalisations, condamnations pénales). Une posologie trop forte provoquerait également des décès soudains et inexplicables chez certains patients.²²³⁰

Le patient souffrant de plusieurs pathologies psychiatriques peut se voir administrer plusieurs substances, créant un cocktail explosif menaçant sa santé somatique et psychiatrique.²²³¹ Il

²²²⁴ ZITO, J. M., CRAIG, T. J., WANDERLING, J. & SIEGEL, C. (1987) « Pharmaco-epidemiology in 136 hospitalized schizophrenic patients » *American Journal of Psychiatry*, 144 (6): 778-782; MCEVOY, J. P., HOGARTY, G. E. and STEINGARD, S. (1991) « Optimal dose of neuroleptic in acute schizophrenia » *Archives of General Psychiatry* 48: 739-745.

²²²⁵ TAVERNOR R., SWINTON M. and TAVERNOR S. (2000) « High-dose antipsychotic medication in maximum security » *The Journal of Forensic Psychiatry* Vol. 11, No. 1, April 2000, 36-48; KRAKOWSKI, M., KUNZ, M., CZOBOR, P. & VOLAVKA J. (1993) « Long-term high dose neuroleptic treatment: who gets it and why? » *Hospital Community Psychiatry* 44(7): 640-644.

²²²⁶ PERALTA, V., CUESTA, M. J., CARO, F. & MARTINEZ-LARREA, A. (1994) « Neuroleptic dose and schizophrenic symptoms: a survey of prescribing practices » *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 90: 354-357.

²²²⁷ TAVERNOR R., SWINTON M. and TAVERNOR S. (2000), *op. cit.*, p. 37.

²²²⁸ REMINGTON, G., POLLOCK, B., VOINESKOS, G., REED, K. and COULTER, K. (1993) « Acutely psychotic patients receiving high-dose haloperidol therapy » *Journal of Clinical Psychopharmacology*. 13: 41-45; BROTMAN, A. W. & MCCORMICK S. (1990) « A role for high dose antipsychotics » *Journal of Clinical Psychiatry* 35: 486-491.

²²²⁹ TAVERNOR R., SWINTON M. & TAVERNOR S. (2000), *op. cit.*, p. 44.

²²³⁰ BROWN, R. P. and KOCSIS, J. H. (1984) « Sudden death and antipsychotic drug » *Hospital Community Psychiatry* 35: 486-491.

²²³¹ BRIOT, M. (2006) « Rapport n°3187 sur le bon usage des médicaments psychotropes » présenté devant l'Assemblée nationale le 22 juin 2006. Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé, p. 17; BEDELL, S., JABBOUR, S., GOLDBERG, R., GLASER, H., GOBBLE, S., YOUNG-XU, Y. *et al* (2000) « Discrepancies in the use of medications » *Archives of Internal Medicine*, 160(14), 2129; GOLDEN, A., PRESTON, R.,

s'agit de la **polymédication** ou polypharmacie, situation très fréquente en psychiatrie²²³². Plusieurs définitions ont été proposées : prise d'au moins deux traitements sur une durée de 240 jours ou plus²²³³, prise de plusieurs traitements ayant une posologie excessive ou des effets secondaires importants, etc.²²³⁴ La polymédication peut prendre plusieurs formes²²³⁵ :

- La polymédication *simultanée* correspond au nombre de médicaments simultanément pris par le patient en une journée²²³⁶
- La polymédication *cumulative* (ou multiple) est définie par la somme des médicaments différents administrés sur une période donnée (souvent trois mois)²²³⁷
- La polymédication *mineure* suppose l'administration de deux à quatre médicaments maximum²²³⁸
- La polymédication *majeure*, entre quatre et dix médicaments²²³⁹
- La polymédication *excessive* suppose la prescription de plus de dix médicaments différents.²²⁴⁰

Il faudra remarquer que la polymédication n'est considérée comme 'excessive' que lorsque dix médicaments ou plus sont administrés au patient. Pourtant la dispensation d'un seul psychotrope peut être dangereuse. La polymédication n'est appropriée que lorsqu'elle respecte les recommandations formulées par les agences de santé telle que l'ANSM, agence française

BARNETT, S., LLORENTE, M., HAMDAN, K. & SILVERMAN, M. (1999) « Inappropriate medication prescribing in homebound older adults » *Journal of the American Geriatric Society*, 47(8), 948-953.

²²³² KAUFMAN, D., KELLY, J., ROSENBERG, L., ANDERSON, T. & MITCHELL, A. (2002) « Recent patterns of medication use in the ambulatory adult population of the United States: The Stone survey » *Journal of the American Medical Association*, 287(3), 337-344.

²²³³ VEEHOF, L., STEWART, R., HAAIJER-RUSKAMP, F. & MEYBOOM-DE JONG, B. (2000) « The development of polypharmacy: A longitudinal study » *Family Practice*, 17(3), 261-267; LINJAKUMPU, T., HARTKAINEN, S., KLAUKKA, T., VEIJOLA, J., KIVELA, S. & ISOAHO, R. (2002) « Use of medications and polypharmacy are increasing among the elderly » *Journal of Clinical Epidemiology*, 55(8), 809-817.

²²³⁴ LINJAKUMPU, T., HARTKAINEN, S., KLAUKKA, T., VEIJOLA, J., KIVELA, S. & ISOAHO, R. (2002), *op. cit.*

²²³⁵ Site Internet de l'ANSM, présentation de l'agence et de ses principales missions : [http://ansm.sante.fr/L-ANSM/Une-agence-d-expertise/L-ANSM-agence-d-evaluation-d-expertise-et-de-decision/\(offset\)/0](http://ansm.sante.fr/L-ANSM/Une-agence-d-expertise/L-ANSM-agence-d-evaluation-d-expertise-et-de-decision/(offset)/0) (consulté le 7 décembre 2017), *np.*

²²³⁶ FINCKE, B. G., SNYDER, K., CANTILLON, C., GAEHDE, S., STANDRING, P., FIORE, L., BROPHY, M. & GAGNON, D. R. (2005) « Three complementary definitions of polypharmacy: Methods, application and comparison of findings in a large prescription database » *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 14(2), 121-128.

²²³⁷ HOVSTADIUS, B., ASTRAND, B. & PETERSSON, G. (2009) « Dispensed drugs and multiple medications in the Swedish population: An individual-based register study » *BMC Clinical Pharmacology*, 9, 11.

²²³⁸ VEEHOF, L. J., STEWART, R. E., MEYBOOM-DE JONG, B. & HAAIJER-RUSKAMP, F. M. (1999) « Adverse drug reactions and polypharmacy in the elderly in general practice » *European Journal of Clinical Pharmacology*, 55(7), 533-536.

²²³⁹ MONEGAT, M., SERMET, C., PERRONNIN, M. & ROCOCO, E. (2014), *op. cit.*, *np.*

²²⁴⁰ HAIDER, S. I., JOHNNELL, K., WEITTOFT, G. R., THORSLUND, M. & FASTBORN, J. (2009) « The influence of educational level on pharmacotherapy and inappropriate drug use: A register-based study of more than 600,000 older people » *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(1), 62-69.

de sécurité du médicament.²²⁴¹ Dès lors, la polymédication est considérée comme légitime et normale chez le patient âgé si elle respecte les recommandations de l'ANSM, et même si le malade subit des effets secondaires indésirables²²⁴². Pourtant, chaque substance administrée augmente de 12 à 18% le risque d'effet indésirable. La polymédication expose alors le patient, âgé ou non, à un risque élevé d'effets secondaires.²²⁴³ De même, une augmentation des chutes et de la mortalité est constatée chez le malade âgé faisant l'objet d'un traitement lourd²²⁴⁴. La polymédication constitue donc un facteur prédictif des réhospitalisations et rallongeant la durée de séjour du patient.²²⁴⁵

En toute hypothèse, les psychiatres devraient recueillir toutes les informations pertinentes afin de réaliser une prescription et éviter la polymédication ou les posologies excessives : nature et gravité des troubles mentaux, contre-indications et effets secondaires des traitements précédemment prescrits, etc.²²⁴⁶

Le psychiatre doit ensuite privilégier l'une des approches suivantes avant de réaliser une prescription²²⁴⁷ :

- L'expérience, c'est-à-dire l'application seule des protocoles thérapeutiques existant en psychiatrie.

Par exemple, selon les protocoles thérapeutiques admis en psychiatrie, la dépression se soigne par la prescription d'antidépresseurs et d'anxiolytiques.

- Le ressenti du psychiatre acquis au contact du patient en échangeant avec lui.

Le psychiatre choisira le traitement qui lui semblera le plus adapté également en fonction des besoins de santé et des souhaits exprimés par le patient. Il doit toujours respecter le principe fondateur de la déontologie médicale, *primum non nocere*, 'premièrement ne pas nuire'.²²⁴⁸ Le

²²⁴¹ Site Internet de l'ANSM, *op. cit.*, *np*.

²²⁴² DUERDEN, M., AVERY, T., PAYNE, R. (2013) *Polypharmacy and medicines optimisation. Making it safe and sound*. London: The King's Fund, p. 310.

²²⁴³ FRAZIER, S C. (2005) « Health outcomes and polypharmacy in elderly individuals: An integrated literature review » *Journal of Gerontological Nursing*, 31(9), 4-11.

²²⁴⁴ BEDELL, S., JABBOUR, S., GOLDBERG, R., GLASER, H., GOBBLE, S., YOUNG-XU, Y. *et al* (2000), *op.cit.*, p. 2122.

²²⁴⁵ SEHGAL, V., BAJWA, S. J., SEHGAL, R., BAJAJ, A., KHAIRA, U. & KRESSE, V. (2013) « Polypharmacy and potentially inappropriate medication use as the precipitating factor in readmissions to the hospital » *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 2(2), 194-199.

²²⁴⁶ LOMBERTIE, E. R., BOURLLOT, D., VILLEGIER, P., OUANASS, A., DARTHOUT, N. & TRARIEUX, A. M. (2000) « Consentement en pratique clinique » in *Le consentement en pratique clinique*, par L. Colonna & B. Lachaux, groupe d'études France-Université-Antidépresseurs, Médecine-Sciences, éditions Flammarion, p. 49.

²²⁴⁷ *Ibid.*, p. 49-50.

²²⁴⁸ GUTHEIL, T. G. (2012) « Reflections on ethical issues in psychopharmacology: An American perspective » *International Journal of Law and Psychiatry*, 35, 387-391.

traitement prescrit doit réduire les troubles du patient ou du moins le soulager sans lui faire subir d'effets secondaires trop lourds.²²⁴⁹ En cas de doute sur l'innocuité d'un produit, la prudence lui recommandera de prescrire une ancienne molécule (plus sûre) au détriment de la nouvelle.²²⁵⁰



Fig. 24 : distribution de médicaments dans un hôpital psychiatrique²²⁵¹

De même, la prescription en grande quantité de psychotropes dans les établissements pénitentiaires est régulièrement dénoncée par les psychiatres et les médecins²²⁵². Le Dr. Imbert, médecin généraliste dénonce cet état de fait : « plus de la moitié des détenus sont abrutis de tranquillisants et de somnifères donnés copieusement par le service psychiatrique, sous le regard bienveillant de l'administration pénitentiaire ».²²⁵³ Il ajoute que « lorsqu'on a des prisons indignes, le meilleur remède pour éviter la colère collective et de garder son établissement dans une relative quiétude et de laisser circuler massivement du shit et des psychotropes [...] ». Les conditions de détention sont de même déplorées pour leur atteinte à la dignité et aux droits des personnes condamnés : « peu d'activités proposées, des conditions de détention moyenâgeuses, pas de groupes de parole : peu ou pas de psychologues, une

²²⁴⁹ *Ibid*, p. 389.

²²⁵⁰ GIUGLIANO, D. & ESPOSITO, K. (2011) « Clinical inertia as a clinical safeguard » *The Journal of the American Medical Association*, 305(15), 1591-1592; PHILLIPS, L. S., BRANCH, W. T., COOK, C. B. *et al.* (2001) « Clinical inertia » *Annals of Internal Medicine*, 135(9), 825-834.

²²⁵¹ Cahier de photos du rapport annuel d'activités du CGLPL, année 2017, p. 12 : <http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2018/03/Pages-de-Rapport2017-3es-2.pdf> (consulté le 25 avril 2019).

²²⁵² IMBERT, G. A. (2006), *op. cit*, p. 17.

²²⁵³ *Ibid*.

détresse et une souffrance morale généralisées et un seul remède : la prescription, inhibitrice de personnalité ». ²²⁵⁴

L'utilité des psychotropes afin de soulager la souffrance du patient, détenu ou non, est indéniable ; le seul recours aux médicaments ne constitue pourtant pas un traitement complet. Malgré les avancées de la science, l'innocuité de ces substances n'est toujours pas assurée. Les effets indésirables sont inévitables et la polymédication n'arrange rien. La relation thérapeutique entre le psychiatre et son patient, fondée sur le dialogue, l'empathie et l'écoute est irremplaçable. ²²⁵⁵ Traiter les troubles psychiatriques, n'est-ce pas d'abord soulager l'humain ?

L'impact des psychotropes sur la santé psychiatrique et somatique du patient est relevé par le Dr. Zarifian, psychiatre : « au bout de dix ans de neuroleptiques [...], au bout de plusieurs années d'antidépresseurs, [...] on ne peut exclure que des traitements neuroleptiques produisent à long terme des lésions cérébrales irréversibles ». ²²⁵⁶

Certains psychotropes tels que les antidépresseurs et les anxiolytiques mettent en danger le patient et son entourage en modifiant profondément son comportement, l'amenant à commettre des actes qu'il n'aurait jamais commis s'il n'avait pas suivi ce traitement. Ces hypothèses, bien que rares, méritent d'être étudiées.

- La toxicité des psychotropes, une menace pour la vie du patient et d'autrui

La prescription de psychotropes peut constituer un danger pour la santé du patient ou celle d'autrui. Il convient de prendre ici un exemple frappant, celui du fils du Dr. Imbert. Diagnostiqué dépressif, son psychiatre lui prescrit un anxiolytique, le Valium dont la molécule active est le diazépam. ²²⁵⁷ Le sujet connaît de nombreuses rechutes et se donne finalement la mort alors qu'il suivait rigoureusement son traitement. Personnellement marqué par cette tragédie, le Dr. Imbert crée l'AAVAM, l'Association d'aide aux victimes des accidents et malades liés aux médicaments en 1992. Cette association a pour objectif de prévenir les usagers

²²⁵⁴ *Ibid.*

²²⁵⁵ HOLM, A. L., BEGAT, I. & SEVERINSSON, E. (2009) « Emotional pain: Surviving mental health problems related to childhood experiences » *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(7), 636-645.

²²⁵⁶ ZARIFIAN, E. (1996) *Le prix du bien-être*, éditions Odile Jacob, p. 218.

²²⁵⁷ IMBERT, G. A. (2006), *op. cit.*, p. 172.

du service de santé contre les dangers et mauvaises indications thérapeutiques de certains médicaments et en particulier des psychotropes. Il les rend en effet responsables de la tentative de suicide de son fils.²²⁵⁸

L'association enjoint les médecins à remplir leur devoir d'information quant au risque d'accoutumance des antidépresseurs, des anxiolytiques et des somnifères notamment, qualifiées de « drogues légales dispensées avec l'aval du ministère de la Santé »²²⁵⁹. A titre subsidiaire, l'association s'efforce également de faire interdire l'administration des substances trop actives, de faire condamner les entreprises pharmaceutiques ayant commercialisé des substances jugées dangereuses et d'indemniser les proches de patients grièvement atteints par les effets indésirables des psychotropes.²²⁶⁰

A ce titre, le *Royal College of Psychiatrists*, ou équivalent britannique de l'Ordre national des psychiatres, formule dès 1993 des recommandations afin de mettre en garde les praticiens contre certaines substances. Il recommande au psychiatre ou autre médecin de se renseigner auprès de ses pairs avant de réaliser toute prescription, fonction qui ne devrait pas pouvoir être déléguée à un infirmier ou aide-soignant.²²⁶¹ Toute prescription devrait être soigneusement étudiée avant d'être réalisée, même si la posologie du traitement est faible. Le psychiatre doit impérativement assurer le suivi de l'état de santé somatique et psychiatrique du patient tout au long du traitement. A l'issue des trois premiers mois de traitement, il est recommandé de diminuer la posologie des médicaments au-dessous du seuil maximal mentionné dans les indications thérapeutiques.²²⁶²

Malgré l'intention louable de ces recommandations²²⁶³, seule une infime minorité de patients bénéficie une réduction significative de la posologie de leur traitement. Celle-ci demeure excessive contrairement aux indications thérapeutiques de chaque médicament prescrit.

Par ailleurs, la banalisation de la prescription des antidépresseurs doit être dénoncée : 27

²²⁵⁸ *Ibid*, p. 173.

²²⁵⁹ *Ibid*.

²²⁶⁰ *Ibid*.

²²⁶¹ ROYAL COLLEGE OF PSYCHIATRISTS (1993) *Consensus Statement of the Use of High Dose Antipsychotic Medication*. Council Report CR36, p. 146.

²²⁶² SEKULA, L. K., DESANTIS, J. & GIANETTI, V. (2003) « Considerations in the management of the patient with comorbid depression and anxiety » *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 15(1), 23-33.

²²⁶³ PARKER J., DE VILLIERS J., CHURCHWARD S. (2002) « High-dose antipsychotic drug use in a forensic setting » *The Journal of Forensic Psychiatry* Vol. 13, No 2, September 2002, 407-415 ; YORSTON, G. & PINNEY, A. (1997) « Use of high-dose antipsychotic medication » *Psychiatric Bulletin* 21: 566-569.

millions d'Américains consomment régulièrement des antidépresseurs, consommation ayant augmenté de 400% depuis 1988. Leur action contre les troubles dépressifs et anxieux est incontestable : 50% des patients répondraient favorablement à ce traitement et 36% parviendraient à une guérison complète.²²⁶⁴

Il faut pourtant s'interroger sur les conséquences de cette solution prétendument miracle. L'efficacité de ces médicaments est douteuse, l'étude précédente ayant été réalisée dans le cadre d'essais cliniques et non sur des patients 'de la vie de tous les jours' en quelque sorte.²²⁶⁵

Il n'est pas rare en pratique qu'un psychiatre prescrive un antidépresseur pour des troubles du sommeil, des migraines chroniques, des maux de dos (!), des troubles d'anxiété, des crises de panique et des troubles alimentaires.²²⁶⁶ **La banalisation des psychotropes les rend inoffensifs dans l'inconscient collectif malgré leurs nombreux effets secondaires.** Aujourd'hui, ces prescriptions seraient tellement naturelles et communes qu'elles ne constituent plus « un problème de santé majeur ».²²⁶⁷ Les antidépresseurs seraient prescrits sans prendre en considération ses contre-indications et effets secondaires ou le souhait du patient de ne pas en consommer.²²⁶⁸

Plus grave encore, plusieurs auteurs américains relèvent que des antidépresseurs ont été administrés à des enfants et des adolescents. La pratique clinique a pourtant démontré l'absence d'effets bénéfiques des antidépresseurs chez les jeunes.²²⁶⁹ Le ministère public de la ville de New York (*Attorney General*) s'est alors saisi de cette affaire, poursuivant les laboratoires GSK (GlaxoSmithKline) pour fraude. En effet, l'entreprise refusait de publier une étude révélant l'inefficacité et la dangerosité des antidépresseurs chez les enfants et adolescents. Un accord à

²²⁶⁴ HOWLAND, R. H. (2006) « Pharmacotherapy strategies for treatment-resistant depression » *Journal of Psychosocial Nursing*, 44(11), 11-14.

²²⁶⁵ FLETCHER, J., BOWER, P. J., GILBODY, S., LOVELL, K., RICHARDS, D. & GASK, L. (2007) « Collaborative care for depression and anxiety problems in primary care (protocol) » *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, art. No.: CD006525; CARVAHLO, A. F., CAVALCANTE, J. L., CASTELO, M. S. & LIMA, M. C. O. (2007) « Augmentation strategies for treatment-resistant depression: A literature review » *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 32, 412-428.

²²⁶⁶ GOPAL, A. A., COSGROVE, L., SHUV-AMI, I., WHEELER, E. E., YERGANIAN, M. J. & BURSZTAJN, H. J. (2012) « Dynamic informed consent processes vital for treatment with antidepressants » *International Journal of Law and Psychiatry*, 35, 392-397.

²²⁶⁷ LINDEN, M. & WESTRAM, A. (2011) « What do psychiatrists talk about with their depressed patients parallel to prescribing an antidepressant? » *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 15(1), 35-41.

²²⁶⁸ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2010) *Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder* (Third edition). Washington, DC: APA.

²²⁶⁹ JUREIDINI, J. N., DOECKEN C. J., MANSFIELD, P. R., HABY, M. M., MENKES, D. B. & TONKIN, A. L. (2004) « Efficacy and safety of antidepressants for children and adolescents » *British Journal of Medicine*, 328(744), 879-883.

l'amiable a été conclu, conduisant le laboratoire à s'acquitter d'une somme de 2,5 milliards de dollars pour dommages et intérêts.²²⁷⁰ Ce scandale sanitaire ne représente pas *stricto sensu* une condamnation de l'entreprise pharmaceutique mais elle met en lumière une prise de conscience des autorités publiques américaines sur cette question. En effet, l'Agence européenne du médicament découvre en 2004 que la prise d'antidépresseurs provoque chez les adolescents des pulsions suicidaires.²²⁷¹ Coïncidence troublante, le fils de M. Imbert s'est fait prescrire du Valium dès l'âge de 17 ans...

Ce contexte a conduit à l'interdiction de prescription d'antidépresseurs aux enfants et adolescents en Europe et notamment en France, grâce à l'initiative de l'ancien ministre de la Santé, Philippe Douste-Blazy.²²⁷² L'interdiction englobe aussi bien les antidépresseurs que les anxiolytiques et les tranquillisants. La situation n'est pas aussi claire outre-Atlantique malgré les dangers avérés de ces substances.²²⁷³ Pourtant, une étude américaine affirme que 63% des patients ont subi au moins un effet indésirable au cours de leur traitement²²⁷⁴ : baisse de la libido, éjaculation tardive, pulsions suicidaires²²⁷⁵, violences hétéro-agressives, paralysie des membres²²⁷⁶ complications cardiovasculaires, crises d'épilepsie²²⁷⁷, risque accru de fractures et de chutes chez les personnes âgées²²⁷⁸, prise de poids²²⁷⁹ menant à l'apparition de diabète, etc.²²⁸⁰

²²⁷⁰ WHITTINGTON, C. J., KENDALL, T., FONAGY, P., COTTRELL, D., COTGROVE, A. & BODDINGTON, E. (2004) « Selective serotonin reuptakes inhibitors in childhood depressions: Systematic review of published versus unpublished data » *Lancet*, 363(9418), 1341-1345.

²²⁷¹ ROSENHECK, R. (2005) « The growth of psychopharmacology in the 1990s: Evidence-based practice or irrational exuberance » *International Journal of Law and Psychiatry*, 28, 467-483.

²²⁷² IMBERT, G. A. (2006), *op. cit.*, p. 843.

²²⁷³ BULAT, T., CASTLE, S. C., RUTLEDGE, M. & QUIGLEY, P. (2008) « Clinical practice algorithms: Medication management to reduce fall risk in the elderly – Part 3, benzodiazepines, cardiovascular agents and antidepressants » *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 20, 55-62.

²²⁷⁴ GARTLEHNER, G., HANSEN, R. A., MORGAN, L. C., THALER, K., LUX, L., VAN NOORD, M. *Et al* (2011) « Comparative benefits and harms of second-generation antidepressants for treating major depressive disorder: An updated meta-analysis » *Annals of Internal Medicine*, 155(11), 772-785.

²²⁷⁵ MANIGAND, G., AUPEZY, P., FRIES, D. & BACH, C. (1979) *Risques et accidents des médicaments*, éditions Maloine S. A. & Hachette, p. 164.

²²⁷⁶ IMBERT, G. A. (2006), *op. cit.*, p. 57.

²²⁷⁷ MONTEJO-GONZALES, A. L., LLORCA, G., IZQUIERFO, J. A., LEDESMA, A., BOUSONO, M., CALCEDO, A. *et al* (1997) « SSRI-induced sexual dysfunction: Fluoxetine, sertraline and fluvoxamine in a prospective, multicentre and descriptive clinical study of 344 patients » *Journal of Sex and Marital Therapy*, 23(3), 176-194.

²²⁷⁸ HERRMANN, R. H. (2000) « Use of SSRIs in the elderly: Obvious benefits but unappreciated risks » *The Canadian Journal of Clinical Pharmacology*, 7(2), 91-95; FICK, D. M. & COOPER, J. W., CADE, W. E., WALLER, J. L., MACLEAN, J. R. & BEERS, M. H. (2003) « Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults » *Archives of Internal Medicine*, 163, 2716-2724.

²²⁷⁹ GAYNES, B. N., RUSH, A. J., TRIVEDI, M. H., WISNIEWSKI, S. R., SPENCER, D. & FAVA, M. (2008) « The STAR*D study: Treating depression in the real world » *Cleveland Journal of Medicine*, 75(1), 57-65.

²²⁸⁰ ANDERSON, F., SCHADE, R., SUISSA, S. & GARBE, E. (2009) « Long-term use of antidepressants for depressive disorders and the risk of diabetes mellitus » *The American Journal of Psychiatry*, 166(5), 591-598.

Malgré ces arguments, il est difficile d'affirmer que les antidépresseurs et anxiolytiques n'aient aucune efficacité comme l'affirme le Dr Imbert, soutenant qu'ils « ne guérissent pas et ceux qui en prennent s'exposent au double risque de la dépendance et du changement de comportement »²²⁸¹. Bien qu'il ne s'agisse pas de la solution thérapeutique idéale, le sujet dépressif peut trouver dans ce traitement le soutien nécessaire, une 'béquille chimique' l'empêchant de s'infliger des actes d'automutilation voire de commettre une tentative de suicide. Les psychiatres prescrivent massivement des antidépresseurs par manque de temps à consacrer à leurs patients : « les médecins n'ont pas un temps d'écoute suffisant, ne remettent rien en cause par souci de gagner leur vie et par souci de soulager rapidement [les malades] ». ²²⁸²

Certains patients sont intimement convaincus qu'un traitement adapté leur permettra d'affronter plus sereinement leur quotidien. Ils s'exposent à un phénomène d'accoutumance aux substances prescrites mais aussi à un effet placebo : le patient est persuadé de l'efficacité du traitement même si celui-ci n'apporte qu'un bénéfice limité voire nul. ²²⁸³ Le psychiatre peut également être convaincu de l'utilité de ce traitement, sans remettre en cause ses convictions en l'absence d'amélioration notable de l'état de santé du patient. Le psychiatre reste de ce fait persuadé que les psychotropes sont « des médicaments, donc [ils] ne peuvent pas être une drogue [...] c'est légal, donc ça ne peut pas être dangereux ». ²²⁸⁴

Si l'opinion publique est renseignée sur les dangers des drogues légales telles que le tabac ou l'alcool, aucune campagne publique d'information n'est réalisée concernant les psychotropes : « tout est fait pour faire croire aux utilisateurs qu'il s'agit de 'tranquillisants' ou de 'calmants' voire de 'somnifères'. **Ils vont d'abord provoquer une stimulation valable pour tout le monde puis une excitation qui va provoquer, chez des personnes plus disposées, des troubles du comportement pouvant aller jusqu'au passage à l'acte le plus violent** ». ²²⁸⁵

Selon les Dr. Manigand et Aupézy, « les anxiolytiques lèvent la barrière des défenses naturelles du sujet [et] permettent de ce fait de passer à l'acte en toute sérénité ». ²²⁸⁶ Selon la personne concernée, ses troubles psychiatriques et l'impact du traitement sur son organisme, l'acte est

²²⁸¹ IMBERT, G. A. (2006), *op. cit.*, p. 47.

²²⁸² *Ibid.*, p. 60.

²²⁸³ FINNISS, D. G., KAPTCHUK, T. J., MILLER, F., BENEDETTI, F. (2010) « Biological, clinical and ethical advances of placebo effect » *Lancet*, vol. 375, pp. 686-695.

²²⁸⁴ ZARIFIAN, E. (1996), *op. cit.*, p. 247.

²²⁸⁵ MANIGAND, G., AUPEZY, P., FRIES, D. & BACH, C. (1979), *op. cit.*, p. 167.

²²⁸⁶ *Ibid.*

totale­ment imprévisi­ble : automutilation, tentative de suicide, agres­sions physi­ques voire meurtre.

De ce fait, les psychotropes peuvent conduire le patient à commettre des homicides de sang-froid. Un patient américain, M. Schell, souffrait de dépression depuis une dizaine d'années. Après avoir consulté un psychiatre, il se voit prescrire du Paxil (ou Deroxat en Europe), un antidépresseur et anxiolytique commercialisé par l'entreprise GlaxoSmithKline (GSK).²²⁸⁷ Deux jours après le début du traitement, M. Schell abat de sang-froid sa femme, sa fille et sa petite-fille avant de mettre fin à ses jours. Son beau-père agit en réparation contre le laboratoire GSK, imputant ce triple meurtre à l'intoxication du patient, c'est-à-dire à l'action de l'antidépresseur. Il prétend que le malade n'aurait jamais commis ces faits s'il ne s'était pas fait prescrire ce médicament.²²⁸⁸

La justice américaine engage la responsabilité civile des laboratoires GSK pour négligence et les condamne au versement de 6,4 millions de dollars de dommages et intérêts.²²⁸⁹

Si des millions de patients ont vu leurs symptômes diminués grâce à leur traitement, d'autres souffrent de ses effets secondaires : troubles de l'anxiété, cauchemars, pensées suicidaires, hallucinations... Il ne serait donc pas surprenant que M. Schell n'ayant jamais été suicidaire ni violent selon les témoignages de son beau-père, ait été transformé « en monstre » suite à la prise de ce médicament.²²⁹⁰ A ce jour, l'entreprise GSK continue de démentir l'allégation de toxicité entachant le Paxil malgré les avis contraires et véhéments de nombreux psychiatres : le médicament n'a pas été interdit à la commercialisation ni sa composition modifiée...²²⁹¹

C'est donc sans surprise que les trois psychotropes phares prescrits contre les troubles dépressifs et d'anxiété (Valium, Lexomil, Rohypnol) ont été suspectés de favoriser le passage à l'acte suicidaire chez les patients aux Etats-Unis. En 2013, l'autorisation de mise sur le marché du Rohypnol a été retirée aux Etats-Unis et en France sans que les raisons de ce retrait aient été clairement expliquées.²²⁹² L'ANSM affirme au contraire que « ce retrait n'est pas lié

²²⁸⁷ BBC NEWS (2013) « Anti-depressant can be addictive » article du 13 octobre 2013 :

<http://news.bbc.co.uk/1/hi/programmes/panorama/2321545.stm> (consulté le 11 décembre 2017), *np*.

²²⁸⁸ HEALY, D. (2002) *The creation of psychopharmacology*. Cambridge: Harvard University Press.

²²⁸⁹ BBC NEWS (2013), *op. cit*, *np*.

²²⁹⁰ *Ibid*.

²²⁹¹ *Ibid*.

²²⁹² IMBERT, G. A. (2006), *op. cit*, p. 68.

à un problème de sécurité sanitaire... [il serait imputable] à un abus et à un usage extrêmement détourné du médicament pour les toxicomanes, associés à un trafic, [...] à une soumission chimique, c'est-à-dire à des fins délictuelles ou criminelles (vols, violences ou viols) ». ²²⁹³

Il est probable que quelques personnes se soient volontairement 'intoxiquées' avec ce médicament à des fins délictueuses ou criminelles, mais cette situation ne saurait s'appliquer à la majorité des cas. Le Rohypnol est avant tout un médicament prescrit contre les troubles dépressifs. Affirmer que son retrait est uniquement imputable à sa mauvaise utilisation est une aberration. Elle culpabilise le malade lorsque la toxicité du médicament a été clairement mise en cause. A aucun moment l'ANSM ne remet en cause la composition du psychotrope, seule cause de l'arrêt de sa commercialisation. La responsabilité aurait dû être reportée sur les laboratoires Roche ayant commercialisé le médicament. Le danger que représente ce produit aurait dû conduire l'entreprise à le retirer du marché avant que les autorités sanitaires ne se saisissent de l'affaire.

Parmi les autres psychotropes phares prescrits contre la dépression et l'anxiété (Prozac, Lexomil, Valium), aucun n'a fait l'objet d'une interdiction de vente ou à tout le moins d'une campagne de prévention. Bien souvent, le patient n'est averti du risque d'effets indésirables que si le psychiatre ou médecin prescripteur l'en informe... l'opinion publique n'est aucunement sensibilisée à cette problématique. Pourtant, la France est le premier consommateur mondial d'antidépresseurs ; les pouvoirs publics ne peuvent ignorer qu'il s'agit d'un véritable enjeu de santé publique.

En effet, plusieurs faits divers démontrent la dangerosité des psychotropes. En 1996, une famille porte plainte auprès de l'AAVAM contre le médicament Stilnox, un somnifère. En l'espèce, un parent de cette famille avait subi une chute provoquant une fracture du col du fémur sans que les indications thérapeutiques du médicament ne mentionnent ce risque. ²²⁹⁴

Malgré cette fracture, le patient ne met pas un terme à son traitement. Il commet quelques jours plus une tentative de suicide en se donnant dix-sept coups de couteau. Lors de l'autopsie, l'expert toxicologique précise dans son rapport que « le Stilnox, même à faible dose peut provoquer une amnésie et un état de confusion, des réactions telles que nervosité, irritabilité,

²²⁹³ Site Internet de l'ANSM (2013), au sujet de l'arrêt de la commercialisation du Rohypnol 1mg : <http://www.ansm.sante.fr/content/download/47812/616656/version/2/.../pi-130419-Rohypnol.pdf> (consulté le 28 juin 2017), *np*.

²²⁹⁴ IMBERT, G. A. (2006), *op. cit*, p. 120.

agitation, agressivité, accès de colère et idées délirantes ». ²²⁹⁵

Le juge au fond estime après deux expertises successives « qu'il aurait été plus dangereux de retirer au patient son traitement que d'en poursuivre l'effet bénéfique constaté depuis longtemps ». Les juges ont estimé que le patient bénéficierait davantage d'une poursuite du traitement. Les effets secondaires subis par le malade ont été considérés comme inhérents au traitement et l'affaire classée sans suite. La toxicité du médicament pourtant prouvée chez le patient a été ignorée ²²⁹⁶.

Il étonnant que le juge ait produit une telle décision. D'abord, un suicide causé par dix-sept coups de couteaux est difficilement imaginable. L'acte suicidaire consiste habituellement en un geste rapide, brutal et sans douleur : balle de revolver, défenestration, pendaison ou absorption d'un toxique entraînant une mort quasi-instantanée. Il est plausible que le sujet, en proie à des hallucinations, ait tenté de « tuer » une chose qui serait présente dans son corps en assénant ces coups de couteau.

Dans une autre affaire, dite du massacre de Nanterre, le Dr. Imbert dénonce une tuerie dont il rend le Nordaz responsable. Il s'agit d'un succédané du Valium, c'est-à-dire un médicament équivalent à celui-ci. En l'espèce, un jeune homme atteint de schizophrénie suivait un traitement à base de Nordaz et de Prozac. Au cours du traitement, il abat de sang-froid huit personnes. ²²⁹⁷ Les experts psychiatres appelés à témoigner dans le cadre de l'instruction réfutent l'argument selon lequel ces médicaments auraient déclenché le désir de tuer chez le sujet. Pourtant, le risque de violences est avéré chez les patients suivant un traitement à base d'antidépresseurs et d'anxiolytiques. L'affaire est alors classée sans suite et l'individu déclaré pénalement irresponsable est hospitalisé sous contrainte. La responsabilité de l'anxiolytique et de l'antidépresseur n'est toujours pas remise en cause ²²⁹⁸.

Cette affaire paraît plus douteuse encore que la précédente. Il est vrai que la schizophrénie est une pathologie mentale souvent en cause dans les cas d'homicides volontaires.

Toutefois, il est surprenant que le sujet ait été saisi d'une folie meurtrière uniquement imputable à ses troubles psychiatriques. Il semble au contraire que l'antidépresseur et l'anxiolytique

²²⁹⁵ *Ibid*, p. 120.

²²⁹⁶ *Ibid*, p. 121.

²²⁹⁷ *Ibid*, p. 142.

²²⁹⁸ *Ibid*, p. 143.

prescrits l'aient conduit à commettre plus facilement ces actes en abaissant « les barrières et défenses naturelles de l'individu » selon les termes des Dr. Manigand et Aupézy. En tout état de cause, il est difficilement croyable qu'un individu même schizophrène puisse abattre huit individus de sang-froid.

Un dernier fait divers ne manquera pas d'attirer notre attention, celle de la tuerie de Luxiol en 1989. En l'espèce, M. Dormier souffrait de troubles dépressifs et d'anxiété. Son psychiatre lui prescrit un traitement composé d'antidépresseurs et d'anxiolytiques.²²⁹⁹ Il abat peu après le début de son traitement quinze personnes par arme à feu. Le sujet est parvenu à conduire son véhicule, armer son fusil et à ne manquer aucune de ses cibles sans fléchir lors de la commission des faits.²³⁰⁰

Lors de l'instruction, l'expert psychiatre relève la présence de troubles schizophréniques d'une telle gravité que ses facultés de discernement sont totalement abolies. Le procureur de la République rend un avis contraire : « on n'a pas l'impression de se retrouver devant quelqu'un atteint de folie. Il sait parfaitement ce qu'il a fait. Il est vrai qu'il ne comprend pas pourquoi il a agi ainsi ». M. Dormier est pourtant condamné pénalement mais toute responsabilité pénale est écartée en raison d'une « schizophrénie évolutive » selon l'article 122-1 du Code pénal²³⁰¹.

Par ailleurs, les benzodiazépines, substance active de nombreux antidépresseurs seraient des « substances aux effets proches de la cocaïne, permettant de se surpasser ».²³⁰²

Il est difficile d'affirmer avec certitude le facteur déclencheur de ces actes : les troubles schizophréniques du malade, les effets secondaires du traitement ou les deux conjointement ? En tout état de cause, ces trois affaires appellent à la plus grande prudence concernant la prescription et la consommation de psychotropes, et en particulier des antidépresseurs et des anxiolytiques. **Dans aucune de ces espèces la justice n'a jugé bon de remettre en cause l'innocuité des médicaments impliqués.** Selon les juges et les psychiatres, seule la personne appelée à comparaître peut être coupable. A aucun moment les magistrats n'ont jugé bon de remettre en cause l'entreprise pharmaceutique à l'origine du médicament consommé par l'auteur des faits reprochés. Les laboratoires demeurent dans l'impunité la plus totale, commercialisant et réalisant des bénéfices exponentiels malgré l'absence d'innocuité des médicaments produits.

²²⁹⁹ *Ibid*, p. 143.

²³⁰⁰ *Ibid*, p. 144.

²³⁰¹ *Ibid*, p. 145.

²³⁰² *Ibid*.

Comme tout professionnel de santé, le psychiatre doit conserver son impartialité afin de prescrire le traitement le plus adapté aux troubles du patient. C'est la raison pour laquelle il doit s'abstenir d'entretenir des liens avec les entreprises pharmaceutiques, recherchant chez le psychiatre l'opportunité de prescrire davantage leurs médicaments malgré leur moindre efficacité.

- L'indépendance du psychiatre menacée par les conflits d'intérêts avec les industries pharmaceutiques

D'un point de vue éthique, le psychiatre doit s'abstenir d'entretenir des liens étroits avec les industries pharmaceutiques l'incitant à prescrire un médicament plutôt qu'un autre. Ces liens se traduisent souvent pour les entreprises pharmaceutiques à offrir au soignant des échantillons de médicaments, des invitations à des séminaires, des voyages d'affaires, des formations « offertes » aux étudiants en médecine ou en pharmacie, des pots de vins²³⁰³... mais aussi d'objets divers tels que des taille-crayons, des porte-documents, des presse-papiers, etc.²³⁰⁴ Même lorsque leur valeur pécuniaire est faible, ces cadeaux créent un risque de conflits d'intérêts entre le psychiatre et l'entreprise pharmaceutique.²³⁰⁵

Les conflits d'intérêts sont prohibés par la loi²³⁰⁶ comme par la déontologie médicale²³⁰⁷. L'infirmier, l'aide-soignant et le psychiatre en sa qualité de médecin prescripteur « ne peuvent aliéner leur indépendance professionnelle » en échange de « ristourne en argent ou en nature », « la sollicitation ou l'acceptation d'une avance sous quelque forme que ce soit, en nature ou en espèces ».²³⁰⁸

Ces conflits d'intérêts prennent l'appellation de prise illégale d'intérêts en droit pénal. Dès lors, le fait pour le médecin psychiatre de « prendre, recevoir ou conserver, directement ou indirectement, un intérêt quelconque dans une entreprise [...] dont elle a, au moment de l'acte,

²³⁰³ HARRIS, G., CAREY, B. & ROBERTS, J. (2007) « Psychiatrists, children and drug industry's role » *The New York Times*, May 10th, 2007: <http://www.nytimes.com/2007/05/10/health/10psyche.html> (consulté le 8 décembre 2017), *np*.

²³⁰⁴ COSGROVE, L., BURSZTAJN, H. J., KRIMSKY, S., ANAYA, M. & WALKER, J. (2009) « Conflicts of interest and disclosure in the American Psychiatric Association's clinical practice guidelines » *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78, 228-232.

²³⁰⁵ *Ibid*, p. 230.

²³⁰⁶ Article L 4113-13 CSP, Article R 4113-110 CSP.

²³⁰⁷ Articles 2, 3, 5, 23 et 24 du Code de déontologie médicale.

²³⁰⁸ Articles 5 et 24 du Code de déontologie médicale.

en tout ou partie, la charge d'assurer la surveillance, l'administration [...] ».²³⁰⁹

Or, seul le Conseil de l'Ordre des médecins peut sanctionner le soignant ayant contrevenu à ces dispositions. Les sanctions peuvent aller du simple avertissement à la suspension, voire à la radiation de l'Ordre, les interdisant à vie de pratiquer une profession médicale.²³¹⁰

D'après nos recherches, aucune sanction de suspension voire de radiation de l'Ordre n'a été relevée. Malgré la volonté du Conseil de l'Ordre de limiter l'apparition de conflits d'intérêts, peu de décisions sont produites en ce sens. D'autre part, aucun jugement pénal ne semble incriminer ces prises illégales d'intérêts chez les médecins, malgré leur caractère courant. Les conflits d'intérêts seraient-ils donc perçus comme une nécessité dans la pratique d'une profession médicale, un tabou savamment dissimulé afin de préserver les bénéfices des soignants concernés ?

Pourtant, les effets néfastes des conflits d'intérêts sur la publication d'études et d'expertises existent bel et bien. L'entreprise Astra Zeneca a par exemple financé et publié une étude promouvant l'efficacité de ses médicaments.²³¹¹ Les chiffres de cette étude étaient « gonflés » afin de favoriser les médicaments et les chercheurs payés par Astra Zeneca.

Il est courant par ailleurs qu'une entreprise pharmaceutique offre une promotion professionnelle à un psychiatre afin qu'en retour, il publie une étude favorable à un médicament.²³¹² C'est le cas d'une psychiatre américaine, promue par Astra Zeneca au poste de consultante scientifique. Sa mission consistait à rédiger une étude « démontrant » l'efficacité et l'innocuité de la quétiapine prescrite contre la schizophrénie et les troubles bipolaires pour la somme de 238 000 dollars.²³¹³ Aucune action en justice n'a été menée contre la chercheuse ou la société Astra Zeneca pour ces faits²³¹⁴. Contrairement à cette étude,

²³⁰⁹ CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS (2011) « Conflits d'intérêts dans l'exercice médicale : la déontologie médicale peut-elle aider à restaurer la confiance ? Les conflits d'intérêts : un sujet d'actualité » : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/conflits_interets_avril_2011.pdf (consulté le 12 novembre 2018), p. 6.

²³¹⁰ *Ibid*, p. 5.

²³¹¹ DELLBELLO, M. P., SCHWIERS, M. L., ROSENBERG, H. L. & STRAKOWSKI, S. M. (2002) « A double-blind, randomized, placebo-controlled study of quetiapine as adjunctive treatment for adolescent mania » *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(10), 1216-1223.

²³¹² KOWATCH, R. A., FRISTAD, M., BIRMAHER, B., WAGNER, K. D., FINDLING, R. L. & HELLANDER, M. (2005) « Treatment guidelines for children and adolescents with bipolar disorder » *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(3), 213-235.

²³¹³ GRASSLEY, C. (2008) *Congressional record*, vol. 154 (p. S2320-S2321).

²³¹⁴ AMERICAN MEDICAL STUDENT ASSOCIATION (2010) AMSA Pharm Free scorecard: Emory University School of Medicine: <http://www.amsascorecard.org/institutions/60> (consulté le 19 janvier 2017), *np*.

l'important risque d'accoutumance à la substance a été dénoncé. D'autres effets secondaires ont été relevés dès l'arrêt du traitement : insomnies, agitation, accélération du rythme cardiaque (tachycardie), hallucinations, paranoïa, etc.²³¹⁵

En milieu hospitalier, le psychiatre peut être exposé à une réelle pression par l'administration hospitalière, celle de prescrire en grande quantité afin de maintenir la quiétude des lieux.²³¹⁶ Il n'est pas rare que les patients agités ou refusant de prendre leur traitement se voient administrer des tranquillisants ou une posologie plus élevée de leur traitement. Pourtant, le patient n'est pas en état de décompensation et ne constitue pas un danger pour autrui ou lui-même. Ce comportement se justifie souvent par le besoin du patient d'attirer l'attention sur lui : il refuse de faire sa toilette, de se nourrir, de se vêtir, interpelle les soignants, émet des propos incohérents, émet des cris et des grognements, etc.

Ces pratiques mettent inévitablement en danger la santé des patients. Il est important de remettre en cause cette culture de soins : les psychotropes ne constituent pas la solution miracle à toutes les situations survenant en hôpital psychiatrique. Faire régner l'ordre et la quiétude des lieux exige en premier lieu une organisation adaptée. **Les effectifs de soignants doivent être suffisants afin d'assurer la prise en charge médicale de tous les patients dans des conditions dignes. Une approche individuelle du soin par le dialogue, l'écoute et l'empathie envers les patients constitue une réelle priorité.**

Le recours aux solutions médicamenteuses s'avère indispensable afin de traiter les troubles mentaux et doit être décidé par le psychiatre avec prudence. Un traitement médicamenteux ne peut remplacer une relation thérapeutique saine, fondée sur l'écoute et l'empathie entre le patient et son psychiatre. Les échanges entre le soignant et le patient permettent en effet de garantir une meilleure prise en charge de ses troubles mentaux et d'assurer le suivi du traitement (2).

²³¹⁵ CANIATO, R. N., GUNDABAWADY, A., BAUNE, B. T. & ALVARENGA, M. E. (2009) « Malingered psychotic symptoms and quetiapine abuse in a forensic setting » *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, Vol. 20, No. 6, December 2009, 928-935.

²³¹⁶ GUTHEIL, T. G. (2012), *op. cit.*, p. 388.

2) L'efficacité du traitement tributaire du suivi rigoureux de la prescription chez le patient psychiatrique

Peu importe la pathologie du patient et les substances administrées, il est fondamental que le patient suive rigoureusement le traitement prescrit sous peine d'aggravation de ses troubles mentaux. Cette nécessité absolue a donné lieu à des dispositifs et thérapies permettant d'assurer le suivi, aussi bien en psychiatrie hospitalière que dans le cadre de soins ambulatoires. A ce sujet, il faudra s'intéresser d'abord aux procédés mis en place au sein des hôpitaux psychiatriques.

- L'impératif du suivi du traitement en psychiatrie hospitalière et ambulatoire

Il est indispensable que le patient suive rigoureusement son traitement peu importe la nature de ses troubles mentaux. Assurer le respect du traitement constitue une priorité afin de traiter les troubles mentaux le plus efficacement possible. Dès lors, comment aider le patient à respecter son traitement ? La vérification du nombre de gélules à consommer en une journée, la réalisation d'une prise de sang ou un test d'urine sont courants.²³¹⁷

Le psychiatre peut aussi recueillir les témoignages des patients, méthode très utilisée²³¹⁸ bien que peu fiable²³¹⁹. Elle a toutefois le mérite d'impliquer le patient dans le suivi de son traitement, le responsabiliser et lui faire comprendre la nécessité de respecter le traitement prescrit.

Le suivi du traitement peut fluctuer dans le temps ; par exemple, un patient va s'assurer de respecter le traitement car la prochaine date de son rendez-médical approche. Une fois cette date passée, il n'y accordera plus la même attention.²³²⁰ Un autre patient suivra scrupuleusement le traitement car ses symptômes lui seront particulièrement difficiles à

²³¹⁷ VELLIGAN, D. I., LAM, Y. W., GLAHN, D. C., BARRETT, J. A., MAPLES, N. J., ERESHEFSKY, L., & MILLER, A. L. (2006), *op. cit.*, p. 731.

²³¹⁸ VELLIGAN, D. I., WEIDEN, P. J., SAJATOVIC, M., SCOTT, J., CARPENTER, D., ROSS, R. & DOCHERTY, J. P. (2009) « The expert consensus guideline series: Adherence problems in patients with serious and persistent mental illness » *Journal of Clinical Psychiatry*, 70 (suppl. 4), 1-46.

²³¹⁹ VELLIGAN, D. I., ERESHEFSKY, L. & MILLER, A. M. (2003) « Psychopharmacology: Perspectives on medication adherence and atypical antipsychotic medications » *Psychiatric Services*, 54(5), 665-667.

²³²⁰ CRAMER, J. A., ROY, A., BURRELL, A., FAIRCHILD, C. J., FULDEORE, M. J., OLLENDORF, D. A. & WONG, P. K. (2008) « Medication compliance and persistence: Terminology and definitions » *Value in Health*, 11, 44-47; BURNIER, M. (2006) « Medication adherence and persistence as the cornerstone of effective antihypertensive therapy » *American Journal of Hypertension*, 19(11), 1190-1196.

supporter. Cependant, le patient peut se croire à l'abri d'une rechute dès que ses troubles semblent se réduire et aura tendance alors à délaisser son traitement.²³²¹

Pour d'autres encore, le mauvais suivi de la prescription est imputable à l'oubli de la prise des médicaments, l'incompréhension de leur mode d'absorption ou la difficulté dans l'accès aux soins par manque de moyens ou d'information.²³²²

Il n'est pas rare que le patient mette un terme au traitement parce qu'il souffre excessivement des effets secondaires de celui-ci²³²³ ou ressente une certaine méfiance vis-à-vis du corps soignant. De même, il est difficile pour le malade atteint de comorbidité de respecter sa prescription.²³²⁴ Fragilisé par son addiction et ses troubles mentaux, l'alcool ou les stupéfiants peuvent jouer le rôle d'automédication chez ces patients afin d'apaiser ses troubles dépressifs ou anxieux par exemple. Ils lui permettent par ailleurs de tromper son ennui lorsqu'ils sont hospitalisés, comme un moyen de s'évader de son quotidien.²³²⁵ En somme, le patient souffrant de comorbidité est plus vulnérable car plus exposé au risque suicidaire²³²⁶.

Traiter la comorbidité revient pour le psychiatre à administrer un traitement adapté aux troubles psychiatriques du patient et permettant de combattre son addiction.²³²⁷ Devant cet enjeu, des solutions légales existent afin de contraindre le patient à suivre son traitement : hospitalisation sans consentement, injonction aux soins, rétention de sûreté s'il a été condamné pénalement, etc.²³²⁸ Malgré la diversité des soins disponibles, seule une minorité de patients atteinte de

²³²¹ BURNIER, M. (2006), *op. cit.*, p. 1192.

²³²² BOSWORTH, H. B., GRANGER, B. B., MENDYS, P., BRINDIS, R., BURKHOLDER, R., CZAJKOWSKI, M. ... & GRANDER, C. B. (2011) « Medication adherence: A call for action » *American Heart Journal*, 162(3), 412-424.

²³²³ WORLD HEALTH ORGANISATION (2003b) *Adherence to long term therapies: Evidence for action*. Geneva, Switzerland: Author; ARLT, S., LINDNER, R., RÖSLER, A. & VON RENTELN-KRUSE, W. (2008) « Adherence to medication in patients with dementia: Predictors and strategies for improvement » *Drugs Aging*, 25(12), 1033-1047.

²³²⁴ OLDFSON, M., MECHANIC, D., HANSELL S., BOYER, C. A., WALKUP, J. & WEIDEN, P. J. (2000) « Predicting medication noncompliance after hospital discharge among patients with schizophrenia » *Psychiatric Services*, 51, 216-222; COHEN, E. & HENKIN, I. (1995) « Substance abuse and lifestyle among an urban schizophrenic population: Some observations » *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 58, 113-120.

²³²⁵ TEST, M. A., WALLISCH, L. S., ALLNESS, D. J. & RIPP, K. (1989) « Substance use in young adults with schizophrenic disorders » *Schizophrenia Bulletin* 15(3): 465-476.

²³²⁶ BANERJEE, S., CLANCY, C. & CROME, I. (eds.) (2002) *Co-existing problems of mental and substance misuse (dual diagnosis): an information manual – 2002*. London: Royal College of Psychiatrists' Research Unit.

²³²⁷ HORSFALL, J. CLEARY, M., HUNT, G. E. & WALTER G. (2009) « Psychosocial treatments for people with co-occurring severe mental illnesses and substance use disorders (dual diagnosis): A review of empirical evidence » *Harvard Review of Psychiatry*, 17, 24-34; LECOMTE, T., SPIDEL, A., LECLERC C., GREAVES C., BENTALL, R. P. & MACEWAN, G. W. (2008) « Predictors and profiles of treatment non-adherence and engagement in services problems in early psychosis » *Schizophrenia Research*, 102, 295-302.

²³²⁸ SWARTZ, M. S., BURNS, B. J., HIDAY, V. A., GEORGE, L. K. SWANSON, J. W. & WAGNER H. R. (1995)

comorbidité a accès à un traitement adapté. Le principal obstacle réside dans le manque de moyens financiers des hôpitaux psychiatriques²³²⁹ ou l'éloignement trop important des centres de soins spécialisés en toxicomanie.²³³⁰

Dans d'autres circonstances, le patient refuse les soins, préférant cette forme d'automédication à la consommation de médicaments dont il redoute les effets secondaires²³³¹. Il peut aussi se persuader qu'il ne souffre d'aucune addiction ni d'aucun trouble psychiatrique. En toute hypothèse, la culpabilisation des patients constitue une fausse solution car elle est susceptible d'aggraver leur mal-être.

Afin de mieux appréhender la comorbidité, le ministère de la Santé britannique crée en 2002 le programme de soins intégré²³³² afin de prendre en charge médicalement les troubles mentaux du sujet et sa comorbidité comme un tout.²³³³ Il s'agit ici d'intégrer aux soins psychiatriques des thérapies et des soins afin de réduire l'accoutumance du patient.²³³⁴ Par exemple, le patient est incité à se rendre à des thérapies de groupe²³³⁵, des activités thérapeutiques²³³⁶, des sessions individuelles avec des soignants afin de comprendre les origines de son accoutumance, etc.

Le patient y apprend progressivement à contrôler ses pulsions et son comportement, à tisser des liens avec autrui, fixer et atteindre des objectifs, prévenir les rechutes... en somme, il apprend à modifier son mode de vie afin de le rendre plus sain.²³³⁷ Si le patient a été pénalement condamné, la réduction de sa consommation peut lui faire bénéficier d'une réduction ou d'un aménagement de sa peine.²³³⁸ A l'issue de celle-ci, les soins administrés doivent être aménagés

« New directions in research of involuntary outpatient commitment » *Psychiatric Services*, 46, 381-385.

²³²⁹ WHYTE, S., SCOTT F. & MADEN T. (2004) « Editorial: substance misuse in secure psychiatric hospitals » *The Journal of Forensic Psychiatry* Vol 15, No 4, December 2004, 591-594.

²³³⁰ WHYTE, S. & HARRISON, C. (2004) « Substance misuse services in secure psychiatric units » *Medicine, Science and the Law* 44(1): 71-74.

²³³¹ BROWN, A. & CADDICK, B. (1993) Groupwork with offenders: Approaches and issues. In A. Brown & B. Caddick (Eds.) *Groupwork with offenders*. (pp. 2-14). London: Whiting and Birch, p. 415.

²³³² DEPARTMENT OF HEALTH (2002) *Mental Health Policy Implementation Guide: Diagnosis Good Practice Guide*. London: DoH, p. 334.

²³³³ WHYTE, S., SCOTT F. and MADEN T. (2004), *op. cit.*, p. 539.

²³³⁴ DEPARTMENT OF HEALTH (2002), *op. cit.*, p. 337.

²³³⁵ SNOWDEN, P. (2001) « Substance misuse and violence: the scope and limitations of forensic psychiatry's role » *Advances in Psychiatric Treatment*, 7, 189-197.

²³³⁶ ZIEDONIS, D. M. (2004) « Integrated treatment of co-occurring mental illness and addiction: clinical intervention, program and system perspectives » *CNS Spectrums*, 9, 892-904.

²³³⁷ CORVINELLI, A. (2005) « Alleviating boredom in adult males recovering from substance use disorder » *Occupational Therapy in Mental Health*, 21, 1-11.

²³³⁸ WEXLER, H. (1997) « Therapeutic communities in American prisons » in Cullen E., Jones, L. & Woodward, R. (Eds.) *Therapeutic communities for offenders*. Chichester, UK: Wiley; KOUSOULOU, D., WHYBROW, J. & HAYES, J. (2008) *Supervised community treatment: A guide for practitioners*. London, UK: National Institute for

afin de préparer la réinsertion du sujet.²³³⁹

L'initiative de ce programme doit être saluée ; elle appréhende de concert les troubles mentaux du patient et sa comorbidité tout en le responsabilisant, par exemple en lui permettant de réduire ou aménager sa peine pénale s'il a été condamné.²³⁴⁰ 80% des patients ayant suivi ce programme pendant quinze mois étaient parvenus à réduire ou mettre un terme à leur addiction.²³⁴¹ De même, en parvenant à réduire ne serait-ce que légèrement leur consommation, ils retrouvent une meilleure estime d'eux-mêmes.²³⁴² Ces soins permettraient également de réduire les violences commises des patients et la durée de leur séjour hospitalier.²³⁴³

Cependant, l'efficacité de ce programme sur le long terme est-elle viable ?²³⁴⁴ Il est indéniable qu'il permet aux patients de prendre conscience que leur addiction constitue un véritable danger pour leur santé mentale et physique, ce qui est considérable en termes de soins.²³⁴⁵

Le programme de soins intégrés représente l'exemple typique de soins psychiatriques contraignants prescrits dans l'intérêt du patient. Son impact demeure positif malgré le fait que le refus de soins du patient ne soit pas pris en compte. Il exige pourtant une implication réelle du patient l'incitant à devenir acteur des soins.²³⁴⁶ Il est d'ailleurs fréquent que le patient

Mental Health in England; BARRIOS FLORES, L. F. (2008) « Coerción en psiquiatría » In Otero Perez (Ed.) *Psiquiatría y Ley. Guía para la práctica clínica* (pp. 71-123). Madrid, Spain: EDIMSA Publisher.

²³³⁹ LEACH, A. M., HARDY, D. W. & DINWIDDIE, S. H. (1998) « Management of forensic patients with addictive disorders » *Psychiatric Annals*, 28, 709-713.

²³⁴⁰ DURAND, M. A., LELLIOTT, P. & COYLE, N. (2005) *The availability of treatment for addictions in medium secure psychiatric inpatient services*. London: Department of Health; JAMES, W., PRESTON, N. J., KOH, G., SPENCER, C., KISELY, S. R. & CASTLE, D. J. (2004) « A group intervention which assists patients with dual diagnosis reduce their drug use: a randomised controlled trial » *Psychological Medicine*, 34, 983-990; LEY, A., JEFFREY, D. P., MCLAREN, S. & SIEGFRIED, N. (2001) « Treatment programmes for people with both severe mental illness and substance misuse (Cochrane Review) » *The Cochrane Library Issue 2*. Oxford: Update Software.

²³⁴¹ HELBIG, K. & MCKAY, E. (2003) « An exploration of addictive behaviours from an occupational perspective » *Journal of Occupational Science*, 10, 140-145.

²³⁴² MORRIS, C. & MOORE, E. (2009) « An evaluation of group work as an intervention to reduce the impact of substance misuse for offender patients in a high security hospital » *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, Vol. 20, No 4, August 2009, 559-576.

²³⁴³ RIDGELY, M. S., BORUM, R. & PETRILA, J. (2001) : <http://www.rand.org/publications/MR/MR1340> (consulté le 10 janvier 2017), *np* ; CRAWFORD, M. J., GIBBON, R., ELLIS, E. & WATERS, H. (2004) « In hospital, at home, or not at all. A cross-sectional survey of patient preferences for receipt of compulsory treatment » *Psychiatric Bulletin*, 28, 360-363.

²³⁴⁴ MILES, H., DUTHEIL, L., WELSBY, I. & HAIDER, D. (2007) « 'Just Say No': a preliminary evaluation of a three-stage model of integrated treatment for substance use problems in conditions of medium security » *Journal of Psychiatry & Psychology*, June 2007, 18(2): 141-159; TEESON, M. and GALLAGHER, J. (1999) « Evaluation of a treatment programme for serious mental illness and substance use in an inner-city area » *Journal of Mental Health* 8(1): 19-28.

²³⁴⁵ HELBIG, K. & MCKAY, E. (2003), *op. cit.*, p. 143.

²³⁴⁶ O'DONOGHUE, B., ROCHE, E., SHANNON, S., LYNE, J., MADIGAN, K. & FEENEY, L. (2014)

toxicomane refusant les soins soit contraint. S'il est hospitalisé, il peut être privé de ses effets personnels, sanglé, sédaté et isolé des autres patients.²³⁴⁷

Un autre programme de soins, plus intrusif, a été mis en place dans plusieurs hôpitaux psychiatriques au Royaume-Uni, comprenant des fouilles régulières et aléatoires des chambres et des fouilles au corps (y compris sur les parties intimes des patients)²³⁴⁸. Il est important de dénoncer cette approche répressive et humiliante du traitement de la toxicomanie, révélant l'absence totale de stratégie dans la prise en charge de la comorbidité.²³⁴⁹ En effet, rares sont les soignants ayant une bonne connaissance de cette problématique, souvent absente des formations dispensées.²³⁵⁰ En l'absence de soins appropriés, l'administration hospitalière rejette cette culpabilité sur les patients, considérés comme seuls responsables de leur comorbidité.

En toute hypothèse, le non-suivi du traitement expose le patient à l'aggravation de ses troubles²³⁵¹ et à son admission sous contrainte s'il devient un danger pour autrui ou lui-même²³⁵². Si le patient répond au traitement, et si ses troubles sont suffisamment réduits, il peut bénéficier de soins ambulatoires et de sorties à l'essai. Sa mesure d'hospitalisation sera alors levée de manière temporaire. La seule exigence qui sera attendue de lui concerne le suivi de son traitement sous peine de sanctions telles que sa ré-hospitalisation.

« Perceived coercion in voluntary hospital admission » *Psychiatry Research*, 215(1), 120-126.

²³⁴⁷ LERA-CALATAYUD, G., HERNANDEZ-VADEL, M., BELLIDO-RODRIGUES, C., CANETE-NICOLAS, C., ASENSIO-PASCUAL, P., CALABUIG-CRESPO, R. & LEAL-CERCOS, C. (2014) « Involuntary outpatient treatment in patients with severe mental illness: A one-year follow-up study » *International Journal of Law and Psychiatry*, 37, 267-271.

²³⁴⁸ DURAND, M. A., LELLIOTT, P. & COYLE, N. (2006) « Availability of treatment for substance misuse in medium secure psychiatric care in England: a national survey » *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, December 2006, 17(4): 611-625.

²³⁴⁹ *Ibid*, p. 622.

²³⁵⁰ *Ibid*, p. 623.

²³⁵¹ BRUNTON, S. A. (2011) « Improving medication adherence in chronic disease management » *Journal of Family Practice*, 60 (4 Suppl. Improving), S1-S8.

²³⁵² VALENSTEIN, M., COPELAND, L. A., BLOW, F. C., ZEBER, J. E., BINGHAM, C. R., STAVENGER, T. et al. (2002) « Pharmacy data identify poorly adherent patients with schizophrenia at increased risk of admission » *Medical Care*, 40, 630-639 ; WEINDEN, P. J. & OLFSON, M. (1995) « Cost of relapse in schizophrenia » *Schizophrenia Bulletin*, 21, 419-429.

- La psychiatrie extrahospitalière favorisée à travers la mise en place des soins ambulatoires

Bien qu'ils ne soient plus dispensés dans le cadre rigide de l'hôpital psychiatrique, les soins ambulatoires permettent au patient de poursuivre sa prise en charge médicale. Ces soins ont le plus souvent lieu lors des sorties dites à l'essai. Toutefois, elles exercent une autre forme de contrôle social, plus implicite, au détriment des libertés individuelles des patients.

- Les sorties à l'essai, un premier pas en faveur d'une prise en charge ambulatoire des patients

En droit écossais, le *Mental Health (Patients in the Community) Act* de 1995 met en place l'autorisation de sortie dite à l'essai au profit des malades hospitalisés sous contrainte²³⁵³. La durée de cette sortie peut durer plusieurs heures voire plusieurs jours, mais elle contraint les patients à suivre rigoureusement leur traitement²³⁵⁴. Si le malade y met un terme ou subit une rechute, il est rapidement réhospitalisé²³⁵⁵. Les sorties à l'essai permettent de faire sortir le patient du cadre hospitalier et lui permettent de recouvrir une grande liberté mais ne font pas disparaître l'obligation de soins.

Les sorties à l'essai rappellent la nécessité pour le patient de résider à son propre domicile ou chez un proche. Or, la rupture des liens familiaux ou amicaux du patient longtemps hospitalisé est fréquente et souvent irréversible : un logement social peut alors être proposé au patient. Cette solution exige la création d'un nombre de logements sociaux suffisants par les pouvoirs publics.

Ensuite, il est indispensable que les patients puissent exercer une activité professionnelle même à temps partiel. L'obtention d'un emploi permettrait au patient de retrouver confiance en lui, de donner un sens à son existence et un moyen de subsistance.

Cependant, les soins ambulatoires peuvent être perçus comme une injonction aux soins, une

²³⁵³ ATKINSON J. M., GARNER H. C., GILMOUR W. H. and DYER J. A. T. (2002) « The end of indefinitely renewable leave of absence in Scotland: The impact of the Mental Health (Patients in the Community) Act 1995 » *The Journal of Forensic Psychiatry*, Vol 13, No 2, September 2002, 298-314.

²³⁵⁴ *Ibid*, p. 299.

²³⁵⁵ DAWNSON, J. (2006) « Fault-lines in community treatment order legislation » *International Journal of Law and Psychiatry*, 29(6), 482-494.

« incarcération chimique *in vivo* » permettant de contenir les troubles mentaux du patient²³⁵⁶. La loi écossaise ne précise pas non plus les modalités permettant d'assurer le suivi du traitement : le patient doit-il se rendre dans un centre de soins plusieurs fois par jour pour y prendre son traitement sous la surveillance d'un soignant, par exemple ? Peut-il recevoir des soins à domicile, administrés par un infirmier ? Un proche du patient peut-il se porter garant du bon suivi du traitement ?

Des psychiatres britanniques proposent par exemple de fixer la date de chaque rendez-vous médical par écrit. Formaliser les consultations médicales apporterait un caractère solennel en faisant planer une sanction d'une ré-hospitalisation sur le patient.²³⁵⁷ Ces formalités sont toutefois anxiogènes pour le patient qui peut se sentir coupable aux yeux de la société de souffrir de troubles mentaux. Cette formalité n'a pas produit l'effet escompté ; en 2006, le taux d'absence des consultations médicales des patients en sortie d'essai était de 42% selon une étude britannique²³⁵⁸.

Lors de l'entrée en vigueur de l'*Act*, de nombreux praticiens écossais craignaient que les sorties à l'essai ne provoquent une rechute importante des malades²³⁵⁹, les exposant à la commission de violences sur autrui ou eux-mêmes. Les malades ayant été pénalement condamnés ou souffrant de comorbidité étaient particulièrement concernés²³⁶⁰.

Cette crainte s'est avérée infondée, les patients ayant subi une rechute à l'occasion d'une sortie à l'essai étaient rares²³⁶¹. Ces patients n'étaient réhospitalisés qu'exceptionnellement, le

²³⁵⁶ LAWTON-SMITH, S., DAWSON, J. & BURNS, T. (2008) « Community treatment orders are not a good thing » *The British Journal of Psychiatry*, 193, 96-100 ; ATKINSON J. M., GILMOUR W. H., DYER, J. A. T., HUTCHESON, F. & PATTERSON, L. (1997) « Consultants' views of leave of absence and community care orders in Scotland » *Psychiatric Bulletin* 56(6): 871-877.

²³⁵⁷ GUDJONSSON, G. H., HANNESDOTTIR, K., AGUSTSSON, T. P., SIGURDSSON, J. F., GUDMUNDSDOTTIR, A., PORDARDOTTI, P. *et al.* (2004) « Personality predictors of the failure of alcoholics to come for follow-up treatment » *Personality and Individual Differences* 37, 805-813; MARKHAM, P. & BEENEY, E. (1990) « DNA rates and the effect of 'opting in' to a clinical psychology service » *Clinical Psychology Forum* 29, 9-10.

²³⁵⁸ YOUNG, S. J., GUDJONSSON G. H. & TERRY, R. (2006) « The development of a forensic clinical psychology service in a community mental health team » *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology* December 2006, 17(4): 626-635.

²³⁵⁹ ATKINSON J. M., GILMOUR W. H., DYER, J. A. T., HUTCHESON, F. & PATTERSON, L. (1997), *op. cit.*, p. 872.

²³⁶⁰ MENEZES, P. R., JOHNSON, S., THORNICROFT, G., MARSHALL, J., PROSSER, D. BEBBINGTON, P. & KUIPERS, E. (1996) « Drug and alcohol problems among individuals with severe mental illnesses in South London » *British Journal of Psychiatry* 168: 612-619; CANTWELL, R., BREWIN, J., GLAZEBROOK, C., DALKIN, T., FOX, R., MEDLEY I. & HARRISON, G. (1999) « The prevalence of substance misuse in first episode psychosis » *British Journal of Psychiatry* 174: 150-153.

²³⁶¹ ATKINSON J. M., GILMOUR W. H., DYER, J. A. T., HUTCHESON, F. and PATTERSON, L. (1997), *op. cit.*, p. 874.

psychiatre se contentait uniquement de réajuster le traitement prescrit. Cette réussite est également le fruit d'une mobilisation des services sociaux, du soutien des proches du patient et des mesures de protection des majeurs.²³⁶²

Il est important de rappeler que le respect du traitement et l'instauration d'un équilibre chez le patient sont indispensables afin de favoriser ses chances de réinsertion. Les sorties à l'essai ne constituent donc pas un obstacle mais un procédé nécessaire en faveur des soins ambulatoires.

En France, à l'hôpital psychiatrique d'Abbeville (Somme), des soins psychiatriques à domicile sont prévus pour les malades selon deux principes fondamentaux : la proximité et la continuité des soins. La proximité suppose la facilité pour les malades de rencontrer des soignants formés à prendre en charge leurs troubles tandis que la continuité suppose que le patient puisse être pris en charge quelle soit la phase évolutive de sa maladie. L'hôpital étant situé en zone rurale, certaines aides sont mises en place. En effet, la qualité du suivi est primordiale chez le patient psychiatrique, surtout si sa mesure d'hospitalisation vient d'être levée.²³⁶³ S'ils ne peuvent avoir accès à ces soins, ils risquent de subir des effets délétères en raison de leur désœuvrement. Ils peuvent alors se refermer sur eux-mêmes, s'isoler et risquer une rechute de leurs troubles psychiatriques. C'est la raison pour laquelle le malade peut bénéficier de 'bons de transport individuel' et d'un remboursement des titres de transport en commun, remboursables par l'Assurance maladie. Un infirmier ou aide-soignant peut d'ailleurs accompagner le malade jusqu'à l'hôpital au jour si nécessaire. Ces choix permettent d'adapter les contraintes des soins à domicile à la situation du patient et non l'inverse qui complexifie l'accès aux soins et provoque le délaissement du malade par le système de santé. Toutefois, un accès d'urgence à l'hôpital psychiatrique reste possible pour les cas les plus graves, avec des consultations médicales dans la journée. Ce fonctionnement permet d'éviter les urgences inutiles et anxiogènes et renforce le sentiment de sécurité des malades envers l'institution et les soignants.²³⁶⁴

Les thérapies cognitives et comportementales (TCC) constituent également un atout précieux afin de réduire le nombre de comportements asociaux chez le patient et faciliter sa

²³⁶² *Ibid.*

²³⁶³ CHAPEROT, C. (2014) *Formes de transfert et schizophrénie*, coll. Des travaux et des jours, éd. Erès, Toulouse, p. 127.

²³⁶⁴ ALTOBELLI, A., FRATTINI, V. & CHAPEROT, C. (2018) « Psychothérapie institutionnelle, remédiation cognitive et organisation sectorielle : l'expérience du secteur G06 d'Abbeville » *L'information psychiatrique*, 2018/1, vol. 94, pp. 7-12.

réinsertion²³⁶⁵ : apprentissage des règles de la vie en société, importance du discours, de la cohérence du langage, etc.²³⁶⁶

La généralisation des soins ambulatoires est une solution nécessaire afin d'améliorer la pratique psychiatrique. Encore à l'état de balbutiement, elle existe aujourd'hui dans de nombreux Etats : Etat australien de Victoria depuis 1986, Etats américains de l'Ontario, de New York, du Minnesota, Royaume-Uni depuis 2007, Ecosse depuis 2005, ainsi qu'en France.²³⁶⁷

Généraliser les soins ambulatoires améliorerait profondément les conditions de vie des patients. Une fois réinsérés, ils peuvent se sentir davantage en sécurité et bénéficier d'une meilleure qualité de vie permettant une baisse du taux de récurrence.²³⁶⁸ Les patients peuvent de nouveau tisser des liens avec leurs proches, rechercher un emploi, débiter une formation... En somme, il leur est plus facile de prendre un nouveau départ afin de retrouver le contrôle de leur existence.²³⁶⁹

Il est exigé que le sujet ne présente pas de danger pour autrui ou lui-même tout comme ses troubles doivent être suffisamment amoindris et stabilisés. Les soins ambulatoires excluent de ce fait les patients admis en UMD ou condamnés pour des infractions pénales graves. Ce n'est qu'à l'issue d'une longue période d'hospitalisation que leur réinsertion pourra être envisagée.

Les émotions positives et le sentiment de liberté liés à la sortie d'hôpital²³⁷⁰ ont été repris dans le GLM ou *Good Lives Model* (« modèle d'une vie satisfaisante »). Il s'agit un traitement ambulatoire permettant à l'individu de se reconstruire psychiquement et socialement comprenant TCC et psychotropes.²³⁷¹ Le GLM est composé de nombreuses étapes afin de

²³⁶⁵ HORNSVELD, R. H. J. & NIJMAN, H. L. I. (2005) « Evaluation of a cognitive-behavioural program for chronically psychotic forensic inpatients » *International Journal of Law and Justice*, 28, 246-254.

²³⁶⁶ *Ibid*, p. 251.

²³⁶⁷ O'BRIEN, A. J. & FARRELL, S. (2005) « Community treatment order: Profile of a Canadian experience » *Canadian Journal of Psychiatry*, 50, 27-30.

²³⁶⁸ DRAINE, J. & SOLOMON, P. (2000) « Anxiety and depression symptoms and quality of life among clients of a psychiatric probation and parole service » *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24, 38-45.

²³⁶⁹ GERBER, G. J., PRINCE, P. N., DUFFY, S., MCDUGALL, L., COOPER, J. & DOWLER, S. (2003) « Adjustment, integration and quality of life among forensic patients receiving community outreach services » *International Journal of Forensic Mental Health*, 2, 129-136.

²³⁷⁰ WILLIAMS, D. J. (2003) « 'Quality of life' perceived by sex offenders on early release in a halfway house: Implications for treatment » *Journal of Offender Rehabilitation*, 38, 77-93; CHUNG, M. C., CUMELA, S., WENSLEY, J. & EASTHOPE, Y. (1998) « Quality of life and psychological well-being of mentally disordered offenders after court diversion: A 6-month follow-up » *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 42, 164-173.

²³⁷¹ WARD, T. & BROWN, M. (2004) « The good lives model and conceptual issues in offender rehabilitation »

parvenir à la meilleure qualité de vie possible : une activité professionnelle et une situation financière stables²³⁷², des loisirs²³⁷³, tisser des liens avec la communauté dans laquelle il vit²³⁷⁴, une relation sentimentale stable²³⁷⁵ et la conscience d'une certaine spiritualité²³⁷⁶.

Cette dernière suppose que l'individu trouve un sens à son existence et se fixe un ou plusieurs objectifs à accomplir au cours de celle-ci.²³⁷⁷ Cependant, l'application scrupuleuse du programme ne peut guérir le patient de ses troubles. Son traitement est très souvent prescrit à vie, par exemple dans le cas de la schizophrénie, des troubles bipolaires, des psychoses ou de la dépression²³⁷⁸.

Les patients mis à part, à qui profitent les soins ambulatoires ?

Les psychiatres seraient plus rassurés par l'injonction aux soins, contraignant les patients à suivre leur traitement afin de stabiliser leurs symptômes. Pour les proches du malade, c'est un soulagement de le savoir hors des murs de l'institution. Enfin, l'opinion publique serait rassurée de savoir que des soins humains et respectueux sont dispensés aux malades, preuve d'un progrès médical et d'une prise en charge plus humaine des personnes vulnérables.

Chacun peut trouver des avantages à cette solution thérapeutique, promesse d'un avenir meilleur pour la psychiatrie. Encore faut-il que les pouvoirs publics consentent à augmenter les ressources financières indispensables à leur mise en place...

Or, la tendance actuelle est à la réduction des dépenses publiques notamment concernant ces sorties à l'essai. Il faudrait craindre à l'avenir une disparition progressive de ces modalités de

Psychology, Crime and Law, 10, 243-257.

²³⁷² GENDREAU, P., GOGGIN, C. & GRAY, G. (2000) *Case need review: Employment domain*. Saint John, NB: University of New Brunswick Centre for Criminal Justice Studies, p. 321.

²³⁷³ HOGE, R. D., ANDREWS, D. A. & LESCHIED, A. (1996) « An investigation of risk and protective factors in a sample of youthful offenders » *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 37, 419-424.

²³⁷⁴ WARD, T. & BROWN, M. (2004), *op. cit.*, p. 249.

²³⁷⁵ ODONNE-PAOLUCCI, E., VIOLATO, C. & SCHOFIELD, M. A. (2000) *A review of marital and family variables as they relate to adult criminal recidivism*. Calgary, Canada: National Foundation for Family Research and Education.

²³⁷⁶ WARD, T. & FISHER, D. (2006) « New ideas in the treatment of sexual offenders » In D. R. Laws, S. M. Hudson & T. Ward (eds.) *Remaking relapse prevention with sex offender: A sourcebook* (pp. 79-101). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

²³⁷⁷ WARD, T. & FISHER, D. (2006), *op. cit.*, p. 89.

²³⁷⁸ BOUMAN, Y. H. A., DE RUITER C., SCHENE, A. H. (2008) « Quality of life of violent and sexual offenders in community-based forensic psychiatric treatment » *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, Vol. 19, No. 4, December 2008, 484-501; BURNS T. & DAWSON, J. (2009) « Community treatment orders: How ethical without experimental evidence? » *Psychological Medicine*, 6, 1-4; WANDZURA, A. G. (2008) « Community treatment orders in Saskatchewan: What went wrong? » *Saskatchewan Law Review*, 71, 269-306.

soins malgré l'exercice d'une surveillance médicale. Cette hypothèse concerne en particulier les régions souffrant de structures médicales et de soignants, aussi appelés déserts médicaux. En l'absence d'un suivi médical approprié par les professionnels de santé, Le malade subit alors une mesure d'hospitalisation qui n'a plus lieu d'être, son état de santé mental devant lui permettre de retourner vivre dans le monde extérieur.²³⁷⁹

Malgré l'évolution positive de la psychiatrie qu'ils représentent, les soins ambulatoires exercent une forme de contrôle social au détriment des libertés du patient. Cette privation de ses droits doit être étudiée – tout soin psychiatrique supposerait systématiquement l'exercice d'une contrainte, même atténuée...

- Le recours aux soins ambulatoires dénoncé comme une forme de contrôle social

En principe, tout traitement médicamenteux peut être dispensé au patient sous forme ambulatoire. Les premiers programmes de soins ambulatoires ont été mis en place aux Etats-Unis dans les années 1970²³⁸⁰ dans les Etats du Maine, du Missouri, du Nevada, de New York²³⁸¹ ainsi qu'au Canada.²³⁸² L'Australie a suivi cette impulsion dès 1986 avec l'entrée en vigueur du *Mental Health Act* de 1986 dans les Etats du Nouveau Pays de Galles et de Victoria principalement. Le législateur australien a d'ailleurs confié le contrôle du suivi des soins au corps médical et non au juge.²³⁸³ Seul un collège de psychiatres peut ordonner, prolonger ou mettre un terme aux soins ambulatoires du patient selon l'évolution de la pathologie et le respect du traitement.

Pourtant, ces soins demeurent une exception pour les malades psychiatriques. En 2011, seuls 9,8% des patients psychiatriques pouvaient bénéficier de soins ambulatoires aux Etats-Unis et

²³⁷⁹ DESCHAMPS, J-L (2010) « L'attention portée par les autorités ministérielles à la notion juridique des sorties d'essai des patients hospitalisés d'office », *Revue droit et santé* n°35, pp. 306-315.

²³⁸⁰ TEST, M. A. (1990) « Training in community living » in Liberman, R. P. (ed.) *Handbook of Psychiatric Rehabilitation*. New York: Macmillan, 153-170; MCGREW J. H., BOND, G. R., DIETZEN, L., MCKASSON, M. and MILLER L. D. (1995) « A multisite study of client outcomes in assertive community treatment » *Psychiatric Services* 46(7): 696-701.

²³⁸¹ New York State - Kendra Law (1999) in TERI-LOWE PLAYER, C. (2015) « Outpatient commitment and procedural due process » *International Journal of Law and Psychiatry*, 38, 100-113; TORREY, E. F. & KAPLAN, R. J. (1995) « A national survey of the use of outpatient commitment » *Psychiatric services* 46: 778-783.

²³⁸² GRAY, J. E. & O'REILLY R. L. (2005) « Canadian compulsory community treatment laws: Recent forms » *International Journal of Law and Psychiatry*, 28, 13-22.

²³⁸³ POWER P. (1999) « Community treatment orders: the Australian experience » *The Journal of Forensic Psychiatry* Vol 10 No 1, Avril 1999, 9-15.

au Canada.²³⁸⁴ En effet, le législateur exige que le patient ait été hospitalisé volontairement ou sous contrainte pendant une certaine durée avant de pouvoir bénéficier de ces soins. Seul l'Etat australien des Nouvelles Galles du Sud ne pose pas cette condition.²³⁸⁵

Les soins ambulatoires permettent de mettre fin à la stigmatisation de l'hospitalisation psychiatrique en les réinsérant dans la société.²³⁸⁶ Ils ne vivent plus selon le rythme et le règlement de l'hôpital mais selon la seule exigence de suivi du traitement. Les dépenses de santé indispensables sont considérablement réduites : réalisation du diagnostic, éventuelle utilisation d'un matériel afin de prescrire le traitement, organisation de consultations médicales régulières, approvisionnement en psychotropes.²³⁸⁷ Il faudra craindre ici une telle réduction des coûts que la psychiatrie soit réduite à l'administration de psychotropes. **L'aspect humain de la discipline ne doit pas être occulté. Il est indispensable que les soignants prennent le temps d'échanger avec le patient en faisant preuve d'écoute et empathie.**

En droit écossais²³⁸⁸, plusieurs conditions doivent être réunies afin d'ordonner des soins ambulatoires²³⁸⁹ :

- La capacité légale du patient doit être significativement réduite
- Le patient doit souffrir de troubles mentaux d'une réelle gravité
- Le patient présente un danger pour autrui ou lui-même.

Il faudra observer que ces conditions sont purement contradictoires. Le fait que sa capacité de discernement soit très réduite le rend difficilement capable de suivre des soins ambulatoires. Le malade n'est ici pas suffisamment autonome afin de conserver son logement par exemple. Au contraire, une capacité minimum de discernement devrait être exigée. Ensuite, le patient recevant des soins ambulatoires n'est pas supposé constituer un risque pour autrui ou lui-même ; il aurait été admis sous contrainte dans ce cas. En résumé, ces conditions semblent davantage adaptées à l'hospitalisation sans consentement qu'aux soins ambulatoires. Faut-il en

²³⁸⁴ KISELY, S. R., CAMPBELL, L. A. & PRESTON, N. J. (2011) « Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders [Meta-analysis review] » *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2), CD004408.

²³⁸⁵ Mental Health Act 1990 (Etat du New South Wales), s. 133 in DAWSON, J. (2006) « Fault-lines in community treatment order legislation » *International Journal of Law and Psychiatry*, 29(6), 482-494.

²³⁸⁶ BURNS T. (2001) « To outreach or not to outreach » *The Journal of Forensic Psychiatry*, Vol. 12, No. 1 April 2001, 13-17.

²³⁸⁷ *Ibid*, p. 15.

²³⁸⁸ Mental Health (Care and Treatment) (Scotland) Act 2003, section 64 (5).

²³⁸⁹ MILLAN, B. (2001) *Review of the Mental Health (Scotland) Act 1984*. Edinburgh: Scottish Executive, p. 165.

déduire une mauvaise connaissance des soins ambulatoires en psychiatrie par le législateur écossais ?

Bien que le patient ne soit pas hospitalisé, les soins ambulatoires portent atteinte au droit au respect de sa vie privée au regard de l'article 8 de la Convention européenne.²³⁹⁰ Il est d'ailleurs surprenant qu'ils n'aient jamais fait l'objet d'un litige devant la Haute cour, exerçant une forme de contrainte implicite et dissimulée, un réel contrôle social sur le malade.²³⁹¹ L'exercice de cette contrainte pourtant bien réelle a conduit plusieurs auteurs à s'interroger sur cette forme de contrôle social.²³⁹²

En sociologie, les soins psychiatriques ont souvent été considérés comme un moyen mis en œuvre par la société afin de contrôler les comportements déviants. Cette théorie du contrôle social consiste à contrôler toute déviance, tout risque que représente le sujet atteint de troubles mentaux. Réputé imprévisible et dangereux, le malade psychiatrique devient un risque qu'il convient de surveiller en permanence, par tous les moyens possibles.

Si les soins ambulatoires laissent une plus grande liberté au patient, « son anormalité » est toujours soignée, traitée, gommée afin qu'il redevienne un individu 'normal' psychiquement.

Le fait de contraindre les patients psychiatriques à se soumettre à une certaine 'normalité' est appelé théorie de l'internalisation du contrôle selon Michel Foucault. A ce titre, les patients bénéficiant de soins ambulatoires sont incités à adopter un comportement différent du leur.²³⁹³ Ils doivent internaliser une sorte de devoir, l'obligation de changer leur manière d'être et de paraître afin de correspondre aux attentes de la société.²³⁹⁴

Le cas échéant, l'agitation du patient ou son refus de prendre son traitement l'expose à une ré-

²³⁹⁰ KINDERMAN, P. & TAI, S. (2008) « Psychological models of mental disorder, human rights and compulsory mental health care in the community » *International Journal of Law and Psychiatry*, 31, 479-486 ; HOYER, P. & FERNIS, B. (2001) « Outpatient commitment: Some reflections on ideology practice and implications for research » *Journal of Mental Health Law*, 1, 56-62; VAN DORN, R. A., ELBOGEN, E. B., REDLICH, A. D., SWANSON J. W., SWARTZ, M. S. & MUSTILLO, S. (2006) « The relationship between mandated community treatment and perceived barriers to care in persons with severe mental illness » *International Journal of Law and Psychiatry*, 29, 495-496.

²³⁹¹ RICHARDSON, G. (2008) « Coercion and human rights: A European perspective » *Journal of Mental Health*, 17, 245-254 ; KEMSHALL, H. (2002) *Risk, social policy and welfare*. Buckingham: Open University Press; FOUCAULT, M. (1975) *Surveiller et punir*, éd. Gallimard, p. 172.

²³⁹² KEMSHALL, H. (2002) *Risk, social policy and welfare*. Buckingham: Open University Press, p. 193 ; FOUCAULT, M. (1975), *op. cit.*, p. 173.

²³⁹³ FOUCAULT, M. (1975) *op. cit.*, p. 174.

²³⁹⁴ *Ibid*, p. 175.

hospitalisation sous contrainte. La priorité absolue de notre société sécuritaire semble bien de contrôler le moindre risque menaçant son équilibre.

La théorie du contrôle social se compose des trois formes de contrôle suivantes²³⁹⁵ :

- *La surveillance du patient*

Le malade en soins ambulatoires est surveillé et suivi par le psychiatre et le juge afin qu'il observe rigoureusement son traitement. Cette forme de contrôle protège le patient contre le risque de violences hétéro ou auto-agressives.

- *La thérapie administrée*

Le traitement à base de psychotropes constitue lui-même une forme de contrôle, modifiant en profondeur le comportement du sujet afin qu'il se conforme aux exigences de la société.

- *Les sanctions*

En cas de refus de traitement, le patient s'expose à des sanctions : ré-hospitalisation et notamment privation de ses effets personnels au cours de son séjour, interdiction de recevoir des visites, d'émettre et de recevoir des appels, etc. Le Code de déontologie accompagnant le *Mental Health Act* de 1983 précise pourtant que la menace d'une ré-hospitalisation devrait être interdite car elle constitue une grave violation du droit au refus de soins du patient.²³⁹⁶

Par ailleurs, le contrôle social du patient est total car recouvre trois dimensions²³⁹⁷ :

- *Un contrôle temporel*

Les soins ambulatoires privent le patient de la possibilité d'organiser son temps libre comme il l'entend. Il peut avoir pour obligation de se rendre deux fois par jour dans un établissement de soins psychiatrique afin d'y prendre son traitement par voie orale sous la surveillance d'un soignant. Ce dernier ne peut le laisser quitter les lieux sans s'être assuré que le traitement a bien été administré.²³⁹⁸

- *Un contrôle spatial*

Bien qu'il demeure dans son propre logement, chez un proche ou en foyer spécialisé, l'individu ne peut résider dans une ville trop éloignée de l'établissement de soins psychiatrique où il reçoit

²³⁹⁵ ZETTERBERG, L., SJÖSTRÖM, S. & MARKSTRÖM, U. (2014) « The compliant court – Procedural fairness and social control in compulsory community care » *International Journal of Law and Psychiatry*, 37(6), 543-550.

²³⁹⁶ DEPARTMENT OF HEALTH (2008) *Code of Practice. Mental Health Act 1983*. London: The Stationery Office, p. 227.

²³⁹⁷ ZETTERBERG, L., SJÖSTRÖM, S. & MARKSTRÖM, U. (2014), *op. cit.*, p. 545.

²³⁹⁸ PRINS, H. (1995) « I got a little list. But is it any use? » *Medicine, Science & the Law*, 35, 218-224; MCIVOR, R. (1998) « The community treatment order: Clinical and ethical issues » *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 32, 223-228.

son traitement. Il peut être interdit de s'approcher de certains lieux si le juge pénal l'estime nécessaire dans le cas d'une condamnation pénale (ex : école, lieu de résidence de la victime).

- *Un contrôle physique*

Le sujet ne peut manger ou boire ce qu'il veut selon les exigences de son traitement ; il doit également se soumettre à des prises de sang régulières afin de vérifier qu'il n'a pas consommé d'alcool ou de stupéfiants.

Paradoxalement, ces soins permettent au malade de recouvrer l'exercice de sa liberté d'aller et venir, d'exercer une activité professionnelle, de pratiquer des activités sportives et culturelles, etc.²³⁹⁹ Malgré le contrôle social induit par la prise de son traitement, il jouira toujours d'une plus grande liberté que le patient hospitalisé. Ensuite, le patient n'assure pas seul la prise du traitement, aidé en cela par la présence des soignants.²⁴⁰⁰ Les acteurs des soins peuvent être variés : psychiatres, auxiliaires de vie, assistants sociaux, médecins généralistes ou spécialisés dans les troubles somatiques (dentistes, gastro-entérologues, etc).²⁴⁰¹ Malgré l'exercice de cette surveillance, le patient est complètement pris en charge sur le plan somatique et psychiatrique.

Un système de leviers est mis en place afin de faciliter la prise du traitement.²⁴⁰²

Les soignants par exemple peuvent mettre à la disposition du patient un logement proche du centre de soins ambulatoires ou l'aider dans sa recherche d'emploi.²⁴⁰³ Ensuite, des récompenses sont offertes au patient lorsqu'il suit son traitement correctement²⁴⁰⁴ : prendre son traitement de manière autonome en restant à son domicile par exemple. Cependant, ces

²³⁹⁹ ROLFE, T. (2001) *Community treatment orders: A review*. Western Australia: Office of the Chief Psychiatrist, Perth; BROOKS, A. D. (1987) « Outpatient commitment for the chronically mentally ill: law and policy » in Mechanic D. (ed) *Improving mental health services: what social sciences tell us. New directions for mental health services*, no 36. San Francisco: Jossey-Bass, 117-128.

²⁴⁰⁰ BORREL, P. (2009) *Un monde sans fous ?* CinéTélé & Forum des images.

²⁴⁰¹ VESS, J. (2001) « Development and implementation of a functional skills measure for forensic psychiatric inpatients » *The Journal of Forensic Psychiatry*, Vol 12, No 3, December 2001, 592-609.

²⁴⁰² JEAGER, M. & ROSSLER, W. (2010) « Enhancement of outpatient treatment adherence: Patients' perceptions of coercion, fairness and effectiveness » *Psychiatry Research*, 180, 48-53; BURNS, T., YEELES, K., MOLODYNSKI, A., NIGHTINGALE, H., VAZQUEZ-MONTES, M., SHEEHAN, K., *et al.* (2011) « Pressures to adhere to treatment ('leverage') in English mental health care » *The British Journal of Psychiatry*, 199, 145-150; BONNIE, R. J. & MONAHAN, J. (2005) « From coercion to contract: Reframing the debate on mandated community treatment for people with mental disorders » *Law and Human Behaviour*, 29, 485-503.

²⁴⁰³ NEALE, M. S. & ROSENHECK, R. A. (2000) « Therapeutic limit setting in an assertive community treatment program » *Psychiatric Services*, 51, 499-505.

²⁴⁰⁴ ANGELL, B., MAHONEY, C. A. & MARTINEZ, N. I. (2006) « Promoting treatment adherence in assertive community treatment » *The Social Service Review*, 80, 485-526; ALCOCK, D. & WHITE, T. (2009) « Study of the clinical and forensic outcome of admission to a forensic psychiatry day hospital at one, two and three years » *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, Vol. 20, No. 1, February 2009, 107-119.

permissions requièrent une amélioration sensible de l'état de santé mental du patient²⁴⁰⁵. Les soins ambulatoires demeurent une exception chez le malade psychiatrique, ses troubles le privant souvent de son autonomie.

Il est fréquent que le patient ne réponde pas au traitement²⁴⁰⁶ ou n'en supporte plus les effets secondaires.²⁴⁰⁷ Il peut alors demander à son psychiatre de modifier sa prescription²⁴⁰⁸.

Or, il convient de rappeler que la contrainte exercée ne vaut pas consentement chez le patient. Bien qu'il repose sur une intention louable, le patient ne peut pas refuser de prendre son traitement bien qu'il ne soit plus hospitalisé. Le ressenti de cette contrainte peut être douloureux pour le malade : il sait qu'il peut être réhospitalisé s'il ne respecte le traitement qui lui a été prescrit²⁴⁰⁹. Le patient peut craindre des représailles de la part des soignants et refuser de se confier sur les difficultés qu'il rencontre au sujet du traitement. Il subira alors de plein fouet des effets indésirables qui porteront atteinte à sa santé.

La contrainte inhérente aux soins ambulatoires peut être exercée de manière plus directe comme dans les Etats australiens de Victoria et de Nouvelle Galles du Sud²⁴¹⁰ :

- Le soignant peut pénétrer dans le domicile du patient pour l'inciter à suivre son traitement
- Le soignant peut user d'une force raisonnable et nécessaire afin d'administrer les soins, voire de faire appel aux forces de l'ordre

Seul le juge peut ordonner ces mesures au regard de l'état de santé mental du patient.²⁴¹¹

Ces pratiques doivent être réprochées car le droit du patient au respect de sa vie privée est

²⁴⁰⁵ GELLER, J. L. (1990) « Clinical guidelines for the use of involuntary outpatient treatment » *Hospital and Community Psychiatry* 41: 749-755.

²⁴⁰⁶ BEAN, P. & MOUNSER, P. (1994) « The community treatment order: Proposals and prospects » *Journal of Social Policy*, 23, 71-80; MONCRIEFF, J. & SMYTH, A. (1999) « Community treatment order – A bridge too far » *Psychiatric Bulletin*, 23, 644; STROUP, T. S. *et al* for the CATIE Investigators (2006) « Effectiveness of olanzapine, quetiapine, risperidone and ziprasidone in patients with chronic schizophrenia following discontinuation of a previous atypical antipsychotic » *American Journal of Psychiatry*, 163, 611-622.

²⁴⁰⁷ WEIDEN, P. J. & GLAZER, W. (1997) « Assessment and treatment selection for 'revolving door' inpatients with schizophrenia » *Psychiatric Quarterly*, 68, 377-392.

²⁴⁰⁸ FENNELL, P. (2010) « Institutionalising the community: The codification of clinical authority and the limits of rights-based approaches » In B. McSherry, & P. Weller (Eds.) *Rethinking rights-based mental health laws* (pp. 13-50). Oxford and Portland, Oregon: Hart Publishing.

²⁴⁰⁹ DUNN, M., MAUGHAN, D., HOPE, T., CANVIN, K., RUGKASA, J., SINCLAIR, J. *et al.* (2012) « Threats and offers in community mental health care » *Journal of Medical Ethics*, 38(4), 204-209.

²⁴¹⁰ DAWSON, J. (2006) « Fault-lines in community treatment order legislation » *International Journal of Law and Psychiatry*, 29(6), 482-494.

²⁴¹¹ *Ibid*, p. 489.

bafoué par l'irruption des soignants dans son domicile.²⁴¹² Ensuite, le patient est traité comme un délinquant sur lequel l'usage de la force est légitime lorsqu'il refuse les soins. La souffrance morale et les violences physiques dont il peut être victime sont complètement ignorées. En outre, quelles circonstances peuvent rendre 'légitime' l'intervention des forces de l'ordre ? Le simple fait de se débattre dans un refus obstiné de prendre les psychotropes suffirait dans cette hypothèse. **Il est inacceptable que les forces de l'ordre soient autorisées à forcer les malades à prendre leur traitement.**

D'autre part, il est difficile d'évaluer à quel point la contrainte exercée sur le patient à travers les soins ambulatoires est insupportable : aucune étude n'a été menée sur le sujet.²⁴¹³ Le patient ressentirait des sentiments contradictoires au sujet de ces soins. Dans le meilleur des cas, il comprend l'importance des soins et l'opportunité qui lui est accordée afin de rester inséré dans la société. Les soins peuvent alors être une réussite si le patient répond au traitement et stabilise ses troubles mentaux sur la durée. Cette hypothèse pourtant ne peut être généralisée à l'ensemble des patients²⁴¹⁴.

A ce sujet, plusieurs critères peuvent être utilisés afin de mesurer l'efficacité des soins ambulatoires²⁴¹⁵ :

- L'amélioration de la qualité de vie du patient et sa capacité à vivre en société
- L'amoindrissement de ses troubles permettant au patient de « vivre avec »²⁴¹⁶
- Le respect du traitement prescrit
- La réduction voire la disparition des violences commises par le patient sur autrui ou lui-même²⁴¹⁷
- La réduction voire l'absence de consommation d'alcool ou de stupéfiants chez le patient

²⁴¹² *Ibid.*

²⁴¹³ GELLER, J. L. (1991) « A tincture of coercion in outpatient treatment? » *Hospital and Community Psychiatry*, 42(10), 1068-1070.

²⁴¹⁴ DAWNSON, J., ROMANS, S., GIBBS, A. & RATTER, N. (2003) « Ambivalence about community treatment orders » *International Journal of Law and Psychiatry*, 26(3), 243-255; MCKENNA, B. G., SIMPSON, A. I. F. & COVERDALE, J. H. (2006) « Outpatient commitment and coercion in New Zealand: A matched comparison study » *International Journal of Law and Psychiatry*, 29, 145-158.

²⁴¹⁵ JUDGE, J., HARTY, M. A. & FAHY, T. (2004) « Survey of community forensic psychiatry services in England and Wales » *Journal of Forensic Psychiatry*, 15, 244-253.

²⁴¹⁶ LIEBERMAN, J. A., STROUP, T. S., MCEVOY, J. P., SWARTZ, M. S., ROSENHECK, R. A., PERKINS, D. O., HSIAO, J. K. (2005) « Clinical antipsychotic trials of intervention effectiveness (CATIE) investigators. Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia » *New England Journal of Medicine*, 353, 1209-1223.

²⁴¹⁷ KRAKOWSKI M., VOLAVKA J. & BRIZER D., (1986) « Psychopathology and violence: a review of the literature » *Comprehensive Psychiatry* 27(2): 131-48.

atteint de comorbidité

- La meilleure prévision du risque de 'rechute' du patient²⁴¹⁸
- La baisse du sentiment de contrainte subi par le patient²⁴¹⁹
- Le taux de réadmission psychiatrique et la durée du séjour hospitalier

Toutefois, il faut rappeler que le risque de rechutes est très fréquent en psychiatrie.²⁴²⁰ Rares sont les patients y échappant, même s'ils bénéficient de soins ambulatoires.²⁴²¹ L'hospitalisation psychiatrique reste indispensable lorsque le patient perd pied avec la réalité et se trouve submergé par ses troubles mentaux²⁴²².

Dans ces circonstances, la responsabilité du psychiatre n'ayant pas ordonné à temps la ré-hospitalisation du patient dont l'état de santé mental se dégrade peut-elle être engagée ? Il convient aussi de se demander sur quel terrain cette responsabilité pourrait être engagée (civile, pénale, déontologique). Il s'agit de la situation où le patient commet un acte dommageable (dégradation de biens, agression sexuelle, violences volontaires) infligeant à la victime un préjudice : moral, physique, sexuel, etc. Le patient peut d'ailleurs subir lui-même un préjudice s'il commet des actes d'automutilation ou une tentative de suicide. A notre connaissance, aucun litige n'a donné lieu à une jurisprudence.

Ces atteintes aux libertés individuelles du malade ont conduit plusieurs psychiatres à ne mettre en place les soins ambulatoires que si le patient y consent expressément. La contrainte exercée doit être la moins intrusive possible dans la vie privée du patient.²⁴²³ Selon une étude²⁴²⁴, deux conditions doivent être mises en œuvre afin de favoriser l'efficacité de ces soins chez le patient schizophrène :

²⁴¹⁸ SWANSON, J., VAN DORN, R. A., SWARTZ, M. S., ROBBINS, P. C., STEADMAN, H. J., MCGUIRE, T. G. & MONAHAN, J. (2013) « The cost of assisted outpatient treatment: Can it save States money? » *American Journal of Psychiatry*, 170, 1423-1432.

²⁴¹⁹ FELD, D. & DARROW, K. L. (2013) « IOC in New York State: At what price refusal? » : <http://www.narpa.org> (consulté le 28 décembre 2016), *np*.

²⁴²⁰ RITTMANNBERGER, H., PACHINGER, T., KEPPELMULLER, P. & WANCATA, J. (2004) « Medication adherence among psychotic patients before admission to inpatient treatment » *Psychiatric Services*, 55, 174-179; VAUGHAN G. & JOHN DONE D. (2000) « Recent research relevant to discharge planning from medium secure psychiatric units: re-examining the literature » *The Journal of Forensic Psychiatry*, Vol. 11, No. 2 September 2000, 372-389.

²⁴²¹ BURNS T. (2001) « To outreach or not to outreach » *The Journal of Forensic Psychiatry*, Vol 12 No 1 Avril 2001, 13-17.

²⁴²² RUSSELL, B. J. (2011) « How research ethics' protections can contribute to public policy: The case of community treatment orders » *International Journal of Law and Psychiatry*, 34, 349-353.

²⁴²³ *Ibid*, p. 350.

²⁴²⁴ SWARTZ, M. S., BURNS, B. J. HIDAY, V. A., GEORGE, L. K. SWANSON, J. W. & WAGNER H. R. (1995) « New directions in research of involuntary outpatient commitment » *Psychiatric Services*, 46, 381-385.

- La durée des soins doit être significative (au moins 180 jours de traitement)
- Le traitement doit être adapté aux troubles du patient²⁴²⁵.
- Le patient ne doit pas présenter de danger pour autrui ou lui-même
- Il doit suivre rigoureusement son traitement²⁴²⁶

Néanmoins, il faut ici déplorer l'absence de thérapies de groupe : les soins ambulatoires se limiteraient uniquement à la prescription de psychotropes comme en milieu hospitalier²⁴²⁷.

D'autres pistes ont été proposées par les psychiatres afin d'améliorer le suivi du traitement chez le patient bénéficiant de soins ambulatoires : les soins ambulatoires volontaires et la thérapie d'adhérence. Cependant, aucune de ces méthodes n'a permis d'assurer sensiblement un meilleur respect du traitement.

- Les propositions en vue d'un meilleur suivi du traitement : les soins ambulatoires volontaires, les sorties à l'essai et la thérapie d'adhérence

Le droit américain dans l'Etat du Massachussets donne au patient psychiatrique la possibilité d'accepter ou de refuser les soins ambulatoires s'il dispose d'une capacité légale suffisante.²⁴²⁸ Les juges du *mental health court* apprécient souverainement cette capacité au regard de la gravité de ses troubles psychiatriques, de ses valeurs morales et de ses croyances religieuses.²⁴²⁹ De même, le malade doit pouvoir exprimer son refus de soins et sa souffrance due aux effets indésirables du traitement²⁴³⁰ de manière claire et intelligible²⁴³¹. Cette possibilité de soins doit être saluée chez le législateur américain mais il est difficile de savoir avec certitude si les juges respecteront la volonté du malade : un malade dépressif est-il plus apte à refuser le traitement

²⁴²⁵ JUDGE J., HARTY M. A. & FAHY T. (2003) « Survey of community forensic psychiatry services in England and Wales » *The Journal of Forensic Psychiatry*, Vol 15, No 2 June 2004, 244-253.

²⁴²⁶ APPELBAUM, P. S. (1986) « Outpatient commitment: the problems and the promise » *American Journal of Psychiatry* 158: 792-793.

²⁴²⁷ SWARTZ, M. S., BURNS, B. J. HIDAY, V. A., GEORGE, L. K. SWANSON, J. W. & WAGNER H. R. (1995), *op. cit.*, p. 384.

²⁴²⁸ GELLER, J. L., FISHER, W. H., GRUDZINSKAS JR, A. J., CLAYFIELD, J. C. & LAWLOR, T. (2006) « Involuntary outpatient treatment as 'deinstitutionalized coercion': The net-widening concerns » *International Journal of Law and Psychiatry*, 29, 551-562.

²⁴²⁹ Guardianship of Weedon (1991) 409 Mass. 196 in GELLER, J. L., FISHER, W. H., GRUDZINSKAS JR, A. J., CLAYFIELD, J. C. & LAWLOR, T., *op. cit.*, p. 557.

²⁴³⁰ SWARTZ, M. S., SWANSON, J. W. & HANNON, M. J. (2003) « Does fear of coercion keep people away from mental health treatment? Evidence from a survey of persons with schizophrenia and mental health professionals » *Behavioural Sciences and the Law*, 21(4), 459-472.

²⁴³¹ APPELBAUM, P. S. & REDLICH, A. (2006) « Impact of decisional capacity on the use of leverage to encourage treatment adherence » *Community Mental Health Journal*, 42, 121-130; WALES, H. W. & HIDAY, V. A. (2006) « PLC or TLC: Is outpatient commitment the/an answer? » *International Journal of Law and Psychiatry*, 29, 451-468.

qu'un patient schizophrène ou est-ce l'inverse ?

Toutefois, comparer le comportement du patient à celui « d'une personne raisonnable, placée dans les mêmes conditions » pose problème. En effet, chaque patient est unique. Il présente des troubles psychiatriques, des antécédents familiaux ou judiciaires. Ensuite, affirmer qu'une 'personne raisonnable' aurait pris une décision similaire est un concept trop vague qui d'ailleurs n'est pas défini par le législateur. Son appréciation subjective par les juges et les psychiatres risque de porter préjudice à la requête du patient. Dans l'inconscient collectif, le malade ne peut être 'raisonnable' puisque ses troubles psychiatriques altèrent sa capacité de discernement. Une personne dite raisonnable ne peut prendre la même décision que le patient suivant cette logique.

En dépit de tous les moyens coercitifs mis en œuvre et de l'efficacité des psychotropes²⁴³², le suivi du traitement en psychiatrie est le plus faible parmi toutes les spécialités médicales²⁴³³ que le patient soit hospitalisé ou non.²⁴³⁴ Le taux de non-suivi du traitement peut varier entre 50²⁴³⁵ et 75% en psychiatrie hospitalière.²⁴³⁶ Le psychiatre peut alors choisir de modifier sa prescription ou d'augmenter la posologie du traitement²⁴³⁷, exposant le patient à souffrir encore davantage des effets secondaires des psychotropes.²⁴³⁸

Les facteurs faisant obstacle au bon suivi du traitement chez le patient psychiatrique sont

²⁴³² GRAY, R., WYKES, T. & GOURNAY, K. (2002) « From compliance to concordance: A review of the literature on interventions to enhance compliance with antipsychotic medication » *Journal of Psychiatry & Mental Health Nursing*, 9, 277-284; SAMALIN, L., BLANC, O. & LLORCA, P. M. (2010) « Optimizing treatment of schizophrenia to minimize relapse » *Expert Review of Neurotherapeutics*, 10, 147-150; Rogers v Commissioner (1983) Mass. 489 in GELLER, J. L., FISHER, W. H., GRUDZINSKAS JR, A. J., CLAYFIELD, J. C. & LAWLOR, T., *op. cit.*, p. 557; Guardianship of John Roe (1992) 411 Mass. 666 in GELLER, J. L., FISHER, W. H., GRUDZINSKAS JR, A. J., CLAYFIELD, J. C. & LAWLOR, T., *op. cit.*, p. 556.

²⁴³³ VELLIGAN, D. I., WEIDEN, P. J., SAJATOVIC, M., SCOTT, J., CARPENTER, D., ROSS, R. & DOCHERTY, J. P. (2009) « The expert consensus guideline series: Adherence problems in patients with serious and persistent mental illness » *Journal of Clinical Psychiatry*, 70 (suppl. 4), 1-46.

²⁴³⁴ NOSE, M., BARBUI, C., GRAY, R. & TANSELLA, M. (2003) « Clinical interventions for treatment non-adherence in psychosis: Meta-analysis » *British Journal of Psychiatry*, 183, 197-206.

²⁴³⁵ *Ibid*, p. 200.

²⁴³⁶ NOVICK, D., HARO, J. M., SUAREZ, D., PEREZ, V., DITTMANN, R. W. & HADDAD, P. M. (2010) « Predictors and clinical consequences of non-adherence with antipsychotic medication in the outpatient treatment of schizophrenia » *Psychiatry Research*, 176, 109-113; MASAND, P. & NARASIMHAN, M. (2006) « Improving adherence to antipsychotic pharmacotherapy » *Current Clinical Pharmacotherapy*, 1, 21-28.

²⁴³⁷ BOSWORTH, H. B., GRANGER, B. B., MENDYS, P., BRINDIS, R., BURKHOLDER, R., CZAJKOWSKI, M. ... & GRANDER, C. B. (2011) « Medication adherence: A call for action » *American Heart Journal*, 162(3), 412-424.

²⁴³⁸ ROEBUCK, M. C., LIBEMAN, J., GEMMILL-TOYAMA, J. & BRENNAN, T. (2011) « Medication adherence leads to lower health care use and despite increased drug spending » *Health Affairs*, 30(1), 91-99.

nombreux²⁴³⁹ :

- *Les facteurs liés aux troubles psychiatriques* : gravité de leurs symptômes
- *Les facteurs liés au traitement* comportant le mode d'administration du traitement, son efficacité, ses effets indésirables et le manque de réévaluation de l'efficacité du traitement chez le soignant
- *Les facteurs liés aux soignants* : attitude paternaliste et autoritaire des soignants, manque de communication avec le patient
- *Les facteurs liés au patient* : âge, genre, croyances religieuses, mœurs, perception de la gravité des troubles psychiatriques
- *Les facteurs environnementaux*, c'est-à-dire la pression exercée par les proches du patient (perceptions négatives du traitement administré, méfiance envers le personnel soignant, et les structures hospitalières, etc.)
- *Les facteurs culturels*, tels que l'origine ethnique du patient.

Dans cette hypothèse, la **thérapie d'adhérence** peut être proposée au patient.²⁴⁴⁰ Il s'agit d'une thérapie ayant pour objectif de lui faire comprendre l'importance du suivi du traitement. Elle met l'accent sur les choix personnels du patient afin de le responsabiliser au sujet de sa prescription et l'aider à se fixer des objectifs.²⁴⁴¹

Cette thérapie se divise en trois phases²⁴⁴² :

- Aborder les antécédents psychiatriques et somatiques du patient en mettant en exergue l'impact positif des traitements prescrits
- Expliquer l'enjeu thérapeutique du traitement et les risques auxquels le patient s'expose s'il refuse de le respecter (aggravation des troubles mentaux)
- Aborder la prévention des symptômes sur le long terme et le développement de

²⁴³⁹ GRAY, R., BRESSINGTON, D., LATHLEAN, J. & MILLS, A. (2008) « Relationship between adherence, symptoms, treatment attitudes, satisfaction and side effects in prisoners taking antipsychotic medication » *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 19, 335-351; PERKINS, D. O., JOHNSON, J. L., HAMER, R. M., ZIPURSKY, R. B., KEEFE, R. S., CENTORRHINO, F. & LIEBERMAN, J. A. (2006) « Predictors of antipsychotic medication adherence in patients recovering from a first psychotic episode » *Schizophrenia Research*, 83, 53-63.

²⁴⁴⁰ GRAY, R., WYKES, T. & GOURNAY, K. (2002) « From compliance to concordance: A review of the literature on interventions to enhance compliance with antipsychotic medication » *Journal of Psychiatry & Mental Health Nursing*, 9, 277-284.

²⁴⁴¹ GRAY, R., DAVID, A. & THE QUATRO RESEARCH GROUP (2003), *Adherence therapy manual: Version IV*. Unpublished manuscript.

²⁴⁴² CAVEZZA, C., AURRORA, M. & OGLOFF J. R. P. (2013) « The effects of an adherence therapy approach in a secure forensic hospital: a randomised controlled trial » *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, Vol. 24, No. 4, 458-478.

stratégies afin d'éviter les rechutes.

Tout l'intérêt de cette thérapie est d'inciter le patient à « s'engager », c'est-à-dire « à s'impliquer activement dans la dispensation du traitement ».²⁴⁴³ De même, elle ne se concentre pas sur des objectifs quantifiables mais sur les moyens mis en œuvre par le patient afin de respecter le traitement.²⁴⁴⁴ Bien que cette initiative doit être saluée, elle ne semble pas avoir permis d'améliorer sensiblement le suivi du traitement.²⁴⁴⁵ Du moins, les patients seraient davantage sensibilisés à l'importance des soins.²⁴⁴⁶

La thérapie débute souvent par l'organisation d'entretiens individuels entre le thérapeute et le patient (« entretiens motivationnels »)²⁴⁴⁷ afin d'évaluer la motivation du patient.²⁴⁴⁸ Décrit pour la première fois en 1983, il est d'abord mis en œuvre sur des patients dépendants à l'alcool par le psychologue américain William Miller. Selon lui, le succès d'une thérapie ne peut se fonder exclusivement sur la motivation : l'accent est mis sur l'ambiance empathique de l'entretien, centrée sur les besoins du patient.²⁴⁴⁹ Plus ce dernier se montre déterminé à suivre le traitement, plus la thérapie d'adhérence est susceptible de réussir.²⁴⁵⁰ Cette préparation pré-thérapeutique vise à fixer les objectifs du patient ainsi que les méthodes qui l'aideront à les atteindre.²⁴⁵¹ Il revient ensuite au patient avec l'aide des soignants d'atteindre les objectifs

²⁴⁴³ TETLEY, A. C., JINKS, M., HUBAND, N. & HOWELLS, K. (2011) « Barriers to and facilitators of treatment engagement for clients with personality disorder: A Delphi survey » *Personality and Mental Health*, 6, 97-110.

²⁴⁴⁴ DRIESCHNER, K.H., LAMMERS, S. M. M. & VAN DER STAAK, C. P. F. (2004) « Treatment motivation: An attempt for clarification of an ambiguous concept » *Clinical Psychology Review*, 23, 1115-1137.

²⁴⁴⁵ ANDERSON, K. H., FORD, S., ROBSON, D., CASSIS, J., RODRIGUES, C. & GRAY, R. (2010) « An exploratory, randomized controlled trial of adherence therapy for people with schizophrenia » *International Journal of Mental Health Nursing*, 19, 340-349.

²⁴⁴⁶ GRAY, R., DAVID, A. & THE QUATRO RESEARCH GROUP (2003), *op. cit.*, np.

²⁴⁴⁷ MCMURRAN, M., COX, W. M., WHITHAM, D. & HEDGES, L. (2013) « The addition of a goal-based motivational interview to treatment as usual to reduce dropouts in a personality disorder treatment service: Results of a feasibility study for a randomized controlled trial » *Trials*, 14, 50.

²⁴⁴⁸ HEATHER, N. (2005) « Motivational interviewing: is it all our clients need? » *Addiction Research & Theory*, 13(1), 1-18; BAIRAN, A., BOERI, M. & MORIAN, J. (2012) « Methamphetamine use among suburban women: Implications for nurse practitioners » *Journal of American Association of Nurse Practitioners*, 26, 620-628.

²⁴⁴⁹ MILLER, W. (1983) « Motivational interviewing with problem drinkers » *British Journal of Behavioural Psychotherapy*, 11: 174-172 in FORTINI, C. & DAEPPEN, J-B. (2011) « L'entretien motivationnel : Développements récents » *Médecine & Hygiène*, 2011/3, pp. 159-165.

²⁴⁵⁰ MCMURRAN, M. & JINKS, M. (2012) « Making your emotions work for you: A pilot brief intervention for alexithymia with personality disordered offenders » *Personality and Mental Health*, 6, 45-49.

²⁴⁵¹ GRAY, R., WYKES, T. & GOURNAY, K. (2002), *op. cit.*; CLARKE, M., FARDOULY, P. & MCMURRAN, M. (2013) « A survey of how clinicians in forensic personality disorder services engage their service users in treatment » *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, Vol. 24, No. 6, 772-787; MILLER, W. & ROLLNICK, S. (1991) *Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behaviour*. New York: The Guilford Press.

fixés. En vertu des premiers résultats positifs de l'entretien motivationnel, cette méthode a été étendue à d'autres domaines : alimentation, hypertension, diabète, addiction aux jeux de hasard, consommation de stupéfiants, lutte contre le tabagisme, etc.²⁴⁵² Les psychiatres défendent ce projet même s'il n'est pas souvent couronné de succès.²⁴⁵³ La thérapie d'adhérence aurait par exemple permis à des personnes souffrant de troubles psychiatriques et condamnées pénalement de mieux suivre leur traitement, entraînant une baisse du nombre de faits de violence commis. Cependant, ces résultats ne s'appliqueraient qu'aux patients ayant été longtemps hospitalisés et présentant que des troubles modérés.²⁴⁵⁴ De même, le comportement des thérapeutes diffère considérablement au cours de la thérapie malgré une formation et une supervision similaires.²⁴⁵⁵

Malgré la grande diversité des entretiens motivationnels existants, plusieurs conditions doivent être observées afin que la thérapie soit effective :

- L'empathie du thérapeute permettant au patient d'explorer le changement en sécurité, il doit s'agir d'une collaboration où le thérapeute travaille en partenariat avec le patient sans se placer dans une position autoritaire ou d'expert.
- Amener le patient à verbaliser les arguments en faveur du changement qui favorise les changements de comportement
- Conduire le patient à trouver en lui les ressources permettant d'adopter un comportement différent, et non lui apprendre certaines techniques ou compétences
- Soutenir l'autonomie du patient autant que possible sans tenter de le contrôler dans ses choix : le thérapeute fournit alors les informations demandées par le patient sans les lui imposer²⁴⁵⁶

Concernant le suivi du patient psychiatrique, il est difficile d'affirmer à quel moment il est raisonnable pour le psychiatre de mettre fin aux soins ambulatoires²⁴⁵⁷. La diminution

²⁴⁵² HETTEMA, J., STEELE, J. & MILLER, W. R. (2005) « Motivational interviewing » *Annual Review of Clinical Psychology*, 1: 91-111.

²⁴⁵³ ELBOGEN, E. B., SARAH, M., VAN DORN, R., SWANSON, J. W. & SWARTZ, M. S. (2007) « The impact of perceived need for treatment on risk of arrest and violence among people with severe mental illness » *Criminal Justice and Behaviour*, 34, 197-210.

²⁴⁵⁴ CAVEZZA, C., AURRORA, M. & OGLOFF J. R. P. (2013), *op. cit.*, p. 463.

²⁴⁵⁵ CARROLL, K. M., BALL, S. A., NICH, C., MARTINO, S. ... (2006) « Motivational interviewing to improve treatment engagement and outcome in individuals seeking treatment for substance abuse: A multisite effectiveness study » *Drug and Alcohol Dependence*, 81: 43-56.

²⁴⁵⁶ FORTINI, C. & DAEPPEN, J-B. (2011), *op. cit.*, p. 163.

²⁴⁵⁷ MULLEN, R., DAWSON, J. & GIBBS, A. (2006) « Dilemmas for clinicians in use of Community Treatment

significative des troubles psychiatriques semble un objectif souhaitable mais difficilement atteignable en raison des rechutes fréquentes. En effet, la majorité des troubles psychiatriques affecte le patient à vie.²⁴⁵⁸ Les soins ambulatoires constituent une solution pertinente malgré leur aspect contraignant.

D'autres solutions thérapeutiques non-médicamenteuses existent. Leur efficacité est-elle réelle sur les troubles mentaux ? Peuvent-ils à terme remplacer les psychotropes afin de garantir un traitement psychiatrique innovant et plus sûr en termes d'effets secondaires (3).

3) Les thérapies, soins alternatifs à l'efficacité discutable

Il existe un certain nombre de thérapies se fondant sur une approche non-médicamenteuse des troubles mentaux : les thérapies, la stimulation cérébrale profonde, l'art-thérapie, le mouvement de psychologie positive et la relaxation musculaire.

Il convient d'appréhender en premier lieu les TCC ou thérapies cognitives et comportementales. Ces thérapies peuvent prendre plusieurs formes mais poursuivent le même objectif de prise en charge des troubles mentaux.²⁴⁵⁹ Elles permettent d'appréhender les troubles psychiatriques dans une approche de soins moins traumatisante et dénuée d'effets secondaires.²⁴⁶⁰ Toutefois, elles ne peuvent soigner à elles seules les troubles psychiatriques notamment en raison de leur complexité.

- Les thérapies cognitives et comportementales : des solutions thérapeutiques peu efficaces

Les thérapies cognitives et comportementales (TCC) ont été créées dans le but de traiter les troubles mentaux par la voie non-médicamenteuse. Elles peuvent s'appliquer par exemple aux

Orders » *International Journal of Law and Psychiatry*, 29, 535-550.

²⁴⁵⁸ THORNTON, J. & WAHL, O. (1996) « Impact of a newspaper article on attitudes toward mental illness » *Journal of Community Psychology*, 24, 17-25.

²⁴⁵⁹ Site Internet de l'AFTCC, Association française de thérapie comportementale et cognitive, sur la définition des thérapies comportementales et cognitives : <http://www.aftcc.org/les-therapies-comportementales-et-cognitives> (consulté le 17 octobre 2016), *np*.

²⁴⁶⁰ Entretien avec le Dr. Giroux, psychiatre en cabinet libéral le 28 juin 2017 ; BASAGLIA, F. (1977) « La liberté communautaire comme alternative à la régression institutionnelle » in *Qu'est-ce que la psychiatrie ?* éditions Presses Universitaires de France, collection Perspectives Critiques, p. 134.

troubles sexuels tels que la pédophilie²⁴⁶¹ chez le sujet condamné pénalement pour une infraction pénale à caractère sexuel. En effet, l’incarcération ne permet ni de prendre en charge médicalement les troubles sexuels ni de réduire le risque de récidive.²⁴⁶² Mises au banc d’essai, les TCC ont permis de réhabiliter l’individu plus efficacement en raison de leur dimension compréhensive et non-culpabilisatrice.²⁴⁶³ Cette méthode n’est pas sans rappeler l’impact bénéfique de la jurisprudence thérapeutique appliquée dans les *mental health courts* anglo-saxons, consistant à réprimer les actes et non l’individu.

Chaque TCC s’adapte au parcours psychiatrique et judiciaire de l’individu, à ses facultés intellectuelles,²⁴⁶⁴ ses difficultés à raisonner et à s’exprimer correctement, etc. Elle répond à une casuistique permettant de soigner les troubles psychiatriques au plus près des besoins de santé du patient.²⁴⁶⁵ Dans le cas du sujet souffrant de troubles sexuels, la gravité des troubles mentaux et de l’infraction reprochée, les caractéristiques de la victime ou des victimes sont étudiés avant de décider du contenu de la thérapie²⁴⁶⁶. La question de la durée idéale d’une thérapie demeure ouverte : suffit-il d’une thérapie intensive mais courte²⁴⁶⁷ ou au contraire d’une thérapie longue de deux ans au minimum par exemple²⁴⁶⁸ ?

En premier lieu, le succès d’une thérapie est tributaire de la qualité de l’environnement dans

²⁴⁶¹ BLANCHARD R., LYKINS, A. D., WHERRETT, D., KUBAN, M. E., CANTOR, J. M., BLAK, T. & KLASSEN, P. E. (2009) « Paedophilia, hebephilia and the DSM-V » *Archives of Sexual Behaviour*, 38(3), 335-350; HICKEY, E. (Ed.) (2003) *Encyclopaedia of murder and violent crime*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc, p. 647.

²⁴⁶² MARSHALL, W. L., ANDERSON, D. & FERNANDEZ, Y. (1999) *Cognitive behavioural treatment of sexual offenders*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, p. 164.

²⁴⁶³ BEECH, A. R. & FISHER, D. D. (2002) « The rehabilitation of child sex offenders » *Australian Psychologist* 37, 206-214; HANSON, R. K., GORDON, A., HARRIS, A. J. R., MARQUES, J. K., MURPHY, W. D., QUINSEY, V. L. *et al.* (2002) « First report of the collaborative outcome data project on the effectiveness of psychological treatment for sex offenders » *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment* 14: 167-192.

²⁴⁶⁴ ANDREWS, D. A. & BONTA, J. (1998) *The Psychology of Criminal Conduct*, 2ND edn. Cincinnati, OH: Anderson, p. 249.

²⁴⁶⁵ ANDREWS, D. A. (1996) « Criminal recidivism is predictable and can be influenced : an update » *Forum on Corrections Research*, 8 : http://www.csc-scc.gc.ca/text/pblct/form/e083/e083ind_e.shtml (consulté le 21 décembre 2017), *np*.

²⁴⁶⁶ ANDREWS, D. A., BONTA, J. L. & HOGE, R. D. (1990) « Classification for effective rehabilitation: Rediscovering psychology » *Criminal Justice and Behaviour*, 17, 19-52.

²⁴⁶⁷ KEELING J. A., ROSE J. L. & BEECH A. R. (2006) « An investigation into the effectiveness of a custody-based cognitive-behavioural treatment for special needs sexual offenders » *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology* September 2006; 17(3): 372-392.

²⁴⁶⁸ LINDSAY, W. R. & SMITH, A. H. W. (1998) « Responses to treatment for sex offenders with intellectual disability; A comparison of men with 1- and 2-year probation sentences » *Journal of Intellectual Disability Research* 42, 437-451; COPAS, J., O’BRIEN, M., ROBERTS, J. and WHITELEY, S. (1984), « Treatment outcome in personality disorder » *Personality and Individual Differences*, 5: 565-573.

lequel dans lequel le patient évolue.²⁴⁶⁹ Le milieu carcéral est clairement inapproprié : source de stress et d'angoisses, il expose le patient à de nombreuses violences mettant sa vie en danger²⁴⁷⁰.

A ce titre, deux environnements de soins sont suggérés afin de favoriser les chances de succès d'une TCC :

- Si le sujet demeure réinséré dans la société, il peut résider dans son propre domicile, chez un proche ou encore dans un foyer spécialisé
- Si le sujet n'est pas suffisamment autonome ou trop dangereux pour lui-même ou autrui, il sera hospitalisé.

Il faut rappeler que l'hôpital psychiatrique n'est pas un environnement propice aux soins en raison des contraintes nombreuses exercées sur le malade : traitement médicamenteux, rigidité du règlement intérieur, impossibilité de posséder des effets personnels voire de porter ses propres vêtements, interdiction des rapports sexuels et mesures de contrainte *stricto sensu* (physique, géographique, chimique).²⁴⁷¹

Les TCC répondent au modèle du *Stepped Care*, « des soins pas à pas », pertinentes notamment lorsque les troubles du patient sont modérés.²⁴⁷² Il n'est pourtant pas rare que le patient abandonne la thérapie, persuadé de l'inefficacité des soins, il refuse de se rendre aux consultations régulières avec les thérapeutes et les soignants. Il est alors plus difficile de savoir si la thérapie menée jusqu'à son terme aurait été efficace ou non.²⁴⁷³

De même, il est important que le patient puisse tisser des liens de confiance avec les professionnels de santé et les autres malades.²⁴⁷⁴ Les soignants ne doivent pas adopter d'attitude paternaliste, être trop autoritaires ou au contraire trop conciliants. Un thérapeute trop

²⁴⁶⁹ KEELING J. A., ROSE J. L. & BEECH A. R. (2006), *op. cit.*, p. 384.

²⁴⁷⁰ GROTH, N. (1983) « Treatment of the sexual offender in a correctional institution » in: J. G. Greer & I. R. Stuart (Eds.), *The Sexual Aggressor: Current Perspectives on treatment*. New York, NY: Van Nostrand Reinhold.

²⁴⁷¹ LINDSAY, M. (1999) « Dilemmas and potential work with sexually abusive young people in residential settings » in M. C. Calder (Ed.) *Working with young people who sexually abuse: New pieces of the jigsaw puzzle*. Dorset, UK: Russell House Publishing, p. 324.

²⁴⁷² STERICKER, S. & SHAW, A. (2007) *Treating common mental health problems through stepped care: Themed learning from a review of test sites in the North East. Yorkshire and Humber Region*. UK: CSIP, p. 152.

²⁴⁷³ WITT, P. H., GREENFIELD, D. P. & HISCOX, S. P. (2012) « Cognitive/behavioural approaches to the treatment of adult sex offenders » *Journal of Psychiatry & Law*, 36, 245-269.

²⁴⁷⁴ MEYER, W. J., MOLETT, M., RICHARDS, C. D., ARNOLD, L. & LATHAM, J. (2003) « Outpatient civil commitment in Texas for management and treatment of sexually violent predators: A preliminary report » *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 47, 396-406.

investi de sa mission risque de voir ses attentes déçues et risque de reporter sa frustration sur le patient.²⁴⁷⁵ Il doit également éviter de porter des jugements de valeur sur le patient²⁴⁷⁶ : un jugement moral stigmatise le patient, renforce sa peur de l'abandon et est susceptible d'aggraver ses troubles mentaux. Il peut se montrer méfiant envers les soignants et même refuser de poursuivre les soins²⁴⁷⁷.

Les soignants sont incités à communiquer entre eux sur les thérapies exercées et les patients pris en charge. Ils se libèrent d'un poids très lourd à porter en s'accordant le droit de s'exprimer et peuvent échanger sur la meilleure manière de conduire chaque thérapie.²⁴⁷⁸

Aux Etats-Unis, des associations de soignants et thérapeutes ont été créées dans cette optique : l'Association pour le traitement des personnes ayant commis des infractions sexuelles (*Association for the treatment of sexual abusers*), le Réseau des adolescents délinquants (*National adolescent perpetrator network*), etc.²⁴⁷⁹

D'autre part, les troubles de l'apprentissage et les déficiences intellectuelles du patient ne représenteraient pas un obstacle à la conduite des thérapies.²⁴⁸⁰ Seule l'implication du patient dans le suivi de sa thérapie est absolument requise²⁴⁸¹. Selon une étude, la mise en œuvre des TCC a par exemple été bénéfique chez les patients souffrant de troubles sexuels et déficiences intellectuelles²⁴⁸². Les thérapies leur ont permis de ne plus percevoir ces faits comme une fatalité ou l'assouvissement normal de leurs pulsions. Le patient perçoit la signification, la gravité de ses actes et les dommages causés à la victime et ses proches.²⁴⁸³ Il ne nie plus ni ne

²⁴⁷⁵ MARSHALL, W. L., ANDERSON, D. & FERNANDEZ, Y. (1999) *Cognitive behavioural treatment of sexual offenders*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, p. 251.

²⁴⁷⁶ *Ibid.*

²⁴⁷⁷ LAMPH, G. (2011) « Raising awareness of borderline personality disorder and self-injury » *Nursing Standard*, 26(5), 35-40.

²⁴⁷⁸ SCHNEIDER, J., BOSLEY, J. T., FERGUSON, G. & MAIN, M. (2006) « The challenges of sexual offense treatment programs in correctional facilities » *The Journal of Psychiatry & Law*, 34, 169-196.

²⁴⁷⁹ *Ibid*, p. 184.

²⁴⁸⁰ KEELING J. A., ROSE J. L. & BEECH A. R. (2006) « An investigation into the effectiveness of a custody-based cognitive-behavioural treatment for special needs sexual offenders » *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology* September 2006; 17(3): 372-392; O'CONNOR, W. (1996) « A problem-solving intervention for sex offenders with an intellectual disability » *Journal of Intellectual and Developmental Disability*. 21, 219-235.

²⁴⁸¹ YATES, K. F., KUNZ, M., KHAN, A., VOLAVKA, J. & RABINOWITZ, S. (2010) « Psychiatric patients with histories of aggression and crime five years after discharge from a cognitive-behavioural program » *The Journal of Psychiatry & Psychology*, Vol. 21, No. 2, April 2010, 167-188.

²⁴⁸² FRIEDMAN, S., FESTINGER, D. S., NEZU, C. M., MCGUFFIN, P. W. & NEZU, A. M. (1999) « Group therapy for mentally retarded sex offenders: A behavioural approach » *Behaviour Therapist* 22, 32-33.

²⁴⁸³ HANSON, R. K., GORDON, A., HARRIS, A. J. R., MARQUES, J. K., MURPHY, W. D., QUINSEY, V. L. *et al.* (2002) « First report of the collaborative outcome data project on the effectiveness of psychological treatment for sex offenders » *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment* 14: 167-192; STIRPE, T. S.,

tente plus de minimiser la gravité des faits qui lui sont reprochés. Au contraire, il s'efforce de contrôler ses pulsions lorsque celles-ci l'envahissent.²⁴⁸⁴

Suite à l'application des TCC chez les patients psychiatriques condamnés pénalement, leurs indications thérapeutiques ont été élargies aux troubles dépressifs par exemple. Il convient à ce titre de présenter la thérapie comportementale et dialectique qui se prête particulièrement bien à la prise en charge des troubles psychiatriques malgré des résultats mitigés.

La thérapie comportementale et dialectique permet d'apprendre à mieux gérer ses émotions négatives (colère, frustration, angoisse, stress).²⁴⁸⁵ Elle aide le patient à en prendre pleinement conscience afin de comprendre leur provenance. Il s'agit de faire face à ces émotions sans commettre d'actes d'automutilation permettant de 'soulager' le patient.²⁴⁸⁶ Il est important que le patient se sente soutenu et accompagné par le thérapeute qui devra faire preuve d'écoute et d'empathie.²⁴⁸⁷ La thérapie peut être individuelle ou collective et peut inclure des membres de sa famille.²⁴⁸⁸

Le patient est amené à signer un 'contrat' avec le thérapeute dans lequel il s'engage à limiter progressivement le nombre d'actes d'automutilation. Ce 'contrat' peut également être conclu dans le cadre d'une hospitalisation psychiatrique, engageant le patient à ne pas commettre ces actes durant son séjour hospitalier.²⁴⁸⁹

Cette thérapie aide le sujet à percevoir de la manière la plus rationnelle possible son désir

WILSON, R. J. & LONG, C. (2001) « Goal attainment scaling with sexual offenders: A measure of clinical impact at posttreatment and at community follow-up » *SAGE Journals*, vol. 13 (2), pp. 65-77.

²⁴⁸⁴ ROSE, J., JENKINS, R., O'CONNOR, C., JONES, C. & FELCE, D. (2002) « A group treatment for men with intellectual disabilities who sexually offend of abuse » *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 15, 138-150.

²⁴⁸⁵ LAYE-GINDHU, A. & SCHONERT-REICHI, K. (2005) « Nonsuicidal self-harm among community adolescents: Understanding the 'whats' and 'whys' of self-harm » *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 11, 284-291; BAKER, M., VAN HASSELT, V. & SELLERS, A. (2008) « Validation of the Novaco Anger Scale in an incarcerated population » *Criminal Justice & Behaviour*, 35, 741-754; OSBORNE, L. L. & MCCORMISH, J. F. (2006) « Borderline personality disorder nursing interventions using dialectical behavioural therapy » *Journal of Psychosocial Nursing*, 44(6), 40-47.

²⁴⁸⁶ GLENN, C. H. & DENISCO, S. (2006) « Self-mutilation in adolescents: Recognizing a silent epidemic » *American Journal for Nurse Practitioners*, 10(11), 63.

²⁴⁸⁷ LIDGREN, B. M., WILSTRAND, C., HILJE, F. & OLOFSSON, B. (2004) « Struggling for hopefulness: A qualitative study of Swedish women who self-harm » *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 11, 284-291.

²⁴⁸⁸ *Ibid*, p. 289.

²⁴⁸⁹ LINEHAN, M. M. (1993) *Cognitive Behavioural Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press, p. 348.

d'automutilation.²⁴⁹⁰ Le patient est amené à réfléchir aux raisons le poussant à agir de la sorte, et les solutions thérapeutiques existantes lui permettant de répondre à sa souffrance.²⁴⁹¹ Il est déconseillé d'exiger absolument du patient qu'il cesse tout acte d'automutilation même à l'issue de plusieurs années de thérapie car cette injonction serait contre-productive. L'échec risque d'être particulièrement mal vécu par le patient dont l'estime de soi est fragile. *A contrario*, il devrait être incité à espacer autant que possible les périodes entre chaque acte d'automutilation.²⁴⁹² De même, l'impulsivité souvent à l'origine de ces actes chez le malade psychiatrique est prise en charge dans le cadre des TCC²⁴⁹³.

La thérapie dialectique et comportementale se compose de trois méthodes de soins appelées stratégies thérapeutiques²⁴⁹⁴ :

- *La stratégie émotionnelle* consiste à inciter le patient à s'exprimer sur son mal-être et son besoin de recourir aux actes d'automutilation sans le juger.²⁴⁹⁵ A travers l'écriture, le théâtre ou toute autre forme d'art, le patient peut exprimer sa souffrance de manière productive et positive.²⁴⁹⁶
- *La stratégie sociale* implique le patient dans la réalisation d'activités afin de réduire voire de mettre un terme à ses actes d'automutilation.
- *La stratégie biologique* suppose d'aider le patient à trouver des moyens de créer naturellement des sensations de bien-être et de joie par la production d'endorphines.

Par exemple, la production d'endorphines à l'issue d'une séance de sport est similaire à celle libérée dans l'organisme après un acte d'automutilation.²⁴⁹⁷ Elle procure un égal sentiment de

²⁴⁹⁰ CROWE, M. & BUNCLARK, J. (2000) « Repeated self-injury and its management » *International Review of Psychiatry*, 12, 48-53.

²⁴⁹¹ IVANOFF, A., JANG, S. J., SMYTH, N. J. & LINEHAN, M. (1994) « Fewer reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: The brief reasons for living inventory » *Journal of Psychopathology and Behavioural Assessment*, 16(1), 1-13.

²⁴⁹² PAWLICKI, C. & GAUMER, C. (1993) « Nursing care of the self-mutilating patient » *Bulletin of the Menninger Clinic*, 57, 380-389.

²⁴⁹³ WALKER, J. S. & BRIGHT J. A. (2009a) « Cognitive therapy for violence; reaching the parts that anger management doesn't reach » *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, Vol. 20, No. 2, April 2009, 174-201.

²⁴⁹⁴ HICKS, K. M. & HINCK, S. M. (2009) « Best-practice intervention for care of clients who self-mutilate » *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 21(8), 430-436.

²⁴⁹⁵ HUBAND, N. & TANTAM, D. (2004) « Repeated self-wounding: Women's recollection of pathways to cutting and the value of different interventions » *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 77, 413-428.

²⁴⁹⁶ SHAW, S. N. (2006) « Certainty, revision and ambivalence: A qualitative investigation into women's journeys to stop self-injuring » *Women and Therapy*, 29, 153-175.

²⁴⁹⁷ HART, B. G. (2007) « Cutting: Unravelling the mystery behind the marks » *Journal of the American Association of Occupational Health Nurses*, 55(4), 161-166.

soulagement chez le patient à l'instar des techniques de relaxation libérant le patient de son stress²⁴⁹⁸.

L'implication du patient est indispensable qu'importe la stratégie adoptée²⁴⁹⁹ et la thérapie peut être accompagnée d'un traitement médicamenteux afin de réduire des symptômes²⁵⁰⁰ chez les patients schizophréniques ou bipolaires par exemple²⁵⁰¹. Cependant, les effets bénéfiques produits par ces thérapies n'apparaîtraient que sur le long terme²⁵⁰². D'autres auteurs au contraire réfutent l'efficacité des thérapies sur ces patients, incapables de rester lucides sur toute la durée de la thérapie²⁵⁰³.

Toute thérapie est composée de trois étapes²⁵⁰⁴ :

- D'abord, faire prendre conscience au patient de ses émotions négatives afin de les contrôler

Le patient est amené à contrôler son impulsivité par l'apprentissage de techniques permettant

²⁴⁹⁸ STARR, D. (2004) « Understanding those who self-mutilate » *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 42, 32-40; Hart, B. G. (2007), *ibid*.

²⁴⁹⁹ RUDD, M. D., MANDRUSIAK, M. & JOINER, T. E. (2006) « The case against no suicide contracts: The commitment to treatment statement as a practice alternative » *Journal of Clinical Psychology*, 62, 243-251.

²⁵⁰⁰ KRÖGER, U., VAN BEEK, D., VEN DER WOLF, P., KLEIN HANEVELD, E., VAN GEEST, H. & GEREARTS, R. (2014) *Treating psychopathy. A mission impossible? A treatment programme for psychopathic patients in the Van der Hoeven kliniek*. Utrecht, The Netherlands: De Forensische Zorgspecialisten, p. 455.

²⁵⁰¹ LINEHAN, M. M. (1993) *Cognitive Behavioural Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press; HAYES, S. C., MASUDA, A., BISSETT, R., LUOMA, J. & GUERRERO, L. F. (2004) « DBT, FAP and ACT: how empirically oriented are the new behaviour therapy technologies? » *Behaviour Therapy*, 35, 35-54; VERHEUL, R., VAN DEN BOSCH, L. M. C., KOETER, M. W. J., DE RIDDER, M. A. J., STIJNEN, T. & VAN DEN BRINK, W. (2003) « Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder » *British Journal of Psychiatry* 182, 135-140.

²⁵⁰² WIERSMA, D., JENNER, J. A., VAN DE WILLIGE, G., SPAKMAN, M. & NIENHUIS, F. J. (2001) « Cognitive behaviour therapy with coping training for persistent auditory hallucinations in schizophrenia: A naturalistic study of the durability of effects » *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103(5), 393-399; LOW, G., JONES, D., DUGGAN, C., MACLEOD, A. & POWER, M. (2001) « The treatment of deliberate self-harm in borderline personality disorder using dialectical behaviour therapy: a pilot study in a high security hospital » *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 29, 85-92; TARRIER, N., WITKOWSKI, A., KINNEY, C., MACCARTHY, E., MORRIS, J. & HUMPHREYS, L. (1999) « Durability of the effects of cognitive-behavioural therapy in the treatment of chronic schizophrenia: 12-month follow-up » *British Journal of Psychiatry*, 174: 500-504.

²⁵⁰³ FENTON, W. S. & MCGLASHAN, T. H. (2000) « Schizophrenia: Individual psychotherapy » In B. J. Sadock & V. A. Sadock (eds.) *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 7th ed. Philadelphia: Lippencott, Williams & Wilkins, pp. 1217-1231; MALMBERG, L. & FENTON, M. (2002) « Individual psychodynamic psychotherapy and psychoanalysis for schizophrenia and severe mental illness (Cochrane Review) » In: The Cochrane Library, Oxford: Update Software; GARRIDO, V., ESTEBAN, C., and MOLERO, C., (1996) « The effectiveness in the treatment of psychopathy: a meta-analysis » in Cooke D. J., Forth A. E., Newman, J., and Hare, R. D. (eds) *International Perspectives on Psychopathy*. Issues in Criminological and Legal Psychology, no. 24. Leicester: British Psychological Society.

²⁵⁰⁴ WALKER, J. S. & BRIGHT, J. A. (2009a), *op. cit.*, p. 178.

de réguler son comportement²⁵⁰⁵ par des méthodes de relaxation par exemple²⁵⁰⁶. Il s'agit d'éviter que la seule réponse du sujet à l'émotion négative soit la frustration et la colère souvent suivie d'actes violents.²⁵⁰⁷ Chez le sujet atteint de troubles alimentaires, le rôle du thérapeute aidé du psychiatre sera de rechercher en quoi le comportement anorexique et / ou boulimique constitue un soulagement pour le sujet.²⁵⁰⁸ L'impulsivité peut le conduire à une crise de boulimie ou un refus obstiné de se nourrir afin « d'oublier » la souffrance subie souvent à l'occasion d'un événement traumatique.²⁵⁰⁹

De même, la TCC a pour objectif d'aider le patient bipolaire ou dépressif à reconnaître les signes d'apparition d'un épisode dépressif ou maniaque en décelant ses sources de stress²⁵¹⁰.

- Il faut ensuite convaincre le patient de ne pas reproduire un certain schéma dans lequel il dirige ses émotions négatives sur autrui ou lui-même.

Ce schéma appelé supposition dysfonctionnelle est particulièrement difficile à déconstruire chez le patient car il n'a pas conscience du cheminement intellectuel le conduisant à exprimer sa colère ou son mal-être par des actes violents.²⁵¹¹

Concernant le patient anorexique ou boulimique, le thérapeute devra rechercher avec le patient des moyens d'exprimer sa souffrance autrement que par un refus absolu de nourriture ou l'absorption excessive de celle-ci.²⁵¹² Il s'agit également d'aider le patient à ne plus rechercher le contrôle absolu de son poids.²⁵¹³ Bien que les TCC soient relativement efficaces contre ces troubles, les rechutes restent très fréquentes et le patient reste médicalement accompagné tout au long de sa vie.²⁵¹⁴

²⁵⁰⁵ BECK, J. S. (2011) *Cognitive behavioural therapy: Basics and beyond*. New York, NY: The Guilford Press; LANDENBERGER, N. A. & LIPSEYR, M. W. (2005) « The positive effects of cognitive-behavioural programs for offenders: A meta-analysis of factors associated with effective treatment » *Journal of Experimental Criminology*, 1, 451-476; BLAKE, C.S. & HAMRIN, V. (2007) « Current approaches to the assessment and management of anger and aggression in youth: A review » *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 20, 209-221.

²⁵⁰⁶ PELLEGRINO, B. (2012) *Evaluating the mindfulness-based and cognitive-behaviour therapy for Anger management program* (PCOM Psychology dissertations, paper 235).

²⁵⁰⁷ HIMELSTEIN, S., HASTINGS, A., SHAPIRO, S. & HEERY, M. (2012) « A pilot study of Mindfulness training for self-regulation and stress with incarcerated youth » *Probation Journal*, 59, 151-165.

²⁵⁰⁸ BOUVAREL, A., MARTIN, R. & TREMBLAY, P. H. (2007) *Anorexie / boulimie... Le couple infernal – Un entretien avec Phillipe Jeammet*, Centre audiovisuel en santé mentale.

²⁵⁰⁹ DEPARDON, R. (2017) *12 jours*.

²⁵¹⁰ BERK, M., DODD, S. & BERK, L. (2005) « The management of bipolar disorder in primary care: A review of existing and emerging therapies » *Psychiatric and Clinical Neurosciences*, 59, 229-239.

²⁵¹¹ WALKER, J. S. & BRIGHT J. A. (2009a), *op. cit.*, p. 178.

²⁵¹² BOUVAREL, A., MARTIN, R. & TREMBLAY, P. H. (2007), *op. cit.*, np.

²⁵¹³ *Ibid.*

²⁵¹⁴ *Ibid.*

L'agressivité du patient peut le conduire à commettre des violences contre autrui : persécutions, critiques, moqueries, menaces, intimidations, comportement asocial²⁵¹⁵, coups et blessures voire homicide²⁵¹⁶. Chez l'adolescent, elles peuvent avoir pour origines des violences subies dans le cadre scolaire²⁵¹⁷ comme dans les relations avec leurs parents, qu'elles soient conflictuelles ou tout simplement inexistantes.²⁵¹⁸

- Enfin, appréhender et combattre les croyances négatives du patient peuvent être extrêmes (penser qu'il n'a aucune valeur, qu'il est profondément inutile, rejeté et haï de tous).

Le thérapeute doit alors prendre en compte la souffrance du patient et l'accompagner dans la réalisation des objectifs préalablement fixés.²⁵¹⁹

Néanmoins, l'efficacité des TCC ne serait pas au rendez-vous dans le traitement de l'impulsivité chez les personnes atteintes de troubles psychiatriques.²⁵²⁰ Cet échec serait imputable au refus des patients psychiatriques de suivre ces thérapies, enfermés dans le déni de leur condition²⁵²¹. Selon une étude, seuls 9% des malades auraient suivi la thérapie jusqu'à son terme²⁵²². Par ailleurs, aucun traitement ou thérapie ne permettrait de supprimer l'impulsivité.²⁵²³ La volonté du patient est donc incontournable dans la réussite d'une thérapie.

²⁵¹⁵ HOOGSTEDER, L. M., STAMS, G. J. J. M., FIGGE, M. A., CHANGOE, K., VAN HORN J. E. & WISSINK, I. B. (2015) « A meta-analysis of the effectiveness of individually oriented Cognitive Behavioural Treatment (CBT) for severe aggressive behaviour in adolescents » *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, Vol. 26, No. 1, 22-37.

²⁵¹⁶ GARRIDO, V. & MORALES, L. A. (2007) « Serious (violent or chronic) juvenile offenders: A systematic review of treatment » *Campbell Systematic Reviews*, 7, 1-47; SOUVEREIN, F. A., VAN DER HELM, G. H. P. & STAMS, G.J.J.M. (2013) « Nothing works in secure residential youth care? » *Children and Youth Services Review*, 35, 1941-1945.

²⁵¹⁷ DISHION, T. J., MCCORD, J. & POULIN, F. (1999) « When interventions harm: Peer groups and problem behaviour » *American Psychologist*, 54, 755-764.

²⁵¹⁸ KAWABATA, Y., ALINK, L.R., TSENG, W.L., VAN IJZENDOORN, M. H. & CRICK, N. R. (2011) « Maternal and paternal parenting styles associated with relational aggression in children and adolescents: A conceptual analysis and meta-analytic review » *Developmental Review*, 31, 240-278; VREUGDENHIL, C., DORELEIJERS, T. A. H., VERMEIREN, R., WOUTERS, L.F.J.M., & VEN DEN BRINK, W. (2004) « Psychiatric disorders in a representative sample of incarcerated boys in the Netherlands » *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 97-104.

²⁵¹⁹ WALKER, J. S. & BRIGHT J. A. (2009a), *op. cit.*, p. 179.

²⁵²⁰ MARSHALL, M. & LOCKWOOD, A. (1998) *Assertive community treatment for people with severe mental disorders*. Cochrane Review 2003; WALKER, J. S. & BRIGHT J. A. (2009b) « False inflated self-esteem and violence: A systematic review and cognitive model » *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 20, 1-32.

²⁵²¹ NOVACO, R. (1997) « Remediating anger and aggression with violent offenders » *Legal and Criminological Psychology* 2: 77-88.

²⁵²² SIDDLE, R., JONES, F. & AWENAT, F. (2003) « Group cognitive behaviour therapy for anger: A pilot study » *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 31, 69-83.

²⁵²³ WATT, B. D. & HOWELLS, K. (1999) « Skills training for aggression control: Evaluation of an anger

La thérapie sociale et interpersonnelle consiste pour le patient à adopter un rythme d'activités régulier ainsi qu'une certaine stabilité émotionnelle. Elle aide le patient à tenter de désamorcer les conflits naissants avec ses proches et de l'aider à tisser des liens avec autrui afin d'éviter que l'individu ne s'isole complètement²⁵²⁴. Les patients atteints d'une dépression modérée ou légère peuvent être soignés par l'action conjointe de cette thérapie et d'un traitement médicamenteux, plus efficace contre les troubles dépressifs²⁵²⁵. Si la TCC est infructueuse au-delà de six mois de thérapie, la prescription de psychotropes est vivement conseillée.²⁵²⁶

Concernant les maladies neurodégénératives (Parkinson, Alzheimer), coupler le traitement médicamenteux et la TCC permet de retarder leur progression et de conserver autant que possible l'autonomie du patient²⁵²⁷. La thérapie peut améliorer l'humeur du patient, réduire le risque d'apparition de troubles dépressifs, améliorer sa confiance en lui²⁵²⁸ et sa qualité de vie de façon plus générale²⁵²⁹.

Malgré l'apport des thérapies, la prescription de psychotropes est rarement écartée en pratique²⁵³⁰, surtout si les troubles du sujet sont sévères. Le traitement médicamenteux permet

management programme for violent offenders » *Legal and Criminological Psychology*, 4, 285-300; MCGUIRE, J. (2008) « A review of effective interventions for reducing aggression and violence » *Philosophical Transactions of the Royal Society B*, 363, 2577-2597.

²⁵²⁴ FRANK, E., KUPFER, D. J., THASE, M. E., MALLINGER, A. G., SWARTZ, H. A., FAGIOLINI, A. M. *et al* (2005) « Two-year outcomes for interpersonal and social rhythm therapy in individuals with bipolar disorder » *Archives of General Psychiatry*, 62, 996-1004.

²⁵²⁵ ELKIN, I., SHEA, M. T., WATKINS, J. T., IMBER, S. D., SOTSKY, S. M., COLLINS, J. F. *et al* (1989) « NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program: 1. General effectiveness of treatments » *Archives of General Psychiatry*, 46(11), 971-983.

²⁵²⁶ SCHULBERG, H. C., WAYNE, K., SIMON, G. & RUSH, A. J. (1998) « Treating major depression in primary care practice: An update of the agency for healthcare policy and research practice guidelines » *Archives of General Psychiatry*, 55, 1121-1127.

²⁵²⁷ REISBERG, B., DOODY, R., STÖFFLER, A., SCHMITT, F., FERRIS, S., MÖBIUS, H. J. & THE MEMANTINE STUDY GROUP (2003) *New England Journal of Medicine*, 348(14), 1333-1341; APA WORK GROUP ON ALZHEIMER'S DISEASE AND OTHER DEMENTIAS, RABINS, P. V., BLACKER, D., ROVNER, B. W., RUMMANS, T., SCHNEIDER, L. S. *et al* (2007) « American Psychiatric Association practice guideline for the treatment of patients with Alzheimer's disease and other dementias. Second edition » *American Journal of Psychiatry*, 164(12 Suppl), 5-56; CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (2002) *The burden of chronic disease and their risk factors and state perspectives 2002*: http://www.cdc.gov/nccdphp/burdenbook2002/01_tables.htm (consulté le 18 avril 2017), *np* ; REUTER, I., ENGELHARDT, M., STECKER, K. & BASS, H. (1999) « Therapeutic value of exercise training in Parkinson's disease » *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 3(11), 1544-1549; RAJENDRAN, P. R., THOMPSON, R. E. & REICH, S. G. (2001) « The use of alternative therapies by patients with Parkinson's disease » *Neurology*, 57(5), 790-794.

²⁵²⁸ STATHI, A., FOX, K. R. & MCKENNA, J. (2002) « Physical activity and dimensions of subjective well-being in older adults » *Journal of Aging and Physical Activity*, 10, 76-92.

²⁵²⁹ TAKKIN, S. SUUTAMA, T. & RUOPILLA, I. (2001) « More meaning by exercising? Physical activity as a predictor of a sense of meaning in life and of self-rated health and functioning in old age » *Journal of Aging & Physical Activity*, 9, 128-141.

²⁵³⁰ HARPER, G. & CHITTY, C. (2005) *The impact of corrections on re-offending: A review of 'what works'. Home Office research study 291*. London: Home Office; SADLIER, G. (2010) *Evaluation of the impact of the*

d'éviter les rechutes et ralentit la progression de la pathologie.²⁵³¹ Par exemple, chez les patients pénalement appréhendés souffrant de troubles sexuels, la castration chimique réduit leur libido et leur permet de contrôler leurs pulsions sexuelles.²⁵³²

Les TCC sont coûteuses en termes de moyens financiers et humains et mobilisent régulièrement thérapeutes et soignants²⁵³³. C'est la raison pour laquelle, au Canada, les patients psychiatriques bénéficiant en priorité de cette thérapie doivent répondre à trois critères cumulatifs²⁵³⁴ :

- Présenter des troubles mentaux sévères (troubles sexuels, schizophrénie, troubles bipolaires...)
- Présenter un risque supérieur à 50% de commettre une infraction pénale grave, selon des 'outils standardisés de mesure du risque'
- Il doit enfin exister un lien établi entre les troubles mentaux et le risque de commettre une infraction pénale grave.

La nature de ces « outils standardisés » n'est pourtant pas définie. Ils pourraient désigner des statistiques démontrant que les malades pénalement condamnés seraient davantage exposés au risque de récidive que les autres patients. L'élément humain ne devrait pas être ignoré malgré l'apparente objectivité des chiffres. Il est douteux d'affirmer que cette supposition soit une généralité irrévocable : elle met à mal la présomption d'innocence, droit inhérent à tout individu, y compris souffrant de troubles mentaux.

HM prison service enhanced thinking skills programme on reoffending outcomes of the surveying prisoner crime reduction sample. Ministry of Justice Research Series 19/10. November, London, UK; MCDOUGALL, C., PERRY, A. E., CLARBOUR, J., BOWLES, R. A. & WORTHY, G. (2009) Evaluation of HM prison service enhanced thinking skills programme: Report on the outcomes from a randomised controlled trial. London: Ministry of Justice.

²⁵³¹ ZGOBA, K. M., SAGER, W. R. & WITT, P. H. (2003) « Evaluation of New Jersey's sex offender treatment program at the Adult Diagnostic and Treatment Centre: preliminary results » *The Journal of Psychiatry & Law*, 31, 133-164.

²⁵³² WEST, S. (2006) « A review of chemical castration and its use in the U.S. Penal system » *American Journal of Forensic Psychiatry*, 27(1): 55-70.

²⁵³³ CONROY, M. A. (2006) « Risk management of sex offenders: a model for community intervention » *The Journal of Psychiatry & Law*, 34, p. 5-25; CUNNINGHAM, M. D. & REIDY, T. J. (1998) « Anti-social personality disorder and psychopathy: Diagnostic dilemmas in classifying patterns of antisocial behaviour in sentencing evaluations » *Behavioural Sciences and the Law*, 16, 333-351.

²⁵³⁴ MADEN A., WILLIAMS J., WONG S. C. P. and LEIS T. A. (2004) « Treating dangerous and severe personality disorders in high security: lessons from the Regional Psychiatric Centre, Saskatoon, Canada » *The Journal of Forensic Psychiatry*, Vol 15, No 3, September 2004, 375-390; HANSON, R. K. & HARRIS, A. J. R. (2001) « A structured approach to evaluating change among sexual offenders » *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 13, 105-122; HANSON, R. K. (1998) « What do we know about sex offender risk assessment? » *Psychiatry, Public Policy and Law*, 4, 50-72; MCMURRAN M., EGAN V. & AHMADI S., (1998) « A retrospective evaluation of a therapeutic community for mentally disordered offenders » *The Journal of Forensic Psychiatry*, vol. 9, n°1, Mai 1998, 103-113.

En somme, le traitement médicamenteux couplé à une TCC permettrait à terme de réduire les troubles sexuels du sujet et faciliter sa réinsertion, bien que le patient ne soit jamais à l'abri d'une rechute. C'est pourquoi le traitement comme la thérapie sont souvent prescrits à vie.²⁵³⁵ Une étude s'est intéressée au taux de réussite d'une TCC menée chez des patients hospitalisés sous contrainte atteints de troubles sexuels et condamnés pénalement. Sur les 10 000 patients recensés, 9,9% d'entre eux n'avaient pas récidivé contre 17,4% des patients n'ayant pas bénéficié de cette thérapie.²⁵³⁶ Ces chiffres désignent l'absence de récidive à leur sortie d'hôpital (généralement mise en œuvre après huit ans d'hospitalisation).²⁵³⁷ Une autre étude affirme de façon dithyrambique que le taux de récidive de patients hospitalisés chute de 50% suite au suivi sur le long terme d'une thérapie et d'un traitement dispensés à vie²⁵³⁸.

A contrario, le manque d'efficacité des TCC est dénoncé concernant la réduction du risque de récidive²⁵³⁹ ou des symptômes²⁵⁴⁰ au motif que leur méthodologie n'est pas assez rigoureuse²⁵⁴¹. Il n'existerait aucune corrélation entre la réalisation des objectifs de la thérapie et la diminution du taux de récidive ou la réduction de symptômes.²⁵⁴² Pour autant, il est difficile d'affirmer que l'impact des TCC soit nul sur les patients pénalement condamnés. Elles leur permettent de prendre conscience du caractère répréhensible des faits commis, d'éprouver de l'empathie pour leur(s) victime(s), etc.²⁵⁴³

²⁵³⁵ GREENFIELD, D. P. (2006) « Organic approaches to the treatment of paraphilics and sex offenders » *The Journal of Psychiatry & Law*, 34, 437-454.

²⁵³⁶ HANSON, R. K., GORDON, A., HARRIS, A. J. R., MARQUES, J. K., MURPHY, W. D., QUINSEY, V. L. *et al.* (2002) « First report of the collaborative outcome data project on the effectiveness of psychological treatment for sex offenders » *Sexual Abuse: A Journal on Research and Treatment* 14: 167-192.

²⁵³⁷ MADEN A., WILLIAMS J., WONG S. C. P. & LEIS T. A. (2004), *op. cit.*, p. 382.

²⁵³⁸ WONG, S. (2001) « Treatment of Criminal Psychopath » in Hodgins, S. and Muller-Isberner, R. (eds) *Violence, Criminal and Mentally Disordered Offenders: Concepts and Methods for Effective Treatment and Prevention*. London: Wiley, p. 241.

²⁵³⁹ FALSHAW, L., FRIENDSHIP, C., TRAVERS, R. & NUGENT, F. (2003) *Searching for 'what works': An evaluation of cognitive skills programmes*. Home Office findings (No. 206). London: Home Office; DOYLE, M., KHANNA, T., LENNOX, C., SHAW, J., HAYES, A., TAYLOR J., ROBERTS, A. & DOLAN M. (2013) « The effectiveness of an enhanced thinking skills programme in offenders with antisocial personality traits » *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, Vol. 24, No. 1, 1-15.

²⁵⁴⁰ HANSON, R. K., BROOM, I. & STEPHENSON, M. (2004) « Evaluating community sex offender treatment programs: A 12-year follow-up of 724 offenders » *Canadian Journal of Behavioural Science*, 36, 87-96; MARQUES, J. K., WIEDERANDERS, M., DAY, D. M., NELSON, C. & VAN OMMEREN, A. (2005) « Effects of a relapse prevention on sexual recidivism: Final results from California' Sex Offender Treatment and Evaluation Project (SOTEP) » *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 17, 79-107.

²⁵⁴¹ MCCONAGHY, N. (1999) « Methodological issues concerning evaluation of treatment for sexual offenders: Randomization, treatment dropouts, untreated controls, and within-treatment studies » *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 11, 183-194.

²⁵⁴² SETO, M. C. & BARBAREE, H. E. (1999) « Psychopathy, treatment behaviour and sexual offender recidivism » *Journal of Interpersonal Violence*, 14, 1235-1248.

²⁵⁴³ CONROY, M. A. (2006) « Risk management of sex offenders: a model for community intervention » *The*

Certains auteurs affirment qu'un traitement médicamenteux et le soutien des proches du patient seraient les seules solutions thérapeutiques efficaces. Or, la seule prise en compte des critères cliniques (diminution des troubles mentaux) et légaux (baisse du taux de récurrence) est trop restrictive. D'autres critères devraient être pris en considération : retrouver une activité professionnelle, le ressenti d'un certain bien-être, (re)nouer des liens avec ses proches ou une association, entretenir une relation amicale ou sentimentale, etc.²⁵⁴⁴

Les thérapies cognitives et comportementales ne peuvent suffire dans la prise en charge des troubles psychiatriques. Elles constituent néanmoins des outils précieux afin de donner une dimension plus humaine à la pratique psychiatrique. Il convient à présent de découvrir d'autres soins alternatifs tels que la stimulation cérébrale profonde.

- Le recours expérimental aux soins alternatifs, un complément du traitement médicamenteux

Plusieurs soins alternatifs seront abordés ici : la stimulation cérébrale profonde, l'art-thérapie, le mouvement de psychologie positive et la relaxation musculaire.

Sans prétendre donner une liste exhaustive de ces soins non-médicamenteux, il s'agit de présenter certaines pratiques pouvant être administrés aux patients. Elles représentent des postes d'amélioration des soins en dépit de leur caractère expérimental.

- La stimulation cérébrale profonde et l'art-thérapie

Aussi appelée DBS (*deep-brain stimulation*), la stimulation cérébrale profonde consiste à injecter des impulsions électriques continues dans le cerveau du patient au moyen d'électrodes implantées sur son crâne.²⁵⁴⁵ Les résultats de cette thérapie seraient prometteurs chez les patients souffrant de dyskinésie, de troubles obsessionnels compulsifs (TOC) ou dépressifs

Journal of Psychiatry & Law, 34, p. 5-25.

²⁵⁴⁴ SELIGMAN, M. E. P. (1995) « The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Reports Study » *American Psychologist*, 50, 965-974.

²⁵⁴⁵ SCHMITZ-LUHN, B., KATZENMEIER, C. & WOOPEN, C. (2012) « Law and ethics of deep brain stimulation » *International Journal of Law and Psychiatry*, 35, 130-136; VAN OUTSEM, R. (2011) « The applicability of neurofeedback in forensic psychotherapy: A literature review » *The Journal of Psychiatry and Psychology*, Vol. 22, No. 2, April 2011, 223-242.

sévères.²⁵⁴⁶ L'injection d'impulsions électriques permettrait au patient « d'oublier » sous le choc de ces injections les causes de ses troubles.²⁵⁴⁷

Cette méthode à l'état expérimental devrait être étendue à d'autres troubles : comorbidité²⁵⁴⁸, agressivité conduisant à la commission de violences²⁵⁴⁹, troubles de l'attention et de l'hyperactivité, troubles sexuels²⁵⁵⁰, etc. A l'heure actuelle, aucune législation nationale n'encadre cette pratique en raison de ses nombreuses controverses. En effet, de nombreux psychiatres y sont rétifs car l'innocuité des injections n'est pas garantie et leurs effets secondaires méconnus²⁵⁵¹. De même, il est difficile de savoir si le patient peut refuser ces soins s'ils font partie intégrante de son traitement²⁵⁵².

La stimulation cérébrale profonde (SCP) doit répondre à un diagnostic psychiatrique à l'instar des autres soins. Elle ne peut être administrée à titre préventif, par exemple au cours de la période d'observation du patient avant que son diagnostic psychiatrique soit établi. Le praticien doit ensuite en évaluer les bénéfices et les risques afin que cette thérapie réponde à l'intérêt supérieur du patient.²⁵⁵³ En général, la SCP constitue une alternative souhaitable lorsque tous les autres traitements ont échoué.²⁵⁵⁴ Elle peut être également prescrite en complément d'un traitement médicamenteux contre les troubles de l'hyperactivité²⁵⁵⁵, la maladie de Parkinson²⁵⁵⁶, les troubles dépressifs, la dyskinésie et les troubles du sommeil²⁵⁵⁷. La liste de

²⁵⁴⁶ KUHN, J., GAEBEL, W., KOLSTERKOETTER, J. & WOOPEN, C. (2009) « Deep brain stimulation as a new therapeutic approach in therapy-resistant mental disorders: Ethical aspects of investigational treatment » *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 259 (suppl. 2), 135-141.

²⁵⁴⁷ Entretien avec le Dr. Giroux, psychiatre en cabinet libéral le 28 juin 2017.

²⁵⁴⁸ NESTOR, P. G. (2002) « Mental disorder and violence: Personality dimensions and clinical features » *American Journal of Psychiatry*, 31, 30-37.

²⁵⁴⁹ LIN, S. C., SU, C. Y., CHOU, F. H. C., CHEN, S. P., HUAND, J. J., WU, G. T. E. & CHEN, C. C. (2009) « Domestic violence recidivism in high-risk Taiwanese offenders after the completion of violence treatment programs » *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 20, 458-472; WILSON, S. & CUMMING, I. (2009) *Psychiatry in prisons*, Philadelphia, PA: Jessica Kinglseys.

²⁵⁵⁰ BULLENS, R. A. R. (2007) « Kijken naar kinderporno op internet: 'onschuldige' drang? » In A. Ph. Van Wijk, R. A. R.

²⁵⁵¹ SCHLEIM, S., SPRANGER, T. M. & WALTER, H. (2009) *Von de Neuroethik zum Neurorecht?* [From neuro-ethics to neuro-law?] (Eds.) Vandenhoeck & Ruprecht, p. 326.

²⁵⁵² *Ibid.*

²⁵⁵³ JONSEN, A., SIEGLER, M. & WINSLADE, W. (2006) *Clinical ethics: A practical approach to ethical decisions in clinical medicine* (6th ed.) The McGraw-Hill Companies, USA.

²⁵⁵⁴ SCHMITZ-LUHN, B., KATZENMEIER, C. & WOOPEN, C. (2012), *op. cit.*, p. 130.

²⁵⁵⁵ VERNON, D., FRICK, A. & GRUZELIER, J. (2004) « Neurofeedback as a treatment for ADHD: A methodological review with implications for future research » *Journal of Neurotherapy*, 8, 53-82.

²⁵⁵⁶ EVIDENTE, V. G. H., PREMKUMAR, A. P., ADLER, C. H., CAVINESS, J. N., DRIVER-DUNCKLEY, E. & LYONS, M. K. (2011) « Medication dose reductions after pallidal versus subthalamic stimulation in patients with Parkinson's disease » *Acta Neurobiologica Scandinavia*, 124: 211-214.

²⁵⁵⁷ HAMMOND, D. C. (2003) « QEEG-guided neurofeedback in the treatment of obsessive compulsive

ses indications thérapeutiques n'a pas été arrêtée par les psychiatres à ce jour.²⁵⁵⁸

En toute hypothèse, la prudence demeure de mise malgré l'espoir que suscite la SCP. Des études approfondies doivent être menées sur ses effets secondaires : altération du comportement, de la personnalité et de perception de l'identité du patient, impact sur ses facultés intellectuelles, cognitives, émotionnelles, etc.²⁵⁵⁹

D'un point de vue somatique, la mise en œuvre de la SCP doit être la plus sûre possible. Les soignants doivent s'assurer que le patient ne présente pas d'affections cutanées en plaçant les électrodes sur le crâne du patient (coupures, démangeaisons, irritations du cuir chevelu...)²⁵⁶⁰

Les cheveux du patient doit être lavés quotidiennement et les électrodes fréquemment remplacées. De même, le soignant doit pouvoir contrôler le nombre, la fréquence et l'intensité des impulsions administrées. Si celles-ci font souffrir le patient, le praticien doit le laisser régler leur puissance ou arrêter le traitement au besoin. Il est primordial que la voix et la souffrance du patient soient entendues au risque de faire subir un véritable traumatisme au patient²⁵⁶¹.

En effet, plusieurs études dénoncent la pratique de la SCP à l'origine de graves dommages chez le patient²⁵⁶² : hémorragies internes impliquant des altérations psychologiques et neurologiques irréversibles (ex : altérations de l'identité, de la personnalité, de la mémoire), infections cutanées (coupures, saignements)²⁵⁶³, accidents vasculaires cérébraux²⁵⁶⁴, etc. Au regard de ces effets secondaires et de leurs problématiques éthiques, d'autres solutions thérapeutiques moins intrusives ont été appréhendées.

disorder » *The Journal of Neurotherapy*, 7, 25-52; WALKINSHAW, G. & WATERS, C. M. (1995) « Induction of apoptosis in catecholaminergic PC 12 cells by L-Dopa – Implications for the treatment of Parkinson's disease » *Journal of Clinical Investigation*, 95, 2458-2464; MCKNIGHT, J. Y. & FEHMI, L. G. (2001) « Attention and neurofeedback synchrony training: Clinical results and their significance » *Journal of Neurotherapy*, 5, 45-61.

²⁵⁵⁸ MÜLLER S. & CHRISTEN, M. (2011) « Deep brain stimulation in Parkinsonian patients – Ethical evaluation of cognitive, affective and behavioural sequelae » *American Journal of Bioethics Neuroscience*, 2(1), 3-13.

²⁵⁵⁹ *Ibid*, p. 5.

²⁵⁶⁰ *Ibid*, p. 6.

²⁵⁶¹ TEMEL, Y., ACKERMANS, L., CELIK, H., SPINCEMAILLE, G. H., VAN DER LINDEN, C., WALENKAMP, G. H., VAN DER KAR, T. & VISSER-VANDEWALLE, V. (2004) « Management of hardware infections following deep brain stimulation » *Acta Neurochirurgica*, 146(4), 355-361; SCHMITZ-LUHN, B., KATZENMEIER, C. & WOOPEN, C. (2012), *op. cit*, p. 136.

²⁵⁶² DEUSCHL, G., SCHADE-BRITTINGER, C., KRACK, P., VOLKMANN, J., SCHÄFER, H. *et al* (2006) « A randomized trial of deep-brain stimulation for Parkinson's disease » *New England Journal of Medicine*, 355, 896-906.

²⁵⁶³ *Ibid*, p. 903.

²⁵⁶⁴ Entretien avec le Dr. Giroux, psychiatre en cabinet libéral le 28 juin 2017.

Parmi celles-ci, l'art-thérapie « utilise le potentiel d'expression artistique et la créativité d'une personne à des fins psychothérapeutiques ou de développement personnel ». ²⁵⁶⁵ Elle « étend le champ de la psychothérapie en y englobant l'expression et la réflexion tant picturale que verbale ». ²⁵⁶⁶ L'art-thérapie vise à traiter les troubles psychiatriques par la pratique d'une discipline artistique : écriture, dessin (y compris sous forme de 'gribouillis'²⁵⁶⁷), chant, peinture, sculpture, poterie²⁵⁶⁸, travaux de collage et de découpage²⁵⁶⁹ mais aussi à l'emploi des matériaux à disposition dans la nature (« *Land art* », *l'art de la terre*) : terre, fleurs, feuilles, branches d'arbres, lichen, pierres...²⁵⁷⁰ C'est un « soin à l'âme... qui aide à développer une créativité et un mouvement intérieur et nous reliait à nos propres ressources ». ²⁵⁷¹

Martine Colignon, psychothérapeute, pratique l'art-thérapie auprès de ses patients à l'hôpital Sainte-Anne (Paris) et le décrit comme le fait de « remettre le sujet en activité, de réanimer, de faire bouger ses lignes internes, c'est-à-dire de permettre au sujet d'assouplir ses mécanismes de défense et de transformer les freins en levier ». ²⁵⁷² Il s'agit pour le sujet d'accomplir un cheminement qui le conduit à créer une représentation ou une mise en forme (ici par les arts plastiques : dessin, peinture, sculpture) afin d'exprimer ses émotions et mettre des mots sur sa souffrance. ²⁵⁷³ Il est limité par le manque de moyens techniques (ex : comment un dessin pourrait-il transmettre une émotion comme la peur ?), la difficulté d'accès son imaginaire, la représentation de ses émotions ou encore la crainte de ne pas contrôler ce qui pourrait advenir une fois le processus de création commencé. ²⁵⁷⁴ L'art-thérapeute fait confiance aux productions issues de l'inconscient chez le malade sans les comprendre ni les interpréter, tandis que le psychanalyste tente de conscientiser l'inconscient, c'est-à-dire qu'il s'efforce de faire prendre

²⁵⁶⁵ COLIGNON, M. (2012) « L'art-thérapie est-il dangereux ? » *Le Journal des Psychologues*, pp. 52-55.

²⁵⁶⁶ Site Internet de l'AATQ, Association des art-thérapeutes québécois, au sujet de la définition de l'art-thérapie : <http://www.aatq.org/DefinitionArtTherapie> (consulté le 6 mars 2017), *np*.

²⁵⁶⁷ STITELMANN, J. (2012) « Développements thérapeutiques des phénomènes transitionnels, les formes essentielles en psychothérapie expressive » *Médecine & Hygiène*, 2012/2, vol. 32, pp. 99-113.

²⁵⁶⁸ CHOUVIER, B. et coll. (1998) *Symbolisation et processus de création*, éd. Dunod, Paris, p. 59.

²⁵⁶⁹ BANKS, L. (2012) « Free to talk about violence: A description of art therapy with a male service user in a low security unit » *International Journal of Art Therapy: Formerly Inscape*. 17(1), 13-24.

²⁵⁷⁰ PERRIRAZ BOURRY, M. & BARBE, R. (2012) « Du modelage au Land Art, un cheminement créatif du dedans au dehors » *Médecine & Hygiène*, 2012/2, vol. 32, pp. 85-98 ; DOMINO, C. (1999) *A ciel ouvert, tableaux choisis*, éd. Anthèse, Arcueil, p. 38.

²⁵⁷¹ DOLDER, B. (2007) « L'espace spirituel et l'art-thérapie en soins palliatifs » *Médecine & Hygiène*, 2007/3, n°22, p. 83.

²⁵⁷² LESAIN-DELABARRE J-M & COLIGNON, M. (2015) « Art-thérapie, médiations artistiques : Quelles différences pour quels enjeux ? » *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, 4(72), pp. 295-315.

²⁵⁷³ STITELMANN, J. (2002) « Entre cristal et compost, une réflexion théorique à partir de la clinique » *Art & Thérapie*, n°94-95, pp. 69-81.

²⁵⁷⁴ LESAIN-DELABARRE J-M & COLIGNON, M. (2015), *op. cit.*, p. 297.

conscience au sujet de ces troubles et leur apporte une signification.²⁵⁷⁵



Fig. 25 : « le bouquet », œuvre de *land art* créée par une adolescente souffrant de dépression²⁵⁷⁶.

Par ailleurs, l'art-thérapie possède des appellations variées : ateliers thérapeutiques à médiation artistique, ateliers d'art-thérapie, ateliers psychothérapeutiques médiatisés, d'expression créative, d'animation thérapeutique, etc. Elles regroupent toutes des pratiques d'accompagnement et de soutien de personnes en souffrance.²⁵⁷⁷ Leurs méthodes de fonctionnement ne sont pas les mêmes : il peut y avoir des échanges entre le psychothérapeute et un artiste en premier lieu, puis une prise de parole du sujet au sein d'un groupe de patients, une prise de parole individuelle avec le sujet pris isolément, puis un retour de la parole prise en groupe, etc²⁵⁷⁸.

L'art-thérapie, selon Mme Colignon, se distingue des autres types de thérapies par la dynamique de groupe. Contrairement aux autres activités, le groupe de patients est présent, il « joue le rôle d'enveloppe contenant » mais l'art-thérapie se concentre sur le malade pris individuellement. Bien qu'il puisse y avoir des échanges, les ateliers d'art-thérapie sont

²⁵⁷⁵ LANGUETTE, M-A & KATCHADOURIAN, F. (2014) « Consentir à la dépendance ? Pratique de l'art-thérapie en psychiatrie » *ERES – Cliniques*, 2014/2, n°8, pp. 168-187.

²⁵⁷⁶ PERRIRAZ BOURRY, M. & BARBE, R. (2012), *op. cit.*, p. 95.

²⁵⁷⁷ LESAIN-DELABARRE J-M & COLIGNON, M. (2015), *ibid.*, p. 298.

²⁵⁷⁸ BRUN, A. (2007) *Médiations thérapeutiques et psychose infantile*, Paris, éd. Dunod, p. 204.

généralement silencieux et les travaux produits demeurent confidentiels. Les patients et le thérapeute peuvent y avoir accès mais ils n'ont pas vocation à être présentés hors des murs de l'atelier.²⁵⁷⁹ L'atelier crée une relation triangulaire entre le sujet, l'animateur d'atelier et l'objet créé. Ils échangent et observent la production artistique du patient qui peut relancer le processus créatif (encourager le sujet à poursuivre) ou susciter une angoisse insoutenable chez le malade.

L'objet créé peut être perçu comme une pyramide : l'animateur d'atelier et le sujet vont chacun observer l'objet de telle sorte qu'ils vont échanger sur la signification de l'œuvre et ses représentations. L'animateur éclaire le patient par son savoir théorique et ce dernier fournit son savoir expérientiel, c'est-à-dire la connaissance de son vécu, de sa pathologie et de son ressenti. C'est le thérapeute qui va aider le sujet à mobiliser ce savoir expérientiel : il peut ne pas en avoir conscience, l'avoir oublié, refoulé, etc²⁵⁸⁰. Le processus de création demande un important investissement pour l'animateur comme pour le patient. La présence du thérapeute peut représenter pour le sujet un soutien considérable et son départ peut être vécu comme un abandon. C'est alors à l'équipe de soins d'aider le patient à surmonter ce moment de désarroi et de le soutenir dans ce cheminement de création.²⁵⁸¹



Fig. 26 : « La présence », sculpture réalisée par un patient en soins palliatifs²⁵⁸²

²⁵⁷⁹ *Ibid.*, p. 299.

²⁵⁸⁰ *Ibid.*, p. 299.

²⁵⁸¹ *Ibid.*, p. 300.

²⁵⁸² DOLDER, B. (2007), *op. cit.*, p. 82.

Quatre courants de pensée ont traversé la pratique de l'art-thérapie²⁵⁸³ :

- Le premier courant prétendait que *l'art est inaccessible aux personnes souffrant de troubles mentaux*. Les troubles psychiatriques du patient le rendraient incapable de produire du contenu artistique.
- Selon le deuxième courant, *l'art stimule les productions imaginaires des malades et contribue à favoriser leurs pensées délirantes*. Le contenu artistique serait alors susceptible d'aggraver les troubles du patient : il est préférable de supprimer toute forme d'art de l'existence du patient.
- Novateur, le troisième courant affirmait que *l'art permet d'étudier en détail les troubles psychiatriques*. En tant que création, il reflète la nature et la gravité des troubles mentaux du patient. Sa production artistique est répertoriée dans le but de mieux comprendre ses symptômes. Ce courant a donné naissance à l'art-thérapie, promouvant la création d'œuvres esthétiques. Elles donnent naissance à une forme d'expression chez le patient afin de le guider vers un mieux-être.
- Le quatrième courant soutient que *l'art produit par les malades psychiatriques ne doit plus être classifié selon leurs troubles mais selon des critères esthétiques*. L'expression artistique du patient est recherchée dans un but esthétique et non plus seulement thérapeutique.

L'art-thérapie se construit initialement dans le cadre d'une relation individuelle entre le patient et le thérapeute. Deux étapes sont nécessaires afin de mettre en place cette thérapie²⁵⁸⁴ :

- *Première étape* : le thérapeute recueille le mal-être du patient et lui donne les moyens de l'exprimer au moyen d'une production artistique.²⁵⁸⁵

Il est important que chaque atelier soit précédé d'un entretien entre le malade et le thérapeute afin de déterminer si le sujet pourra en tirer des bénéfices : va-t-il supporter le groupe, ressent-il le besoin de s'isoler (et si oui à quelle fréquence), a-t-il besoin d'une prise en charge individuelle ou au contraire d'espace et d'une relative autonomie, accepte-t-il le regard des autres sur sa production artistique ou son corps ? Ressent-il le besoin de lier des liens avec les autres malades de l'atelier ? De même, l'animateur d'atelier doit prendre garde à ce qu'exprime le langage non-verbal du sujet : regards, posture, nervosité, crainte, gestes saccadés, etc.²⁵⁸⁶

²⁵⁸³ DUBUFFET, J. (1967) « L'art brut » in *Prospectus et tous écrits suivants*, tome 1, Paris Gallimard, pp. 175-177.

²⁵⁸⁴ BANKS, L. (2012), *op. cit.*, p. 18.

²⁵⁸⁵ *Ibid*, p. 19.

²⁵⁸⁶ LESAIN-DELABARRE J-M & COLIGNON, M. (2015), *op. cit.*, p. 308.

L'atelier thérapeutique doit être une construction commune entre le projet proposé, le nombre de thérapeutes impliqués, la durée des ateliers, les outils à disposition, l'analyse collective des résultats obtenus... ces temps de rencontre sont indispensables à la réussite de cette thérapie.²⁵⁸⁷ Si le thérapeute estime que l'atelier pourra être bénéfique pour le malade, il met ensuite à sa disposition des crayons de couleur, des feutres, de l'aquarelle... et lui indique sans le brusquer comment tenir ces outils afin de coucher sur le papier ce qu'il ressent.²⁵⁸⁸ Le patient peut progressivement mieux comprendre ses troubles et maîtriser ses émotions.

- *Deuxième étape* : s'il parvient à mieux adapter son comportement et contenir ses comportements agressifs, le thérapeute peut inclure le patient dans un groupe de réhabilitation.

Par exemple, le patient schizophrène peut retrouver le sens de son identité grâce à l'art-thérapie. En se fondant sur ses dessins, sculptures, textes, autoportraits²⁵⁸⁹..., le patient peut « fixer » son identité sur sa production artistique. L'image produite serait un reflet de la conception que le patient se fait de lui-même, de son identité, de sa souffrance, sa crainte de se laisser envahir par ses angoisses, ses pensées inconscientes, etc.²⁵⁹⁰ Il est possible de proposer au sujet une reproduction d'œuvres d'art : il peut alors se lancer dans l'exploration du modèle proposé puis le délaisser pour se consacrer à une production artistique plus personnelle.²⁵⁹¹ Toutefois, le processus artistique peut se révéler angoissant voire persécuteur pour le sujet. Il peut craindre de ne pas pouvoir arriver à produire ce que l'on attend de lui, redouter les critiques, les moqueries voire l'abandon du thérapeute. C'est pourquoi l'accompagnement du sujet par l'animateur d'atelier est primordiale.²⁵⁹² Pour le malade, parvenir à exprimer ses émotions est une tâche immense mais hautement bénéfique pour la réduction des symptômes : « **pouvoir exposer ses émotions, honnêtement et sans dérobaude, est crucial à toute possibilité de transformation** ».²⁵⁹³ L'art-thérapie est alors le cheminement de « l'inconnu à soi que l'on est vers l'inconnu de soi que l'on crée »²⁵⁹⁴ : il crée également un nouveau lien social pour le

²⁵⁸⁷ *Ibid*, p. 309.

²⁵⁸⁸ CRESPO, V. R. (2003) « Art therapy as an approach for working with schizophrenic patients » *International Journal of Psychotherapy*, Vol. 8, November 2003, 183-193.

²⁵⁸⁹ GUSSAK, D. & PLOUMIS-DEVICK, E. (2004) « Creating wellness in a forensic population through the arts: A proposed interdisciplinary model » *Visual Arts Research*, 29(1), 35-43.

²⁵⁹⁰ CRESPO, V. R. (2003), *op. cit.*, p. 198.

²⁵⁹¹ LESAIN-DELABARRE J-M & COLIGNON, M. (2015), *ibid.*, p. 303.

²⁵⁹² *Ibid*.

²⁵⁹³ THORNE, B. (2000) *Person-centred Counselling, Therapeutic & Spiritual Dimensions*, éd. Whurr, p. 165.

²⁵⁹⁴ KLEIN, J.-P. (2012) « L'art-thérapie, de l'inconnu à soi que l'on est vers l'inconnu de soi que l'on crée » *Les Cahiers Jujgiens de Psychanalyse*, 2012/1, n°135, p. 75.

malade, un début de socialisation, de réinsertion dans un cadre contenant et sécurisant²⁵⁹⁵, ressenti comme une peau par le malade le préservant à la fois de sa pathologie et de la société qui le rejette.²⁵⁹⁶



Fig. 27 : réalisation d'une patiente psychiatrique au sein d'un atelier d'art-thérapie²⁵⁹⁷

L'efficacité de l'art-thérapie a été éprouvée dans le traitement de la schizophrénie et de la dépression²⁵⁹⁸. En vertu d'une littérature scientifique insuffisante à ce sujet²⁵⁹⁹, une étude britannique a été menée afin d'en mesurer l'impact sur les patients.²⁶⁰⁰

Cette étude s'est avérée très positive quant à l'utilisation de cette thérapie²⁶⁰¹ :

- Le patient est parvenu à tisser un lien relationnel avec le thérapeute.

Moins agressive et intrusive, l'art-thérapie ne bouleverse pas les facultés intellectuelles et

²⁵⁹⁵ COLIGNON, M. (2008) « Exclusion et médiation en art-thérapie. La violence de l'exclusion » *ERES*, 2008/4, n°72, pp. 131-136 ; MAISONDIEU, J. (2003) « Citoyenneté et santé mentale » in *Santé mentale, ville et violences* sous la direction de Michel Joubert, éd. Erès, Toulouse, p. 164.

²⁵⁹⁶ ANZIEU, D. (1985) *Le Moi-peau*, éd. Dunod, Paris, p. 257.

²⁵⁹⁷ *Ibid*, p. 304.

²⁵⁹⁸ GUSSAK, D. *et al* (2012) « Creating an art therapy Anger Management protocol for male inmates through a collaborative relationship » *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 56(7), 1124-1143.

²⁵⁹⁹ CLOUTIER, S. & MILLAUD, F. (2014-2015) « Schizophrénie, violence et art-thérapie : A propos d'un cas » *Psychiatrie et Violence*, 13(1).

²⁶⁰⁰ PATTERSON, S., DEBATE, J., ANJU, S., WALTER, D. & CRAWFORD, M. J. (2011) « Provision and practice of art therapy for people with schizophrenia: Results of a national survey » *Journal of Mental Health*, 20, 328-335.

²⁶⁰¹ RUDDY, R. & MILNES, D. (2005) « Art therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses » *Cochrane Database of Systematic Review 2005*, Issue 4. Art. No. CD003728.

le mode de vie du patient comme le ferait un traitement médicamenteux.

- Le patient produit une création artistique facilitant la communication concernant ses troubles car la thérapie est perçue comme un lieu d'expression libre par le patient.

Toutefois, l'art-thérapie seule ne suffit pas à prendre en charge les troubles mentaux du sujet²⁶⁰². Entre 5 à 15% des patients atteints de schizophrénie sévère répondraient à ce 'traitement'. L'art-thérapie demeure au stade expérimental et nécessite des études supplémentaires afin de confirmer son efficacité.²⁶⁰³ Il pose la question suivante : la production artistique créée par le sujet permet-elle d'apporter une solution psychique ? En d'autres termes : « quand je trouve une solution plastique, est-ce que je trouve une solution au problème, une solution psychique qui va me permettre de me 'décoincer', d'apaiser mes peurs... d'assouplir mes défenses et d'intégrer d'autres savoirs, sans ressenti d'effondrement ou d'angoisse insurmontable ? ». ²⁶⁰⁴ Il est difficile de conceptualiser l'art-thérapie car il se situe à la croisée d'une démarche psychanalytique et artistique. Le but de ces ateliers est-il de mener une « investigation pour le traitement des désordres névrotiques » du patient²⁶⁰⁵ ou de créer une production artistique en tant que telle ?²⁶⁰⁶

Il est important de rappeler que l'art-thérapie se situe dans une logique du soin et non dans le fait 'd'imposer' au patient de produire une création artistique. Le thérapeute doit prendre garde à ne pas imposer des consignes aux malades, qui ne sont jamais anodines et peuvent révéler une volonté déterminée de vouloir créer un contenu même si celui-ci est dépourvu de sens pour le sujet. L'autre dérive réside dans le fait de fixer des objectifs inatteignables par rapport aux moyens techniques d'expression artistique, aux missions de la structure, au temps imparti, etc.²⁶⁰⁷

Le malade souffrant de troubles alimentaires (anorexie, boulimie) et hospitalisé sous contrainte peut trouver refuge dans l'exercice de l'art-thérapie. En effet, le patient (enfant ou adulte) privé de liberté dispose d'un élément-clé de résilience, sa potentialité à créer : sa production artistique devient alors un moyen de se protéger.²⁶⁰⁸ Toutefois, l'art-thérapie peut être contre-

²⁶⁰² *Ibid.*

²⁶⁰³ *Ibid.*

²⁶⁰⁴ LESAIN-DELABARRE J-M & COLIGNON, M. (2015), *ibid.*, p. 305.

²⁶⁰⁵ Définition de la psychanalyse par Sigmund Freud citée in PERRON, R. (2014) *Histoire de la psychanalyse*, éd. PUF, coll. « Que sais-je ? », Paris, 5e éd., p. 3-9.

²⁶⁰⁶ ANZIEU, D. (1981) *Le corps de l'œuvre*, Gallimard, Paris, p. 86.

²⁶⁰⁷ LESAIN-DELABARRE J-M & COLIGNON, M. (2015), *ibid.*, p. 309.

²⁶⁰⁸ BRAUNER, A. & BRAUNER, F. (1991) *J'ai dessiné la guerre. Le dessin de l'enfant dans la guerre*, Paris, éd. Expansion scientifique française, p. 114.

indiqué si le sujet souffre de handicaps moteurs, sensoriels ou cognitifs, de difficultés d'apprentissage ou à s'exprimer, de dépression sévère ou d'un refus obstiné de s'impliquer.²⁶⁰⁹ De même, l'hyperactivité, l'agressivité, la ritualisation de chaque geste, la peur de communiquer avec l'autre, la crainte de l'intrusion²⁶¹⁰, la personnalité de type obsessionnel-compulsif, l'évitement de la douleur constituent des obstacles à prendre en compte.²⁶¹¹ L'art-thérapie poursuit alors plusieurs objectifs lorsqu'il est mis en place : projeter l'expression des émotions de plaisir ou de déplaisir dans la création de l'objet, prendre conscience des conflits psychiques, percevoir son être et les autres à travers les œuvres produites, améliorer la représentation de soi et de ses désirs, relancer le processus créatif, favoriser le lâcher-prise, etc.²⁶¹² La recherche du lâcher-prise est ici très pertinente, les troubles alimentaires étant souvent caractérisés chez le sujet par une volonté de contrôler son corps et de l'empêcher de se nourrir correctement.

Dès lors, l'art-thérapie dans le traitement des troubles du comportement alimentaire se décompose en trois étapes :

- D'abord, le *temps de conductance* où il convient de faire le point sur la séance précédente ou d'évoquer les difficultés que le sujet pense rencontrer. Le thérapeute et le sujet peuvent décider de l'orientation à donner à cette séance (quels matériaux utiliser ? Quelle est la durée de la séance ? Que va-t-on essayer de produire ?)
- Ensuite, le *temps de production* confronte le patient à l'objet médiateur brut, c'est-à-dire le moyen artistique utilisé afin d'exprimer ses émotions. Le sujet peut exprimer une résistance (« je ne sais pas dessiner... », « c'est le vide dans ma tête », « je suis mal », « ça me gave »...). Le thérapeute va dans ce cas adopter une stratégie de détour pour que le passage à l'acte de production artistique s'opère, et non en se confrontant directement à ces difficultés.²⁶¹³

²⁶⁰⁹ SUDRES, J-L. (2012) « Anorexie et art-thérapie : Eléments pour une pratique » *Médecine & Hygiène*, 2012/2, vol. 21, pp. 73-83.

²⁶¹⁰ COMBE, C. (2009) *Soigner l'anorexie*, éd. Dunod, Paris, p. 206 ; DUBOIS, A. M. (2010) « Art-thérapie et addiction, l'exemple des troubles du comportement alimentaire » *Annales médico-psychologiques*, 168 : 538-541 ; LEONARD, T., FOULON, C. & GUELFY, J. D. (2005) « Troubles du comportement alimentaire chez l'adulte » *EMC-Psychiatrie*, 37-105-D-10 : 1-21.

²⁶¹¹ ROUSSET, I., KIPMAN, A., ADES, P. & GORWOOD, P. (2004) « Personnalité, tempérament et anorexie mentale » *Annales médico-psychologiques*, 162 : 180-188.

²⁶¹² BOYER-LABROUCHE, A. (2012) *Manuel d'art-thérapie*, éd. Dunod, Paris ; SUDRES, J-L. (2005) *Soigner l'adolescent en thérapie*, éd. Dunod, Paris ; SUDRES, J-L. (2009) « Art-thérapie : pour qui et comment ? » *Réalités pédiatriques*, 142 : 19-26.

²⁶¹³ KLEIN, J. P. (2001) *L'art-thérapie*, éd. PUF, Paris, p. 124.

- Enfin, le *temps de verbalisation* : qu'importe que le patient soit parvenu ou non à produire un contenu, l'important est qu'il ait essayé. En art-thérapie, le faire comme le non-faire sont déjà porteurs de sens. Le thérapeute pose des questions au groupe : « qu'aimeriez-vous ajouter ou retirer dans ce dessin ? », « où êtes-vous dans ce dessin ? », « de quelle manière le dessin vous regarde-t-il ? », « où le mettriez-vous chez vous ? ». Les patients réagissent souvent à l'évocation de souvenirs, de traumatismes refoulés, permettant de faire émerger la parole dans le groupe.²⁶¹⁴

La production artistique achevée par le patient, il n'est pas rare qu'il désire le détruire, car il perçoit l'objet créé comme une représentation de la maladie. Il peut vouloir brûler l'objet d'art, le détruire à coups de marteau, l'enterrer dans un jardin, etc. L'art-thérapie permet au sujet de se représenter dans l'espace et le temps, de mettre des mots sur sa pathologie et de percevoir, bien qu'indistinctement, la nécessité du soin afin d'aller mieux et retrouver son vrai soi précédant la maladie, le soi 'sain'.²⁶¹⁵ Ce modèle peut être appliqué à d'autres pathologies mentales mais il peut être modifié.

L'art-thérapie appartient aux thérapies pratiquées par l'exercice d'activités diverses.²⁶¹⁶ Elles permettent au patient d'acquérir des compétences, une meilleure estime de soi ainsi qu'une réelle construction de son identité à travers une ou plusieurs activités.²⁶¹⁷ Les activités concernées s'étendent à la lecture, au théâtre, au jardinage, une formation professionnelle²⁶¹⁸, la pratique d'un sport, etc.²⁶¹⁹ Ces activités permettent d'abord d'occuper le patient au cours de son traitement, puis de satisfaire ses besoins : sentiment d'être utile, d'« être bon à quelque chose », retrouver un sentiment de normalité²⁶²⁰, etc.

Il est clair pourtant que cette thérapie ne peut remplacer la prescription de psychotropes. Elle peut par exemple soutenir l'action du traitement en préparant la réinsertion du patient. En effet, l'exercice d'une activité professionnelle même bénévole possède de nombreux avantages :

²⁶¹⁴ SUDRES, J-L. (2012), *op. cit.*, p. 79.

²⁶¹⁵ SUDRES, J-L. (2012), *op. cit.*, p. 80 ; HAMEL, J. (2007) *L'art-thérapie somatique*, éd. Québecor, Montréal.

²⁶¹⁶ KIELHOFNER, G. (2008) *Model of human occupation: Theory and application* (4th edn.). Philadelphia, PA: Lippincott, Williams and Wilkins, p. 102.

²⁶¹⁷ *Ibid*, p. 104.

²⁶¹⁸ DEPARTMENT OF HEALTH (2006) *Vocational services for people with severe mental health problems: Commissioning guidance*. London: Author; DUNN, C. & SEYMOUR, A. (2008) « Forensic psychiatry and vocational rehabilitation: Where are we at? » *British Journal of Occupational Therapy*, 71, 448-450.

²⁶¹⁹ KIELHOFNER, G. (2008), *op. cit.*, p. 104.

²⁶²⁰ WILCOCK, A. (1993) *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach* (3rd ed.) Sarasota, FL: Professional Resource Exchange Inc, p. 237.

amélioration de la qualité de vie du patient, réduction de la pauvreté (lorsque le travail est rémunéré), réduction du taux d'hospitalisation²⁶²¹, création d'un contact humain avec des collègues²⁶²², etc.

Il est intéressant de préciser que 70% des malades psychiatriques désirent exercer une activité professionnelle selon une étude.²⁶²³ Elles subissent néanmoins une réelle stigmatisation en raison de leurs troubles dans leur recherche d'emploi. La pathologie psychiatrique suscite chez l'employeur de nombreux préjugés ainsi qu'une certaine appréhension.²⁶²⁴ Il n'est pas rare que le parcours professionnel de ces personnes soit donc chaotique. De même, les malades psychiatriques possèdent souvent un niveau d'éducation et de formation professionnelle inférieur à celui de la population globale.²⁶²⁵ Les difficultés d'apprentissage ou les déficiences intellectuelles du sujet peuvent être citées²⁶²⁶. Ensuite, les fréquentes ré-hospitalisations, les effets secondaires du traitement, une incarcération à la suite d'une condamnation pénale²⁶²⁷ constituent autant de facteurs justifiant les difficultés que les malades éprouvent dans la recherche d'un emploi. Certains patients, notamment schizophrènes n'ont jamais pu occuper d'emploi de leur vie²⁶²⁸.

A ce sujet, un programme d'aide à la réinsertion des patients psychiatriques a été mis en place au Royaume-Uni dès 2006, appelé le *First Step Trust* (« croire en ses premiers pas »).²⁶²⁹

L'objectif de ce programme est de fournir aux patients hospitalisés des perspectives d'emploi

²⁶²¹ SHEPHERD, G., BOARDMAN, J. & SLADE, M. (2008) *Making recovery a reality*. London: Sainsbury Centre for Mental Health, p. 117.

²⁶²² SAMELE, C., KEIL, J. & THOMAS, S. (2009) *Securing employment for offenders with mental health problems. Towards a better way*. London: Sainsbury Centre for Mental Health, p. 83.

²⁶²³ OFFICE OF THE DEPUTY PRIME MINISTER (2004) *Mental health and social exclusion* (Social exclusion unit report). London: Author, p. 256.

²⁶²⁴ GARSKE, G. G. & STEWART, J. R. (1999) « Stigmatic and mythical thinking: Barriers to vocational rehabilitation services for persons with severe mental illness » *Journal of Rehabilitation*, 65, 4-8.

²⁶²⁵ VÖLLM, B., PANESAR, K. & CARLEY, K. (2014) « Promoting work-related activities in a high secure setting: exploration of staff and patients' views » *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, Vol. 25, No. 1, 26-43.

²⁶²⁶ KIRK, S., GALLAGHER, J. & COLEMAN, M. (2008) *Educating exceptional children*. Boston, MA: Houghton Mifflin Harcourt.

²⁶²⁷ PAGER, D. (2003) « The mark of a criminal record » *American Journal of Sociology*, 108, 937-975.

²⁶²⁸ COOK, J. & O'DAY, B. (2006) *Supported employment: A best practice for people with psychiatric disabilities* (Policy brief). Washington, DC: Cornell University, Rehabilitation Research and Training Centre on Employment Policy for Persons with Disabilities; BOARDMAN, J., GROVE, B., PERKINS, R. & SHEPHERD, G. (2003) « Work and employment for people with psychiatric disabilities » *The British Journal of Psychiatry*, 182, 467-468.

²⁶²⁹ LOCKETT, H., SEYMOUR, L. & POZNER, A. (2005) *Participants and their clinicians' perceptions of the impact of having access to work opportunities through the first step trust (FST) project in Broadmoor* (Research report). London: Sainsbury Centre for Mental Health, p. 127.

réalistes au regard de leurs compétences et de leurs troubles psychiatriques²⁶³⁰ : manutention, plomberie, restauration, hôtellerie, entretien, jardinage, ébénisterie...²⁶³¹

Cette initiative sociale a été particulièrement bien reçue par les patients et les soignants²⁶³² mais est rarement mise en œuvre²⁶³³, les rechutes étant fréquentes chez les patients.

Parmi les autres solutions thérapeutiques non-médicamenteuses, réputées plus sûres en termes d'effets indésirables pour les patients, il faut citer le mouvement de psychologie positive et la relaxation musculaire.

- Le mouvement de psychologie positive et la relaxation musculaire

Le mouvement de psychologie positive²⁶³⁴ désigne une thérapie individuelle ou de groupe destinée à promouvoir les qualités, ressources et émotions positives des patients afin de les aider à mieux appréhender leurs troubles mentaux, surmonter un traumatisme subi et améliorer leur qualité de vie.²⁶³⁵ Le mouvement est fondé sur trois principes²⁶³⁶ :

- Tout individu désire connaître un sentiment d'accomplissement de soi, des émotions positives et des liens affectifs profonds et authentiques avec autrui.
- Chacun doit composer avec ses forces et ses faiblesses afin de parvenir à cet accomplissement.
- Le thérapeute doit aider le patient à atteindre cet objectif, sans accorder une considération trop importante aux défauts et faiblesses du malade.

Le thérapeute s'efforce de créer dès les premières séances une relation de confiance avec le patient en mettant en exergue ses forces et ses qualités.²⁶³⁷ Il l'invite également à exposer ses

²⁶³⁰ *Ibid*, p. 129.

²⁶³¹ VÖLLM, B., PANESAR, K. & CARLEY, K. (2014), *op. cit.*, p. 37.

²⁶³² RINALDI, M., PERKINS, R., GLYNN, E., MONTIBELLIER, T., CLENAGHAN, M. & RUTHERFORD, J. (2008) « Individual placement and support: From research to practice » *Advances in Psychiatric Treatment*, 14, 50-60.

²⁶³³ LOCKETT, H., SEYMOUR, L. & POZNER, A. (2005), *op. cit.*, p. 130.

²⁶³⁴ SELIGMAN, M. E. P. (1995) « The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Reports Study » *American Psychologist*, 50, 965-974.

²⁶³⁵ RASHID, T. & SELIGMAN, M. E. P. (2013) « Positive Psychotherapy » in *Current Psychotherapies* (10th Edition) by R. J. Corsini & D. Wedding, Belmont. CA: Cengage; FERGUSON, G., CONWAY, C., ENDERSBY, L. & MACLEOD, A. (2009) « Increasing subjective well-being in long-term forensic rehabilitation: evaluation of well-being therapy » *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, Vol 20, No. 6, December 2009, 906-918.

²⁶³⁶ RASHID, T. (2015) « Positive psychotherapy » : <http://tayyabrashid.com/pdf/ppt.pdf> (consulté le 2 novembre 2016), p. 2.

²⁶³⁷ RASHID, T. & OSTERMANN, R. F. O. (2009) « Strength-based assessment in clinical practice » *Journal of Clinical Psychology: In Session* 65, 488-498.

problèmes personnels et les obstacles l'empêchant d'atteindre ses objectifs.²⁶³⁸ Le patient est ensuite incité à exprimer les émotions négatives qu'il ressent : souffrance, déception, trahison, amertume... et à pardonner aux personnes l'ayant fait souffrir²⁶³⁹. Il ne s'agit pas de passer sous silence les émotions négatives que chacun est amené à connaître, mais de les accepter afin de les surmonter. La méthode employée sera propre à chaque patient, ses troubles psychiatriques et son parcours de soins²⁶⁴⁰.

Malgré des débuts prometteurs²⁶⁴¹, peu d'initiatives ont favorisé la mise en place de cette thérapie en hôpital psychiatrique par manque de moyens.²⁶⁴² Pourtant, le mouvement de psychologie positive a permis selon une étude de réduire les sentiments de désespoir et de résignation chez les patients hospitalisés atteints de dépression et d'appréhender leur avenir de manière positive²⁶⁴³. L'emploi de cette thérapie a d'ailleurs permis de réduire le taux de récurrence des malades condamnés pénalement.²⁶⁴⁴ En somme, ce mouvement améliorerait le moral des patients en leur faisant apercevoir une dimension plus positive plus existence.

La thérapie de relaxation musculaire poursuit le même objectif. Créée en 1908, elle consiste chez le patient à tendre et relâcher successivement des groupes de muscles tout en se concentrant sur ses émotions. Cette thérapie est supposée aider le patient à atteindre un état de relaxation durable.²⁶⁴⁵ En effet, ce programme permet de ralentir la respiration du patient²⁶⁴⁶ et son rythme cardiaque²⁶⁴⁷, lui faisant ressentir des sentiments de bien-être²⁶⁴⁸. A l'origine, ces programmes ont été mis en place afin de traiter les troubles du sommeil²⁶⁴⁹, les douleurs liées

²⁶³⁸ SCHWARTZ, B. & SHARPE, K. E. (2006) « Practical wisdom: Aristotle meets Positive Psychology » *Journal of Happiness Studies*, 7, 377-395.

²⁶³⁹ RASHID, T. (2015), *op. cit.*, p. 2.

²⁶⁴⁰ *Ibid*, p. 5.

²⁶⁴¹ CALHOUN, L. G. & TEDESCHI, R. G. (Eds.) (2006) *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

²⁶⁴² GUDJONSSON, G. H. & YOUNG, S. (2007) « The role and scope of forensic clinical psychology in secure unit provisions: A proposed service model for psychological therapies » *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 18(4), 534-556.

²⁶⁴³ FERGUSON, G., CONWAY, C., ENDERSBY, L. & MACLEOD, A. (2009), *op. cit.*, p. 915.

²⁶⁴⁴ WARD, T. & MARUNA, S. (2007) *Rehabilitation: Beyond the risk paradigm*. London: Routledge, p. 348.

²⁶⁴⁵ JACOBSON, E. (1962) *You Must Relax* (4th edition). New York: McGraw-Hill, p. 126.

²⁶⁴⁶ FEE, R. A. & GIRDANO, D. A. (1978) « The relative effectiveness of three techniques to induce the trophotropic response » *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 3, 145-157.

²⁶⁴⁷ PAWLOW, L. A., & JONES, G. E. (2002) « The impact of abbreviated progressive muscle relaxation on salivary cortisol » *Biological Psychology*, 60, 1-16.

²⁶⁴⁸ BENSON, H. (1976) *The Relaxation Response*. New York: William Morrow, p. 143.

²⁶⁴⁹ CARLSON, C. R. & HOYLE, R. H. (1993) « Efficacy of abbreviated progressive muscle relaxation training: A quantitative review of behavioural medicine research » *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 1059-1067.

aux chimiothérapies²⁶⁵⁰, l'arthrose²⁶⁵¹ et l'insuffisance rénale²⁶⁵². Ils ont alors ensuite été indiqués dans la prise en charge des troubles mentaux : anxiété, stress post-traumatique, dépression, impulsivité²⁶⁵³, troubles de la personnalité²⁶⁵⁴, etc.

Les soignants et le thérapeute travaillent de concert sur la dispensation de ces soins en hôpital psychiatrique²⁶⁵⁵. Le psychologue rassure le patient en amont afin de favoriser leurs chances de succès²⁶⁵⁶. Il est recommandé de mettre en place ces soins dans un environnement silencieux à la lumière tamisée et correctement chauffé. Les autres soignants ne doivent pas interrompre la séance en pénétrant dans la pièce par exemple.²⁶⁵⁷ Au cours de la séance, les patients doivent demeurer allongés et parfaitement immobiles bien que cela soit difficile pour les patients agités.²⁶⁵⁸ Ces exercices de relaxation ont par exemple permis de réduire le nombre de violences commises en milieu hospitalier chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer²⁶⁵⁹ et de réduire leur niveau de stress et leurs troubles dépressifs. C'est donc à juste titre que ces soins devraient être étendus à la prise en charge de la schizophrénie en raison de leur efficacité.²⁶⁶⁰

En France, une structure de soins particulière retiendra notre attention.

Les PFR ou Plateformes référentielles désignent des centres de soins attenants aux établissements pénitentiaires créés en 2010. Ils accueillent, évaluent, orientent et prennent en

²⁶⁵⁰ MOLASSIOTIS, A., YUNG, H. P., YAM, B. M., CHAN, F. Y. & MOK, T. (2002) « The effectiveness of progressive muscle relaxation training in managing chemotherapy-induced nausea and vomiting in Chinese breast cancer patients: A randomised controlled trial » *Supportive Care in Cancer*, 10, 237-246.

²⁶⁵¹ BAIRD, C. & SANDS, L. (2004) « A pilot study of the effectiveness of guided imagery with progressive muscle relaxation to reduce chronic pain and mobility difficulties of osteoarthritis » *Pain Management Nursing*, 5, 97-104.

²⁶⁵² YILIDRIM, Y. K. & FADILU, C. (2006) « The effect of progressive muscle relaxation training of anxiety levels and quality of life in dialysis patients » *European Dialysis and Transplant Nurses Association Journal*, 32, 86-88.

²⁶⁵³ SIEV, J. & CHAMBERS, D. L. (2007) « Specificity of treatment effects: Cognitive therapy and relaxation for generalised anxiety and panic disorders » *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 513-522.

²⁶⁵⁴ LINEHAN, M. M. (1993) *Cognitive Behavioural Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press; COID, J., KAHTAN, N., GAULT, S., COOK, A. & JARMAN, B. (2000) « Women admitted to secure forensic psychiatric services: I. Comparison of women and men » *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 11, 275, 295.

²⁶⁵⁵ HALL, L. & LONG, C. G. (2009) « Back to basics: progressive muscle relaxation (PMR) training for women detained in conditions of medium security » *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, Vol. 20, No. 3, June 2009, 481-492.

²⁶⁵⁶ *Ibid*, p. 484.

²⁶⁵⁷ POPPEN, R. (1998) *Behavioural Relaxation Training and Assessment* (2nd ed). London: Sage, p. 237.

²⁶⁵⁸ *Ibid*, p. 239-240.

²⁶⁵⁹ SURH, J., ANDERSON, S. & TRANEL, D. (1999) « Progressive muscle relaxation in the management of behavioural disturbance in Alzheimer's disease » *Neuropsychological Rehabilitation*, 9, 31-44.

²⁶⁶⁰ HALL, L. & LONG, C. G. (2009), *op. cit.*, p. 490.

charge les malades psychiatriques pénalement condamnés.²⁶⁶¹ Le détenu est d'abord diagnostiqué selon des critères différents d'un diagnostic psychiatrique classique :

- *L'intelligence* du patient comprenant ses facultés intellectuelles et l'absence de déficiences mentales
- *La reconnaissance de l'acte commis prohibé par la loi et la perception de l'altérité* : le sujet parvient-il à comprendre que la victime a souffert de ses actes ? Fait-il preuve d'empathie afin de ne plus vouloir réitérer de tels actes une fois sa peine de prison purgée ?
- *La personnalité du sujet* (introvertie ou extravertie)
- *La nature des troubles psychiatriques du sujet et leur impact sur sa capacité de discernement* lors de la commission des faits reprochés.²⁶⁶²

Ce dernier critère permet d'évaluer si le sujet a commis les faits reprochés en raison de ses troubles psychiatriques (ex : décompensation) ou s'il était en pleine possession de ses moyens. Il fournit de plus des éléments précieux permettant d'évaluer sa 'dangerosité' : admissions psychiatriques, condamnations pénales, présence d'un appoint exo-toxique (comorbidité), absence de liens sociaux du sujet avec ses proches, non-suivi du traitement, etc.²⁶⁶³

Cependant, cette évaluation n'a pas pour objectif de se substituer à un diagnostic psychiatrique mais de comprendre les agissements du malade en vue de lui proposer les soins les plus adaptés à ses troubles. L'usage de cet outil serait pourtant dénaturé, bien loin de son but originel²⁶⁶⁴. En pratique, les soignants considèrent souvent que le malade ayant été condamné pour une infraction grave est dangereux, ordonnant son admission sous contrainte dans les meilleurs délais (en UMD par exemple). Il est important de rappeler qu'il ne s'agit pas d'un diagnostic psychiatrique mais *d'un avis purement informatif*²⁶⁶⁵. La perception de la dangerosité du patient demeure irrémédiablement subjective malgré « l'objectivité » des critères présentés.

Une fois l'évaluation réalisée, les soignants orientent le sujet vers le type de prise en charge le

²⁶⁶¹ DEMULLIER, B., STRAUB, D. & MASSOUBRE, C. (2011-2012) « La plateforme référentielle » *Psychiatrie et Violence*, 11(1), p. 49.

²⁶⁶² *Ibid.*

²⁶⁶³ COUTANCEAU, R. (2012) « Dangerosité criminologique et prévention de la récidive : Evaluer la dangerosité sans stigmatiser l'homme » *L'information Psychiatrique*, 88, 641-646.

²⁶⁶⁴ GRAVIER, B., MOULIN, V. & SENON, J-L (2012), « L'évaluation actuarielle de la dangerosité : impasses éthiques et dérives sociétales », *L'informations Psychiatrique*, 2012/8, vol. 88, pp. 599-604.

²⁶⁶⁵ COUTANCEAU, R. (2012), *op. cit.*, p. 643.

plus adapté à ses besoins, appelé « accompagnement »²⁶⁶⁶ :

- *L'accompagnement social* comprend l'aide au logement, la lutte contre l'isolement, la mise en contact avec des associations, le soutien aux démarches administratives et financières, l'accompagnement dans la recherche d'un emploi, etc.

Cet accompagnement vise à réduire le stress que subit le sujet à l'occasion de sa réinsertion. Pourtant, cet accompagnement n'est pas physique : le sujet est aiguillé vers les services sociaux susceptibles de l'aider mais n'est pas physiquement accompagné.

- *L'accompagnement judiciaire* désigne un suivi socio-judiciaire œuvrant dans la réduction du risque de récidive de l'ancien condamné (port du bracelet électronique, assignation à résidence, interdiction de s'approcher de certains lieux).
- *L'accompagnement par les soignants*, c'est-à-dire des consultations individuelles régulières avec un soignant afin d'aider le sujet contenir ses pulsions, exprimer ses maux et mieux appréhender les difficultés du quotidien.
- *L'accompagnement thérapeutique* comprend la prescription d'un traitement médicamenteux et de thérapies.

Les soins ambulatoires et les thérapies alternatives présagent d'une pratique nouvelle, plus humaine de la psychiatrie. Leur initiative mérite d'être saluée bien qu'elle demeure encore au stade expérimental. Ils pourraient devenir des soins à part entière si les moyens alloués aux pouvoirs publics étaient augmentés. Suivant ce mouvement, une autre voie pour la psychiatrie est prônée ayant pour fondement la psychothérapie institutionnelle et les communautés thérapeutiques (4).

4) La promotion d'une pratique de la psychiatrie plus humaine : de la psychothérapie institutionnelle aux communautés thérapeutiques

Une autre approche de la psychiatrie est défendue face au caractère anxiogène de l'hospitalisation par l'ensemble des acteurs des soins : patients, aides-soignants, infirmiers, psychiatres, avocats, juges... sans oublier les proches des patients. Ils déplorent la réalité d'une hospitalisation oppressante, coercitive, peu respectueuse des libertés des patients.

C'est dans cette optique que la psychothérapie institutionnelle ou ouverture des services de

²⁶⁶⁶ DEMULLIER, B., STRAUB, D. & MASSOUBRE, C. (2011-2012), *op. cit.*; CIAVALDINI, A. (2012) *Prise en charge des délinquants sexuels*. Yapaka, Bruxelles : Editions Fabert.

psychiatrie sera étudiée.

- La psychothérapie institutionnelle : soigner l'institution afin de mieux soigner les malades

La psychothérapie institutionnelle prône « l'ouverture des services de psychiatrie » au contraire des unités de soins dites « fermées » caractérisées par leurs nombreuses restrictions et interdictions.²⁶⁶⁷ Ce mouvement soutient qu'il est intolérable d'empêcher constamment le patient d'aller et venir, de porter les vêtements de son choix, d'avoir accès à ses effets personnels, d'entretenir des relations sentimentales ou sexuelles, d'exercer une activité professionnelle, d'avoir accès à leurs effets personnels, de pratiquer les loisirs de son choix, de refuser des soins jugés trop intrusifs ou comportant des effets secondaires insupportables, etc. Le Dr. Delion, psychiatre français affirme que « la fermeture des unités de soins est à la fois illégale, inefficace, disproportionnée et contre-productive ». Ouvrir ces services, accorder davantage de libertés aux patients constitue « la seule possibilité d'envisager la clinique et de mettre en place des soins dignes de ce nom, quels que soient le mode d'admission des malades ».²⁶⁶⁸

A ce titre, la psychothérapie institutionnelle promeut un « modèle théorique humaniste, consistant à soigner en premier lieu l'institution elle-même et de prendre en compte les pathologies générées par elle » avant de soigner les patients.²⁶⁶⁹ Le modèle de soins vise à rendre « le cadre de vie agréable, à limiter le risque de départs [de soignants] intempestifs, à apporter une meilleure sécurité de travail et permet aussi de réduire le taux de patients admis sans consentement et de lever plus rapidement les mesures de contrainte ».²⁶⁷⁰ Elle a pour objectif de transformer les établissements psychiatriques en lieux d'accueil de la souffrance psychopathologique des malades tout en les respectant, qu'importe leur état pathologique et la nature de leurs troubles.²⁶⁷¹

Ce mouvement soutient que l'amélioration de l'organisation du travail, de la qualité des soins

²⁶⁶⁷ NAJMAN, T. (2015) *op. cit.*, p. 11-12.

²⁶⁶⁸ *Ibid*, p. 12.

²⁶⁶⁹ *Ibid*, p. 29.

²⁶⁷⁰ *Ibid*.

²⁶⁷¹ DELION, P. (2014) « La psychothérapie institutionnelle : d'où vient-elle et où va-t-elle ? » *ERES « Empan »*, 2014/4, n°96, pp. 104-112.

et de la qualité de vie en hôpital psychiatrique favorisent une meilleure prise en charge des malades. Celle-ci nécessite la création d'un protocole « détaillant les motifs et l'ensemble des dispositions pratiques de cette ouverture de service [...] l'unité peut être fermée à clé, mais uniquement sur décision d'un des médecins du service, après discussion avec l'équipe de soins ».²⁶⁷² La fermeture permanente du service serait injuste et contre-productive car elle prive tous les patients de leur liberté d'aller et venir sans distinction de leurs troubles mentaux ou de leur supposée 'dangerosité'.

Les établissements psychiatriques seraient l'une des causes d'aggravation des troubles mentaux des sujets. Il est donc nécessaire de lutter contre « l'inaction, l'ambiance défavorable à l'hôpital et le préjugé d'irresponsabilité du malade lui-même ».²⁶⁷³ En effet, la seule existence de l'établissement psychiatrique ne signifie pas automatiquement « qu'il puisse y avoir des effets de sens thérapeutiques ».²⁶⁷⁴ Il ne peut y avoir de soins efficaces sans une structure et une politique de soins adaptées et un respect effectif des libertés et de la dignité des patients.

La psychothérapie institutionnelle s'organise en trois temps :

- La liberté, à ne pas confondre avec le laisser-faire ou le laisser-aller
- La responsabilisation par les soins médicamenteux, les échanges avec les soignants et les thérapies
- La maîtrise du milieu, c'est-à-dire l'étude des résistances émanant du personnel de l'hôpital²⁶⁷⁵.

C'est en 1942 que le Mouvement de soin et de traitement pour les malades souffrant de pathologies lourdes va être créé dans l'hôpital psychiatrique de Saint-Alban, en Lozère. François Tosquelles, Lucien Bonnafé et le directeur de cet hôpital s'allient afin d'améliorer les soins dispensés aux patients. C'est la rencontre de la psychiatrie et de la psychanalyse, définie comme la méthode d'investigation des processus psychiques profonds, de l'inconscient chez le patient. François Tosquelles devient alors le promoteur de la psychiatrie moderne. Il s'efforce de mener une réflexion critique sur l'institution de l'asile qui 'aliène' les malades en les prenant totalement en charge.

²⁶⁷² NAJMAN, T. (2015), *op. cit.*, p. 49.

²⁶⁷³ GOULIER, G., ANDLAUER, O. & SECHTER, D. (2013) « Politique et psychiatrie, quelle place dans la formation ? » *L'Information Psychiatrique*, 2013/8, vol. 89, pp. 685-693.

²⁶⁷⁴ TOSQUELLES, F. (1967) « Introduction à la seconde édition », *Le travail thérapeutique en psychiatrique*, Toulouse, éd. Erès, 2012, p. 25.

²⁶⁷⁵ GOULIER, G., ANDLAUER, O. & SECHTER, D. (2013), *op. cit.*, p. 689.

En effet, le malade mental souffre d'une *aliénation sociale*²⁶⁷⁶ lorsqu'il est hospitalisé, processus qui se divise en trois étapes :

- La *bureaucratisation* sacrifie la personne humaine au profit du statut de malade et l'hôpital psychiatrique au profit de l'appareil bureaucratique, administratif et juridique qui régit la maladie mentale. L'hôpital impose un règlement intérieur strict appliqué aux malades comme aux soignants.
- La *ségrégation sociale* répartit les malades en entités psychiatriques suivant leur degré de dangerosité ou d'agitation afin que les patients soient pris en charge de manière homogène. Il en est de même pour les soignants dont les statuts et les tâches sont clairement définis et séparés (aides-soignants, infirmiers, médecins généralistes, psychiatres, psychologues).

Les manifestations de la folie ne peuvent être divisées de manière claire et précise et doivent pouvoir s'exprimer afin que les professionnels de santé puissent les entendre et les traiter. Il est alors difficile pour le soignant d'accueillir la souffrance du malade, entravé par la rigidité de l'institution.

- *L'isolation* provoquée renferme les différentes unités de l'hôpital sur elles-mêmes, rendant la communication difficile voire impossible entre les services.²⁶⁷⁷

Chaque unité possède ses propres effectifs, son propre fonctionnement et semble régi par des règles bien précises : possibilité pour les malades de se rendre dans la salle commune ou au contraire d'être enfermé dans leur chambre une grande partie de la journée, consommation de tabac, d'alcool ou de cannabis interdite ou tolérée...

L'un des objectifs de la psychothérapie institutionnelle est de rendre les patients souffrant de lourds troubles psychiatriques 'sujets' et non plus 'objets' des soins, de leur rendre une autonomie indispensable à l'amélioration de leur état. Le recours aux médicaments reste présent lorsqu'il est nécessaire, mais toujours dans un « contexte de rencontre, de relation avec le patient » où le dialogue demeure une priorité²⁶⁷⁸. L'essentiel des soins réside dans la thérapie institutionnelle et la relation de confiance que les soignants s'efforcent de créer avec les patients : le recours aux prescriptions médicamenteuse demeure limité, par exemple en cas de

²⁶⁷⁶ OURY, J. (1992) *L'aliénation*, séminaire de Saint-Anne, collection Débats, éd. Galilée.

²⁶⁷⁷ MAEBE, R. (2003) « Vigilance et présence dans le soin : pour une psychothérapie institutionnelle en Belgique » *Cahiers de psychologie clinique*, 2003/2, n°21, pp. 167-174.

²⁶⁷⁸ MOREAU-RICAUD, M. (2004), *op. cit.*, p. 99.

grave décompensation.²⁶⁷⁹

François Tosquelles s'inspire des travaux de Freud, père de la psychanalyse, de Lacan et du livre de Hermann Simon *Pour une thérapeutique plus active à l'hôpital psychiatrique*²⁶⁸⁰ (psychiatre allemand). Le Dr. Simon avait constaté une amélioration chez ses malades qui avaient participé à la reconstruction de leur pavillon, au sein de l'asile. Fort de cette expérience, François Tosquelles veut impliquer les malades dans l'accomplissement des tâches quotidiennes au sein de l'hôpital. Il rompt avec la logique aliéniste en créant une association régie par la loi de 1901 au sein même de l'hôpital : il confie à un patient, ancien comptable, la responsabilité de la 'caisse' de cette association en qualité de trésorier.²⁶⁸¹ Cet acte radical invite les patients à endosser d'autres tâches assurant le bon fonctionnement de cette association, qualifié par Tosquelles de **club thérapeutique**.²⁶⁸²

Il redonne au malade le statut de personne active en lui réapprenant les usages, les rôles : le patient redevient acteur de sa propre existence. C'est ainsi que les malades prévoient la préparation des menus, des repas, des loisirs, des sorties, la gestion des ateliers et même l'impression d'un journal, *Le Trait d'union*. Le club va prendre une grande importance et s'exporter dans d'autres établissements de soins par des collègues partageant la vision de François Tosquelles. Cependant, certains soignants se sont opposés à la mise en place de cette organisation : accorder liberté et autonomie au patient revient pour les médecins et les infirmiers à perdre une partie de leur pouvoir au sein de l'institution. Georges Daumézon, psychiatre, l'exprime en ces termes : « Il est difficile de se transformer d'archevêque mitré en moine mendiant »²⁶⁸³. De même, la recherche d'une horizontalité entre les soignants dans le club thérapeutique est un objectif constant. Il fait émerger des conflits d'autorité, des rivalités qu'il convient de résoudre ensemble afin de réunir les conditions propices à la création du club thérapeutique.²⁶⁸⁴ Une réelle transformation du soin peut apparaître lorsque les soignants

²⁶⁷⁹ KINOO, P. (2006) « Psychothérapie institutionnelle : le paradigme multifonctionnel interactif » *Médecine et Hygiène*, 2006/1, vol. 27, pp. 47-59.

²⁶⁸⁰ SIMON, H. (1929) *Une thérapeutique plus active à l'hôpital psychiatrique*, éd. Walter de Gruyter, Berlin et Leipzig, trad. fr. hôpital psychiatrique de Saint-Alban, p. 288.

²⁶⁸¹ *Ibid.*

²⁶⁸² TOSQUELLES, F. (1967) *Le travail thérapeutique à l'hôpital psychiatrique*, éd. Scarabée, Paris, réédité sous le titre *Le travail thérapeutique en psychiatrie*, éd. Erès, p. 154.

²⁶⁸³ *Ibid.*

²⁶⁸⁴ FALLA, W. (2013) « Le fétiche et la procédure » *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 2013/2, vol. 61, pp. 89-104.

prennent conscience de leur implication narcissique et font le deuil d'un fantasme incarné par leur statut. Ils apprennent autant des malades que les malades apprennent d'eux : la parole, l'échange et donc le soin peut alors circuler entre tous les membres de la communauté.²⁶⁸⁵

Le modèle de la psychothérapie institutionnelle inspire ensuite Jean Oury (1924-2014), qui veut « essayer de fabriquer une vie » pour ses patients de la Borde, reconverti en hôpital psychiatrique basé sur le même fonctionnement du club thérapeutique²⁶⁸⁶.



Fig. 28 : clinique de la Borde aménagée par Jean Oury²⁶⁸⁷

L'organisation d'activités, la plus grande liberté accordée aux patients permet la rencontre entre patients et soignants, la rencontre de deux individus malgré l'existence des troubles chez le malade. La rencontre fait fi des statuts de chacun des pensionnaires, qu'il soit médecin, infirmier ou malade. Elle remet à plat les rapports de pouvoir et de domination habituellement présents en hôpital psychiatrique²⁶⁸⁸. La psychothérapie institutionnelle fait naître la réflexion suivante : **n'est-ce pas l'institution psychiatrique, concentrationnaire, qui aggrave les**

²⁶⁸⁵ SIROTA, A. (2005) « Le renoncement narcissique auquel le travail en équipe oblige est-il possible ? » in D. Manière, M. Aubert, F. Mourey, S. Outata (sous la direction de) *L'interprofessionnalité en gérontologie. Travailler ensemble : des théories aux pratiques*, éd. Erès, Toulouse, p. 87.

²⁶⁸⁶ OURY, J. & DEPUSSY, M. (2003) *A quelle heure passe le train ? Conversations sur la folie*, éd. Calmann-Lévy, Paris, p. 129.

²⁶⁸⁷ Photographie de la clinique de la Borde aménagée par Jean Oury : <https://www.lanouvellerepublique.fr/loir-et-cher/commune/cour-cheverny/sacres-moments-de-vie-au-theatre-de-la-borde> (consulté le 16 avril 2019), *np*.

²⁶⁸⁸ OURY, J. (2000) « Rencontre et inférences abductives » in *La reconquête*, éd. Par Thierry Gouel d'Allondans et Liliane Goldsztaub, éd. Arcanes, Strasbourg, pp. 43-52 ; AYME, J. (1959) « La participation des infirmiers à la psychothérapie » Rapport présenté au Groupe de Sèvres, 26 avril 1959, *L'information Psychiatrique*, n°8, octobre 1959, p. 483.

troubles des malades au lieu de les soigner ? L'exercice d'une autorité incontestable, d'un pouvoir de domination par les soignants rendrait les sujets plus malades qu'ils ne l'étaient au jour de leur admission. L'hôpital est alors réduit à l'enfermement des malades sans que le soin puisse être dispensé.²⁶⁸⁹

En effet, il est important de ne pas confondre institution et établissement :

- L'établissement se réfère « à la dimension organisationnelle [...] sa situation financière et administrative rattachée à la collectivité des professionnels et des patients »
- L'institution suppose quant à elle « la mise au travail et en mouvement de l'établissement dans une perspective dynamique, contrant les cloisonnements entre les statuts (infirmier, patient, psychiatre) ou entre les lieux » (ex : secteurs distincts pour les malades dépressifs, anorexiques, déments, bipolaires).²⁶⁹⁰

Il s'agit de transformer l'actuel établissement de santé en institution afin que le soin y devienne une réalité : soignants et patients doivent être placés dans les conditions permettant la création d'une « dimension psychothérapeutique ». ²⁶⁹¹ Les malades comme les soignants sont appelés à œuvrer et réfléchir ensemble afin de créer le soin psychothérapeutique²⁶⁹² car le patient 'soigné' peut tout aussi bien être 'soignant'.²⁶⁹³

Les activités participant à la naissance du soin peuvent être très simples : « prendre un café ou cuisiner avec un patient, participer à l'atelier peinture proposé par une infirmière, s'installer dans la salle commune, participer à une sortie culturelle ou sportive » en incitant au mouvement des soignants qu'importe leur diplôme.²⁶⁹⁴ La psychothérapie institutionnelle veut rompre avec la logique concentrationnaire, totalitaire de l'asile où le patient ne jouit d'aucune liberté en demeurant uniquement le réceptacle des soins. Elle déshumanise le malade et le rend chronique : s'il ne peut participer activement à son rétablissement, il ne peut guérir et restera

²⁶⁸⁹ DELION, P. (1995) *Actualité de la psychothérapie institutionnelle*, éd. Matrice, Vigneux ; DELION, P. (2000) *Corps, psychose et institutions*, éd. Erès, Toulouse. P. Blavet, L. Bonnafé, A. Chaurand, G. Daumézou... la liste n'est pas exhaustive.

²⁶⁹⁰ OURY, J. (2003) « Transfert multiréférentialité et vie quotidienne dans l'approche thérapeutique de la psychose » *Cahiers de psychologie clinique*, 2, n°21, p. 161 in VEIT, C. (2018) « L'institution pour soigner... l'établissement » *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 2018/1 (n°70), pp. 179-189.

²⁶⁹¹ OURY, J. (1985) *Le Collectif. Le Séminaire de Sainte-Anne* (1984-1985). Paris, Champ social 2005, pp. 63-64.

²⁶⁹² TOSQUELLES, F. (1972) « Désir et institution » *Recherches*, n°11 consacrée aux Journées d'études de psychothérapie institutionnelle, colloque de Waterloo, mai 1972, p. 5.

²⁶⁹³ OURY, J. (1992) « Formation et institutions psychiatriques » in M. Sapir, *Formation et institutions soignantes*, éd. La Pensée sauvage, Grenoble, p. 26.

²⁶⁹⁴ VEIT, C. (2018), *op. cit.*, p. 182.

sa vie durant entravé, hospitalisé et donc totalement dépendant de l'hôpital qui l'accueille. Il ne peut alors prendre aucune initiative, l'exercice de son désir ou de sa volonté étant rapidement réprimé par les soignants²⁶⁹⁵.

Cependant, le club thérapeutique ne se limite pas au gardiennage des malades : il reconnaît l'expression de toutes les manifestations psychotiques et leur évolution afin d'écarter le risque suicidaire ou hétéroagressif. Le malade est reconnu comme un individu auquel les soignants lui laissent une liberté de choix (sa liberté intérieure²⁶⁹⁶) : il peut s'isoler des autres pensionnaires s'il est submergé par ses troubles. L'institution et les soignants exercent donc une « *proximité distante* » avec le patient afin de lui permettre un réapprentissage des codes sociaux et comportementaux sans le brusquer, tout en prenant en compte son individualité et ses troubles²⁶⁹⁷. La présence des soignants est primordial : vigilance et attention portée aux problèmes quotidiens les plus triviaux, manifestations des symptômes des malades... et en particulier l'accompagnement littéral des personnes d'un endroit à un autre.²⁶⁹⁸

De même, l'organisation de réunions régulières est indispensable à la mise en place de la psychothérapie institutionnelle : assemblée de toute la clinique le vendredi après-midi, échanges économiques lors de la discussion d'un budget, groupe de parole, réunions de dossiers, etc.²⁶⁹⁹ Elles permettent aux soignants et aux patients de partager leur ressenti concernant la semaine écoulée, la proposition d'activités, d'exprimer leurs angoisses, leurs incertitudes : elles peuvent ainsi être considérées comme des « interfaces entre le collectif et le singulier » afin d'améliorer la vie en communauté²⁷⁰⁰.

Aujourd'hui, la réduction des effectifs de soignants empêche la mise en place de la psychothérapie institutionnelle : « l'homme est de plus en plus absent de la psychiatrie. Mais

²⁶⁹⁵ DE LUCA-BERNIER, C. (2011) « Logique du soin en psychothérapie institutionnelle » *ERES, Le Coq-Héron*, 2011/3, n°206, pp. 98-106 ; BICHON, P. (2007) « A propos des réunions institutionnelles » *Institutions*, n°39, p. 43.

²⁶⁹⁶ OURY, J. (1992) « Formation et institutions psychiatriques » in *Formation et institutions soignantes*, dir. M. Sapir, éd. La Pensée sauvage, Grenoble, p. 196.

²⁶⁹⁷ DE LUCA-BERNIER, C. (2011), *op. cit.*, p. 100 ; OURY, J. (1990) « Pathique et fonction d'accueil en psychothérapie institutionnelle » in *Le contact*, éd. Par Schotte J., éd. De Boeck, Bruxelles, p. 118.

²⁶⁹⁸ OURY, J. (1976) « Thérapeutique institutionnelle » in *Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle*, éd. Payot, p. 170.

²⁶⁹⁹ BALVET, P., ROTHBERG, D., BANGE, C. (1961) « La réunion d'équipe, conscience du pavillon et moyen psychothérapeutique » *L'information psychiatrique*, 1961/37, pp. 375-391.

²⁷⁰⁰ OURY, J. (1966) « Peut-on encore parler de réunion ? » in *Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle*, éd. Du Champ social, Lecques, p. 155.

peu s'en aperçoivent, parce que l'homme est de plus en plus absent de l'homme »²⁷⁰¹. Sa mise en œuvre rencontre plusieurs obstacles : l'inertie institutionnelle (ne rien modifier aux procédures en place), la paranoïa, la hiérarchie et l'uniformisation (dispenser aux patients des soins identiques qu'importe leurs troubles).²⁷⁰² Soigner la maladie mentale exige un investissement, une implication humaine. L'augmentation des effectifs est certes une priorité, mais il est tout aussi fondamental de briser la peur, la méfiance envers le malade parfois considéré comme intrinsèquement dangereux en raison de sa maladie. Il est d'autant plus difficile pour les soignants en sous-effectif d'exercer ensemble lorsque les tâches sont individualisées. Prendre en charge le patient ne se limite pas à dispenser un traitement médicamenteux et à l'enfermer dans sa chambre, c'est une dynamique groupale où les échanges entre les patients et les malades doivent avoir lieu. Le soin psychiatrique disparaît dans le cas contraire, ne laissant subsister qu'un gardiennage répressif pour les patients agités.²⁷⁰³ La psychothérapie institutionnelle est donc la mise en œuvre d'une psychiatrie à visage humain.²⁷⁰⁴

L'ouverture des services a été mise en application pendant deux ans par le Dr. Najman. A l'issue de cette période, le Dr. Najman indique que la décision arbitraire, homogène de fermeture des services hospitaliers s'appliquant à tous les patients n'a jamais été prise. Il ajoute à ce titre [qu'il] « ne voit pas très bien quelle situation improbable [le] conduirait à imposer à l'ensemble de [ses] patients une entrave à la circulation dans l'hôpital ». ²⁷⁰⁵ Lorsque cela est nécessaire, le patient 'dangereux' peut faire l'objet d'une mesure de contrainte et le psychiatre peut ajuster son traitement.²⁷⁰⁶ Il serait déraisonnable d'entraver la bonne marche du service par une mesure spectaculaire 'punissant' l'ensemble des patients. Ce climat carcéral et anxiogène est contre-thérapeutique pour les patients comme pour les soignants.

Ensuite, la traçabilité des mesures de contrainte ordonnées serait plus aisée puisque limitée aux patients ayant adopté un comportement dangereux pour autrui ou-même.²⁷⁰⁷ Il est important

²⁷⁰¹ MALDINEY, H. (2001) « L'homme dans la psychiatrie » *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, n°36, p. 31.

²⁷⁰² DE LUCA-BERNIER, C. (2013) « Transformation du soin et logique des groupes... en psychothérapie institutionnelle » *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 2013/2, n°61, pp. 105-117.

²⁷⁰³ *Ibid.*, p. 116.

²⁷⁰⁴ BUZARE, A. (2002) *La psychothérapie institutionnelle, c'est la psychiatrie*, éd. Champ social, Nîmes, p. 82.

²⁷⁰⁵ NAJMAN, T. (2015), *op. cit.*, p. 50.

²⁷⁰⁶ *Ibid.*

²⁷⁰⁷ DELARUE, J-M (2013), *op. cit.*, p. 248.

que chaque mesure de contrainte mentionne la date, l'heure de début et de fin de la mesure, les circonstances de sa mise en œuvre, le nom du psychiatre l'ayant ordonnée et la nature de cette mesure (géographie, chimique, physique).²⁷⁰⁸

De même, le suivi médical du patient doit être assuré tout au long de la mesure de contrainte. Cette surveillance doit être réalisée sur le plan psychique d'une part : l'état de décompensation a-t-il pris fin ? Le patient a-t-il retrouvé un semblant de lucidité ? Est-il redevenu calme ? Nourrit-il encore des pensées suicidaires ou la volonté de commettre des violences sur une tierce personne ? Le suivi somatique du patient doit de même être pris en compte : pression artérielle, rythme cardiaque, niveau de glycémie, vérification des membres entravés en cas de contention physique (coupures, ecchymoses, irritations), etc.

Une fois la mesure de contrainte levée, le document mentionnant ces informations doit être transmis à la Commission départementale des soins psychiatriques (CDSP).²⁷⁰⁹

Or, ces recommandations demeurent lettre morte en raison du sous-effectif des soignants et d'un nombre de lits insuffisant en psychiatrie. Constamment débordés, les soignants ne peuvent exécuter ces directives. La pratique psychiatrique reste rythmée par un emploi du temps strict, ponctué de temps de repas, de toilette, la prise des traitements et l'enfermement sans distinction des patients dans leurs chambres.

Derrière cette mesure expérimentale se dissimule en vérité la question de l'avenir de la psychiatrie : « souhaitons-nous transformer les hôpitaux en prisons, ou, à tout le moins, rapprocher les modes de fonctionnement de ces deux institutions ? ».²⁷¹⁰

Au contraire, ne faudrait-il pas rétablir la psychiatrie comme une discipline médicale semblable à toutes les autres, où les patients bénéficient de leurs droits et ne subissent pas de mesures de contrainte quasi-systématiques ? En effet, la fermeture des services « s'apparente à une mesure de punition collective » parfaitement illégale.²⁷¹¹ Il est inadmissible « qu'un patient, surtout en hospitalisation libre se trouve derrière une porte fermée, même s'il est convenu que cette porte puisse être ouverte à sa demande [...] ». ²⁷¹²

²⁷⁰⁸ *Ibid.*

²⁷⁰⁹ *Ibid.*

²⁷¹⁰ NAJMAN, T. (2015), *op. cit.*, p. 119.

²⁷¹¹ *Ibid.*, p. 49.

²⁷¹² BANTMAN, P. (2010) « La liberté d'aller et venir en psychiatrie. Entre l'exigence de la loi, l'éthique et la réalité des pratiques » *L'Information Psychiatrique*, vol. 86, 2010/4, éditions John Libbey.

D'autre part, l'ouverture des services hospitaliers permettrait une « déstigmatisation de l'hospitalisation ».²⁷¹³ Elle ferait évoluer la réputation de l'hôpital psychiatrique : ni mouvoir, ni prison, il deviendrait un réel lieu de soins et d'échanges sans logique répressive ni mauvais traitements.

La psychothérapie institutionnelle exige de repenser toute l'organisation des soins en hôpital psychiatrique. Elle exige à ce sujet la réunion de plusieurs conditions.

- Les conditions de mise en œuvre de la psychothérapie institutionnelle : l'urgence d'une refondation de l'hôpital psychiatrique

La psychothérapie institutionnelle suppose la mise en place de plusieurs conditions : l'amélioration des conditions de séjour des patients, le renforcement des effectifs de soignants et la participation active du patient aux soins.

- L'amélioration des conditions de séjour hospitalier protégeant la dignité du patient

L'amélioration des conditions de séjour hospitalier est une condition incontournable dans la mise en œuvre de la psychothérapie institutionnelle. Le service hospitalier doit être suffisamment grand afin que patients et soignants puissent circuler aisément. Chaque pièce doit posséder un certain confort afin que le séjour des patients et le travail des soignants se déroule dans les meilleures conditions.²⁷¹⁴ Les malades doivent bénéficier d'une intimité suffisante : absence de caméras de surveillance et de fenêtres ayant une vue trop importante sur la chambre du patient, locaux suffisamment éclairés, chauffés l'hiver et climatisés l'été, etc.²⁷¹⁵

Très souvent, les chambres des patients sont double voire triple. S'il est difficile pour les patients de faire face à leur propre pathologie, il est d'autant plus délicat de devoir appréhender celle du patient séjournant dans la même chambre. La manifestation des troubles psychiques de son compagnon de chambre est anxiogène chez le patient : propos incohérents, cris, discours

²⁷¹³ *Ibid*, p. 293.

²⁷¹⁴ O'KEEFFE G. (1999) « Management of imminent violence: Guidelines issued by the Research Unit of the Royal College of Psychiatrists » *The Journal of Forensic Psychiatry* Vol 10, No 2, September 1999, 391-398.

²⁷¹⁵ *Ibid*, p. 394.

dépressifs, etc. De même, le patient peut être témoin d'actes d'automutilation, de tentatives de suicide ou être lui-même victime de ces violences.

En somme, le patient est exposé à l'aggravation de ses troubles mentaux lorsqu'il subit une « cohabitation prolongée et forcée avec d'autres personnes conduisant [...] à des postures de repli ou de révolte chez les patients ».²⁷¹⁶

A ce titre, M. Delarue (1945-), ancien CGLPL recommande la généralisation des chambres individuelles pour les patients.²⁷¹⁷ Il s'étonne *a contrario* qu'en médecine-chirurgie, « la chambre individuelle [soit] devenue la règle ».²⁷¹⁸ Cette différence de traitement serait justifiée par la réduction des moyens humains et financiers dont est victime la psychiatrie, réputée être « le parent pauvre de la médecine ».²⁷¹⁹ Les gouvernements successifs auraient approuvé la réduction de ces ressources au prétexte que « l'état des malades mentaux les rendrait insensibles à leur environnement matériel ».²⁷²⁰ Parfaitement infondé, cet argument témoigne du mépris exprimé par l'exécutif : avant d'être des patients, les malades sont des êtres humains sensibles à la qualité de leur environnement de vie. Ils demeurent conscients des mauvais traitements dont ils sont victimes, surtout concernant leur qualité de vie.

La durée de séjour hospitalier en psychiatrie est souvent plus longue contrairement aux troubles somatiques. Il est donc nécessaire d'assurer le confort et le bien-être des patients afin que les soins soient dispensés dans les meilleures conditions. La chambre du patient « doit être de 10m² minimum par personne, à laquelle il convient d'ajouter des sanitaires, dans l'idéal dans une pièce attenante, idéalement séparée par une porte, [...] prévoir des équipements nécessaires aux personnes à mobilité réduite tels que la circulation d'un fauteuil roulant dans la salle d'eau ».²⁷²¹

Les fenêtres doivent permettre « d'avoir une vue sur l'extérieur [afin de ne pas exacerber le sentiment d'enfermement du patient], les pièces doivent être correctement ventilées, les nuisances sonores assourdies au maximum par l'isolation correcte des murs, sols et plafonds ».²⁷²² Le douloureux sentiment de contrainte très répandu chez les patients

²⁷¹⁶ DELARUE, J-M (2013), *op. cit.*, p. 165.

²⁷¹⁷ *Ibid.*

²⁷¹⁸ *Ibid.*

²⁷¹⁹ *Ibid.*, p. 166.

²⁷²⁰ *Ibid.*

²⁷²¹ *Ibid.*

²⁷²² *Ibid.*

hospitalisés (même volontairement) doit être atténué autant que possible.²⁷²³

En effet, le patient hospitalisé n'est pas libre d'aller et venir comme il le désire dans la majeure partie des établissements psychiatriques. Un régime alimentaire lui est imposé et la seule utilisation de ses effets personnels (ordinateur portable, téléphone, voire livres et photos) peut lui être interdite au prétexte qu'elle compromettrait la qualité des soins. S'il bénéficie d'une autorisation de sortie temporaire (de quelques heures à quelques jours), il est systématiquement fouillé et contrôlé à son retour, afin que les soignants s'assurent qu'il n'a pas apporté de l'extérieur de l'alcool ou des stupéfiants.²⁷²⁴

L'insalubrité des conditions de séjour des patients psychiatriques peut constituer une atteinte aux droits du patient prévus par la Convention européenne.

Dans l'arrêt *Stanev c. Bulgarie* de 2012²⁷²⁵, l'appelant dénonce les conditions d'hospitalisation dans le cadre de son admission sous contrainte. Il déplore l'absence de chauffage dans sa chambre alors que la température extérieure était de -10°C, l'obligation du port d'un uniforme spécifique pour les patients sans raison apparente, l'interdiction du port de chaussettes ou de chaussures adaptées, l'accès à la salle d'eau une fois par semaine, les toilettes insalubres composées uniquement d'un trou à même le sol dans sa chambre, la présence d'odeurs nauséabondes jour et nuit, la présence de barreaux aux fenêtres, etc.²⁷²⁶

Les juges de la Haute cour ont estimé que ces conditions d'hospitalisation constituaient un traitement inhumain et dégradant au sens de l'article 3 de la Convention. L'appelant a ainsi obtenu gain de cause : sa mesure d'hospitalisation a été levée, jugée abusive et attentatoire à son droit d'être protégé de tout traitement inhumain et dégradant.²⁷²⁷

Plus le patient paraît 'dangereux' aux yeux des soignants, plus les privations exercées contre lui seront importantes²⁷²⁸, compromettant la qualité de vie du patient et sa réponse au

²⁷²³ POULSEN, H. D. (2002) « The prevalence of extra-legal deprivation of liberty in a psychiatric hospital population » *International Journal of Law and Psychiatry*, 25, 29-36.

²⁷²⁴ NICHOLSON, R. A., EKENSTAM, C. & NORWOOD, S. (1996) « Coercion and the outcome of psychiatric hospitalization » *International Journal of Law and Psychiatry*, 19, 201-217.

²⁷²⁵ *Stanev v Bulgaria* (2012) App No 36760/06 ECHR in BROWN, J. (2016) « The changing purpose of mental health law: From medicalism to legalism to new legalism » *International Journal of Law and Psychiatry*, 47, 1-9.

²⁷²⁶ *Ibid*, p. 5.

²⁷²⁷ *Ibid*.

²⁷²⁸ POULSEN, H. D. (1999) « Perceived coercion among committed, detained and voluntary patients » *International Journal of Law and Psychiatry*, 22, 167-175.

traitement²⁷²⁹. **Le patient psychiatrique n'est jamais libre de choisir son traitement ou les effets personnels dont il peut faire usage et n'est pas assuré d'être traité de manière digne²⁷³⁰**. Il ne dispose pas des mêmes droits que le patient hospitalisé pour une affection somatique. Les restrictions imposées aux patients mettent en exergue la crainte de tout débordement et le désir de sécurité des soignants. Cette réflexion sécuritaire se fonde sur l'idée erronée qu'un patient enfermé dans sa chambre est moins susceptible d'être un fauteur de trouble.

Par ailleurs, cette logique d'enfermement est propice en ces temps de réductions budgétaires et de raréfaction des effectifs de soignants. Enfermés dans leur chambre à l'exception des heures de toilette et de repas, les patients n'ont plus besoin d'être surveillés. Pourquoi recruter des soignants quand il suffit d'isoler chaque patient et de lui administrer un traitement ? Il faut rappeler pourtant que de telles coupes budgétaires menacent l'avenir de la psychiatrie en tant que discipline médicale, le rôle des soignants se réduisant à peau de chagrin. Ils adoptent progressivement un rôle de surveillant au sein d'un établissement pénitentiaire qui ne dit pas son nom.

Le traitement des troubles psychiatriques est long, incertain et difficile : leur complexité n'incite pas les pouvoirs publics à s'impliquer dans leur prise en charge aux résultats peu encourageants. La réduction des ressources entraîne la dégradation de la qualité des soins, du confort des infrastructures et des conditions de travail des soignants.

La méfiance est de mise, les mesures de contrainte régulières voire quotidiennes afin d'assurer la tranquillité des lieux, les patients frustrés, agressifs de ne pouvoir être traités avec respect et humanité. **La psychiatrie ne se fonde plus sur l'écoute, le dialogue, l'échange mais la suspicion, la surveillance, la répression, créant un cercle vicieux de violence dont l'issue n'est certainement pas la diminution des symptômes chez les malades...**

En somme, il est nécessaire d'augmenter les effectifs des soignants et les moyens alloués à la psychiatrie hospitalière afin de mettre un terme à cette irrésistible fuite en avant prisée par l'exécutif.

²⁷²⁹ LIDZ, C. W., MULVEY, E. P., HOGE, S. K., KIRSCH, B. L., MONAHAN, J., EISENBERG, M., GARDNER, W. & ROTH, L. H. (1998) « Factual sources of psychiatric patients' perceptions of coercion in the hospital admission process » *American Journal of Psychiatry*, 155, 1254-1260.

²⁷³⁰ ROGERS, A. (1993) « Coercion and 'voluntary' admission: An examination of psychiatric patient views » *Behavioural Sciences and the Law*, 11, 259-236.

- Le renforcement des effectifs des soignants, un préalable incontournable dans l'administration des soins

Faire de la psychothérapie institutionnelle une réalité est nécessaire afin d'augmenter le nombre de soignants en hôpital psychiatrique. Or, une diminution constante des effectifs est constatée dès 2013.²⁷³¹ Cette tendance est imputable à la faible attractivité du secteur, la dégradation des conditions de travail, l'intensification de la pression managériale et la baisse des ressources. L'ouverture des services de psychiatrie est irréalisable sans la présence constante des soignants (aides-soignants, infirmiers, psychiatres, médecins généralistes). Le but de leur présence ne consiste pas à surveiller les patients mais à les accompagner par le dialogue et l'écoute de leurs maux.

Cette approche thérapeutique est fortement éloignée de la culture actuelle des soins. Le discours d'Antony du 2 décembre 2008 de l'ancien président français, Nicolas Sarkozy, évoque davantage la répression des écarts de comportement chez les patients, l'emploi de caméras de surveillance, le renforcement des effectifs d'agents de sécurité, etc.²⁷³² Ces déclarations demeurent bien éloignées de la réalité du terrain, s'attachant davantage à la répression de patients considérés comme 'dangereux', 'violents', 'imprévisibles' voire 'criminels' même en l'absence de condamnations pénales.²⁷³³

Réduits au seul 'risque' qu'ils représentent pour la société, la volonté du pouvoir exécutif consiste à renforcer la sécurité des hôpitaux psychiatriques à tout prix. La qualité du soin, l'écoute du patient, l'entretien d'un dialogue, la naissance d'une alliance thérapeutique avec les soignants n'ont plus de droit de cité. Pourtant, seuls ces éléments permettent d'obtenir des soins psychiatriques de qualité et par conséquent la réduction des incidents violents.

De même, les *médiateurs de santé pair* (MSP) jouent un rôle de médiateur entre les professionnels de santé et les patients. Ces intervenants en santé mentale ont directement subi un trouble psychiatrique et ont été usagers des services de santé mentale. Grâce à leur rétablissement, il possède un bon niveau de recul sur la maladie mentale et la souffrance psychique. C'est pour le MSP une professionnalisation lui permettant de valoriser ses

²⁷³¹ DELARUE, J-M (2013), *op. cit.*, p. 248.

²⁷³² NAJMAN, T. (2015), *op. cit.*, p. 72.

²⁷³³ *Ibid.*, p. 72.

expériences de patient psychiatrique au service des malades mais également dans le but de son épanouissement personnel. A la suite d'une formation d'un an, il peut être intégré dans les équipes de santé mentale en tant que nouveau professionnel de santé : leur rôle poursuit trois objectifs :

- Faciliter l'accès aux soins psychiatriques pour les usagers en les introduisant dans l'organisation des services
- Confirmer la possibilité du rétablissement du malade mental, y compris pour les troubles chroniques et sévères, en dépit des nombreux préjugés affirmant le contraire
- Introduire une nouvelle forme de médiation thérapeutique réduisant la traditionnelle distance entre professionnels de santé et malades, proximité souvent négligée par les soignants.²⁷³⁴

L'implication des MSP dans les soins psychiatriques devrait être plus récurrente. En effet, cet intervenant est la personne à plus à même de rassurer à la fois le patient et le soignant de la pertinence des soins. Son rôle de médiateur soulage l'angoisse du patient, peu au fait de la nature du traitement dont il pourra faire l'objet et craignant les dires et les gestes des soignants qu'il peut percevoir comme une menace. Du côté des soignants, le MSP présente une forme plus 'acceptable' des troubles mentaux, une vision 'apaisée' des troubles psychiatriques prouvant que la rémission est possible. La déraison des patients paraît plus proche, plus compréhensible et le soignant peut retrouver un sens nouveau à son activité. L'action du MSP est donc une idée novatrice et très intéressante au regard de l'amélioration de la qualité des soins comme de l'environnement de travail des soignants. Or, cette initiative ne peut être mise en œuvre qu'avec d'anciens patients et des effectifs de soignants suffisamment nombreux et volontaires pour mener ce projet à bien.

Dans l'optique d'un mouvement d'émancipation des patients et d'une meilleure prise en charge, le projet des médiateurs-pairs a été créé sur le modèle des *peer support workers* ou pairs-aidants américains apparus en 1989. Il s'agit de personnes en capacité de travailler, ayant eu une expérience en tant qu'utilisateur des services de santé mentale qui ont décidé d'entamer un parcours de professionnalisation dans le domaine de l'aide et de la médiation en santé mentale. Ils jouent un rôle de facilitateurs de santé, intégrés dans les équipes de soignants au profit des

²⁷³⁴ MARSILI, M. (2015) « La médiation en santé : Une interface novatrice pour l'accès aux droits, à la prévention et aux soins » in LUNEL, A., *op. cit.*, p. 162-163.

malades.²⁷³⁵

L'activité des médiateurs santé-pairs concerne :

- L'accès aux soins : ils jouent le rôle d'interface entre les soignants et les malades concernant la prévention et l'accès aux soins
- L'accompagnement : ils soutiennent l'insertion sociale des patients avec les associations locales, les aident dans leurs formalités administratives... et de manière générale, les aident à lutter contre la solitude.
- Le soutien relationnel : ils accompagnent le processus de rétablissement du malade.
- La participation à la démarche d'éducation à la santé : ils informent les patients sur les thérapies disponibles sans se substituer aux soignants et les aident à répondre à leurs questionnements concernant leur traitement.²⁷³⁶

L'une des forces des médiateurs santé-pairs est leur « savoir expérientiel » de la maladie mentale. En effet, ils ont vécu la maladie mentale (accès dépressifs, délirants, vécus des symptômes, de dépendances, de passage à l'acte...). Ils sont familiers de l'institution psychiatrique et de son fonctionnement : hospitalisation parfois sous contrainte, placement en isolement, vécu des prescriptions médicamenteuses, des relations avec les soignants... Ils ont également connu le rétablissement de la maladie mentale : ils possèdent une meilleure connaissance des symptômes, des ressources leur permettant de « s'en être sortis », de l'aide reçue, de l'efficacité des traitements, etc.²⁷³⁷

Cette initiative a donné lieu à la création d'une formation en deux ans délivrée par l'Université Paris 8. Malgré l'engouement suscité par ce mouvement de pair-aidance, des difficultés ont été relevées lors de l'exercice des médiateurs. Certains soignants craignent de ne pouvoir travailler selon leurs habitudes et la culture de leur service : comment reprendre un médiateur ayant outrepassé ses fonctions sans le blesser ? Faut-il mettre un accès de colère sur le compte de la maladie ou de la personnalité de l'aidant ? Où se situe la limite entre ce que le médiateur peut faire et ne pas faire dans le service ? S'il peut discuter librement avec le patient, peut-il

²⁷³⁵ ROELANDT, J-L (2016) *L'expérimentation des médiateurs de santé pairs, une révolution intranquille*, éditions John Libbey Eurotext, p. 34.

²⁷³⁶ Commission de la santé mentale à Lille :

<http://www.ccomssantementalelillefrance.org/sites/ccoms.org/files/pdf/PROGRAMME%20MEDIATEUR%20DE%20SANTE%20PAIR.pdf> (consulté le 26 mars 2019), p. 6.

²⁷³⁷ *Ibid*, p. 11.

s'opposer à sa mise à l'isolement²⁷³⁸ ? Qu'en est-il aussi du respect du secret médical ? Des oppositions se sont élevées contre le projet, accusé de recruter « des fonctionnaires », « de la main d'œuvre bon marché » dont la maladie serait perçue comme une « compétence ». Il serait également difficile pour les médiateurs santé-pairs d'exercer au sein des hôpitaux publics en raison de la rigidité de cette structure, les empêchant d'exprimer leur créativité afin de venir en aide aux malades²⁷³⁹.

Au Québec comme aux Etats-Unis, le rôle du médiateur a pourtant fait ses preuves : leur action permet de déstigmatiser la maladie mentale. Elle prouve que le malade psychiatrique peut se rétablir et exercer une profession comme l'individu sain. Il peut participer au bon déroulement des soins, rassurer le patient lors d'une audience avec le juge, l'accompagner au cours d'une mesure de contention afin de l'apaiser, l'aider à lutter contre la solitude, etc. En somme, le médiateur santé-pair représente une lueur d'espoir pour le malade mental et favorise une prise en charge plus humaine.

Dans cette perspective, la participation active du patient aux soins et en particulier dans le suivi de son traitement et des activités proposées par les soignants est précieuse afin d'améliorer les soins.

- L'implication active du patient aux soins et activités favorisant l'efficacité du traitement

Il est important que les patients aient la possibilité d'exercer des activités au cours de leur séjour hospitalier. C'est en effet dans la plus grande oisiveté que les patients sont le plus susceptibles de se livrer à des actes d'automutilation ou d'agression.²⁷⁴⁰ La psychothérapie institutionnelle défend cette approche du soin : « le service ouvert positionne le malade contraint face à la responsabilité de son acte [...] le patient ne se trouve plus dans une position passive, dans laquelle il semble subir ses symptômes ». ²⁷⁴¹ Il est incité à s'impliquer dans le suivi du traitement et la création d'une relation de confiance avec les soignants : il prend activement part au processus de soins. Il est invité à exprimer son ressenti concernant les soins, les effets secondaires subis, l'augmentation ou la diminution de sa posologie, etc. Le patient admis sous

²⁷³⁸ *Ibid*, p. 13.

²⁷³⁹ ROELANDT, J-L (2016), *op. cit.*, p. 47.

²⁷⁴⁰ O'KEEFFE G. (1999), *op. cit.*, p. 395.

²⁷⁴¹ NAJMAN, T. (2015), *op. cit.*, p. 155.

contrainte peut-il réclamer un ajustement du traitement voire refuser les soins ? Cette question reste ouverte ; l'initiative proposée par le Dr. Najman étant encore très récente, seule la pratique pourra nous éclairer sur ce point. Encore faut-il que d'autres établissements de soins psychiatriques veuillent en éprouver le fonctionnement.

Au Royaume-Uni, cette démarche est recommandée dès l'admission du malade. Il est indispensable en premier lieu de l'informer correctement²⁷⁴² sur le diagnostic, la prévention et gestion des rechutes, les effets et risques indésirables du traitement et les modalités et conditions de la mainlevée de l'hospitalisation.²⁷⁴³ L'ancien CGLPL, M. Delarue, propose d'améliorer l'information du patient²⁷⁴⁴ à travers la création d'un document-type mentionnant de manière claire et exhaustive ses droits : modalités de refus de soins, désignation d'une personne de confiance, recours, autorités compétentes dans le ressort géographique de l'établissement, etc.²⁷⁴⁵

Les soignants ne doivent pas omettre que sa prise en charge puisse être longue et requiert donc sa réelle implication dans le suivi du traitement. Le patient doit toutefois avoir conscience d'une 'responsabilité limitée' dans la réussite ou l'échec des soins,²⁷⁴⁶ la psychiatrie reste une science inexacte malgré les progrès de la science.

De même, l'ouverture des services de psychiatrie serait bénéfique pour les professionnels de santé. Ils seraient « libérés pour des tâches plus épanouissantes et moins infantilisantes qu'aller ouvrir la serrure à la demande d'un malade ».²⁷⁴⁷ Le Dr. Najman ajoute qu'en dépit des premières réticences exprimées par les soignants concernant leur sécurité, « le climat de l'unité lui-même s'en trouvait modifié [...] certaines infirmières sont devenues les plus ardents défenseurs de ce fonctionnement. ».²⁷⁴⁸

L'ouverture des services de psychiatrie n'a pas fait augmenter le nombre de fugues des patients comme l'ont craint les détracteurs du Dr. Najman. Les disparitions de patients « étaient du

²⁷⁴² TYRER P. (1998), « Feedback for the personality disordered » *The Journal of Forensic Psychiatry*, vol. 9 n°1, May 1998, 1-4.

²⁷⁴³ *Ibid*, p. 3.

²⁷⁴⁴ DELARUE, J-M (2013), *op. cit.*, p. 248.

²⁷⁴⁵ *Ibid*.

²⁷⁴⁶ TYRER P. (1998), *op. cit.*, p. 3.

²⁷⁴⁷ NAJMAN, T. (2015), *op. cit.*, p. 48.

²⁷⁴⁸ *Ibid*.

même ordre de grandeur que dans les autres services de l'établissement ».²⁷⁴⁹ La crainte d'une insécurité dans le service hospitalier s'avère infondée, cette perception étant aussi subjective que celle de la dangerosité. Une fois le climat de travail devenu moins anxiogène, le Dr. Najman a lancé le développement de « diverses activités de soins groupales telles que des réunions avec les malades ».²⁷⁵⁰ Ces réunions régulières leur permettent de s'exprimer sur leurs conditions d'hospitalisation et l'avancement de leur traitement. Ils peuvent formuler des propositions afin d'améliorer les soins reçus.

Cette initiative a également été adoptée dans plusieurs hôpitaux psychiatriques britanniques. Mary Barnes, une patiente souffrant de schizophrénie sévère présentant une forte agressivité²⁷⁵¹ était en rupture profonde avec ses proches, incapable de s'exprimer de manière intelligible. Hospitalisée dans l'établissement Kingsley Hall de Londres, elle a peu à peu appris à renouer avec le monde extérieur. La peinture lui a permis d'exprimer son mal-être, sa souffrance, la perte de son sentiment d'identité, l'incapacité d'incarner sa propre personne, etc.²⁷⁵² A l'issue de vingt ans d'hospitalisation, cette patiente a pu être réinsérée et faire commerce de ses œuvres d'art. Celles-ci sont aujourd'hui reconnues dans le monde entier et constituent la preuve de l'efficacité de l'art-thérapie et de la psychothérapie institutionnelle.²⁷⁵³ Au-delà de l'emploi de l'expression artistique contre les troubles mentaux, cette méthode de soins est révélatrice d'une approche plus humaine de la psychiatrie. Elle est synonyme d'espoir pour les patients et leurs proches.

Cependant, il ne peut s'agir d'une solution miracle. L'hospitalisation psychiatrique même en secteur ouvert est souvent longue et la réinsertion tardive. Les troubles psychiatriques demeurent difficiles à appréhender en raison de leur complexité, de la réticence du patient à admettre ses troubles ou de son absence de réponse au traitement. De même, la sévérité de ses troubles, la présence d'antécédents judiciaires ou la présence d'une comorbidité sont susceptibles de ralentir sa prise en charge.

Améliorer les soins dispensés par l'ouverture des services requiert l'instauration d'une relation thérapeutique de confiance entre le patient et les soignants. Aussi appelée alliance

²⁷⁴⁹ *Ibid.*

²⁷⁵⁰ *Ibid.*, p. 51.

²⁷⁵¹ BARNES, M. & BERKE, J. (1976) *Mary Barnes, un voyage à travers la folie*, Paris, Seuil, p. 137.

²⁷⁵² *Ibid.*

²⁷⁵³ *Ibid.*, p. 139.

thérapeutique, elle symbolise le lien unissant le patient et le soignant au cours du séjour hospitalier.

- La création de l'alliance thérapeutique et la confidentialité des données de santé en psychiatrie

Dispenser les soins de manière efficace sans porter atteinte aux droits du patient suppose de mettre en place une alliance thérapeutique entre le soignant et le malade. Trois étapes ou niveaux de sécurité doivent être atteints en vue de créer cette relation de confiance. Une fois celle-ci mise en place, il faudra se poser la question du respect du secret médical en psychiatrie souvent bafoué.

- La sécurité physique, procédurale et relationnelle permettant la naissance de l'alliance thérapeutique

L'alliance thérapeutique²⁷⁵⁴ suppose de créer successivement trois niveaux de sécurité²⁷⁵⁵ :

- *La sécurité physique* : les infrastructures doivent être pourvues de grilles, de barrières, de portes permettant d'isoler les patients du monde extérieur, voire des autres patients et soignants lorsque le comportement du patient s'avère dangereux.

L'hôpital psychiatrique crée un cadre sécurisant pour le patient en 'contenant' les troubles psychiatriques du sujet. Pour autant, cette condition n'est pas contradictoire avec l'ouverture des services de psychiatrie. Elle suppose que le patient se sente en sécurité dans l'enceinte de l'établissement tout en jouissant de sa liberté d'aller et venir entre sa chambre, les sanitaires, la salle commune, etc.

²⁷⁵⁴ TIGHE, J. & GUDJONSSON, G. H. (2012) « See, Think, Act Scale: Preliminary development and validation of a measure of relational security in medium and low secure units » *The Journal of Psychiatry & Psychology*, Vol. 23, No. 2, April 2012, 184-199.

²⁷⁵⁵ *Ibid*, p. 184.



Fig. 29 : salle commune dans un établissement de santé mentale²⁷⁵⁶

Cependant, l'accès extérieur au bâtiment doit être sécurisé et limité, préservant le patient des violences sur autrui ou sur lui-même qu'il est susceptible de commettre. Rappelons qu'il ne peut y avoir de soins efficaces si l'hospitalisation est vécue comme une incarcération.

- *La sécurité procédurale* concerne le suivi d'une procédure bien établie concernant les modalités de l'hospitalisation du patient, l'établissement de son diagnostic, le recours à la contrainte en cas de décompensation, etc.

Cette condition suppose que l'environnement thérapeutique soit sain²⁷⁵⁷ : il comprend la perception de l'environnement socio-culturel, la philosophie, les valeurs, la culture de soins et le règlement intérieur de l'hôpital. Il est intéressant de relever que cette perception est ressentie aussi bien chez les soignants que les patients.²⁷⁵⁸ En pratique pourtant, la culture de soins peut varier d'un service à un autre même si la 'dangerosité' des patients n'y est pas différente. Ces différences de traitement créent chez le soignant un sentiment d'insécurité et d'incertitude face aux soins à administrer. Doit-il être davantage vigilant face à un patient dépressif dépendant aux opiacés ? Qu'en est-il du patient schizophrène non agressif mais condamné

²⁷⁵⁶ Cahier de photos du rapport annuel d'activités du CGLPL, année 2016, p. 9 : http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2017/03/CahierPhoto2016_BD.pdf (consulté le 25 avril 2019).

²⁷⁵⁷ WORLD HEALTH ORGANISATION (1953) *The community mental hospital: Third report of the expert committee on mental health*, no. 73. Geneva: Switzerland, p. 284..

²⁷⁵⁸ MOOS, R. H. & HOUTS, P. S. (1968) « Assessment of the social atmospheres of psychiatric wards » *Journal of Abnormal Psychology*, 73, 595-604.

pénalement pour violences volontaires ?

Ensuite, l'environnement thérapeutique doit être dynamique²⁷⁵⁹ en impliquant le patient dans la prise du traitement ou le suivi d'activités proposées par les soignants²⁷⁶⁰.

- *La sécurité relationnelle*, c'est-à-dire la prise en charge du patient dans le respect de sa dignité et de ses droits.

La notion de dignité recouvre le respect du consentement et du refus de soins du patient, pierre angulaire de la relation thérapeutique.²⁷⁶¹ Le soignant « doit quitter son statut de toute-puissance pour être un technicien éclairé au service de la santé et de son patient ». ²⁷⁶² Il doit abandonner toute attitude paternaliste ou condescendante et considérer le patient comme « un partenaire des soins »²⁷⁶³ en minimisant l'existence d'un lien hiérarchique entre eux.

La sécurité relationnelle comporte des aspects qualitatifs et quantitatifs.²⁷⁶⁴

Les aspects quantitatifs désignent le nombre de patients admis en comparaison avec le nombre de soignants du service, l'ancienneté des soignants et le nombre de contacts directs entre les patients et les soignants (consultations régulières, discussions quotidiennes).²⁷⁶⁵ Au contraire, la forte rotation des soignants empêche la création d'un sentiment de confiance chez les malades, l'alliance thérapeutique ne pouvant s'établir que dans la durée. Il est compréhensible pourtant que les mauvaises conditions de travail, la crainte d'être victime de violences conduisent les soignants à s'absenter voire à quitter leur emploi rapidement.²⁷⁶⁶

²⁷⁵⁹ NORTON, K. (2004) « Re-thinking acute psychiatric inpatient care » *International Journal of Social Psychiatry*, 50, 274-284.

²⁷⁶⁰ BELLACK, A. (2006) « Scientific and consumer models of recovery in schizophrenia: Concordance, contrasts and implications » *Schizophrenia Bulletin*, 32, 432-442.

²⁷⁶¹ LOMBERTIE, E. R., BOURLLOT, D., VILLEGIER, P., OUANASS, A., DARTHOUT, N. & TRARIEUX, A. M. (2000) « Consentement en pratique clinique » in *Le consentement en pratique clinique*, par L. Colonna & B. Lachaux, groupe d'études France-Université-Antidépresseurs, Médecine-Sciences, éditions Flammarion ; KECK, P. E. & SUSMAN, J. (2003) « Introduction » *Journal of Family Practice (Supplement)*, 3(6), 4-5.

²⁷⁶² OYEKAN, E., NIMALASURIYA, A., MARTIN, J., SCOTT, R., DUDL, R. J. & GREEN, K. (2009) « The SMART appropriate medication-use process: A guide for clinicians to help patients – Part I: Barriers, solutions and motivation » *Permanente Journal*, 13, 62-69.

²⁷⁶³ LOMBERTIE, E. R., BOURLLOT, D., VILLEGIER, P., OUANASS, A., DARTHOUT, N. & TRARIEUX, A. M. (2000), *op. cit.*, p. 48.

²⁷⁶⁴ KENNEDY, H. G. (2002) « Therapeutic uses of security: Mapping forensic mental health services by stratifying risk » *Advances in Psychiatric Treatment*, 8, 433-443.

²⁷⁶⁵ *Ibid*, p. 437.

²⁷⁶⁶ TAPP, J., WARREN, F., FIFE-SCHAW, C., PERKINS, D. & MOORE E. (2013) « What do the expertise by experience tell us about 'what works' in high secure forensic inpatient hospital services? » *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, Vol. 24, No. 2, pp. 160-178.

Les aspects qualitatifs sont définis par « l'équilibre entre l'intrusion des soignants dans la vie privée des patients, la capacité des soignants à solliciter l'aide de leurs collègues, la confiance témoignée entre patients et soignants²⁷⁶⁷ et le respect témoigné aux malades ». ²⁷⁶⁸ Cette liste inclut également les risques de bouleversement de l'organisation du service comme les violences²⁷⁶⁹. Assurer la sécurité relationnelle exige la mise en place d'une procédure à appliquer dans ces situations d'urgence.²⁷⁷⁰

Afin de promouvoir la sécurité relationnelle, le ministère de la Santé britannique a formulé en 2010 des recommandations dans le cadre du programme STA, « *See, Think, Act* » (observer, réfléchir, agir).²⁷⁷¹ Elles se divisent en quatre volets :

- La capacité des soignants à maintenir une certaine distance avec les patients dans la dispensation des soins ; il est nécessaire que les soignants puissent communiquer entre eux à ce titre²⁷⁷²
- Assurer la qualité des interactions entre soignants et patients, sans animosité ni condescendance de la part des soignants
- Assurer la bonne connaissance de l'environnement fermé, sécurisé, contraignant de l'hôpital psychiatrique chez l'homme.
- Enfin, renforcer les contacts avec le monde extérieur dans la mesure du possible.

Le respect de ces recommandations permettrait de réduire le nombre des violences commises au sein du service, améliorant les conditions de travail des soignants et par conséquent la qualité des soins prodigués²⁷⁷³.

Une fois ces trois niveaux de sécurité atteints, d'autres critères doivent être remplis afin de permettre la création de l'alliance thérapeutique :

- La présence médicale doit être suffisante auprès du patient²⁷⁷⁴ ; il ne s'agit pas de

²⁷⁶⁷ KENNEDY, H. G. (2002), *op. cit.*, p. 438.

²⁷⁶⁸ LIVINGSTON, J. D., NIJDAM-JONES, A. & BRINK, J. (2012) « A tale of two cultures: examining patient centred-care in a forensic mental health hospital » *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, Vol. 23, No. 3, June 2012, 345-360.

²⁷⁶⁹ COLLINS, M. & DAVIES, S. (2005) « The security needs assessment profile: A multi-dimensional approach to measuring security needs » *International Journal of Forensic Mental Health*, 4, 39-52; WELSH ASSEMBLY GOVERNMENT (2009) *Review of secure mental health services*. Cardiff, p. 227.

²⁷⁷⁰ DEPARTMENT OF HEALTH (2010) *Your guide to relational security: See, Think, Act*. London: DoH, p. 145.

²⁷⁷¹ *Ibid*, p. 148.

²⁷⁷² YALOM, I. D. (1995) *The theory and practice of group psychotherapy* (4th ed.) New York, NY: Basic Books; ANDREWS, D. A. & BONTA, J. (2003) *The psychology of criminal conduct* (3rd ed.). Cincinnati, OH: Anderson.

²⁷⁷³ TIGHE, J. & GUDJONSSON, G. H. (2012), *op. cit.*, p. 196.

²⁷⁷⁴ LOMBERTIE, E. R., BOURLOT, D. *et al*, *op. cit.*, p. 48.

privilégier un grand nombre de soignants mais d'accorder un temps suffisant à chacun d'entre eux afin d'échanger avec le malade.

- Le soignant doit adopter une attitude de loyauté envers le patient²⁷⁷⁵ : il doit l'informer de ses devoirs, de ses compétences et de leurs limites.

Par exemple, le soignant doit rappeler au patient que les relations sentimentales entre patient et soignant sont prohibées afin de maintenir une relation thérapeutique saine.

- Le discours du soignant doit être clair et intelligible lorsqu'il délivre des informations au patient²⁷⁷⁶ sans faire usage d'un vocabulaire trop savant²⁷⁷⁷. Si ces informations sont trop denses, il doit les communiquer sur une certaine durée.²⁷⁷⁸
- Le soignant ne doit pas ignorer les traumatismes ayant provoqué ou aggravé ses troubles psychiatriques (antécédents familiaux, judiciaires, médicaux) : violences, dépression et troubles anxieux subis à l'occasion d'une peine d'emprisonnement, etc.²⁷⁷⁹

Rappelons qu'il est essentiel que les soignants aient une bonne connaissance du dossier médical du patient : diagnostic, traitement prescrit, réponse au traitement, effets secondaires constatés... Dès l'admission du patient, ils doivent recueillir ces informations au cours de consultations et d'examens de santé réguliers.

- Le soignant doit s'efforcer d'être transparent envers le patient et ses proches s'ils le désirent concernant l'évolution de la pathologie et sa réponse au traitement.²⁷⁸⁰

Le soutien des proches peut être bénéfique, aidant le malade à se sentir moins isolé et démuni face à la pathologie.

- Le soignant doit savoir se mettre à l'écoute du patient²⁷⁸¹ : il est en première ligne afin d'écouter et soulager la souffrance du patient²⁷⁸², le rassurer sur l'innocuité et l'efficacité du traitement prescrit²⁷⁸³.

²⁷⁷⁵ *Ibid.*

²⁷⁷⁶ *Ibid.*

²⁷⁷⁷ SHEA, S. C. (2008) « The 'medication interest model': An integrative clinical interviewing approach for improving medication adherence – part I – Clinical applications » *Professional Case Management*, 13(6), 305-315.

²⁷⁷⁸ *Ibid.*, p. 307.

²⁷⁷⁹ LOMBERTIE, E. R., BOURLOT, D. *et al.*, *op. cit.*, p. 48.

²⁷⁸⁰ *Ibid.*, p. 49.

²⁷⁸¹ *Ibid.*

²⁷⁸² BOURKIA, D. (2015) *Être infirmière*, édition Lieux Dits, p. 10 ; BODON-BRUZEL, M. & DESCOTT, R. (2015) *L'homme qui voulait cuire sa mère*, éditions Stock, p. 37.

²⁷⁸³ WHEELER, K. J., ROBERTS, M. E. & NEIHEISEL, M. B. (2014) « Medication adherence part two: Predictors of nonadherence and adherence » *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 26, 225-232.

En somme, l'alliance thérapeutique permet de créer un climat serein où le patient mis en confiance pourra se livrer sur les troubles dont il souffre. Or, sans confiance, le patient n'osera pas s'exprimer et le traitement peut difficilement être une réussite dans ces conditions.²⁷⁸⁴ **Il est important de rappeler que les soignants faisant preuve d'écoute, d'empathie, de respect, soutenant et rassurant le patient permettent d'améliorer le taux d'efficacité du traitement.**²⁷⁸⁵

Toutefois, la question du secret médical et de la confidentialité des données de santé doit être soulevée dans le cadre de l'alliance thérapeutique. En psychiatrie hospitalière, le malade voit ce droit pourtant inhérent à son statut de patient bafoué.

- Le non-respect du secret médical en psychiatrie dénoncé

L'établissement d'une alliance thérapeutique n'est viable que si les soignants respectent la confidentialité des données de santé concernant le malade. Elles concernent les informations liées à la santé psychiatrique et somatique du patient, ses antécédents, la composition de son traitement, etc.²⁷⁸⁶

Cette importante forme de secret professionnel est intimement liée au droit au respect de la vie privée du patient, prévu à l'article 8 de la Convention européenne.²⁷⁸⁷ La Cour de cassation a reconnu très tôt l'importance du secret médical. Dans l'affaire Watelet du 19 décembre 1885, la Cour de cassation s'engage alors dans une nouvelle voie jurisprudentielle en précisant dans ses attendus que la disposition de l'article 378 du Code pénal (« Les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé ainsi que les pharmaciens, les sages-femmes et tout autre personne dépositaire par état ou profession, des secrets qu'on leur confie, qui, hors le cas où la loi oblige

²⁷⁸⁴ GHERMAN, A., SCHNUR, J., MONTGOMERY, G., SASSU, R., VERESIU, I. & DAVID, D. (2011) « How are adherent people more likely to think? A meta-analysis of health beliefs and diabetes self-care » *Diabetes Educator*, 37(3), 392-408; PARUCH, D. (2009) « The psychotherapist-patient privilege in the family court: An exemplar of disharmony between social policy goals, professional ethics, and the current state of the law » *Northern Illinois University Law Review*, 29(3), 499-570; Jaffee v Redmon (1996) 518 U.S., 1, 116 S. Ct. 1923, 135 L. Ed. 2D 337 in SMITH, D. M. (2008) « An uncertain privilege: Implied waiver and the evisceration of the psychotherapist-patient privilege in the federal courts » *DePaul Law Review*, 58, 79-151.

²⁷⁸⁵ PAWLIWKOSKA, T., ZHANG, W., GRIFFITHS, F., VAN DALEN, J. & VAN DER VLEUTEN, C. (2012) « Verbal and non-verbal behaviour of doctors and patients in primary care consultations – How this related to patient enablement » *Patient Education and Counselling*, 86(1), 70-76; GOULD, E. & MITTY, E. (2010) « Medication adherence is a partnership, medication compliance is not » *Geriatric Nursing*, 31(4), 290-298.

²⁷⁸⁶ KING, J. S. & MOULTON, B. W. (2006) « Rethinking informed consent: The case for shared medical decision-making » *American Journal of Law & Medicine*, 32, 429-501.

²⁷⁸⁷ PARUCH, D. (2009), *op. cit.*, p. 519.

à se porter dénonciateurs, auront révélé ces secrets, seront punis d'un emprisonnement d'1 à 6 mois et d'une amende de 100 à 500 F ») « est générale et absolue et qu'elle punit toute révélation du secret professionnel sans qu'il soit nécessaire d'établir à la charge du révéléateur l'intention de nuire. Que le délit existe, dès que la révélation a été faite avec connaissance, indépendamment de toute intention de nuire ». L'arrêt *Degraene* du 8 mai 1947 entérine cette le confirme : « l'obligation du secret professionnel s'impose aux médecins comme un devoir de leur état. Elle est générale et absolue et il n'appartient à personne de les en affranchir ».²⁷⁸⁸ La règle figurait aussi dans le code de 1941 (« le secret professionnel lie le médecin de manière absolue ; il n'appartient pas au client de l'en délier ») tandis que les derniers codes de déontologie médicale depuis 1995 consacrent une règle similaire : « Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi » (article 4, code de 2017).

L'article 4 du Code de déontologie médicale énonce en ce sens que : « le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin, [il] couvre tout ce qui est venu à la connaissance dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris ».²⁷⁸⁹

Lié au respect de la vie privée du patient, la confidentialité des données de santé est prévue à l'article L 1110-4 du CSP en vertu de la loi Kouchner du 4 mars 2002 : « toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant ». Le secret médical est à la fois un droit pour le patient lié au respect de sa vie privée et une obligation légale pour le professionnel de santé de respecter la confidentialité des données recueillies²⁷⁹⁰ dans l'intérêt privé du patient²⁷⁹¹ et public, d'ordre social, car il ne saurait y avoir une médecine de qualité sans que le patient puisse confier au médecin les informations relatives à son état de santé.²⁷⁹² De plus, le médecin ne peut déroger à son obligation de respecter le secret médical concernant les données de santé du patient, même si le patient l'y autorise.²⁷⁹³

²⁷⁸⁸ Cass. Crim. 8 mai 1947, II. Bull.crim. N° 124 ; D. 1948.1, arrêt *Degraene*.

²⁷⁸⁹ Article 4 du Code de déontologie des médecins et article L 4127-4 du Code de la santé publique.

²⁷⁹⁰ HILGER, G. (2016) « La force du secret médical en droit pénal » *Revue générale de droit médical*, n°61, p. 84.

²⁷⁹¹ BEIGNIER, B. (1999) « Secret médical et assurance des personnes » *Recueil Dalloz*, chron. P. 469.

²⁷⁹² HILGER, G. (2016), *op. cit.*, p. 85.

²⁷⁹³ SAINT-MARTIN, A. (2010) « Le secret médical et le patient (I) : Le patient (a priorité) maître du secret

La loi française fournit une liste des différentes données de santé : « informations concernant la santé [du patient] qui sont formalisées ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment les résultats d'examen, compte-rendu de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation, des protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en œuvre, feuilles de surveillance, correspondances entre professionnels de santé ». ²⁷⁹⁴ Selon le Conseil d'Etat, le secret médical s'étend « à toute information à caractère personnel confiée par un patient ou vue, entendue ou comprise par le praticien ». ²⁷⁹⁵ L'information peut aussi bien concerner les soins que les problèmes de la vie quotidienne, les confidences, les angoisses du patient. Le Conseil d'Etat a d'ailleurs rendu un arrêt confirmant la protection du secret médical au profit du patient en 2015. En l'espèce, le médecin réalisé un examen de gynécologie auprès d'une patiente. Son compagnon a été informé de cet examen à l'insu de la patiente qui ne voulait pas qu'il en soit informé. Le praticien a été condamné sur le fondement des articles L 1110-4 et R 4127-4 du Code de la santé publique à une peine d'interdiction d'exercer la médecine pendant trois mois. Cette application rigoureuse de la loi est ici justifiée : le médecin a mépris l'obligation du respect du secret médical en diffusant ces informations à une tierce personne, commettant ainsi une atteinte au droit du respect à la vie privée de la patiente. ²⁷⁹⁶

Toutefois, « les informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique [du patient] ou concernant un tel tiers » ²⁷⁹⁷ sont exclues de cette liste. Il peut s'agir par exemple d'un surveillant pénitentiaire faisant remarquer dans le dossier du patient que celui-ci se montre agité, d'un juge des libertés et de la détention mentionnant l'impossibilité pour le patient de comprendre les informations qui lui sont fournies au sujet d'une prise en charge médicale, etc.

La loi définit également la qualité des personnes habilitées à héberger des données de santé, c'est-à-dire « les professionnels de santé ou les établissements de santé [...] à l'occasion des

professionnel médical » *Revue droit & santé* n°34, pp. 109 ; KING, J. S. & MOULTON, B. W. (2006) « Rethinking informed consent: The case for shared medical decision-making » *American Journal of Law & Medicine*, 32, 429-501.

²⁷⁹⁴ Art. L 1111-7 du Code de la santé publique.

²⁷⁹⁵ Conseil d'Etat, arrêt du 17 juin 2015, n° 385924 in site Internet du CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS (2016) « Article 4 – Secret professionnel », publication du 4 février 2016 : <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-4-secret-professionnel-913> (consulté le 17 janvier 2018), *np*.

²⁷⁹⁶ CE, 17 juin 2015, n°385924 in NIETO, A. (2015) « Amis médecins, le secret pèse sur vous : méfiez-vous des informations amicales ! » *Revue de droit & santé*, n°68, pp. 830-831.

²⁷⁹⁷ Art. L 1111-7 du Code de la santé publique.

activités de prévention, de diagnostic ou de soins ».²⁷⁹⁸ Il est néanmoins indispensable que ces personnes physiques ou morales disposent d'un agrément prévu à cet effet, selon le décret du 4 janvier 2006.²⁷⁹⁹

Le cas de l'expert psychiatre à l'occasion d'un jugement pénal dans lequel l'auteur des faits reprochés est appelé à comparaître retient ici notre attention. L'article R 4127-108 du CSP rappelle que « dans la rédaction de son rapport, le médecin expert ne doit révéler que les éléments de nature à apporter la réponse aux questions posées. Hors de ces limites, il doit taire tout ce qu'il a pu connaître à l'occasion de cette expertise ». En tant que médecin, l'expert est tenu de respecter le secret médical et son statut d'auxiliaire de justice ne l'autorise à donner son avis que concernant les points évoqués par le juge. Il ne peut pas répondre à d'autres questions sans l'accord des parties²⁸⁰⁰. Lié par deux obligations contradictoires au cours du procès (se taire et parler), l'expert doit être le collaborateur le plus efficace du juge sans pour autant trahir le secret médical de la personne appelée à comparaître.²⁸⁰¹ Son rôle doit être valorisé car il permet depuis la création de l'expertise pénale de distinguer les malades psychiatriques afin de les orienter vers l'hospitalisation psychiatrique plutôt que l'emprisonnement.²⁸⁰²

La demande d'accès aux données (informatisées ou manuscrites) peut être demandée à n'importe quel soignant ayant pris en charge le malade : médecin traitant, psychiatre, infirmier, aide-soignant, etc²⁸⁰³. La demande doit être écrite (sous peine d'être 'oubliée' par les soignants en raison de leur importante charge de travail) et une réponse (même négative) doit lui être adressée dans les huit jours à compter de sa réception.²⁸⁰⁴ Si les informations médicales demandées datent de plus de cinq ans (à compter de la date de la demande), le délai de réponse

²⁷⁹⁸ Article L 1111-8 du Code de la santé publique.

²⁷⁹⁹ Décret n°2006-6 du 4 janvier 2006 relatif à l'hébergement de données de santé à caractère personnel et modifiant le Code de la santé publique (dispositions réglementaires).

²⁸⁰⁰ Article 238 du Code de procédure civile in CASILE-HUGUES G. (2012) « L'expert judiciaire et le secret médical » in *Les cahiers de droit de la santé du sud-est – Le secret médical*, sous la direction de LECA, A., actes du Xie colloque du Centre de droit de la Santé d'Aix-Marseille, Aix-en-Provence, 30 novembre 2011, p. 97.

²⁸⁰¹ SARGOS, P. (2004) « Les principes d'immunité et de légitimité en matière de secret professionnel médical » *JCP*, I, p. 187 ; FRISON-ROCHE, A-M. (1999) « Secret et profession » in *Secrets professionnels*, autrement, Essais, Paris.

²⁸⁰² LEGRAND, P. (2012) « Secret médical et expertise psychiatrique » *Revue générale de droit médical* n°43, juin 2012, pp. 61-63.

²⁸⁰³ Art. L 1111-7 du Code de la santé publique.

²⁸⁰⁴ *Ibid.*

est porté à deux mois.²⁸⁰⁵ La personne de confiance désignée par le patient ou à défaut par la loi, peut exercer ce droit dans les mêmes conditions.²⁸⁰⁶ La doctrine rappelle utilement que la décision de la personne de confiance ne se substitue pas à celle du patient. La personne désignée par le malade doit agir dans l'intérêt de celui-ci, selon les souhaits émis par le patient : elle permet au patient d'exercer son autonomie. Ensuite, la loi Leonetti de 2005 n'établit pas de hiérarchie entre la personne de confiance, la famille et les proches du patient. Toute décision concernant le traitement du patient requiert une prise de décision collégiale entre les soignants et ces personnes, favorisant l'apparition de conflits.²⁸⁰⁷ Le rapport Léonetti déplore cette lacune car la question du traitement et de la fin de vie, douloureuse pour tout un chacun, doit être résolue dans les meilleures conditions. A ce titre, la loi de modernisation de notre système de santé de 2016 renforce le rôle de la personne de confiance : son témoignage prévaut sur ceux des autres personnes de la famille du malade. Celui-ci, lorsqu'il désigne la personne de confiance, peut réviser cette déclaration à tout moment.

La consultation des données de santé du patient psychiatrique peut être « subordonnée à titre exceptionnel à la présence d'un médecin en cas de risque d'une gravité particulière ». En cas de refus, la demande d'accès aux informations de santé peut être adressée à la Commission départementale des soins psychiatriques (CDSPP).²⁸⁰⁸ La loi ne précise pas la nature de ces circonstances exceptionnelles : s'agit-il du patient agité voire 'dangereux' souhaitant accéder à ses données de santé ? Du patient détenu ? Ce silence de la loi laisse aux acteurs concernés le soin de décider de la pertinence d'une telle mesure. Pourtant, aucune considération de sécurité ne devrait empêcher le patient de prendre connaissance des informations relatives à sa santé.

De même, aucune procédure légale n'assure l'exercice de ce droit ; une étude montre à ce sujet que les patients rencontrant des difficultés dans l'accès à leurs données sont nombreux. Souvent, le délai de huit jours n'est pas respecté, le dossier transmis est souvent incomplet et ne mentionne que les derniers soins réalisés. Il faudra tout de même saluer l'action du médecin en charge du patient, délivrant lui-même au patient son dossier médical.²⁸⁰⁹ Le manque de

²⁸⁰⁵ *Ibid.*

²⁸⁰⁶ *Ibid.*

²⁸⁰⁷ DUPUY, O. (2006) « Consentement aux soins : le rôle de l'entourage du patient » *Revue droit & santé* n°6, pp. 338-341.

²⁸⁰⁸ Art. L 1111-7 du Code de la santé publique.

²⁸⁰⁹ BONNIOL, V. & GANNE, M. (2016) « Protéger le secret du dossier médical hospitalier : une utopie ? » *Revue droit & santé* n°71, chron., pp. 336-347.

transparence de l'exercice de ce droit pose un réel problème porte atteinte au droit au respect de la vie privée du patient. La doctrine observe un affaiblissement du secret médical auquel il faudrait donc s'adapter²⁸¹⁰. Accaparés par leurs tâches quotidiennes, les soignants n'auraient pas le temps de s'atteler à de telles procédures, et pour cause. Leur rôle est de soigner le malade, certes, mais il serait difficile pour le professionnel de santé d'étudier en priorité les demandes d'accès aux données de santé lorsque l'urgence se trouve dans la prise en charge des patients. **Il est pourtant inconcevable qu'un individu ne puisse avoir accès aux informations concernant sa santé qu'importe le prétexte invoqué.** Que faire alors ? La mise en place de procédures de traitement des demandes d'accès aux données de santé de manière informatisée des patients serait pertinente. Les secrétaires médicaux seraient les plus à même d'assurer cette tâche afin que la dispensation des soins par les soignants ne soit pas entravée. Cette réorganisation des tâches requiert alors une augmentation des effectifs des secrétaires médicaux et administratifs au sein des hôpitaux.

Le 18 mai 2017, la CNIL a prononcé une sanction pécuniaire contre un médecin ayant failli de transmettre au patient son dossier médical pendant plus d'un an sur le fondement de l'article 39 4° de la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978 : « toute personne... a le droit d'interroger le responsable d'un traitement de données à caractère personnel en vue d'obtenir la communication... des données à caractère personnel qui la concernent ». Dans cette décision, la CNIL affirme que « le secret médical ne saurait s'opposer, en l'espèce, à la communication au patient des données le concernant et contenues dans son dossier médical ».²⁸¹¹

Cette sanction révèle la volonté de la CNIL de condamner les agissements des soignants peu soucieux de respecter le droit du patient à l'accès à son dossier médical. Il est néanmoins surprenant que cette décision n'émane pas du Conseil national de l'Ordre des médecins. En sa qualité d'organisme de régulation et de contrôle des professionnels de santé, il leur revient en premier lieu de sanctionner les actions illégales commises par ses membres. Faudrait-il y voir un esprit corporatiste visant à protéger les soignants contre d'éventuelles poursuites judiciaires ?

²⁸¹⁰ KAHN, A. (2009) « Le secret médical : d'Hippocrate à Internet » *Recueil Dalloz* 2009, p. 2623 ;

COUTURIER, M. (2015) « Que reste-t-il du secret médical ? » in *Mélanges en l'honneur de Gérard Mémeteau*, dir. Violla F., Py B. & Leonhard, J., LEH Editions, pp : 351-360.

²⁸¹¹ Délibération de la formation restreinte SAN-2017-008 du 18 mai 2017 prononçant une sanction pécuniaire à l'encontre de la société d'exercice libéral à responsabilité limitée X in GRIT, M. (2017) « Sanction de la Cnil suite au refus d'un praticien de transmettre à son patient son dossier médical » *Revue droit & santé* n°79, pp. 716-717.

L'informatisation croissante des données de santé devrait permettre un accès plus rapide aux données de santé. Dès que la demande d'accès aux données parvient au soignant, il devrait pouvoir en reproduire un exemplaire, le fichier étant informatisé et donc systématisé. Si cette proposition semble réalisable dans un futur proche, de nombreux dysfonctionnements restent à prévoir : perte des données, confusion entre deux patients portant des noms similaires, erreurs de frappe, piratage du système de stockage des données, etc. L'informatisation des données de santé est certes une solution imparfaite, mais elle demeure une piste intéressante à explorer pour les professionnels de santé, les patients et leurs proches.

A ce titre, la création du DMP ou Dossier médical partagé²⁸¹² permet à tout bénéficiaire de l'Assurance maladie de conserver les documents suivants de manière informatisée : comptes-rendus hospitaliers et radiologiques, résultats d'analyses de biologie, antécédents et allergies, actes importants réalisés et précédentes prescriptions de médicaments. Créé par la loi du 13 août 2004 et modifié par huit (!) autres lois²⁸¹³, le DMP est accessible aux professionnels de santé comme au patient sauf opposition de ce dernier²⁸¹⁴. Il devrait être généralisé dès début 2019 suite à une expérimentation dans neuf départements. Inscrit dans la loi du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de notre système de santé, le DMP est prévu par le législateur comme un outil permettant d'améliorer l'accès aux soins et la continuité de la prise en charge pour le patient.²⁸¹⁵ Une partie de la doctrine salue la création de cet outil afin d'assurer la coordination des soins et l'accès rapide du patient à ses données de santé. En effet, le DMP présente un intérêt tout particulier si le malade rencontre de nombreux problèmes de santé et, en ce qui concerne notre sujet, bénéficie de nombreux soins psychiatriques (hospitalisations, prescriptions, consultations avec un psychiatre, un psychologue, etc) au sein de plusieurs établissements de santé (hôpital psychiatrique, centre de soins ambulatoires).²⁸¹⁶ De plus, le

²⁸¹² Décret n°2016-1545 du 16 novembre 2016 relatifs aux données à caractère personnel dénommé 'dossier médical partagé'.

²⁸¹³ Loi n°2004-810 du 13 août 2004, loi n°2006-1640 du 21 décembre 2006, loi n°2007-127 du 30 janvier 2007, loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007, loi n°2008-1330 du 17 décembre 2008, loi dite HPST n°2009-879 du 21 juillet 2009, ordonnance de coordination n°2010-177 du 23 février 2010, loi dite Fourcade n°2011-940 du 10 août 2011, loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

²⁸¹⁴ Article L 1111-9 du Code de la santé publique ; SERVICE PUBLIC, sur le contenu du dossier médical partagé à l'usage des usagers du système de santé : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F10872> (consulté le 26 décembre 2018), *np*.

²⁸¹⁵ NICOLAS, G. (2017) « L'évolution des droits des patients, approche transversale » in *Modernisation du système de santé, un an d'application de la loi du 26 janvier 2016*, Les cahiers de droit de la santé, sous la direction de G. Nicolas et V. Vioujas, LEH Editions, p. 161.

²⁸¹⁶ BOURDAIRE-MIGNOT, C. (2018) « 2018 : l'année du DMP pour tous ? » *Revue générale de droit médical*, n°66, pp. 19-36.

patient peut exercer un contrôle sur ses informations qu'il peut modifier voire masquer à sa convenance, ouvrir et clôturer le DMP sur simple demande *via* un portail Internet dédié.²⁸¹⁷

Les objectifs du DMP sont les suivants :

- Permettre au patient de transmettre ses données de santé au soignant à tout moment
- Eviter la redondance des examens
- Être un vecteur d'éducation à la santé
- Favoriser l'évolution des comportements médicaux vers la collaboration entre professionnels de santé²⁸¹⁸.

L'usage du DMP facilite l'expression de l'autonomie du patient en lui permettant d'accorder ou refuser le droit d'accès à ses données de santé. Cependant, ce droit est tempéré par le principe de solidarité qui « peut éventuellement lui imposer des limites ».²⁸¹⁹ Par exemple, un patient ne peut refuser de transmettre ses données de santé à un soignant autre que son médecin traitant. Le professionnel de santé aura accès à son DMP en toute hypothèse car la nécessité de le soigner importe davantage que son refus de transmettre les données le concernant. C'est la raison pour laquelle les soignants ont accès aux données masquées²⁸²⁰. La loi de 2016 élargit la liste des professionnels ayant accès au dossier médical partagé : professionnels médico-sociaux mais aussi sociaux (assistantes sociales), psychologues, kinésithérapeutes ont accès aux données du patient²⁸²¹. Faut-il s'inquiéter de cet élargissement à l'accès du DMP, traditionnellement réservé aux seuls professionnels de santé ? Il semble que la force du secret médical soit peu à peu atténuée, le législateur facilitant l'accès à ces données de manière à un nombre d'acteurs toujours plus grand. Le DMP est-il alors un simulacre d'autonomie pour le patient 'sauf s'il commet des actes déraisonnables' selon les soignants ? Quel est alors l'intérêt d'une telle mesure au regard de la qualité des soins, objectif clairement poursuivi par le législateur ?

De même, comment articuler le droit pour le patient de dissimuler certaines informations avec

²⁸¹⁷ Article L 1111-18 du Code de la santé publique.

²⁸¹⁸ MARTIN, E. (2008) « Le CCNE, le 'dossier médical personnel' (DMP) et l'informatisation des données de santé (Avis n°104 du CCNE) » *Revue droit & santé* n°26, p. 696.

²⁸¹⁹ MARTIN, E. (2008), *op. cit.*, p. 697.

²⁸²⁰ Art. L 1111-16 CSP *in* MANAOUIL, C. (2016) « Le secret partagé entre professionnels depuis la loi santé du 26 janvier 2016 » *Revue générale de droit médical* n°61, p. 55.

²⁸²¹ Nouvel article L 1110-4 du CSP et décret n°2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel.

la nécessité du soignant de prendre en compte toutes les données relatives à son état de santé ?

La création du DMP souffre d'un paradoxe entre deux conceptions difficiles à concilier :

- En faire un instrument au service des professionnels de santé afin d'assurer une meilleure continuité des soins
- L'ériger en un outil au service du patient afin qu'il puisse exercer son droit de regard sur ses données de santé en toute circonstance²⁸²².

Le DMP ne peut être exhaustif de ce fait, tout comme sa complexité risque de le rendre inutilisable pour les patients peu habitués à l'outil informatique.²⁸²³ En effet, leur collecte les expose au risque d'un piratage informatique ou d'une utilisation à des fins lucratives (ex : vente des données de santé aux assurances, organismes de crédit, banques). Une fois obtenues et traitées, ces données permettraient de prévenir et traiter les maladies, voire d'orienter les politiques de santé publique²⁸²⁴. Une banque pourrait refuser l'octroi d'un crédit si le demandeur présente une maladie incurable comme un diabète, de l'hypertension chronique, des troubles bipolaires, etc. Pour le moment fondée sur le volontariat, cette mesure serait coûteuse à mettre en place sur l'ensemble du territoire et viendrait alourdir les dépenses de l'Assurance maladie. En somme, si l'idée du DMP est pertinente pour assurer la continuité des soins, sa mise en pratique requiert la plus grande prudence afin de garantir la confidentialité des données récoltées et le bon fonctionnement de l'outil.²⁸²⁵ Il est encore trop tôt pour généraliser ce système car il représenterait une menace pour la protection du secret médical auquel de nombreux patients et soignants sont attachés. Face à une société nous invitant à exposer toujours davantage notre vie privée *via* les réseaux sociaux, le secret médical reste un droit précieux que chacun estime important de protéger.²⁸²⁶ Il n'est donc pas surprenant que les patients soient encore peu nombreux à faire usage du DMP en dépit des efforts du législateur.²⁸²⁷

²⁸²² MONNIER, A. (2009) « Le dossier médical personnel : Histoire, encadrement juridique et perspectives » *RDSS*, p. 625.

²⁸²³ MARTIN, E. (2008), *op. cit.*, p. 696.

²⁸²⁴ WILLIATE-PELLITTERI L. (2017) « Du colloque singulier à la médecine numérique : quel rôle pour le magistrat ? » in *La médecine judiciaire d'hier à aujourd'hui : regards croisés*, sous la direction de S. Humbert, P. Galanopoulos et A. Lunel, Actes et séminaires, LEH Editions, p. 92.

²⁸²⁵ BOURDAIRE-MIGNOT, C. (2012) « Le dossier médical personnel (DMP) : un outil de stockage des données de santé en vue d'une utilisation partagée » *Revue générale de droit médical*, n°44, p. 296.

²⁸²⁶ TRUCHET, D. (2015) « Le secret médical, obligation obsolète ou exigence actuelle ? » in *Mélanges en l'honneur de Michel Bélanger*, dir. E. Cadeau, E. Mondielle, F. Violla, LEH Editions, p. 328 ; ROGEAUX, Y. (2016) « Le secret médical : Une approche déontologique et éthique » *Revue générale de droit médical*, n°61, décembre 2016, p. 24.

²⁸²⁷ ROMANENS, J-L (2012) « Le DMP : Un dossier médical personnel encore peu partagé » *Revue droit & santé* n°47, pp. 258-263.

Le partage des informations de santé contenues dans le DMP concerne les professionnels de santé entre eux à l'occasion des soins réalisés sur le patient mais aussi les établissements de soins publics et privés l'accueillant.²⁸²⁸ Lors de son admission, le patient doit fournir de nombreuses informations relatives à son état de santé afin de constituer un dossier nominatif et personnel.²⁸²⁹ Il doit être assuré au cours de son séjour hospitalier que ces informations ne soient pas divulguées à un tiers « n'entrant pas dans la relation de soins »²⁸³⁰ puisqu'il « confie et expose son corps, son intimité aux regards et aux gestes des autres ».²⁸³¹ Le dossier du malade doit ensuite être classé afin d'éviter certaines indiscretions ; son accès doit être réservé seulement aux soignants prenant en charge le patient. Le malade psychiatrique est d'autant plus vulnérable dans ces conditions puisque son état de santé mental peut le rendre incapable d'assurer que le secret médical soit respecté, d'autant plus que ce n'est pas son rôle. Il revient aux soignants prenant en charge le malade d'assurer le respect de ses données. Par exemple, le soignant doit recueillir ces informations dans une relative intimité afin que le patient puisse s'exprimer en toute confiance.

Divulguer les informations contenues dans le dossier médical du patient à un tiers non habilité à en prendre connaissance constitue pour l'hôpital une faute civile susceptible d'engager sa responsabilité. Le patient peut alors rechercher la réparation du préjudice subi, c'est-à-dire l'atteinte à son droit à la vie privée. Le patient peut invoquer la faute du service hospitalier imputable à son « mauvais fonctionnement ou [à sa] mauvaise organisation » engageant la responsabilité du service public devant le juge administratif.²⁸³² Nous pouvons à ce titre distinguer trois types de violation du secret médical :

- La violation du secret médical par le médecin exerçant à titre privé (médecine de ville)
- La violation du secret médical par les médecins exerçant dans les établissements publics et privés de santé
- Le fait d'un agent qui par imprudence ou négligence expose le dossier médical d'un

²⁸²⁸ EVIN, C. (2009) « Le secret médical dans le cadre hospitalier » *Dalloz (Recueil)*, p. 2639 ; PONCHON, F. (1998) *Le secret professionnel à l'hôpital et l'information du malade*, éd. Berger-Levrault, p. 87 ; NGAMPIO, U. (2014) « La responsabilité des établissements de santé publics pour violation du secret médical des patients hospitalisés » in *Mélanges en l'honneur de Jean-Marie Clément. Enseignement, Hôpital, Médecine*, Bordeaux, LEH Editions, pp. 367-378.

²⁸²⁹ Article R 1112-2 du Code de la santé publique.

²⁸³⁰ HAOULIA, N. (1996) « Secret médical et exposition des tiers au virus du sida : Quand l'information médicale intéresse la santé d'autrui » in *Le secret médical, Les Cahiers de droit de la santé du Sud-Est*, n°15, p. 151.

²⁸³¹ PONCHON, F. (1998), *op. cit.*, p. 13.

²⁸³² SCHWARTZ, R. (1991) « La responsabilité hospitalière et le juge administratif : Une remarquable évolution » *La Gazette du Palais*, p. 526.

patient hospitalisé (ex : feuille de soins mentionnant la séropositivité du patient exposée sur un chariot de soins sans surveillance).²⁸³³

Par ailleurs, l'établissement défendeur ne peut déroger à son obligation de respecter le secret médical en invoquant les difficultés matérielles d'exercice de la médecine, la surpopulation hospitalière ou le manque d'effectifs de soignants.²⁸³⁴ Le secret médical en secteur hospitalier comme en médecine de ville devient un véritable droit accordé au patient et consacré par la loi (article L 1110-4 du CSP).²⁸³⁵ Or, il est difficile d'imaginer que le patient puisse veiller au secret de cette obligation en raison de son état de santé : les soignants en milieu psychiatrique seraient-ils moins rigoureux dans le respect de cette obligation ? La doctrine nous rassure sur ce point : « il est rare que les établissements de santé laissent aussi facilement à la portée des personnes étrangères au service » les dossiers médicaux des patients hospitalisés.²⁸³⁶

L'article L 1110-4 du CSP et l'article 226-13 du Code pénal rappellent que « la révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire [le soignant] » peut être punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000€ d'amende. L'infraction est constituée chaque fois que le professionnel de santé divulgue une information à caractère secret qu'il aura recueillie dans le cadre de l'exercice de sa profession : tout ce qu'il a pu personnellement constater, découvrir ou constater au contact du patient.²⁸³⁷ Or, le secret médical ne s'applique dans certaines circonstances :

- « à celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique » (art. 226-14 1° du Code pénal)
- « au professionnel de santé qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République... les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession... Lorsque la victime est un

²⁸³³ HAOULIA, N. (1996), *op. cit.*, p. 151.

²⁸³⁴ NGAMPIO, U. (2014), *op. cit.*, p. 374.

²⁸³⁵ LAUDE, A., MATHIEU, B. & TABUTEAU, D. (2007) *Droit de la santé*, PUF, Thémis, p. 319 ; RENARD, S. (2010) « Secret médical. Faute dans l'organisation et le fonctionnement du service » note sous CAA Nantes, 15 octobre 2009, n° 09NT00165, Gadouche, *JCP A*, n°23, p. 23.

²⁸³⁶ NGAMPIO, U. (2014), *op. cit.*, p. 375.

²⁸³⁷ HILGER, G. (2016), *op. cit.*, p. 81.

mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire » (art. 226-14 2° du Code pénal).

Le respect du secret médical serait alors « un droit subjectif du patient marqué par la protection des intérêts de ce dernier »²⁸³⁸, c'est-à-dire qu'il serait écarté dès lors que d'autres intérêts qui lui sont supérieurs entrent en considération (ex : protéger la santé et la vie d'un mineur en danger ou de l'époux(se) victime de maltraitances).²⁸³⁹ Le professionnel de santé bénéficie d'une 'option de conscience' lui permettant de décider de divulguer ou non ce type d'informations.²⁸⁴⁰ Il est alors partagé entre « parole et silence... entre [le] devoir de se taire ou de parler ». ²⁸⁴¹ Pourtant, l'article 223-6 du Code pénal semble imposer au médecin de divulguer de tels faits lorsque les faits constatés constituent une atteinte aux personnes : violences volontaires, maltraitances sur un mineur... A défaut, il s'exposerait à une condamnation pénale pour non-assistance à personne en péril. Il est donc difficile d'évaluer avec certitude si le professionnel de santé bénéficie réellement de cette 'option de conscience' lorsqu'il prend connaissance de tels faits.²⁸⁴² Ce flou juridique a donné lieu à un arrêt rendu par la Chambre criminelle de la Cour de cassation le 27 avril 2011²⁸⁴³. En l'espèce, un médecin affecté à un pôle gérontologique avait eu connaissance d'actes de maltraitance physique et psychologique commis à plusieurs reprises sur des pensionnaires dépendants. Condamné en appel pour s'être abstenu de dénoncer ces faits aux autorités judiciaires en vertu de l'article 226-14 du Code pénal, la Cour de cassation s'est prononcée à rebours de cette décision. Les juges ont estimé que le médecin n'avait pas eu l'accord de la victime afin de dénoncer les faits avérés. Il était alors justifié de ne pas dénoncer les faits avérés sous peine de violer le secret

²⁸³⁸ VIRRIOT-BARRIAL, D. (2012) « Le secret médical dans la matière pénale, un secret protégé ou bafoué » in LECA, A. dir. *Le secret médical*, CDSA, Bordeaux, LEH Editions, p. 67.

²⁸³⁹ BERGOIGNAN ESPER, C. (2008) « La confidentialité des informations peut-elle tenir face à la protection d'autres intérêts légitimes ? Le respect du secret médical dans la législation de notre pays : réalité ou illusion ? » *Recueil Dalloz*, 31 juillet 2008, n°28, pp. 1918-1921 ; MERLE, R & VITU, A. (1982) *Traité de droit criminel*, t. 2, Paris, Cujas, n°1984, p. 1610.

²⁸⁴⁰ ARCHER, F. (2015) « Variations sur la notion d'option de conscience en droit pénal médical » in *Mélanges en l'honneur de Gérard Mémeteau, Droit médical et éthique médicale : Regards contemporains*, Bordeaux, LEH Editions, p. 261 ; ROUJOU DE BOUBEE, G., BOULOC, B., FRANCILLON, J., MAYAUD, Y. (1996) *Code pénal commenté article par article*, Livre I à IV, Paris, Dalloz, p. 404 ; PY, B. (2012) « Le secret professionnel et le signalement de la maltraitance sexuelle. L'option de conscience : un choix éthique » *Archives de politique criminelle*, 2012/1, n°34, p. 71.

²⁸⁴¹ DELMAS-MARTY, M. (1982) « A propos du secret professionnel » *Recueil Dalloz*, chron. P. 267.

²⁸⁴² PRADEL, J., DANTI-JUAN, M. (2014) *Droit pénal spécial*, 6^e édition, Paris, Cujas, n°320, p. 553.

²⁸⁴³ Cass. Crim. 27 avril 2011, n° de pourvoi 10-82200 in BENILLOUCHE, M. (2011) « Secret médical et dénonciation en matière pénale : un régime juridique à repenser... » *Revue droit & santé* n°43, pp. 504-512.

médical des patients concernés.

Cet arrêt révèle une application quelque peu erratique de la loi selon la doctrine²⁸⁴⁴ : certains auteurs soutiennent que le médecin est contraint de révéler ces faits afin de préserver l'intérêt général et mettre fin aux maltraitances sous peine de voir sa responsabilité pénale engagée.²⁸⁴⁵ D'autres au contraire jugent que le professionnel de santé dispose toujours d'une liberté de choix.²⁸⁴⁶ Les deux positions sont compréhensibles. En l'espèce, les victimes étaient des personnes âgées dépendantes et il revenait au médecin de dénoncer ces méfaits en vertu de l'article 226-14 du Code pénal. Il s'agissait de protéger la santé et la vie des malades et la condamnation de la cour d'appel rappelle une application du délit de non-assistance à personnel en péril (art. 223-6 du Code pénal). En effet, le droit pénal distingue le *danger* et le *péril* :

- Le *danger* est un risque certain dont la survenue est aléatoire dans le temps et en intensité²⁸⁴⁷
- Le *péril* est un risque certain grave et imminent²⁸⁴⁸.

Face au danger, le médecin peut choisir de porter secours au patient et décide en son âme et conscience de mettre fin ou non au secret professionnel médical. En revanche, l'existence d'un péril oblige le médecin à révéler les faits dont il a la connaissance. Les faits de l'espèce semblent bien constituer un péril, d'autant plus que ceux-ci se sont produits sur plusieurs années sur des personnes fragiles physiquement et mentalement. Il est vrai qu'il existe plusieurs degrés d'urgence dans ce type de situation²⁸⁴⁹, mais le bien-être et la santé des pensionnaires ne pouvaient être préservés si le médecin demeurait silencieux sur ces agissements.

Si le médecin exerce son art au service de la santé publique et de ses patients, il est logique que soit exigé de lui de révéler les sévices constatés. Or, la position de la Cour de cassation est tout autre. La force du secret médical est renforcée : le médecin, lié par son devoir de garder le secret, ne pouvait agir qu'avec l'accord des victimes. Les circonstances de l'espèce ne justifient pas une telle clémence cependant. Il s'agit ici de personnes vulnérables en danger : il revenait indiscutablement au médecin d'agir afin de les préserver. La décision rendue permet au

²⁸⁴⁴ *Ibid*, p. 504.

²⁸⁴⁵ RASSAT, M-L (2001) *Droit pénal spécial, Infractions de et contre les particuliers*, 3^e éd., Paris, Dalloz, n°399.

²⁸⁴⁶ CONTE, P. (2003) *Droit pénal spécial*, Paris, Litec, n°353 ; ALT-MAES, F. (1998) « Un exemple de dépenalisation : la liberté de conscience accordée aux personnes tenues au secret professionnel » *RSC* 2001, p. 301.

²⁸⁴⁷ PY, B. (2015) « Secret professionnel médical et risque grave et imminent de mise en danger d'autrui » *Revue droit & santé* n°67, pp. 717-719.

²⁸⁴⁸ PY, B. (2012) « Urgence médicale, état de nécessité et personne en péril » *AJ Pénal*, 2012, p. 384.

²⁸⁴⁹ ALFANDERI, E. (2007) « Urgences sanitaires, urgences sociales » *RDSS* 2007, p. 1130.

médecin d'échapper à toute condamnation pénale lorsque le bon sens exige qu'il aille immédiatement alerter les autorités compétentes... Si le secret médical ne permet pas de protéger le patient, le médecin devrait y mettre un terme, d'autant plus que plusieurs pensionnaires âgés subissaient des actes de maltraitance. La décision semble laxiste et méprend le principe de non-maléficienne propre à l'exercice de la médecine : tout d'abord, ne pas nuire.

Malgré le caractère dissuasif de ces peines, le secret médical n'est pas toujours respecté en pratique. La culture du secret entretenue par les professionnels de santé et le manque d'information des patients sur leurs droits en sont les principales causes. Le non-respect de la confidentialité des données de santé dessert l'intérêt du patient et porte atteinte à son droit au respect de sa vie privée. Le patient psychiatrique peut se prévaloir du droit au secret médical comme d'un droit à l'information des données de santé collectées à son sujet et de son droit au respect de sa vie privée.²⁸⁵⁰ Pourtant, ce droit n'est pas absolu²⁸⁵¹ et connaît plusieurs exceptions et dérogations.

Le principe de confidentialité des données de santé supporte une autre exception notable car le partage des informations de santé entre soignants est une nécessité selon l'article L 1110-4 al. 3 CSP) : c'est le *secret médical partagé*. A ce titre, « deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible » en vertu de la loi de 2016 de modernisation de notre système de santé. Dans cette hypothèse, le consentement préalable du patient doit être recueilli par tout moyen. Néanmoins, un tel formalisme risque de ralentir et complexifier la prise en charge du patient, créant un climat de défiance à l'égard des soignants.²⁸⁵² Si le patient change de psychiatre pour cause de déménagement (soins ambulatoires) ou de transfert vers un autre hôpital psychiatrique (hospitalisation complète), il est logique que les soignants prennent connaissance de son dossier. S'agissant du malade psychiatrique dont il est impossible de recueillir le consentement, il est douteux que cette injonction de la loi soit observée...

²⁸⁵⁰ CARRIERE, C. (2008) « La levée du secret médical : Pandore au royaume de la vérité judiciaire » *Revue droit & santé* n°21, chron. pp. 9-20.

²⁸⁵¹ SAINT-MARTIN, A. (2010) « Le secret médical et le patient (II) » *Revue droit & santé* n°36, pp. 326-330.

²⁸⁵² VASSEUR-LAMBRY, F. (2018) « Le secret professionnel / médical : Une protection forte dans l'intérêt du patient » *Revue générale de droit médical*, n°69, décembre 2018, p. 109.

En toute hypothèse, le patient ou ‘personne concernée’ doit être « dûment averti(e) ». Souvent, le malade psychiatrique ne possède pas la faculté de discernement suffisante afin de consentir ou non à la communication de ses données : son avis est donc rarement sollicité. Le psychiatre prend alors la liberté de dialoguer avec ses confrères sans en informer le patient. Le Conseil national de l’Ordre des médecins ajoute que l’information communiquée à un autre soignant doit être « nécessaire, pertinente et non excessive » dans le cadre du suivi médical du patient.²⁸⁵³ Par exemple, le psychiatre informe son confrère des symptômes psychiatriques du patient, de ses antécédents judiciaires s’il estime que le patient est ‘dangereux’, de sa propension à commettre des actes d’automutilation, etc. Le médecin n’est pas donc pas le seul gardien du secret médical mais partage les informations nécessaires avec les autres soignants : infirmiers, aides-soignants, psychologues, pharmaciens, kinésithérapeutes, etc.²⁸⁵⁴

Cette divulgation des données de santé concerne également l’hypothèse de la personne gardée à vue pour des faits de nature pénale. Elle peut être examinée par un médecin qui rédigera un certificat médical de compatibilité, précisant si l’état de santé somatique et psychique de l’individu est adapté à la mesure ordonnée. Par exemple, si le médecin constate que le gardé à vue souffre de troubles mentaux graves, il mentionnera dans le certificat la nature de ces troubles : « c’est avec ce document que les ambiguïtés commencent ».²⁸⁵⁵ Une fois la personne appelée à comparaître devant le juge pénal, le dossier de l’auteur des faits reprochés exposera à la connaissance des policiers et des magistrats les soins, son état de santé, les prescriptions réalisées ou encore les décisions d’admission psychiatrique. Le secret médical semble ici totalement inopérant et le médecin ne peut s’opposer à ce que les autorités policières et judiciaires prennent connaissance de ces éléments.²⁸⁵⁶

De même, le secret médical est rarement respecté en milieu carcéral. Il fait l’objet de tensions entre l’exigence du respect de la vie privée du patient et la nécessité d’assurer la sécurité du détenu et du personnel pénitentiaire.²⁸⁵⁷ En théorie, la loi du 8 décembre 1994 relative à la prise

²⁸⁵³ Site Internet du CONSEIL NATIONAL DE L’ORDRE DES MEDECINS (2016), *op. cit.*, *np.*

²⁸⁵⁴ ZORN, C. (2010) *Données de santé et secret partagé*, PUN ; PY, B. (2013) « Réquisitoire contre l’expression de secret médical : Plaidoyer pour l’expression de secret professionnel » *Revue de droit & santé*, n°1, pp. 161-166.

²⁸⁵⁵ AMBROISE-CASTERO, C. (2008) « La personne soupçonnée ou condamnée face aux soins ou vérifications sur sa personne » *Revue de droit sanitaire et social*, p. 66.

²⁸⁵⁶ CA Rennes, 15 mai 1997, D., 1998. 178. Note critique Penneau M. in CASILE-HUGUES G. (2012), *op. cit.*, p. 94.

²⁸⁵⁷ LAMOTHE, P. (2010) « Loi pénitentiaire et santé des détenus » *Gazette du Palais*, 27 et 28 janvier 2010.

en charge sanitaire des détenus précise que « la règle intangible du secret médical s'applique en milieu pénitentiaire comme en milieu libre ». Cette disposition est réaffirmée par l'article 45 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 selon lequel « l'administration pénitentiaire respecte le droit au secret médical des personnes détenues ainsi que le secret de la consultation ».²⁸⁵⁸ Or, l'article L 3711-2 du CSP et la loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté rendent **obligatoire le partage d'informations entre le personnel pénitentiaire et le personnel de santé lorsqu'ils prennent en charge un détenu dangereux pour lui-même ou autrui**. Ainsi, « dès lors qu'il existe un risque sérieux pour la sécurité des personnes au sein des établissements pénitentiaires [...] les personnels soignants intervenant au sein de ces établissements et ayant connaissance de ce risque sont tenus de le signaler dans les plus brefs délais au directeur de l'établissement ».²⁸⁵⁹ Cette disposition est à l'origine prévue à l'égard des détenus condamnés pour des infractions sexuelles, mais il est très probable qu'elle s'applique aussi au détenu souffrant de troubles psychiatriques.

Deux décrets ont également fait l'objet de vives critiques parmi les praticiens du droit comme de la médecine. D'abord, le décret du 6 juillet 2011²⁸⁶⁰ a permis la création d'un traitement de données à caractère personnel relatif à la gestion informatisée des détenus en établissement (GIDE). Ce fichier assure le suivi du détenu pendant sa détention afin de réduire le risque de suicide et protéger la sécurité des agents de services pénitentiaires. Le personnel médical doit en principe renseigner toutes les informations relatives à l'état de santé du détenu lorsque qu'il présente un 'risque sérieux' : or, les soignants peuvent choisir de 'ne pas se prononcer', choix pouvant être perçu comme une défiance à l'égard des surveillants pénitentiaires²⁸⁶¹.

Ensuite, le décret du 7 novembre 2011²⁸⁶² autorise la création d'un traitement automatisé de données à caractère personnel appelé 'application des peines, probation et insertion' (APPI). Le surveillant pénitentiaire peut demander au détenu de renseigner toute information utile au regard de son état de santé physique et mental : ce fichier poursuit les mêmes objectifs que le GIDE bien qu'il vise les détenus. En théorie, le prisonnier peut refuser de révéler toute

²⁸⁵⁸ CE, 31 octobre 2008, n° 293785 conformément à l'article L 1110-4 du Code de la santé publique *in* CASILE-HUGUES G. (2012), *op. cit.*, p. 95.

²⁸⁵⁹ *Ibid*, p. 96.

²⁸⁶⁰ Décret n° 2011-817 du 6 juillet 2011 portant création d'un traitement de données à caractère personnel relatif à la gestion informatisée des détenus en établissement (GIDE).

²⁸⁶¹ LITZLER, A. (2015) « L'institution psychiatrie dans la tourmente des réformes du droit de l'exécution des peines » *in* HENNION-JACQUET, P, *op. cit.*, p. 152.

²⁸⁶² Décret n° 2011-1447 du 7 novembre 2011 portant création d'un traitement automatisé de données à caractère personnel dénommé « application des peines, probation et insertion » (APPI).

information sur son état de santé. Pourtant, le climat carcéral et son lot d'intimidations et de menaces pourrait exposer le détenu à subir des sanctions pour refus d'obtempérer aux ordres des surveillants...

Le 11 avril 2014, le Conseil d'Etat a été saisi de deux demandes d'annulation pour excès de pouvoir concernant ces deux décrets,²⁸⁶³ mettant en cause le respect du secret médical du détenu. La Haute Juridiction devait se prononcer sur la légalité du partage des informations relatives à l'état de santé des détenus, le GIDE et l'APPI constituant deux exceptions à la protection du secret médical chez les détenus. Il fallait s'inquiéter de l'étendue de l'application de ces deux décrets. Si les dispositions assurent que seuls les détenus 'présentant un risque sérieux' seraient concernés, la notion de risque paraît ici extensive.²⁸⁶⁴ En effet, les tensions inhérentes au milieu carcéral alimentent un climat de suspicion et de violence peuvent laisser penser que tous les détenus présentent un 'risque'. Il est intéressant de remarquer qu'ici encore, la notion de risque et de dangerosité autorise l'exécutif à porter allègrement atteinte au secret médical, et dans une plus large mesure au droit à la vie privée des détenus. Contre toute attente, le Conseil d'Etat affirme que les dispositions relatives au GIDE et à l'APPI ne sont qu'une dérogation au secret médical inscrit dans la loi. Il soutient que ces deux fichiers sont nécessaires afin de préserver l'intégrité et la sécurité des détenus et du personnel pénitentiaire, au regard des conditions difficiles de l'univers carcéral. La doctrine constate un affaiblissement du secret médical au profit d'une logique sécuritaire appliquée aux établissements pénitentiaires.²⁸⁶⁵

En somme, dès que le détenu présente un danger pour autrui (violences volontaires commises sur autrui) ou lui-même (commission d'actes d'automutilation ou tentative de suicide), il perd en pratique son droit au secret médical. Le soignant est contraint par la loi d'en informer les autorités pénitentiaires afin de mettre en œuvre les mesures jugées nécessaires pour réduire le 'risque' que constitue le détenu. Le prisonnier malade mental écope à nouveau de la double peine : malade et détenu, il ne jouit plus de ce droit au fondement même de la relation patient – soignant. Sous prétexte d'assurer la sécurité de tous, les libertés des détenus et des malades psychiatriques disparaissent donc peu à peu...

²⁸⁶³ CE, 11 avril 2014, n°352473 et n°355624 in OLECH, V. (2014) « Quand le Conseil d'Etat fragilise le secret professionnel médical au nom de la sécurité carcérale... » *Revue droit & santé* n°60, pp. 1455-1458.

²⁸⁶⁴ *Ibid*, p. 1457.

²⁸⁶⁵ SICARD, D. (2009) « Quelles limites au secret médical partagé ? » *Recueil Dalloz*, p. 2634 ; BERGOIGNAN-ESPER, C. (2008) « La confidentialité des informations de santé peut-elle tenir face à la protection d'autres intérêts légitimes ? » *Recueil Dalloz* 2008, p. 1918.

Le *General Medical Council* rappelle que le soignant doit respecter le secret médical à l'égard de son patient, toute information le concernant revêtant la qualité de donnée de santé.²⁸⁶⁶ Le GMC fait ici le choix d'une approche inclusive des données de santé afin d'étendre la portée de cette obligation.²⁸⁶⁷

A ce sujet, le soignant doit mettre en œuvre plusieurs principes²⁸⁶⁸ :

- Eviter de mentionner les informations personnelles permettant d'identifier le patient (ex : n'utiliser les noms et prénoms du patient que lorsque cela est strictement nécessaire),
- Protéger les données de santé de telle sorte qu'elles ne puissent être découvertes, détruites ou perdues (utilisation de mots de passe, classification des données, sauvegarde des données informatisées sur un disque dur, etc.)
- Ne divulguer que les informations nécessaires et appropriées lorsque l'intérêt du patient l'exige (se concentrer sur le diagnostic du patient et sa réponse au traitement)
- Informer le patient chaque fois que ses données de santé sont divulguées auprès de personnes tierces. Le soignant peut également conserver dans un fichier toutes les informations dévoilées et les personnes ayant reçu ces informations afin de garantir la traçabilité des communications.
- Chaque fois que cela est possible, rechercher le consentement du patient afin de divulguer des informations ayant trait à sa santé, sauf lorsque la loi l'autorise expressément ou lorsqu'un motif d'ordre public est en jeu.

La notion d'ordre public n'est pas définie ici mais désigne vraisemblablement l'hypothèse où le sujet attende à sa vie ou à celle d'autrui.

- Soutenir et respecter le droit des patients dans l'accès aux données de santé.

Le soignant doit rechercher chaque fois que cela est possible le consentement du patient avant de divulguer ses données. Le cas échéant, il doit en informer la personne de confiance désignée par le patient ou à défaut par la loi (ex : représentant légal, curateur, tuteur, parent, époux/se voire médecin traitant). Si le patient dénué de discernement refuse que le soignant divulgue ses données de santé, le soignant peut le convaincre de l'intérêt de divulguer ces données (passation du dossier médical d'un psychiatre à un autre, transfert du patient dans un autre hôpital, etc.). Si le malade s'obstine dans son refus, le soignant peut outrepasser son refus dans son intérêt

²⁸⁶⁶ GENERAL MEDICAL COUNCIL (2017) *Confidentiality: Good practice in handling patient information* : https://www.gmcuk.org/static/documents/content/Confidentiality_good_practice_in_handling_patient_information_-_English_0417.pdf (consulté le 12 janvier 2018), p. 2.

²⁸⁶⁷ *Ibid.*

²⁸⁶⁸ *Ibid.*, p. 30.

ou rechercher le consentement de la personne de confiance.

Il est pourtant difficile de croire que le soignant ferait appel à la personne de confiance chaque fois qu'il devra communiquer des données de santé à un confrère. Ces recommandations ne possèdent pas de force contraignante et n'exposent le soignant à aucune condamnation civile, pénale ou déontologique s'il ne les respecte pas.

La prise en charge psychiatrique du patient nécessite de faire appel à des équipes de soignants souvent pluridisciplinaires. Protégées par le secret médical, ces données ne doivent pas sortir du cadre étroit de la relation patient / soignant. Si ces informations venaient à être divulguées, elles pourraient avoir des conséquences néfastes pour le patient : révélation d'informations qu'il aurait voulu garder secrètes afin de préserver son image, sa réputation, ses proches et sa vie privée, de manière générale.²⁸⁶⁹ Il s'agit de l'hypothèse où le patient psychiatrique voyait sa schizophrénie révélée à son employeur. La peur et l'incompréhension que suscite cette pathologie peut gravement compromettre ses futures opportunités professionnelles, par exemple. De même, le patient pénalement condamné voit ses troubles mentaux divulgués aux juges, aux avocats, au personnel pénitentiaire... L'atteinte au respect de sa vie privée devient alors bien réelle.

A ce titre, la création d'un formulaire à destination du patient pénalement condamné a été proposée. Le malade peut y mentionner les informations qu'il souhaite garder confidentielles, telles que la nature de ses troubles mentaux.²⁸⁷⁰ Cet acte écrit, à valeur juridique et contraignant lie les soignants qui doivent respecter le secret des informations communiquées²⁸⁷¹. Un certain degré de discernement est donc exigé du patient, c'est pourquoi ce formulaire serait réservé aux sujets souffrant de troubles légers ou modérés. Il exclue les patients atteints de troubles sévères, distinction constitutive d'une forme de discrimination malgré l'intention louable du projet.

Il est admis que le respect du secret médical constitue une obligation légale, son manquement

²⁸⁶⁹ GOLD, L. H. & SHUMAN, D. W. (2009) *Evaluating mental health disability in the workplace*. Springer, p. 361.

²⁸⁷⁰ BORKOSKY, B. & SMITH, D. M. (2015) « The risks and benefits of disclosing psychotherapy records to the legal system: What psychologists and patients need to know for informed consent » *International Journal of Law and Psychiatry*, 42-43, 19-30.

²⁸⁷¹ ROACH, W. H., HOBAN, R. C., BROCCOLO, B. M., ROTH, A. B. & BLANCHARD, A. P. (2006) *Medical records and the Law* (4th ed.) Sudbury, MA: Jones and Bartlett; NISHIMURA, A., CAREY, J., ERWIN, P. J., TILBURT, J. C., MURAD, M. H. & MCCORMICK, J. B. (2013) « Improving understanding in the research informed consent process: A systematic review of 54 interventions tested in randomized control trials » *BMC Medical Ethics*, 14(1), 28.

pouvant engager la responsabilité du soignant. Pourtant, il est très difficile pour le malade de faire reconnaître la violation de ce devoir chez le soignant en raison de ses troubles mentaux notamment.

En droit britannique, la responsabilité civile (*tort law*) du soignant peut être engagée à ce sujet. L'arrêt *X c. Y* énonce que la divulgation des données de santé sans le consentement du patient ou de la personne de confiance rompt l'alliance thérapeutique tissée entre le soignant et le patient. Cette rupture de la confiance placée chez le soignant constitue un préjudice que le soignant devra réparer.²⁸⁷² Il est cependant difficile d'évaluer la valeur financière de ce préjudice et donc des dommages et intérêts. Faudrait-il dans ce cas fonder le montant de la réparation sur la seule violation du devoir déontologique ? Le législateur pourrait fixer un barème : plus l'information liée à la santé du patient est sensible, plus le montant des dommages et intérêts serait élevé. Par exemple, les informations concernant la nature et la gravité de la pathologie, la nature et la posologie des prescriptions réalisées, le caractère contraignant ou non de la mesure d'hospitalisation et le nombre et la durée des séjours hospitaliers. A ce jour, aucune réponse n'a encore été apportée sur cette controverse à la croisée du droit et de la médecine.

En tout état de cause, le patient psychiatrique même en pleine capacité de ses moyens agit rarement en responsabilité pour violation du secret médical contre le soignant, déjà préoccupé par l'évolution de la pathologie et sa propre réponse au traitement. Il est donc peu surprenant que les affaires judiciaires portant sur le manque de respect du secret médical soient exceptionnelles. Selon le Conseil national de l'Ordre des médecins, le secret médical ne préserve pas uniquement la confidentialité des données de santé du patient. Cette obligation répond également à un enjeu d'ordre général afin que « chacun puisse être convenablement soigné et ait la garantie de pouvoir se confier à un médecin, même s'il est dans une situation sociale marginale ou irrégulière, pour bénéficier de ses soins sans craindre d'être trahi ou dénoncé ».²⁸⁷³ Il répond à l'objectif de délivrance de soins médicaux de qualité sans distinction de religion, de couleur de peau, de revenus... y compris si le patient est en situation irrégulière (migrant, personne dont le titre de séjour a expiré, etc.).

²⁸⁷² *X v Y* [1988] 2 All ER 468 in MCHALE, J. (2000) « Confidentiality and psychiatry: dilemmas of disclosure » *The Journal of Forensic Psychiatry*, Vol. 11, No. 2, September 2000, 255-259.

²⁸⁷³ CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS (2017), *op. cit.*, *np*.

A ce sujet, l'article 7 du Code de déontologie médicale et les articles R 4127-2 et R 4127-7 du CSP énoncent que « le médecin, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité [...] il doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé... ».²⁸⁷⁴ En somme, l'intérêt général vise ici à assurer à chacun la dispensation de soins médicaux de qualité.

Dans l'Etat de Californie (Etats-Unis), la jurisprudence *Tarasoff*²⁸⁷⁵ donne une autre définition de l'intérêt général en psychiatrie.

En l'espèce, le patient souffrait de graves troubles mentaux. Il avait exposé à sa psychologue ses troubles obsessionnels envers une jeune fille, Mlle Tarasoff qu'il abat de sang-froid quelques jours plus tard. La psychologue n'avait averti personne du risque que représentait le patient : il ne bénéficiait d'aucun suivi psychiatrique, même ambulatoire.²⁸⁷⁶

Les parents de la victime ont intenté une action en responsabilité contre la psychologue, prétendant qu'elle avait commis deux négligences :

- Ne pas avoir alerté les forces de l'ordre du risque que constituait le patient pour l'intérêt général
- Ne pas avoir mis en garde la jeune fille ou ses parents des menaces que le patient s'apprêtait à mettre en exécution.²⁸⁷⁷

Les juges ont retenu la responsabilité civile de la psychologue du fait d'une négligence grave de son devoir de soins (*duty of care*) en sa qualité de professionnel de santé.²⁸⁷⁸ Ce devoir de soins doit permettre la protection de l'intérêt général : le soignant doit avertir les autorités compétentes (forces de l'ordre, hôpital psychiatrique) du risque déraisonnable que représente un patient lorsque l'hypothèse présente.²⁸⁷⁹

²⁸⁷⁴ *Ibid.*

²⁸⁷⁵ *Tarasoff v The Regents of the University of California et al* 17 Cal.3d 430 in GAVAGHAN, C. (2007) « A *Tarasoff* for Europe? A European Human Rights perspective on the duty to protect » *International Journal of Law and Psychiatry*, 30, 155-267.

²⁸⁷⁶ *Ibid.*, p. 257.

²⁸⁷⁷ *Ibid.*

²⁸⁷⁸ *Ibid.*

²⁸⁷⁹ *Ibid.*

Cette obligation d'alerte rappelle le commandement fait à chaque individu doué de discernement « d'empêcher, lorsqu'il le peut, par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne »²⁸⁸⁰ ou assistance à personne en péril en droit pénal français.

De ce fait, cette obligation se retrouve aussi bien en droit français qu'en droit californien. Il faudra rappeler toutefois que le droit français étend cette obligation à tout individu et non plus seulement les professionnels de santé. En droit britannique toutefois, les juges affirment dans l'arrêt *W c. Egdell* que le professionnel de santé agit en toute discrétion selon les faits qui lui sont soumis. Une 'négligence de ne pas avoir contacté à temps les autorités compétentes' ne peut lui être reprochée.²⁸⁸¹

D'autre part, cette procédure d'alerte constitue une violation du secret médical puisque l'auteur des faits n'a pas consenti à ce que les informations échangées avec sa psychologue soient dévoilées. Le droit individuel de protection du secret médical cède en cas de risque pour la communauté : ce droit du patient est sacrifié lorsqu'il représente une menace pour autrui. Le juge britannique rappelle très justement que le soignant doit soupeser ces deux intérêts contradictoires avant de prévenir les autorités compétentes.²⁸⁸²

Le raisonnement de ce devoir d'alerte se fonde sur les justifications mêmes de l'admission psychiatrique sous contrainte :

- Le patient doit souffrir de troubles psychiatriques suffisamment graves justifiant une hospitalisation complète
- **Et** doit représenter un risque grave pour la société (violences hétéro-agressives) ou lui-même (actes d'automutilation pouvant aller jusqu'au suicide).

Il est alors compréhensible voire légitime que les données de santé soient dévoilées pour le bien d'autrui comme du patient.

D'autres difficultés cependant doivent être mentionnées : comment définir le « risque » que peut représenter le patient ? En l'espèce, comment affirmer que son désir de nuire à une personne identifiable ne relève pas du pur fantasme ?²⁸⁸³ Quel degré de menace l'individu doit-

²⁸⁸⁰ Article 223-6 du Code pénal.

²⁸⁸¹ *W v Edgell* [1990] 1 All ER 835 in GAVAGHAN, C. (2007), *op. cit.*, p. 263.

²⁸⁸² *Attorney General v Guardian Newspapers* [1990] 1 AC 109 in MCHALE, J. (2000), *op. cit.*, p. 256.

²⁸⁸³ ANFANG, S. A. & APPLEBAUM, P. S. (1996) « Twenty years after Tarasoff: Reviewing the duty to protect » *Harvard Review of Psychiatry*, 4(2): 67-76.

il constituer ? Le danger doit-il être imminent pour justifier la violation du secret médical et son admission sous contrainte ? Les modalités de l'alerte, les autorités compétentes à prévenir, le degré de menace de l'individu pour autrui ou lui-même ne sont pas mentionnées explicitement. L'existence de cette obligation d'alerte nous conforte dans une logique de surveillance sécuritaire appliquée à la psychiatrie en France, aux Etats-Unis et au Royaume-Uni. Elle désigne le danger, le risque, la menace constituée par le fou, potentiellement criminel puisqu'imprévisible.

Les conditions évoquées mettent en exergue la psychothérapie institutionnelle comme une approche novatrice des soins psychiatriques, respectueuse de la dignité et des droits du patient. En allant plus loin dans la logique de désinstitutionnalisation, la création des communautés thérapeutiques peut être envisagée. Elles représentent l'objectif ultime d'une prise en charge psychiatrique respectueuse de l'humain : l'hôpital est remplacé par un foyer, une communauté dans laquelle patients et soignants vivent ensemble.

- Les communautés thérapeutiques, modèle antinomique de l'hôpital psychiatrique

La structure de l'hôpital psychiatrique et les mauvais traitements infligés aux malades ont nourri les critiques des mouvements antipsychiatriques dès le XIXe siècle. Désireux de mettre un terme à l'institutionnalisation des malades, les antipsychiatres proposent différentes méthodes afin d'améliorer les soins jusqu'à contester le rôle dévolu aux soignants pour certains. L'une de ces méthodes alternatives réside dans la création des communautés thérapeutiques afin de libérer le malade de l'oppression exercée par l'hôpital²⁸⁸⁴. Lorsque cela est possible, les proches du patient ont également un rôle à jouer dans l'accompagnement du malade au cours des soins.

- Le mouvement antipsychiatrique à l'origine des communautés thérapeutiques en faveur du respect des droits des patients

En premier lieu, le mouvement antipsychiatrique est pluriel. Chaque antipsychiatre possède son propre avis sur la meilleure manière d'administrer les soins psychiatriques. Par exemple, il est difficile pour le psychiatre d'accepter le paradoxe selon lequel il doit soigner le malade

²⁸⁸⁴ BASAGLIA, F. (1977), *op. cit.*, p. 192.

et ses troubles tout en restreignant sa liberté, en l'enfermant et en l'écartant de la société. D'autres antipsychiatres rejettent le conditionnement des malades qui devraient se conformer à certains us et coutumes, une certaine manière de se comporter, de se tenir et de s'exprimer. La psychiatrie devient une promotion de la normativité, où il faut en toute hypothèse se soumettre à la norme.²⁸⁸⁵ Le psychiatre ne peut laisser le malade s'exprimer librement dans le cadre des soins et à l'extérieur de l'hôpital, où il doit constamment dissimuler ses maux : « l'objectif dernier est la cure, c'est-à-dire la disparition de l'anomalie ou de la souffrance retenue à l'intérieur de soi, la purgation [...] du délire qui trouble l'esprit ».²⁸⁸⁶

Certains antipsychiatres prohibent le recours à l'enfermement asilaire si le malade peut exercer l'une des facultés suivantes : perception, attention, jugement ou mémoire²⁸⁸⁷. Par exemple, le meurtrier qui abat de sang-froid sa compagne alors qu'aucun précédent ne laisse supposer sa folie ne peut être fou. Il ne peut alors être considéré comme pénalement irresponsable en raison de sa démence. De même, le patient qui a la conscience de sa folie n'est pas fou, puisqu'il n'est pas submergé par sa folie. L'exercice de la conscience le préserverait de la folie qui doit être totale pour être considérée comme telle²⁸⁸⁸.

Pour d'autres encore, l'antipsychiatrie se rapproche de la pensée des organicistes, selon lesquels tout trouble psychiatrique trouverait son origine dans le dysfonctionnement d'un organe ou d'une fonction organique du malade²⁸⁸⁹. Cette somatisation des maladies psychiatriques a conduit à rechercher les défaillances des organes ou des fonctions organiques afin de traiter les troubles mentaux, appelée médecine anatomoclinique.²⁸⁹⁰ Agir sur le corps permettrait alors d'agir sur l'esprit.²⁸⁹¹

Les débats de la promulgation de la loi Esquirol de 1838 font apparaître ces premières critiques de la psychiatrie. Il est par exemple contesté que seul l'aliéniste et le tiers, sur le fondement d'un certificat médical puisse ordonner l'internement du malade ou la mainlevée de celui-ci. Ce pouvoir devrait appartenir au juge selon les opposants à la loi car l'interné ne bénéficie

²⁸⁸⁵ LEMERCIER, N. (1835) *Réflexions sur le danger des applications de la conjecturale doctrine orthophrénique*, Paris, éd. Didot, p. 140.

²⁸⁸⁶ HOCHMANN, J. (2015), *op. cit.*, p. 22.

²⁸⁸⁷ Cette théorie a été formulée par le philosophe Main de Biran dès 1820.

²⁸⁸⁸ COSTE U. (1824) *Journal universel des sciences médicales*, t. 35, p. 37.

²⁸⁸⁹ CENTRE NATIONAL DE RESSOURCES TEXTUELLES ET LEXICALES (2019) : <https://www.cnrtl.fr/definition/organicisme> (consulté le 20 mai 2019), *np*.

²⁸⁹⁰ GEORGET, E. (1820) *De la folie*, éd. Crevot, Paris, p. 99.

²⁸⁹¹ HOCHMANN, J. (2015), *op. cit.*, p. 33.

d'aucune protection légale. Aucune des garanties légales du procès ne lui est accordée : l'instruction, les débats contradictoires, le droit d'assistance à un avocat ou de faire appel de la décision rendue.²⁸⁹² Le député Saverte met en garde contre le risque d'arbitraire de cette loi : « savez-vous... que quand vous placez un homme dans ces établissements vous le livrez à un maître, à un maître dont l'autorité ne souffre aucun contrôle ? ».²⁸⁹³ De même, l'absence de malades mentaux aux débats est soulevée²⁸⁹⁴. Me Sandon (1823-1872), avocat français interné à l'asile de Charenton en raison d'un délire de persécution et de mégalomanie nie la visée thérapeutique de l'internement : « de même que le corps le plus sain peut être attaqué par des maladies contagieuses ou épidémiques, je crois que l'âme peut se détériorer, se corrompre, se dissoudre au milieu d'autres âmes malades ».²⁸⁹⁵ Les risques d'internement arbitraire et de maltraitances commises en toute impunité par les soignants vont nourrir les contestations des antipsychiatres.

En effet, Me Eugène Garsonnet (1841-1899) publie en 1869 une pétition contre l'internement, « nom médical donné à la domination de l'homme par l'homme », inefficace et dangereuse pour les patients menacés d'incurabilité s'ils séjournent trop longtemps à l'asile. Il y dénonce l'incompétence et l'ignorance des aliénistes qui « souffrent d'une illusion d'optique, une véritable déformation professionnelle » qui leur fait voir des fous partout.²⁸⁹⁶ Ayant lui-même été sujet à deux épisodes délirants et d'un séjour à l'asile, il se déclare opposé à l'internement. Il est synonyme de « condamnation à huis-clos »²⁸⁹⁷ afin de se débarrasser d'un adversaire politique trop bruyant (Me Sandon) ou d'un parent gênant (lui-même) en vertu d'un certificat médical de complaisance qu'il assimile aux lettres de cachet de l'Ancien régime. La presse s'empare de l'affaire et les contestations s'élèvent contre la loi de 1838. Son application se heurte à des difficultés pratiques : la hausse du nombre de malades et le manque d'effectifs (parfois un psychiatre pour une centaine de patients) empêchent l'application du traitement moral formulé par Pinel. Elle subit un échec retentissant dans la prise en charge médicale des malades qui vient nourrir les critiques antipsychiatriques²⁸⁹⁸ : il ne s'agit plus d'une « loi de

²⁸⁹² *Ibid*, p. 53.

²⁸⁹³ *Ibid*, p. 39.

²⁸⁹⁴ GARSONNET, E. (1869) *La Loi sur les aliénés, nécessité d'une réforme*, éd. Ernest Thorin, Paris, p. 47.

²⁸⁹⁵ SANDON, L. (1865) *Plaidoyer de Léon Sandon, avocat, ancien avocat général, contre les médecins Tardieu, Blanche, Parchappe, Foville, Baillarger et Mitivié*, Bruxelles, éd Mertens et fils, p. 24.

²⁸⁹⁶ GARSONNET, E. (1869) *D'une lacune énorme à combler dans la législation française. La question des aliénés*, Paris : Dentu, p. 47.

²⁸⁹⁷ *Ibid*, p. 48.

²⁸⁹⁸ HOCHMANN, J. (2015), *op. cit.*, p. 83.

bienfaisance » mais d'une « loi de police ». ²⁸⁹⁹

En 1865, le Dr. Von Mundy (1822-1884), officier et médecin autrichien propose de prendre exemple sur le mode d'assistance des malades mentaux dans **la communauté de Gheel** (Belgique). Depuis le Moyen-Âge, une communauté villageoise recueille des malades en les confiant à des « familles adoptives ». En laissant une relative liberté aux malades, ils vivent dans une sorte de colonie fondée sur : « la vie de famille surveillée par un médecin, la liberté réglée et le travail facultatif au grand air ». De même, une infirmerie est créée près du village où les malades peuvent être admis en cas de décompensation. Cette communauté devait permettre une prise en charge thérapeutique cohérente. ²⁹⁰⁰ Le Dr. Von Mundy salue le caractère facultatif du travail, tandis que d'autres communautés contraignent les malades à labourer un champ ou à assurer à eux seuls divers travaux (cuisine, couture, nettoyage des salles, récolte de fruits et légumes du potager). Le travail de la communauté de Gheel est laissé à la libre appréciation des malades qui peuvent choisir de participer ou non aux travaux d'entretien avec les habitants du village. ²⁹⁰¹

Le Dr. Türck va plus loin en proposant la création d'un conseil qui décidera le placement du malade dans une communauté similaire à celle de Gheel. Le conseil serait formé d'un plusieurs membres de la famille du malade, d'un nombre égal de citoyens et d'un magistrat. Il faudra remarquer l'absence de tout médecin au sein du conseil. Les aliénistes de l'époque souffrent d'un réel discrédit en raison de l'échec de la loi Esquirol. Accusés de rédiger des certificats médicaux de complaisance, ils suscitent la méfiance de l'opinion publique qui les considère comme des charlatans armés d'un pseudo-savoir scientifique. ²⁹⁰²

Au contraire, le Dr. Foville (1831-1877) rejette cette conception du soin. Il soutient que seul le soin asilaire permet de traiter la maladie mentale, la communauté de Gheel représente un total abandon de la condition des malades. Les pensionnaires ne bénéficient d'aucun soin et seuls les villageois, peu au fait des troubles mentaux sont les réceptacles de leur maladie. Il affirme que le délaissement des malades est susceptible d'aggraver leurs troubles et les rend à terme

²⁸⁹⁹ FOVILLE, A. (1865) « Discussion sur les modes d'assistance des aliénés » *Annales médico-psychologiques*, 4^e série, t. V, pp. 341-357 ; FAUVEL, A. (2005) *Témoins aliénés et « Bastilles modernes » : une histoire politique, sociale et culturelle des asiles en France (1800-1914)*, Thèse d'Histoire, EHESS, Paris, p. 156.

²⁹⁰⁰ VON MUNDY, J. (1865) « Discussion sur les différents modes d'assistance des aliénés » *Annales médicopsychologiques*, 4^e série, t. V, pp. 275-302.

²⁹⁰¹ HOCHMANN, J. (2015), *op. cit.*, p. 85.

²⁹⁰² *Ibid*, p. 88.

dangereux ; l'isolement en amont serait donc inévitable...²⁹⁰³ Il est vrai que l'absence totale de médecin au sein de la communauté ne semble pas de bonne augure. Ne serait-il pas possible d'allier les bienfaits de la communauté et de la vie au grand air avec l'organisation de consultations régulières avec un psychiatre ? Ce dernier pourrait se déplacer au village et recueillir les témoignages des malades, leur ressenti sur séjour, les activités réalisées, etc. La solution asilaire est certainement contre-thérapeutique pour la majorité des patients (à l'exception des malades violents ou suicidaires) mais l'absence de psychiatre le serait encore plus. Il est difficile de remplacer le savoir théorique et expérientiel du psychiatre malgré la défiance de l'opinion à son égard.

En réaction à ces attaques, les aliénistes de l'époque s'attellent à une rédaction détaillée des maladies mentales. La définition, le diagnostic, l'évolution et le traitement de chaque trouble mental est consigné : c'est le début de **l'âge d'or de l'aliénisme**. Il s'agit de redonner à la discipline médicale ses lettres de noblesse au même titre que la médecine somatique.²⁹⁰⁴ L'aliénisme est fortement influencé par la *théorie de la dégénérescence* formulée par le psychiatre français Augustin Morel (1809-1873). Cette théorie suppose que l'origine des maladies mentales est héréditaire : la 'tare' est transmise par les gènes et s'aggrave de génération en génération. L'origine des troubles mentaux reste inconnue bien que des causes extérieures peuvent exister (alcoolisme, mauvais traitements reçus pendant l'enfance)²⁹⁰⁵. La diffusion de cette théorie va marquer les XIX^{ème} et le XX^{ème} siècles concernant la folie mais aussi l'alcoolisme, la criminalité et les pratiques sexuelles. Diverses pratiques apparaissent en vue d'enrayer un « affaiblissement de la race » : adoption d'un mode de vie plus sain (états anxieux et dépressifs), ségrégation permanente des malades et castration pour les fous dits incurables (schizophrénie, bouffées délirantes aiguës).²⁹⁰⁶ La théorie de la dégénérescence conduit ensuite à la création de l'eugénisme auquel de nombreux psychiatres de l'époque adhèrent.

Le Dr. Marandon de Montyel (1851-1908) conteste l'enfermement asilaire qu'il considère inefficace en raison d'une « contagion psychique » des patients : si un malade mental est enfermé près d'un autre patient, il est certain que les deux deviendront fous, et s'ils ne le sont

²⁹⁰³ *Ibid*, p. 89.

²⁹⁰⁴ CAMPAGNE, C. (1869) *Traité de la manie raisonnée*, Paris, Victor Masson, p. 253.

²⁹⁰⁵ HOCHMANN, J. (2015), *op. cit.*, p. 93-94.

²⁹⁰⁶ *Ibid*, p. 96-97.

pas déjà, leurs troubles risquent fortement de s'aggraver.²⁹⁰⁷ Il prône **l'ouverture des services de psychiatrie (*open door*)** ; l'aliéniste doit s'efforcer de dialoguer avec le patient « pour pénétrer dans son for intérieur et découvrir par une recherche minutieuse et patiente les ressorts psychiques » du malade. Cette résurgence du traitement moral permet au patient de prendre conscience de sa folie.²⁹⁰⁸ Cette théorie rejoint celle d'un autre psychiatre français, le Dr. Dide (1873-1944) qui consiste littéralement à laisser les fous tranquilles. Il souhaite laisser aux malades la possibilité de vivre leurs symptômes passagers et de les exprimer librement. Ce n'est que « les jours lucides » que le médecin peut tenter de raisonner les malades en tentant de les « réadapter à la vie ordinaire ».²⁹⁰⁹

En effet, Marandon de Montyel se déclare opposé à l'internement forcé des malades. Il défend l'idée d'un médecin qui rend au malade sa liberté afin de le soigner. Il dénonce les vicissitudes de l'asile : « nos asiles actuels avec leurs murs de prison et leurs cloîtres, leurs dispositions régulières et symétriques sont, pour un très grand nombre d'aliénés, des fabriques d'incurables et que nous [les soignants], par l'isolement que nous imposons à nos malades, la vie de reclus à laquelle nous les condamnons, **nous sommes inconsciemment et avec les meilleures intentions du monde, des fabricants de chroniques** ».²⁹¹⁰ La restriction des libertés du malade est non seulement contre-thérapeutique, mais elle nourrit la colère des fous comme de l'opinion publique contre le corps médical. Il n'est cependant pas opposé à la possibilité d'un internement volontaire, demandé par le malade s'il désire bénéficier de soins. Les cas de « dangerosité » devraient relever selon lui de la justice afin d'empêcher les troubles à l'ordre public.²⁹¹¹ Pourtant, enfermer le malade au moyen d'une justice répressive revient à considérer le fou non plus comme un malade mais comme un criminel... même agité et violent, le malade a droit aux soins. Le condamner à une peine d'emprisonnement reviendrait à lui refuser les soins et à le considérer incurable. Il est étrange qu'un psychiatre veuille condamner judiciairement le malade au seul motif de sa dangerosité...

En tout état de cause, les conditions de vie des malades doivent être améliorées car l'isolement

²⁹⁰⁷ GAUFFENY, N. (1896) *Marandon de Montyel ou les Contradictions de la médecine aliéniste*, mémoire pour l'obtention du CES de psychiatrie, université de Lille, p. 138.

²⁹⁰⁸ *Ibid.*

²⁹⁰⁹ LONDRES, A. (1925) *Ches les fous*, Paris : Albin Michel, p. 145.

²⁹¹⁰ MARANDON DE MONTYEL, E. (1896) « *L'open door* et le congrès de Nancy » *Annales médico-psychologiques*, novembre-décembre 1896, éditions Masson, t.II, p. 390-391.

²⁹¹¹ HOCHMANN, J. (2015), *op. cit.*, p. 99.

ne peut leur être bénéfique. Edouard Toulouse²⁹¹² a tenté dès ses années d'internat en médecine d'améliorer l'alimentation, le chauffage et l'éclairage des services psychiatriques. Il divise par trois les taille des dortoirs et en modifie l'architecture afin d'offrir aux patients un cadre de vie plus agréable. La vie sociale y est également bouleversée : organisation de bals, de séances de cinéma, de promenades à l'extérieur de l'asile, etc. Il multiplie les congés des malades (aujourd'hui appelées permissions de sorties ou sorties à l'essai) afin de les préparer à une réinsertion prochaine. Dans cette optique, il met également en place des cours de formation professionnelle ou d'enseignement ménager (couture, cuisine, blanchisserie, menuiserie, mécanique). Désireux de modifier « l'atmosphère de folie » de l'asile, il s'agit pour lui de rendre l'espace de soins plus accueillant et plus humain, loin des règlements paralysants dont souffrent les malades.²⁹¹³

Clifford Beers (1873-1947), ancien agent de l'administration du fisc américain est hospitalisé à plusieurs reprises pour dépression, tentatives de suicide et bouffées délirantes. Il souffre des mauvais traitements habituellement infligés aux patients : camisole de force, chambre capitonnée, traitement dur et répressif des soignants, etc. Il publie un ouvrage relatant son parcours²⁹¹⁴ et défend un autre mode de traitement des troubles mentaux, la **prophylaxie**. Il affirme que l'opinion publique doit modifier son attitude vis-à-vis de l'aliéné, reprendre contact avec lui et reconnaître son humanité, ses qualités et ses défauts. Il rencontre alors Edouard Toulouse avec qui il crée la Ligue française d'hygiène mentale en 1921. L'hygiène mentale se fonde sur une 'hygiène intégrale' qui se base aussi bien sur le dépistage et la prévention des troubles somatiques (tuberculose, syphilis) que psychiques afin de les soigner dès l'apparition des premiers symptômes. Il concrétise ce projet dans la création de l'hôpital Henri-Rousselle en 1922 où s'ouvre le premier service libre de psychiatrie. Les patients y sont admis comme dans un service hospitalier classique et bénéficient de la liberté de circuler. Or, ce service est à l'origine réservé aux pathologies légères : le Dr. Toulouse se voit contraint d'isoler dans un service spécifique les malades lourdement atteints. L'établissement souffre d'une réputation de « piège à fous » et le Dr. Toulouse est bientôt démis de ses fonctions. Il obtient tout de même une victoire posthume : à l'issue de son poste de conseiller au ministre de la Santé du Front populaire, les asiles sont renommés hôpitaux psychiatriques et les anti-aliénistes deviennent

²⁹¹² Journaliste, écrivain, homme politique et psychologue expérimentaliste (1865-1947) ; HUTEAU, M. (2002), *Psychologie, psychiatrie et société sous la Troisième République. La biocratie d'Edouard Toulouse*, Paris, p. 176.

²⁹¹³ HOCHMANN, J. (2015), *op. cit.*, p. 113.

²⁹¹⁴ BEERS, C. (1908) *Raison perdue, raison retrouvée*, Paris : Payot, p. 78.

des antipsychiatres.²⁹¹⁵

Dans les années 1920, **le mouvement surréaliste défend la puissance créatrice de la folie**. Le malade mental n'est plus réduit à sa seule qualité de patient, c'est un individu à la force créatrice insoupçonnée qui perçoit des vérités que l'individu sain ne peut comprendre. Les psychiatres ne sont plus considérés comme des médecins de l'âme mais comme des géôliers prompts à enfermer et réprimer les accès de génie des malades, en particulier les schizophrènes. Le délire du schizophrène est interprété comme un voyage, une exploration de continents psychiques inconnus : « le voyage est une expérience de pénétration plus profonde dans les arrières de sa vie personnelle... de toute l'humanité, de l'homme primitif et peut-être encore plus loin jusque dans l'être de l'animal, du végétal, du minéral ».²⁹¹⁶ Le fou ferait preuve dans son délire d'une grande clairvoyance car il comprendrait à travers des visions quasi-mystiques d'autres dimensions de la vie humaine. Il doit être accompagné et guidé sur ce chemin et non entravé par l'administration de psychotropes qui agissent sur lui comme une camisole chimique. L'homme sain est parallèlement diminué car il ne peut comprendre ces visions et les rejette avec violence en usant de la force. C'est pourquoi il s'applique à enfermer les malades par l'institutionnalisation, à prescrire des médicaments, à recourir à la contention physique et la mise en isolement²⁹¹⁷.

Antonin Artaud (1896-1948), poète français, a connu les affres de l'hospitalisation psychiatrique à Sainte-Anne puis à Ville d'Evrard. Il dresse un portrait au vitriol de la psychiatrie et de la société au sens large : « une société tarée a inventé la psychiatrie pour se défendre des investigations de certaines ludicrités supérieures [...] la psychiatrie n'est qu'un réduit de gorilles eux-mêmes obsédés et persécutés et qui n'ont pour pallier les plus épouvantables états d'angoisse et de suffocation humaine qu'une ridicule terminologie, digne produit de leurs cerveaux tarés [...] **Un aliéné est un homme que la société n'a pas voulu entendre et qu'elle a voulu empêcher d'émettre d'insupportables vérités** ».²⁹¹⁸ La critique foucauldienne le rappelle clairement : « L'homme raisonnable est dans l'impossibilité d'être fou [...] Sa raison doit rester pure de déraison, d'où le partage des espaces. Pour se protéger définitivement de la folie et maintenir l'empire de la raison, il faut enfermer la déraison ».²⁹¹⁹

²⁹¹⁵ HOCHMANN, J. (2015), *op. cit.*, p. 116-117.

²⁹¹⁶ LAING, R. D. (1970) *Le moi divisé : de la santé mentale à la folie*, Paris, éd. Stock, p. 142.

²⁹¹⁷ HOCHMANN, J. (2015), *op. cit.*, p. 178.

²⁹¹⁸ ARTAUD, A. (1946) « Van Gogh, le suicidé de la société » in *Œuvres*, Paris, éd. Gallimard, p. 523.

²⁹¹⁹ HOCHMANN, J. (2015), *op. cit.*, p. 156.

L'insensé des gestes et des discours des malades mentaux effraie l'individu sain d'esprit. Il souhaite s'en préserver autant que possible, tant par crainte que celle-ci ne se propage de manière contagieuse que par volonté d'écarter un problème qu'il ne peut résoudre puisqu'il ne le comprend pas dans sa chair et dans son esprit.

Il est vrai que l'individu sain dans sa 'normalité' ne peut voir, entendre, sentir la réalité dans une autre dimension que la sienne. Si la folie doit être traitée, n'est-ce pas parce que nous la supportons pas ? N'est-ce pas parce que cette perception de la réalité nous est incompréhensible que nous souhaitons la guérir ou plutôt, la faire disparaître définitivement ? La pensée foucauldienne avait justement relevé la pression normative de la société à se conformer aux valeurs et aux mœurs. Une société est régie par des règles, des normes, des codes : s'en détacher revient à devenir un être antisocial par définition, puisqu'il ne peut se conformer à ce que la société attend de lui. Si nous considérons que tous les individus sont uniques, donc différents, pourquoi n'en est-il pas de même pour la folie ? La société ne devrait-elle pas accepter chacun dans sa différence y compris lorsque l'individu n'est pas sain d'esprit ? Cependant, il est clair que l'individu qu'attente à sa vie ou à celle des autres doit être empêché dans son geste et pris en charge médicalement. Nous devrions tous tant que la question de la vie et de la mort n'est pas en jeu nous efforcer d'accepter l'autre dans sa différence, dans son délire, donc dans son individualité. Ses hallucinations, ses sautes d'humeur, son génie créatif, son délire de persécution... font de lui ce qu'il est.

Les critiques du mouvement surréaliste et la mort de milliers de patients pendant la Seconde guerre mondiale viennent nourrir une nouvelle réflexion sur l'urgence d'améliorer les soins psychiatriques. L'émergence de la psychothérapie institutionnelle s'efforce de rapprocher le malade du soignant : le psychiatre, l'infirmier ou l'aide-soignant doit aller à la rencontre de l'autre, de sa souffrance et de son vécu par le dialogue, la bienveillance et l'empathie.²⁹²⁰

Cette brève rétrospective de l'histoire des antipsychiatries permet d'expliquer l'opposition des antipsychiatries à l'institutionnalisation des malades. Elles défendent les malades, « broyés par un discours social et incités par ce dernier à se comporter en 'fous' »²⁹²¹. Les antipsychiatries accusent la société d'exercer une violence insoutenable sur les individus : précarité de l'emploi, contexte économique difficile, discriminations sur la religion, la couleur de peau, le sexe,

²⁹²⁰ *Ibid*, p. 139.

²⁹²¹ BARRIERE, A. (2002) « Des vertus thérapeutiques de la désignation du patient dans les cas de troubles psychotiques sévères » *Thérapie Familiale* 2002/2, vol. 23, pp. 121-128.

l'orientation sexuelle... Le patient est victime d'un environnement pathogène dont il faut le préserver. C'est le conformisme de notre société sécuritaire et néolibérale qui serait en partie à l'origine des troubles mentaux. En effet, « c'est la représentation collective du fou, conçu comme un être dangereux, qui doit être mise en cause... **Faut-il continuer à défendre la société contre la folie ou est-ce la liberté du fou qui demande à être défendue contre une société qui le tolère mal ?** »²⁹²².

De ce fait, la psychiatrie et l'hospitalisation constituent un « outil de répression sociale et de coercition ».²⁹²³ Elle est pourtant nécessaire afin de soulager et accompagner la souffrance du sujet suicidaire ou violent malgré l'imperfection de la pratique psychiatrique actuelle²⁹²⁴. Le sociologue américain Erving Goffman (1922-1982) évoque chez le patient hospitalisé un processus de dépersonnalisation²⁹²⁵. D'abord, il affirme que l'hospitalisation est rarement volontaire : elle est le fruit d'une pression familiale ou sociétale. L'exercice de cette contrainte conduit le malade à se faire soigner parce qu'il prend conscience de son anormalité. La folie, partie intégrante de son individualité est inacceptable car le malade ne peut se conformer aux « règles résiduelles », c'est-à-dire les atteintes sociales minimales qui conduisent à nous comporter d'une certaine manière en société.²⁹²⁶ Une fois admis, le patient évoque ses symptômes qui correspondent à un diagnostic arbitraire car il va être catégorisé, étiqueté 'schizophrène', 'maniacodépressif', 'bipolaire', etc. Il est réduit à une ou plusieurs pathologies qui deviennent sa raison d'être entre les murs de l'hôpital. Il subit alors une forte culpabilisation : c'est parce qu'il est fou et anormal qu'il est hospitalisé²⁹²⁷.

Le malade est alors dépossédé de son identité et son estime de soi est entamée par le retrait de ses vêtements et de ses effets personnels. Ce processus de « mortification » le dévalorise car il envahit son espace psychique (administration des médicaments modifiant sa manière de penser) et physique (il doit parfois partager sa chambre, porter un pyjama réglementaire, etc).²⁹²⁸ La perte d'autonomie, de liberté et d'intimité peut conduire le patient au repli sur soi, à l'agressivité ou la soumission aux ordres donnés par les soignants. Or, la commission de faits perturbant la tranquillité du service hospitalier, les violences hétéro ou autoagressives sont

²⁹²² MANNONI, M. (1970) *Le psychiatrie, son 'fou' et la psychanalyse*, Paris : Seuil, p. 127.

²⁹²³ COOPER, D. (1970) *Psychiatrie et antipsychiatrie*, Paris, éd. Seuil, p. 361.

²⁹²⁴ DIMON, M-L (2001) « La folie au risque des discours institutionnels » *Topique* 2001/3, n°76, pp. 141-157.

²⁹²⁵ GOFFMAN, E. (1961) *Asiles*, Paris : Editions de Minuit, p. 268.

²⁹²⁶ SCHEFF, T. (1967) *Being mentally ill. A sociological theory*, Edison (NJ), Aldine, p. 91.

²⁹²⁷ HOCHMANN, J. (2015), *op. cit.*, p. 158.

²⁹²⁸ *Ibid*, p. 159.

souvent les signes d'une révolte chez le malade contre ses conditions de vie. Le malade tente de s'exprimer par les moyens dont il dispose : grognements, violences, cris, logorrhées, agitation, mutisme, refus de se lever, de se nourrir, de se laver... Ces signaux sont interprétés par les soignants comme les manifestations des symptômes du malade : il perturbe l'ordre du service et en raison de ses troubles, il peut être suicidaire ou violent et doit absolument être soigné²⁹²⁹.

Le Dr. Basaglia s'inspire de ces arguments et incarne une jeune génération de psychiatres contre l'inhumanité avec laquelle sont traités les malades mentaux. Dès sa nomination en 1961 au poste de directeur de l'hôpital Gorizia (Italie), il proscrit l'usage de la contention, ouvre les services sur l'extérieur et multiplie les assemblées des malades et du personnel soignant afin de « déhiérarchiser » leurs rapports. Il s'efforce de libérer les malades de l'oppression exercée par la structure hospitalière et limite les paroles et les gestes des soignants qui portent atteinte à leur intégrité.²⁹³⁰ En effet, « le parcours thérapeutique est présenté comme déjà établi, organisé... sa participation consiste uniquement à adhérer à l'ordre sans possibilité d'issue ». ²⁹³¹ Le patient est alors réduit à subir une contrainte qui ne dit pas son nom pour une durée de temps indéterminée. La mainlevée de l'hospitalisation n'est possible qu'en cas de soumission totale au traitement, au règlement intérieur du service et en cas de rémission significative de ses symptômes. Le Dr. Basaglia rappelle que le patient vit en marge d'une communauté qui le rejette dans toute sa différence, par peur et incompréhension de ses troubles.²⁹³² De plus, il milite pour le vote de la loi 180 qui supprime les admissions en hôpital psychiatrique. Les urgences sont assurées par les services spécialisés des hôpitaux généraux où l'hospitalisation sous contrainte n'est employée qu'en dernier recours. Les hôpitaux psychiatriques se vident de leurs patients, transformés en foyers résidentiels pour les patients chroniques ou sans-abri. Il parvient ainsi à vider totalement de ses patients l'hôpital Gorizia qui ferme ses portes en 1978²⁹³³.

Henri Ey (1900-1977), psychiatre français, s'exprime à rebours des antipsychiatres et défend la portée thérapeutique de l'hospitalisation. Il exprime son scepticisme face aux critiques virulentes des antipsychiatres qui restreignent la psychiatrie à sa seule fonction sociale

²⁹²⁹ *Ibid.*

²⁹³⁰ HOCHMANN, J. (2015), *op. cit.*, p. 203.

²⁹³¹ BASAGLIA, F. (1977), *op. cit.*, p. 34.

²⁹³² *Ibid.*, p. 40.

²⁹³³ HOCHMANN, J. (2015), *op. cit.*, p. 203.

d'enfermement. Il est certes difficile de nier l'institutionnalisation des malades et l'usage parfois nécessaire des moyens de contention. Toutefois, la contrainte institutionnelle, physique, géographique et chimique ne résume pas à elle seule la psychiatrie hospitalière. Il soutient que le rôle premier de la psychiatrie a toujours été de rendre au patient sa liberté entravée par la maladie. Il serait malhonnête de réduire la maladie mentale à un mythe lorsque ses manifestations sont aussi courantes « sous tous les climats et dans toutes les sociétés ».²⁹³⁴ Il importe toutefois de classifier les différentes pathologies mentales « sans se perdre dans une infinité d'espèces », ce que le Dr. Ey annonce de manière prémonitoire avec la multiplication toujours plus nombreuses des troubles répertoriés dans le DSM...²⁹³⁵

Par ailleurs, le soignant peut souffrir de la rigidité de la structure hospitalière. Le règlement strict le contraint à conserver l'ordre du service et à craindre les débordements. Il subit une hiérarchie verticale écrasante incarnée par les psychiatres et l'administration hospitalière (cadres de santé) auxquels il doit rendre des comptes. Sa marge de manœuvre est limitée et le restreint à un rôle d'exécutant. Le personnel soignant est exposé à une *réification des malades*, « traités comme des objets matériels » en raison d'une bureaucratisation et d'une protocolisation des soins qui s'est aujourd'hui aggravée. Les exigences et les standards de qualité de la Haute Autorité de Santé en France en sont un exemple. Le soignant n'est pas appelé à entendre la souffrance et l'angoisse du malade mais à traiter uniquement ses troubles : c'est un malade bipolaire, renfermé, mais sujet à des explosions de colère lorsqu'il est contrarié, par exemple. Paradoxalement, les soignants sont nombreux à vouloir mettre en œuvre leurs *idéaux humanistes* qui sont souvent les raisons pour lesquelles ils ont choisi d'exercer ce métier. Ils restent des êtres humains et ne peuvent s'empêcher de ressentir de l'empathie, de la commisération, de la sympathie ou au contraire du rejet à l'égard des patients. Cette tension entre ces deux exigences est l'une des causes justifiant le fort taux d'absentéisme, de *burn-out* et de *turn-over* chez les professionnels de santé (les psychiatres ne sont d'ailleurs pas épargnés par ce paradoxe)²⁹³⁶. Il n'est alors pas étonnant que l'opinion publique considère que « le psychiatre est payé pour participer au maintien de l'ordre social et nullement pour atténuer ou guérir une quelconque pathologie dont souffrirait l'usager ».²⁹³⁷

²⁹³⁴ EY, H. (1978) *Pour en finir avec la psychiatrie, des patients témoignent*, Groupe information asile, Toulouse, SCOP in HOCHMANN, J. (2015), *op. cit.*, p. 213.

²⁹³⁵ HOCHMANN, J. (2015), *op. cit.*, p. 214.

²⁹³⁶ *Ibid*, p. 162.

²⁹³⁷ SZASZ, T. (1961) *Le mythe de la maladie mentale*, Paris, éd. Payot in HOCHMANN, M. (2015) *op. cit.*, p. 164.

Banaliser l'hospitalisation sous contrainte revient à augmenter significativement les hospitalisations arbitraires (donc potentiellement abusives) et celles de longue durée.²⁹³⁸ Elle ne respecte pas l'autonomie du patient et constitue une forme d'enfermement civil légal. Accepté par les soignants par facilité et les pouvoirs publics par volonté de réduire les dépenses de santé, l'hospitalisation complète devient la seule solution viable²⁹³⁹. Pour toutes ces raisons, il est primordial de convaincre le patient de la nécessité des soins afin de recueillir son consentement le plus tôt possible.

A ce titre, l'arrêt américain *Salgo c. Leland Stanford*²⁹⁴⁰ de 1958 pose en condition nécessaire à la dispensation des soins hospitaliers le consentement exprès du patient. Il doit être correctement informé sur la nature du traitement, ses effets secondaires et ses alternatives²⁹⁴¹. Erigée au rang de principe fondamental de la psychiatrie aux Etats-Unis, cette décision n'est pourtant pas respectée en pratique²⁹⁴². Les soins psychiatriques sont souvent dispensés contre la volonté du malade lorsque celui-ci présente une certaine dangerosité pour autrui ou lui-même.

D'autre part, les mouvements antipsychiatriques rejettent la notion de « dangerosité », critère par nature subjectif dans les admissions sans consentement contrairement aux législateurs britannique et français. Ils affirment que le patient doit souffrir de troubles mentaux d'une réelle gravité requérant des soins immédiats et doit présenter une réelle dangerosité pour autrui ou lui-même. Cette notion reste floue, soumise à l'appréciation souveraine des juges et des psychiatres. Par exemple, le juge australien (Etat de Tasmanie) emploie davantage le terme de « menace » que représente le patient²⁹⁴³. En somme, la gravité des troubles du patient et sa 'dangerosité' le condamnent à l'hospitalisation psychiatrique.²⁹⁴⁴

²⁹³⁸ BURTI, L. (2001) « Italian psychiatric reform 20 plus years after » *Acta Psychiatrica Scandinavica* Supplement, 410, 41-46.

²⁹³⁹ KING, R. & ROBINSON, J. (2011) « Obligatory dangerousness criteria in the involuntary commitment and treatment provisions of Australian mental health legislation » *International Journal of Law and Psychiatry*, 34, 64-70.

²⁹⁴⁰ *Salgo v Leland Stanford, Jr. University Board of Trustees* 154, Cal. App. 2D 560, 317 P. 2d 170 (1957) in SLOVENKO, R. (2005) « The evolution of standards for experimental treatment or research » *The Journal of Psychiatry & Law*, 33, 129-174.

²⁹⁴¹ *Salgo v Leland Stanford, Jr.* in SLOVENKO, R. (2005), *op. cit.*, p. 134.

²⁹⁴² SLOVENKO, R. (2002) *Psychiatry in Law/Law in Psychiatry* (New York: Brunner-Routledge, 2002), pp. 711-738.

²⁹⁴³ Tasmania Mental Health Act 1996 in KING, R. & ROBINSON, J. (2011), *op. cit.*, p. 70.

²⁹⁴⁴ *Addington v Texas* (April 1979) 441 US 418 in HAYS, J. R. (1989) « The role of *Addington v Texas* on involuntary commitment » *Psychological Reports* 65: 1211-1215.

Les réflexions nées de l'antipsychiatrie n'ont pas porté leurs fruits à l'heure actuelle, les admissions sous contrainte demeurant la règle. En 1999 au Texas, le centre psychiatrique du comté de Harris comptait 50% d'admissions sans consentement.²⁹⁴⁵ Les patients atteints de schizophrénie ou de troubles bipolaires sont les plus exposés face à ce mode d'admission en raison de leur prétendue tendance à commettre des violences sur autrui. Les patients dépressifs seraient ensuite concernés par l'admission sous contrainte, souvent à la suite d'une tentative de suicide²⁹⁴⁶. Les malades atteints de troubles anxieux, de psychose ou de troubles alimentaires sont également concernés.

Dès lors, quels sont les patients ayant été admis librement en hôpital psychiatrique en donnant un consentement clair, lucide, éclairé ? Le cas d'un jeune patient schizophrénique (16 ans) librement admis retient notre attention. A la suite d'une agression commise sur sa sœur, sa mère le convainc d'être hospitalisé. Le patient évoque sa nécessité d'être soigné et la peur d'attenter à la vie de ses proches.²⁹⁴⁷ Il est ici difficile d'affirmer que le consentement du patient aurait été le même s'il n'avait pas été influencé.

La situation est analogue lorsque le psychiatre enjoint le patient à bénéficier de soins hospitaliers lorsque le patient n'est pas en mesure de faire face à ses troubles au quotidien. Or, le patient ne présente pas ici de dangerosité particulière, il est seulement incapable de prendre son traitement seul sans doute²⁹⁴⁸. Le patient est donc influençable indistinctement de la gravité de ses symptômes : peut-il réellement désirer d'être hospitalisé dans ces conditions ?²⁹⁴⁹.

La mise en exergue du critère de 'dangerosité' est néfaste car elle légitime l'exercice d'un pouvoir de police de l'Etat, afin d'écarter de la société toute personne susceptible d'en entraver le bon fonctionnement.²⁹⁵⁰ En effet, il semblerait que les lois privilégiant le critère de dangerosité auraient pour conséquence un allongement de la durée du séjour hospitalier²⁹⁵¹. Or,

²⁹⁴⁵ HARRIS COUNTY PSYCHIATRIC CENTER (1999) Patient characteristics from September 1998 to August 1999. Unpublished raw data.

²⁹⁴⁶ HOPKO, D. R., AVERILL P. M., COWAN K. and SHAH N. (2002) « Self-reported symptoms and treatment outcome among non-offending involuntary inpatients » *The Journal of Forensic Psychiatry* Vol 13, No 1, April 2002, 88-106; DEPARDON, R. (2017) *12 jours*.

²⁹⁴⁷ ZONE INTERDITE (2017), *op. cit.*, np.

²⁹⁴⁸ MILLER, D. L. & BOLLA, L. R. (1998) « Patient values: The guide to medical decision making » *Clinics in Geriatric Medicine*, 14, 813-829.

²⁹⁴⁹ ATKINSON J. M., GARNER H. C., GILMOUR W. H. (2004) « Models of advance directives in mental health care: Stakeholder views » *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 673-680.

²⁹⁵⁰ LIBRUN, G. (1998) « Donaldson revisited: Is dangerousness a constitutional requirement for civil commitment ? » *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 26(3), 343-351.

²⁹⁵¹ LARGE, M., NIELSSEN, O., RYAN, C. & HAYES, R. (2008) « Mental health laws that require dangerousness

la longue durée d'hospitalisation n'est pas toujours synonyme d'une prise en charge efficace des troubles mentaux. La contrainte exercée sous toutes ses formes au cours du séjour hospitalier ralentit la prise en charge du patient.²⁹⁵² Moins bien soignés, ils sont alors réhospitalisés plus rapidement : ils passent successivement des soins ambulatoires aux soins hospitaliers à chaque rechute. C'est le phénomène du *revolving door* (« portes tournantes »)²⁹⁵³.

Le patient hospitalisé sous contrainte dans des conditions quasi-répressives n'a alors que deux options : se soumettre à l'autorité exercée contre lui ou se révolter. Bien qu'elle soit légitime, sa désobéissance dessert sa cause car elle est perçue par les soignants comme une preuve de sa dangerosité. Il sera alors soumis à des mesures de contrainte dans l'espoir de le « dompter » : elles ne manqueront pas d'exciter le sentiment de colère et d'injustice du patient ou de le plonger dans un état de soumission totale. Il est douteux que cette méthode soit la plus pertinente afin de soigner le patient qui, rappelons-le, est en grande souffrance.

En 1952, deux psychiatres français, les Dr. Bonnafé et Le Guillaut s'inspirent du modèle mis en place par le Dr. Basaglia. Leur condamnation du modèle aliéniste (ou institutionnel) est sans appel : « les patients psychiatriques sont plus durement traités que les autres patients parce qu'il s'agit de malades sans défense, sans voix et sans droits [...] ils sont victimes d'un certain nombre de préjugés et d'injustices mais ils ne concernent nullement la nature de la folie ».²⁹⁵⁴

L'origine des communautés thérapeutiques remonte au XIX^e siècle. En 1839, le Dr. Connolly, psychiatre britannique arrive au poste de directeur de l'asile de Hanwell²⁹⁵⁵, situé dans la

for involuntary admission may delay the initial treatment of schizophrenia » *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(3), 251-256.

²⁹⁵² HOPKO, D. R., AVERILL P. M., COWAN K. and SHAH N. (2002), *op. cit.*; BEUTLER, L. E., GOODRICH, G., FISHER, D. and WILLIAMS, O. B. (1999) « Use of psychological tests/Instruments for treatment planning » in Maruish, M. E. (ed.) *The Use of Psychological Testing for Treatment Planning and Outcomes Assessment*, 2nd edn. Mahwah, NJ. Lawrence Erlbaum, pp. 81-113; PERLMAN, B. P., KENTERA, A., THORNTON, J. C. and GRIFFITH, B. (1988) « Involuntary and voluntary psychiatric patients: a pilot study of resource consumption » *American Journal of Public Health* 78: 1347-1348; CAMPBELL, L. A. & KISELY, S. R. (2009) « Advance treatment directives for people with severe mental illness » *The Cochrane Database of Systematic Reviews* (1).

²⁹⁵³ HOPKO, D. R., AVERILL P. M., COWAN K. and SHAH N. (2002), *op. cit.* p. 100; HUNTLEY, D. A., CHO, D. W. and CHRISTMAN, J. (1998) « Predicting length of stay in an acute psychiatric hospital » *Psychiatric Services* 49: 1049-1053; DEROGATIS L. R. and LYNN, L. L. (1999) « Psychological tests in screening for psychiatric disorder » in Maruish M. E. (ed.) *The Use of Psychological Testing for Treatment Planning and Outcomes Assessment*, 2nd edn. Mahwah, NJ : Lawrence Erlbaum, pp. 41-79.

²⁹⁵⁴ BONNAFÉ L. & LE GUILLANT, L. (1952) « La misère de la psychiatrie » *Esprit*, n°12, décembre 1952, p. 868.

²⁹⁵⁵ L'asile est aujourd'hui appelé hôpital de Saint-Bernard.

banlieue ouest de Londres. Médecin de formation, il critique le système asilaire britannique avec fermeté. S'il considère que les asiles sont un mal nécessaire, l'internement est pour les deux tiers des pensionnaires, « tout le contraire de bénéfique, car il fige et rend permanent quelque chose qui aurait pu disparaître »²⁹⁵⁶. L'asile entraîne chez ces malades une forme de destruction physique et mentale qui peut faire sombrer dans la folie un individu sain²⁹⁵⁷. Il propose une forme de soins à domicile pour la majorité des malades afin de concentrer les efforts et les moyens sur les malades les plus gravement atteints dans les asiles²⁹⁵⁸.



Fig. 30 : portrait de John Conolly, réformateur de la psychiatrie asilaire²⁹⁵⁹

Cette volonté de dispenser des soins dignes s'inscrit dans un courant thérapeutique humaniste en Angleterre au début du XIXème siècle, notamment avec l'entrée en vigueur de la loi de 1808 *County and Asylums Act* (« loi des comtés et des asiles »). Cette loi afin d'améliorer la prise en charge des malades mentaux venant de classes sociales défavorisées²⁹⁶⁰. Elle donne aux juges le pouvoir de faire bâtir des asiles dans leur comté car la « la mesure qui consiste à enfermer ceux des aliénés et autres personnes insensées... dans des prisons, des maisons de correction,

²⁹⁵⁶ CONNOLLY, J. (1830) *An inquiry concerning the indications of insanity, with suggestions for the better protection and care of the insane*, Londres, J. Taylor, p. 122.

²⁹⁵⁷ DUBOIS, L. (2017) *L'asile de Hanwell. Un modèle utopique dans l'histoire de la psychiatrie anglaise ?* éd. Presses Sorbonne Nouvelle, Paris, p. 42.

²⁹⁵⁸ HUNTER, R. & MCALPINE, I. (1973) *Introduction to John Connolly, An inquiry concerning the indications of insanity, fac-simile edition*, Folkestone : Dawnsions of Pall Mall.

²⁹⁵⁹ Lithographie de John Conolly : <https://wellcomecollection.org/works/ke7mwqty> (consulté le 1er mai 2019).

²⁹⁶⁰ ROBERTS, A. (2001) *Mental health history timeline, A Middlesex university resource* : <http://studymore.org.uk/mhhtim.htm> (consulté le 1er mai 2019), np.

des hospices ou des maisons de redressement par le travail est très dangereuse et inopportune »²⁹⁶¹. Cette loi conduit à la construction de huit nouveaux asiles en Angleterre, dont celui d'Hanwell.²⁹⁶² Les *County Asylums Act* de 1845 rendent ensuite obligatoire la construction d'un asile dans chaque comté dans un délai de trois ans. Si la structure déjà existante ne suffit pas, elle doit être agrandie pour répondre la demande.²⁹⁶³

En l'absence de traitements, l'asile devient la seule option possible dans le traitement des maladies mentales et deviennent rapidement incontournables²⁹⁶⁴. Les soins à domicile ne sont pas envisagés car le versement d'une pension aurait été ingérable sur le plan administratif et financier, la preuve d'une maladie mentale étant difficile à apporter si le malade 'simule' celle-ci.²⁹⁶⁵ Les asiles nouvellement construits ont alors pour objectif de lier l'enfermement et le soin : « qu'il [l'asile] soit véritablement un refuge contre la détresse... un lieu où le malade est protégé des attaques et des insultes. Qu'il cherche en ce lieu cette paix et ce réconfort qui lui ont été refusés sur les chemins qu'il a parcourus jusqu'alors »²⁹⁶⁶.

Les patients admis à l'asile de Hanwell souffrent de manie (agitation, bouffées délirantes), de mélancolie (dépression) ou « d'incohérence ou d'imbécilité » (lourds retards d'apprentissage).²⁹⁶⁷ Leurs conditions de vie matérielles sont « plus confortables que dans la maison de l'ouvrier moyen » et ils bénéficient d'équipements modernes pour l'époque : toilettes, eau courante et « un cadre de vie chaleureux, propre, spacieux et décoré »²⁹⁶⁸. Comme de nombreux asiles, Hanwell est construit à la campagne où l'air est réputé pur et l'environnement rural censé jouer un rôle thérapeutique²⁹⁶⁹. Des travaux sont également entrepris afin que les deux tiers des 800 patients soient logés dans des chambres individuelles ; aucun dortoir ne doit contenir plus de cinq lits.²⁹⁷⁰

²⁹⁶¹ *Ibid*, np.

²⁹⁶² JONES, K. (1998) *Lunacy. Law and conscience, 1744-1845 : The social history of the care of the insane*. London: Routledge, p. 126 ; HODGKINSON, R. G. (1967) *The origins of the National Health Service. The medical services of the new Poor Law 1834-1845*. Londres : Wellcome Historical Medical Library, p. 60.

²⁹⁶³ POWNALL, J. F. (1845) *The Paper Lunatic Asylums Act, with an analysis of its provisions, explanatory notes and a copious index*. Londres : William Benning & Co, p. 87.

²⁹⁶⁴ MELLETT, D. J. (1981) « Bureaucracy and mental illness: The Commissioners in lunacy, 1845-1890 » *Medical History*, vol.25, pp. 221-250.

²⁹⁶⁵ SCULL, A. (1989) *Social order / mental disorder : Anglo-american psychiatry in historical perspective. John Connolly: A Victorian psychiatric career*. Berkeley : University of California Press, p. 48.

²⁹⁶⁶ GARDINER HILL, R. (1838), *op. cit.*, p. 55.

²⁹⁶⁷ DUBOIS, L. (2017) *op. cit.*, p. 74.

²⁹⁶⁸ RUTHERFORD, S. (2008) *The Victorian asylum*. Princes Risborough: Shire Library, p. 29.

²⁹⁶⁹ HICKMAN, C. (2009) « Cheerful prospects and tranquil restoration: the visual experience of landscape as part of the therapeutic regime of the British asylum, 1800-1860 » *History of Psychiatry*, n°20, pp. 425-441.

²⁹⁷⁰ DUBOIS, L. (2017) *op. cit.*, p. 74.



Fig. 31 : l'asile de Hanwell, ses jardins extérieurs et sa chapelle en 1845²⁹⁷¹

Dès son entrée en fonction en 1839, le Dr. Conolly (1794-1866) s'inspire du traitement moral initié par Pinel afin d'abolir les moyens de contrainte et modifier en profondeur la pratique psychiatrique²⁹⁷². **Le traitement moral exige tout d'abord du médecin qu'il « respecte la personne malade**, qu'elle soit pauvre, laide, ou insensée »²⁹⁷³ ; Le médecin doit s'interdire tout jugement de valeur et doit avoir pour seule préoccupation « le bien-être et les droits des malades »²⁹⁷⁴ : il essaie d'établir une relation individuelle avec chaque patient « basée sur la confiance et le récit de soi »²⁹⁷⁵. Le malade mental n'est plus réduit à un état quasi animal, il demeure « un homme qui manque d'ordre et de retenue, mais un homme malgré tout »²⁹⁷⁶. Le traitement moral peut être défini comme « **toute action par laquelle on exerce une influence sur l'esprit par le biais de l'esprit lui-même** ; par opposition au traitement médical, qui consiste à agir sur l'esprit à distance, en utilisant des agents matériels et par le biais du corps », c'est-à-dire par les moyens de contention.²⁹⁷⁷ La conception anglaise du traitement moral met l'accent sur l'amélioration des conditions de vie des malades : « des activités organisées, une nourriture convenable, des lits dignes de ce nom, de la patience, de la gentillesse et de la gaieté,

²⁹⁷¹ https://en.wikipedia.org/wiki/St_Bernard%27s_Hospital,_Hanwell#/media/File:Hanwellasylum.jpg (consulté le 8 mai 2019), *np*.

²⁹⁷² DUBOIS, L. (2017) *op. cit.*, p. 21.

²⁹⁷³ WEINER, D. B. (1999) *Comprendre et soigner : Philippe Pinel (1745-1826), la médecine de l'esprit*. Paris : Librairie Arthème Fayard, coll. « Penser la médecine », p. 118.

²⁹⁷⁴ *Ibid*, p. 375.

²⁹⁷⁵ GUIGNARD, L. (2010) *Juger la folie. La folie criminelle devant les assises au XIXème siècle*. Paris, Presses universitaires de France, p. 203.

²⁹⁷⁶ SCULL, A. (1979) « Moral treatment reconsidered: Some sociological comments on an episode in the history of British psychiatry » *Psychological Medicine*, vol. 9, n°3, pp. 421-428.

²⁹⁷⁷ BROWNE, W. A. F. (1864) « The moral treatment of the insane; A lecture » *Journal of Mental Science*, vol. 10, pp. 309-337.

dans l'espoir de transformer les pensionnaires en citoyens disciplinés, coopératifs et doués de raison à nouveau ».²⁹⁷⁸ Il est reconnu que le traitement digne des malades est plus efficace que les moyens de contrainte, « la peur, la coercition brutale » : c'est le **système de non-coercition (non-restraint)**, rejetant autant que possible l'usage de ces méthodes brutales et contre-thérapeutiques²⁹⁷⁹. Or, l'enfermement du malade dans un asile, bien qu'il y soit bien traité, n'est-ce pas une contrainte ? Cette réflexion a émergé dès le XIX^{ème} siècle.²⁹⁸⁰ Il semblerait que lorsque l'internement est inévitable pour le malade en raison de la gravité de ses troubles, il est indispensable d'organiser des conditions de vie dignes afin que sa prise en charge soit réalisée avec douceur et humanité.

Le projet du Dr. Conolly n'est pas seulement humanitaire afin de soulager les souffrances des patients. Il est convaincu que « les troubles mentaux [sont] une maladie qu'il faut étudier et traiter, en dépit d'un manque de connaissances cliniques ». Il est intimement persuadé que l'environnement social du malade exerce une influence considérable sur son état, qu'elle soit bénéfique ou néfaste.²⁹⁸¹ Dès son entrée en fonction, il libère en moins de quatre mois tous les patients de leurs chaînes, sans exception, « l'abolition doit être absolue, sans quoi elle ne saurait être efficace ».²⁹⁸² Des centaines d'objets servant à la contention sont confisqués : 48 chaises de coercition, 78 camisoles de cuir ou en toile, 353 paires de menottes et entraves.²⁹⁸³ Dès sa première année d'exercice, 1008 patients bénéficient du nouveau régime de Hanwell et sont libres de leurs mouvements à l'intérieur de l'asile.²⁹⁸⁴ Le traitement moral ne se limite pas à l'interdiction de la contention et implique un nouveau type de soins²⁹⁸⁵. Une alimentation plus riche²⁹⁸⁶ et une meilleure hygiène sont strictement respectées, chaque pensionnaire doit prendre

²⁹⁷⁸ OPPENHEIM, J. (1991) *Shattered nerves: Doctors, patients and depression in Victorian England*. New York, Oxford: Oxford University Press, USA, p. 23.

²⁹⁷⁹ CLARK, S. J. (1869) *A memoir of John Conolly, M. D., D. C. L., comprising a sketch of the treatment of the insane in Europe and America*, Londres : John Murray, p. 37.

²⁹⁸⁰ SEMELAIGNE R. (1890) *Du restraint et du non-restraint en Angleterre, par le Dr. René Sémelaigne*. Paris : Lecrosnier et Babé, p. 6 : TUKE, D. H. (1882) *Chapters in the history of the insane in the British Isles*. Londres : Kegan Paul & Co, p. 204.

²⁹⁸¹ HUNTER, R. A. & BENNETT, D. (1967) « One hundred years after John Conolly », *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, vol. 60, n°1, pp. 85-92.

²⁹⁸² CONOLLY, J. (1856) *The treatment of the insane before and after the advent of moral management*. Londres : Smith, Elder & Co, p. 31.

²⁹⁸³ RUSSEL, D. (1998) « Hanwell lunatic asylum 1831-1844 : The golden years » *International History of Nursing Journal*, vol. 4, n°1, pp. 4-9.

²⁹⁸⁴ DUBOIS, L. (2017), *op. cit.*, p. 84.

²⁹⁸⁵ JONES, K. (1960) *Mental health and social policy, 1845-1959*. Londres, Routledge, p. 9.

²⁹⁸⁶ Viande, pain, fromage, ragoût de mouton... in SUZUKI, A. (1995) « The politics and ideology of non-restraint : The case of the Hanwell asylum » *Medical History*, n°39, p. 11-17.

un bain par semaine (parfois une douche).²⁹⁸⁷ Le bain chaud est également employé à des fins thérapeutiques afin d'apaiser le malade, la douche froide étant douloureuse et traumatisante. Après le bain ou la douche, le patient doit être rapidement séché et mis au lit « avec toutes les manifestations possibles de la plus aimable attention »²⁹⁸⁸. Le Dr. Conolly voyait dans ces bons traitements une manière de « faire baisser l'excitation cérébrale », ce qui rendrait le malade plus calme et discipliné.²⁹⁸⁹

Toutefois, les soignants de l'asile continuent de recourir à certains sédatifs lorsque l'état du patient l'exige : digitaline, chloroforme, éther, ergot de seigle, nitrate d'amyle, cannabis...²⁹⁹⁰. En général, lorsque le patient devient trop dangereux pour lui-même ou les autres, les soignants ont recours à la mise à l'isolement : le malade peut être confiné dans sa propre chambre et habillé de vêtements de toile résistants qu'il ne peut déchirer.²⁹⁹¹ Si le patient est trop agressif, il est emmené dans une chambre capitonnée « où il demeure jusqu'à ce que la rage passagère retombe et que le danger disparaisse ».²⁹⁹² Les murs et le sol de cette pièce sont recouverts d'un revêtement moelleux afin que le malade ne puisse pas se blesser. Le placement en chambre capitonnée reste rare et de courte durée²⁹⁹³ : une fois le patient calmé, il est reconduit vers sa chambre, « on lui offre soit de la nourriture, soit une boisson quelconque et l'on tâche de l'apaiser par de douces paroles ».²⁹⁹⁴ La gestion de ces 'incidents' n'était pas sans risque : pour la seule année 1840, le nombre de vitres brisées a été multiplié par deux, des griffures et des coups de poings entre deux patientes sont rapportés, un accès de violence entre deux autres malades, une infirmière attaquée par une malade, une patiente tente de se suicider...²⁹⁹⁵ Les soignants opposés au *non-restraint* fustigent l'incompétence du Dr. Conolly et sa méthode qu'ils qualifient de dangereuse : un patient meurt des suites de ses blessures après s'être tapé la tête contre un mur, un patient est assassiné à coups de pied par d'autres malades, une patiente dévore sa propre chair et ses excréments, etc.²⁹⁹⁶

²⁹⁸⁷ DUBOIS, L. (2017), *op. cit.*, p. 86.

²⁹⁸⁸ *Ibid.*

²⁹⁸⁹ WOOD, L. C. (1985) *John Conolly and the historical interpretation of moral management*. Mémoire de Master en histoire, University of British Columbia : <http://circle.ubc.ca/handle/2429/26633> (consulté le 2 mai 2019) p. 80.

²⁹⁹⁰ WILLIAMS, S. W. D. (1867) « The non-restraint system in the treatment of a 'certain class of destructive patients' » *Journal of Mental Science*, vol. 13, pp. 176-187.

²⁹⁹¹ DUBOIS, L. (2017), *op. cit.*, p. 87.

²⁹⁹² CLARK, S. J. (1869), *op. cit.*, p. 9.

²⁹⁹³ CONOLLY, J. (1856), *op. cit.*, p. 52.

²⁹⁹⁴ SEMELAIGNE R. (1890), *op. cit.*, p. 6.

²⁹⁹⁵ DUBOIS, L. (2017) *op. cit.*, p. 89.

²⁹⁹⁶ TEBBUTT, F. (1841) *Letter to the Magistrates of the County of Middlesex, from the Rev. Francis Tebbutt*

Malgré ces attaques, le Dr. Conolly soutenu par les magistrats du comté du Middlesex croient en la force de ce projet, convaincus que le nombre et la fréquence de ces incidents diminueraient progressivement.²⁹⁹⁷ John Conolly recommande également aux soignants de « prendre la peine d’acquérir des connaissances sur le tempérament de chacun des patients, de les encourager à bien se tenir, de les inciter à revenir à des habitudes d’ordre et de propreté, à gagner leur confiance par un traitement amical ». ²⁹⁹⁸ Les actes de négligence sont consignés dans des registres et les sanctions vont du blâme au retrait sur salaire. Les actes violents ou de maltraitance donnent généralement lieu à un licenciement immédiat du soignant.²⁹⁹⁹

Sous la direction de William Ellis, prédécesseur du Dr. Conolly au poste de directeur de l’asile de Hanwell, le travail est devenu le moyen curatif suprême. John Conolly va alors tenter d’y inclure **les divertissements et l’instruction** afin que l’asile devienne un lieu de soins et de vie agréable pour les malades.³⁰⁰⁰ Les pensionnaires ont accès « à des exercices physiques animés, des soins apportés aux animaux... la lecture, l’écriture, le dessin et la musique ». ³⁰⁰¹ Ces occupations ont pour objectif de « reconforter et consoler les déprimés, comme autant de manifestations de la considération que l’on ressent à leur égard, et du désir que l’on a de les savoir heureux ». ³⁰⁰² Les distractions, au sens pascalien du terme, permettent au malade de ne pas accorder une attention trop importante à sa maladie mentale, à l’éviter autant que possible. Elles lui permettent ensuite de se socialiser auprès de ses pairs, de retrouver une certaine confiance en lui et le sentiment « d’être bon à quelque chose ». ³⁰⁰³ Cependant, les activités proposées doivent dans la mesure du possible être compatibles avec son tempérament et ses troubles mentaux. Les distractions les plus actives sont réservées aux mélancoliques tandis que les activités plus sédentaires sont proposées aux maniaques (états d’agitation, bouffées délirantes). ³⁰⁰⁴ Les soignants approvisionnent les malades en livres (une véritable bibliothèque se constitue progressivement³⁰⁰⁵), magazines, papier à lettres, tables et boules de billard, dames, trictrac, échecs, dominos, cartes et autres sortes de jouets. Il s’agit d’éviter autant que possible

(*Chaplain onf the county pauper lunatic asylum, at Hanwell*). Londres : John W. Parker, p. 21-23.

²⁹⁹⁷ SUZUKI, A. (1995), *op. cit.*, p. 5.

²⁹⁹⁸ DUBOIS, L. (2017) *op. cit.*, p. 94.

²⁹⁹⁹ RUTHERFORD, S. (2008), *op. cit.*, p. 33.

³⁰⁰⁰ *Ibid*, p. 37.

³⁰⁰¹ CONOLLY, J. (1856), *op. cit.*, p. 87.

³⁰⁰² *Ibid*.

³⁰⁰³ *Ibid*.

³⁰⁰⁴ TUKE, S. (1813), *op. cit.*, p. 181.

³⁰⁰⁵ CONOLLY, J. (1847) *On the construction and government of lunatic asylums and hospitals for the insane*. Londres : J. Churchill, p. 54.

le désœuvrement des malades bien qu'ils demeurent sous la surveillance des soignants³⁰⁰⁶. Les malades sont initiés à différents travaux manuels tels que la couture, la broderie, le tricot, le dessin et la peinture. Ils sont incités également à pratiquer un instrument de musique (violon, piano, flûte, orgue), à s'exercer au chant, à déclamer des poèmes, etc³⁰⁰⁷.

Les activités en plein air sont valorisées : lorsque le temps le permet, tous les patients (même les plus agités) sont autorisés à se rendre dans les jardins et les cours de l'asile à partir de dix heures du matin sous la surveillance des soignants³⁰⁰⁸. Les pensionnaires sont invités à regagner l'intérieur en cas de fortes chaleurs ou de froid intense afin de préserver leur santé. Cependant, les malades des différents services ne doivent pas se fréquenter : les mélancoliques ne doivent pas côtoyer les malades agités par exemple³⁰⁰⁹ mais tous profitent des vertus du grand air : « les nerveux et les irascibles en sont tranquilisés, les mélancoliques et les songeurs se voient pour un temps distraits de leurs pensées »³⁰¹⁰. Les jeux de ballon, cerceau, raquettes, jeux de quilles, cricket... sont également encouragés pour les hommes comme pour les femmes.³⁰¹¹ . Il n'est pas rare de croiser par beau temps « des centaines de [...] patients en grand air, profitant d'une liberté qui est particulièrement agréable à contempler, et dont ils n'abusent que rarement ».³⁰¹²

De même, l'organisation des **fêtes** fait partie du traitement moral : les patients éprouvent une grande joie à la perspective de cette célébration. C'est souvent dans une ambiance joyeuse qu'ils aident aux préparatifs des fêtes, qu'ils les vivent puis s'en rappellent les meilleurs moments. Les fêtes permettent ainsi d'approfondir le lien de confiance entre les soignants et les malades qui y prennent tous beaucoup de plaisir³⁰¹³. Par exemple, la **fête de Noël** est rythmée par la préparation de décorations par les soignants et les malades (feuilles de houx, lauriers, fleurs diverses), l'organisation de chants et de danses enthousiastes chez les malades et le partage d'un repas spécial (bœuf rôti, pudding, fruits, bière épicée, gâteaux, thé, café) dans une atmosphère chaleureuse et conviviale. La presse locale salue cette initiative³⁰¹⁴ considérée

³⁰⁰⁶ *Ibid.*

³⁰⁰⁷ DUBOIS, L. (2017), *op. cit.*, p. 125.

³⁰⁰⁸ CONOLLY, J. (1847), *op. cit.*, p. 59.

³⁰⁰⁹ *Ibid.*, p. 53.

³⁰¹⁰ *Ibid.*, p. 57.

³⁰¹¹ *Ibid.*, p. 52.

³⁰¹² *Ibid.*, p. 51.

³⁰¹³ DUBOIS, L. (2017), *op. cit.*, p. 101.

³⁰¹⁴ THE EXAMINER, édition du 7 janvier 1843 ; THE ALBION, édition du 2 avril 1842 ; THE TIMES, édition du 5 janvier 1843 ; THE MORNING CHRONICLE, édition du 10 janvier 1843.

comme « un exemple extraordinaire... des effets bénéfiques du traitement humain ». ³⁰¹⁵ Le lendemain de ces fêtes « présente un air de gaieté, d'ordre et de tranquillité accrus » qui confirme la conviction du Dr. Conolly que « la compassion et la bonté [...] rendent inutiles les chaînes et les fers ». ³⁰¹⁶

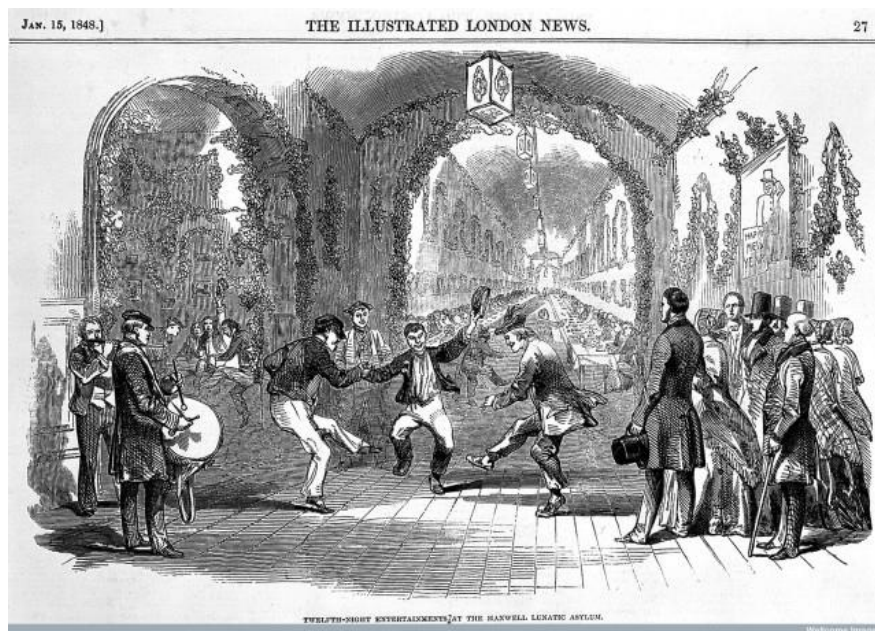


Fig. 32 : fête de l'Épiphanie célébrée le 6 janvier 1848 à l'asile de Hanwell ³⁰¹⁷

Des **fêtes estivales** sont également organisées : les patients sont rassemblés dans une salle décorée par leurs soins (par mauvais temps) ou en extérieur, prennent le thé, organisent des danses et des jeux animés et font venir un orchestre. La fête débute l'après-midi et se prolonge souvent dans la soirée. D'abord tentée avec un petit nombre de patients, l'expérience se révèle concluante. Les soignants en organisent environ une tous les trois mois et le nombre de patients présents augmente avec les années jusqu'à atteindre 400 en 1849 ³⁰¹⁸. Ces festivités rappellent l'organisation de jeux d'extérieur (course en sac, chamboule-tout...) organisées par les soignants au sein d'un UMD français : en dépit de la 'dangerosité' des malades, l'organisation de ces réjouissances se soldait très rarement par la commission de violences chez les patients. Au contraire, ces journées permettent aux malades d'oublier pour un temps leur statut de patient

³⁰¹⁵ THE MORNING CHRONICLE, *op. cit.*, *np.*

³⁰¹⁶ CONOLLY, J. (1856), *op. cit.*, p. 91.

³⁰¹⁷ <https://historic-hospitals.com/2016/01/06/twelfth-night-at-hanwell-asylum/> (consulté le 8 mai 2019), *np.* Certaines années, la fête de Noël était célébrée le 6 janvier (jour de l'Épiphanie) ou le 31 décembre, mais la raison n'est pas expliquée.

³⁰¹⁸ DUBOIS, L. (2017), *op. cit.*, p. 115-116.

pour créer un esprit de compétition et de franche convivialité avec les équipes adverses.³⁰¹⁹

Par ailleurs, des **ventes de charité** ouvertes au grand public sont organisées tous les ans où sont mis en vente toutes sortes d'objets confectionnés par les patients : objets de décoration, ouvrages de couture (« jupons pour femmes et enfants »), tableaux, croquis, maquettes de navires, etc.³⁰²⁰ Une partie des fonds récoltés est allouée à la réinsertion des malades convalescents ou guéris et l'autre est consacrée à l'amélioration du quotidien des patients : jeux, magazines, journaux... auxquels viennent s'ajouter les dons des visiteurs voire du personnel soignant. Les visiteurs sont nombreux et atteignent 2 000 personnes en 1849 : personnes habitant dans le voisinage, proches des malades, anciens patients, famille du personnel soignant, notables locaux, etc.³⁰²¹. John Conolly redoute cependant que l'agitation ne vienne perturber la quiétude des lieux ou que les visiteurs adoptent un comportement inapproprié qui effraierait les malades. Il se montre méfiant face à la publicité qui est faite des ventes de charité et isole les malades du reste de la foule, par exemple en organisant un goûter en plein air dans le pré derrière l'asile ou dans une salle interdite d'accès au public.³⁰²²

L'autre volet du traitement moral se fonde sur **l'instruction** des malades de l'asile. En effet, les populations indigentes en Angleterre au XIX^{ème} siècle n'ont qu'un accès très limité à l'éducation³⁰²³. Peu de patients de l'asile de Hanwell savent lire et encore moins écrire et compter. Conolly croit fermement en la nécessité d'instruire les malades (sur la base du volontariat), qu'importe leur sexe³⁰²⁴, leur âge ou la nature de leurs troubles mentaux : l'instruction présente pour lui des vertus récréatives et curatives, y compris pour les malades 'imbéciles'. Il s'agit de donner la possibilité aux facultés intellectuelles des malades « de s'exercer de manière saine, méthodique, agréable et utile »³⁰²⁵. Il cite les asiles français de Bicêtre et de Rouen qui l'ont inspiré malgré les réticences exprimées par une partie des soignants. Aidé de l'aumônier dispensant l'instruction religieuse, deux instituteurs sont recrutés afin d'enseigner la lecture, l'écriture, le dessin, l'arithmétique, l'histoire, la géographie, le

³⁰¹⁹ Zone Interdite (2017), *op. cit.*, np.

³⁰²⁰ DUBOIS, L. (2017), *op. cit.*, p. 118.

³⁰²¹ *Ibid*, p. 119.

³⁰²² CONOLLY, J. (1847), *op. cit.*, p. 55.

³⁰²³ HARVEY, R. H. (1949) *Robert Owen, social idealist*. Berkeley : University of California Press, p. 15-17.

³⁰²⁴ CLARK, S. J. (1869), *op. cit.*, p. 73. John Conolly est persuadé de l'importance d'instruire les femmes à tout âge et déplore la mauvaise qualité de l'instruction qui leur est accordée au XIX^{ème} siècle.

³⁰²⁵ CONOLLY, J. (1847), *op. cit.*, p. 294.

chant, la biologie, etc.³⁰²⁶ La supervision des classes est assurée par les médecins et les infirmiers.³⁰²⁷ Bien que les locaux soient souvent exigües et bruyants, les malades continuent d'y assister. L'école à l'asile est perçue comme « une aide heureuse et puissante d'une partie considérable et digne d'intérêt de l'ensemble des aliénés ». ³⁰²⁸ John Conolly rapporte en ce sens que « les patients se réunissent avec enthousiasme, fournissent le peu de travail qui est exigé d'eux sans la moindre impatience... ils semblent tirer un grand plaisir et quelque avantage de ces efforts »³⁰²⁹. Cependant, seule une centaine de patients sur le millier de pensionnaires de l'asile bénéficiait de ces cours en raison de leur état de santé³⁰³⁰.

Toutefois, il préconise la modération de cette instruction, affirmant qu'il ne faut pas faire naître chez les malades « un désir maladif d'acquérir des connaissances intellectuelles pures ». ³⁰³¹ Ce point de vue est étonnant, car ne serait-ce pas une preuve d'amélioration de l'état de santé du malade de le voir se passionner par l'étude de connaissances théoriques ? En quoi le désir de s'instruire constitue un obstacle à la rémission du patient ? En vérité, il voit dans une activité intellectuelle intense le risque de provoquer la colère ou l'abattement moral du malade devant la difficulté de l'exercice. Il faut pourtant saluer l'initiative de Conolly qualifiée de « geste philanthropique, social et politique » en permettant aux malades d'accéder à une instruction qui leur était jusqu'alors refusée.³⁰³² Cependant, peu après la démission de Conolly en 1852, les administrateurs de l'asile mettent un terme à l'instruction des malades, jugée trop coûteuse et peu efficace quant à la rémission des symptômes des malades.³⁰³³

Ensuite, l'organisation des **visites des proches des patients** a joué un rôle non négligeable dans le traitement moral de Conolly. Négligées par les historiens jusqu'à une période récente³⁰³⁴, il s'agit pourtant du lien le plus direct que le malade entretient avec le monde extérieur. Elles représentent la possibilité d'une réintégration à la société une fois guéris. Or, il n'est pas rare que les patients internés depuis de nombreuses années ne reçoivent plus aucune

³⁰²⁶ DUBOIS, L. (2017), *op. cit.*, p. 176.

³⁰²⁷ *Ibid.*, p. 179.

³⁰²⁸ *Ibid.*, p. 181.

³⁰²⁹ CONOLLY, J. (1847), *op. cit.*, p. 150.

³⁰³⁰ *Ibid.*

³⁰³¹ *Ibid.*, p. 129.

³⁰³² DUBOIS, L. (2017), *op. cit.*, p. 172.

³⁰³³ *Ibid.*, p. 184.

³⁰³⁴ WANNELL, L. (2007) « Patients' relatives and psychiatric doctors : Letter writing in the York retreat, 1875-1910 » *Social History of Medicine*, vol. 20, n°2 , p. 297-313.

visite de leurs proches : plus l'internement est long, plus les visites tendent à s'espacer puis à disparaître complètement.³⁰³⁵ La distance aggrave encore cette tendance, l'éloignement de l'asile en pleine campagne décourage les visites des proches venus de la ville.³⁰³⁶ A l'asile de Hanwell, le Dr. Conolly encourage les visites en faisant preuve de souplesse. Les visites sont à l'origine prévues les mardi et vendredi, mais les proches ne pouvant se rendre sur les lieux en semaine peuvent demander à voir le malade le week-end ou un autre jour.³⁰³⁷ Les visiteurs sont accueillis dans des salles de réception ou dans les jardins de l'asile si le malade le souhaite.

Comme toutes les autres activités, les visites restent sous la surveillance des soignants qui n'interviennent que lorsque cela est nécessaire (ex : commission de violences). Le patient peut s'entretenir en privé avec ses proches et il est invité s'exprimer sur ses conditions de vie dans l'asile. Néanmoins, un strict respect des mœurs et de la bienséance est observé : un homme venant rendre visite à une patiente et inversement sera toujours en présence d'un soignant, même s'ils sont mariés. Les échanges épistolaires sont également encouragés entre le malade et ses proches : les frais de correspondance font partie des dépenses de l'asile au moins jusqu'à la démission de Conolly en 1852. Il n'empêche que les soignants possèdent un droit de regard sur le contenu des correspondances et peuvent en interdire l'envoi ou la réception s'ils jugent la lettre immorale ou inconvenante...³⁰³⁸ Cette mainmise des lettres pourtant privées est-elle imputable aux mœurs strictes de l'époque ou à la volonté du Dr. Conolly de faire des malades des individus disciplinés, observant tous les codes moraux de la société ?

Un **système de sortie à l'essai d'une durée d'un mois** est mis en place pour les patients en voie de rémission. Si le séjour à l'extérieur de l'asile se déroule dans de bonnes conditions, le malade peut être autorisé à quitter l'asile. Il bénéficie alors d'une bourse dont les fonds sont alimentés par les ventes de charité de l'asile. Cette somme lui permet de bénéficier d'une certaine sécurité financière avant de retrouver un emploi et faciliter sa réinsertion. Cette mesure, peu courante pour l'époque, témoigne d'une réelle avancée médico-sociale.³⁰³⁹ Pourtant, le taux de guérison de l'asile reste désespérément bas malgré tous ces procédés : entre 1831 et 1885, seuls 18% des patients sont 'guéris', 17,9% n'ont jamais rechuté et 20% sont

³⁰³⁵ HUNTER, R. A. & MCALPINE, I. (1963) *Three hundred years of psychiatry, 1535-1860 : A history presented in selected English texts*, Oxford : Oxford University Press, p. 962.

³⁰³⁶ RUTHERFORD, S. (2008), *op. cit.*, p. 31.

³⁰³⁷ DUBOIS, L. (2017), *op. cit.*, p. 139.

³⁰³⁸ *Ibid*, p. 140-141.

³⁰³⁹ *Ibid*, p. 150.

déclarés incurables.³⁰⁴⁰

En vérité, les malades ne sont internés à l'asile que lorsque leur état de santé devient alarmant. Les symptômes sont alors larvés depuis des mois voire des années et il leur sera plus long et difficile de guérir : « plus les patients [entrent] tôt à l'asile, plus tôt commence [...] le traitement moral et meilleures sont les perspectives de guérison ».³⁰⁴¹ Ensuite, le faible taux de guérison doit être tempéré par l'absence de traitement médicamenteux efficace à l'époque, l'augmentation du nombre de pensionnaires et l'allongement de la durée de vie des malades en raison d'une nette amélioration de leurs conditions de vie. Le terme même de *guérison* doit être employé avec précaution : la rémission peut rapidement laisser place à une rechute des symptômes, la maladie mentale étant plus difficile à traiter qu'une maladie somatique. En toute hypothèse, les efforts déployés par les soignants permettent de réduire drastiquement le nombre de suicides malgré les 550 patients suicidaires internés : seule une patiente met fin à ses jours entre 1839 et 1850³⁰⁴².

En résumé, les réformes entreprises par le Dr. Conolly témoignent d'une volonté de créer une « communauté active d'aliénés pauvres parvenus à une heureuse harmonie grâce aux soins attentifs d'un directeur éclairé et affectueux ».³⁰⁴³ Décrite comme une communauté utopique, elle reste profondément autoritaire, car « **un tel ensemble... n'est possible qu'au prix d'une étroite surveillance : les utopistes recourent donc à un strict dirigisme... Partout, sous prétexte de liberté, l'individu est esclave... Il travaillera, aimera, se délassera à heures fixes [...]** Aussi le bonheur en utopie est-il un bonheur collectif, non une jouissance individuelle... Chacun y sera heureux, à mais condition de l'être avec les autres, comme les autres et surtout sous les yeux des autres ».³⁰⁴⁴ Il est vrai que les activités, les repas, les fêtes sont tous organisés et strictement surveillés par les soignants et le Dr. Conolly lui-même. L'exercice de cette contrainte morale est-il justifié par la recherche de la guérison chez les malades ? La contrainte même bienveillante demeure une réalité : « **[Ils] ont aboli les chaînes**

³⁰⁴⁰ SCULL, A. (1989), *op. cit.*, p. 197.

³⁰⁴¹ FOSS, A. & TRICK, K. (1989) *St Andrew's Hospital, Northampton : The first one hundred and fifty years, 1838-1988*, Cambridge : Granta Editions, p. 32.

³⁰⁴² DUBOIS, L. (2017), *op. cit.*, p. 148.

³⁰⁴³ SHOWALTER, E. (1997) *The female malady. Women, madness and English culture, 1830-1980*, Londres : Virago Press, p. 45-46.

³⁰⁴⁴ TROUSSON, R. (1979) *Voyages au pays de nulle part. Histoire littéraire de la pensée utopique*, Bruxelles : Université Libre de Bruxelles, p. 18.

et les tortures [mais] elles ont été remplacées... par le fait d'inculquer au patient un profond sentiment de culpabilité quant à son état, qui a pour conséquence de le maîtriser aussi efficacement, et avec moins de difficulté ».³⁰⁴⁵ La contrainte extériorisée par l'usage des chaînes et des camisoles de force est remplacée par les sanctions d'isolement et l'adhésion à des règles strictes : c'est une contrainte intériorisée qui est imposée aux malades, selon la pensée foucauldienne.³⁰⁴⁶ En dépit des libertés accordées aux pensionnaires, M. Foucault rappelle que « le médecin incarnait le gardien de la raison... exerçant une répression plus subtile mais aussi plus aliénante, un **dressage comportemental** ».³⁰⁴⁷

Si cette expérience s'est révélée fructueuse tant sur l'ambiance de l'asile que des conditions de vie des malades, John Conolly a bien fait usage d'une contrainte morale. S'il abhorre et interdit tout châtiment corporel, les sanctions existent toujours. Le patient agité, agressif, suicidaire, refusant de se soumettre au bonheur préparé par les soignants peut être isolé des autres dans la chambre capitonnée. Pourtant, il est difficile de nier que l'exercice de cette contrainte paternaliste a été bénéfique pour les malades. Il est difficile d'imaginer qu'à cette époque, avant la création des thérapies de choc et des neuroleptiques, l'ensemble du personnel soignant a pu soigner, divertir, instruire, faire vivre dans une relative harmonie près d'un millier de patients à l'asile de Hanwell. Il ne fait alors aucun doute que John Conolly compte parmi les précurseurs de la « bientraitance au sein de l'asile ».³⁰⁴⁸ Le traitement moral prohibant le recours à la contention mécanique est donc une piste menant à la mise en œuvre d'une psychiatrie plus humaine, malgré ses aspects autoritaires.

Le succès du procédé du *non-restraint* est tel qu'en 1856, vingt-huit asiles sur vingt-neuf ont renoncé à l'usage des moyens de contention au Royaume-Uni.³⁰⁴⁹ Non seulement la contrainte est abandonnée, mais l'importance du travail et des loisirs au bénéfice des malades est reconnue³⁰⁵⁰. Cependant, à compter de la démission du Dr. Conolly en 1852, la qualité des soins se dégrade : ses plus fervents disciples quittent peu à peu leurs fonctions, les effectifs des

³⁰⁴⁵ TROMBLEY, S. (1981) *All that summer she was mad: Virginia Woold and her doctors*. Londres : Junction Books, p. 209.

³⁰⁴⁶ FOUCAULT, M. (1961) *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris : éd. Gallimard, p. 504-505.

³⁰⁴⁷ HOCHMANN, M. (2015) *op. cit.*, p. 152.

³⁰⁴⁸ DUBOIS, L. (2017), *op. cit.*, p. 255.

³⁰⁴⁹ *Ibid*, p. 211.

³⁰⁵⁰ HEARNSHAW, L. S. (1964) *A short history of British psychology 1840-1940*. New York : Barnes & Noble, p. 263.

soignants sont réduits, les locaux sont agrandis et réaménagés, près de 400 nouveaux patients sont admis... toutes ces conditions entraînent l'augmentation du nombre de violences commises par les malades et les soignants, et *in fine* le retour de la contention physique des malades.³⁰⁵¹ Bien que les patients continuent de confectionner des objets vendus dans les ventes de charité et que des fêtes soient toujours organisées, les écoles de l'asile sont fermées et le contention redevenue fréquente, sinon quotidienne. La réputation de l'asile en est immanquablement ternie³⁰⁵² mais le modèle de cette communauté thérapeutique va ensuite inspirer les psychiatres français, outre-Manche.

Le Dr. Morel obtient la possibilité de visiter l'asile de Hanwell en 1858, désireux d'exporter cette approche nouvelle du soin psychiatrique. Il loue « l'ordre et la discipline admirables de ces asiles, le calme des malades, le sentiment d'humanité qui anime les surveillants et les gardiens [...] les patients se promènent dans une immense galerie où circulent librement l'air et la lumière. [...] Les chambres des patients sont ornées de tableaux et de fleurs et aboutissent à des salles de réunion où se rassemblent les pensionnaires et où ils trouvent des livres, des journaux et d'autres moyens de distraction ».³⁰⁵³ Il n'est alors pas étonnant que nos contemporains louent son héritage : « c'est à Connolly que nous devons véritablement le traitement humain et moderne des aliénés tel qu'il existe aujourd'hui ».³⁰⁵⁴

Ce modèle inspire la création des *colonies agricoles* en Ecosse et en Allemagne quelques années plus tard qui symbolise une autre forme d'ouverture des asiles. Les aliénés les plus calmes (souvent des épileptiques) sont sélectionnés et placés dans des familles d'accueil où ils participent aux activités agricoles de la ferme. Ceux ayant besoin d'un encadrement particulier sont regroupés dans l'annexe de l'asile et se voient confier la culture des champs et l'élevage des animaux domestiques. C'est la **colonisation des aliénés**³⁰⁵⁵ qui trouve son application dans la communauté de Gheel notamment. Les contempteurs des colonies agricoles sont cependant plus nombreux en raison du caractère forcé du travail des champs et de l'élevage du bétail. Il est sans doute vrai que ces occupations permettent à certains malades une amélioration de leur

³⁰⁵¹ SANKEY, W. H. O. (1856) « Do the public asylums of England, as at the present constructed, afford the greatest facilities for the care and treatment of the insane ? » *Journal of Mental Science*, vol. 2, pp. 466-479.

³⁰⁵² CANTAB, M. D. (1872) « The Hanwell asylum » *The Lancet*, vol. 99, n°2538, p. 558.

³⁰⁵³ BASAGLIA, F. (1977), *op. cit.*, p. 30-31.

³⁰⁵⁴ SCULL, A. (1988) « Insanity in the 18th and 19th centuries. John Connolly: a reconsideration » *Journal of the Royal Society of Medicine*, vol. 81, n°2, pp. 67-70.

³⁰⁵⁵ LAGET, P-L (2015) « Naissance et développement de l'asile-village. Utopie architecturale et mirage thérapeutique » in HENNION-JACQUET, P. & KOUBI, G., *op. cit.*, p. 55.

état de santé mentale mais cette solution thérapeutique ne convient pas à tous les patients. Certains s'épanouissent davantage dans l'apprentissage de connaissances théoriques (asile de Hanwell) que dans la culture de la terre. De même, nous pourrions évoquer la notion de travail dissimulé chez les malades, inconscients que le fruit de leur labeur puisse servir à l'enrichissement d'un autre. Ils sont susceptibles d'être exploités par des individus peu scrupuleux. C'est peut-être la raison pour laquelle le Dr. Conolly était opposé à l'idée d'un travail forcé chez les malades. C'est finalement le modèle de la communauté thérapeutique a rassemblé le plus d'adeptes, notamment l'aliéniste français Marandon de Montyel.

La création des communautés thérapeutiques a suscité la volonté chez les opposants de l'asile traditionnel de construire un **asile-village**. Il combine la création d'un établissement dont la décoration est réalisée avec fantaisie, l'agencement des pièces et des logis sont agencés comme s'il s'agissait d'un village ordinaire. Au centre de l'asile-village, les habitants peuvent trouver des édifices publics habituels leur rappelant ceux existants « à l'extérieur » de l'asile-village : église, théâtre, salle des fêtes, bâtiment administratif en guise de mairie, etc. Le premier asile village voit le jour en Prusse rhénane en 1897 avec l'asile de Galkhausen. Le modèle suscite un engouement réel et se diffuse dans toute la Prusse, dans l'Alsace récemment annexée avec l'édification de l'asile de Rouffach en 1909³⁰⁵⁶, aux Etats-Unis, en Italie, en Pologne et en Argentine.³⁰⁵⁷ L'asile-village rencontre des résistances en France : le modèle de conception allemande n'est pas bien perçu à la suite de la défaite de Sedan de 1871. De plus, les craintes d'un coût trop élevé quant à la construction et la perspective de la Première guerre mondiale approchant aurait découragé les décideurs politiques en place.³⁰⁵⁸ Un asile-village parvient tout de même à être construit en 1913 près d'Orléans, celui de Fleury-les-Aubrais³⁰⁵⁹. Il est renommé établissement psychothérapeutique en raison de la montée des mouvements contestataires de l'asile traditionnel. A la suite de la Seconde guerre mondiale, les asiles rebaptisés hôpitaux psychiatriques en 1937 sont déconsidérés, assimilés aux camps de concentration ayant marqué les esprits³⁰⁶⁰. C'est le mouvement de psychothérapie

³⁰⁵⁶ LESER, G. (1999) *Rouffach. De l'asile au centre hospitalier, 90 ans de psychiatrie*, éd. Du Rhin, p. 124.

³⁰⁵⁷ LAGET, P-L (2015), *op. cit.*, p. 57.

³⁰⁵⁸ *Ibid*, p. 60.

³⁰⁵⁹ RAYNEAU, J. (1923) *Notice sur l'établissement psychothérapeutique de Fleury-les-Aubrais (Loiret)*, Orléans : Imprimerie orléanaise ; DAUMEZON, G. (1946) « L'établissement psychothérapeutique de Rayneau à Fleury-les-Aubrais » in *Au-delà de l'asile d'aliénés et de l'hôpital psychiatrique*, Paris : Desclée de Brouwer, pp. 29-38.

³⁰⁶⁰ BONNAFE, L. (1946) « Vers une conception urbaniste de l'architecture médicale » *Techniques hospitalières, sanitaires et sociales*, n°8, pp. 1-5.

institutionnelle qui monte alors en puissance, se fondant toujours sur la structure hospitalière mais en permettant l'ouverture des portes des services.

Dès 1896, le Dr. Marandon de Montyel loue l'ouverture du service hospitalier en psychiatrie, « méthode de l'asile sans murs extérieurs ni intérieurs, aux portes et fenêtres ouvertes... admirable invention, qui est devenue partout la préoccupation dominante, sauf en France où nous restons les êtres les plus routiniers du monde, indifférents au progrès ».³⁰⁶¹ La communauté thérapeutique devient un modèle, « un lieu dans lequel tous les membres, malades, infirmiers et médecins, sont unis en un engagement total d'où jaillit l'action thérapeutique réciproque ».³⁰⁶² Au sein de cette structure, la communauté de patients et de soignants vit à l'écart de la société et partage des infrastructures et réalisation d'activités au quotidien.³⁰⁶³ L'accès à une communauté thérapeutique ne peut être obligatoire pour le patient. Même gravement malade, il doit consentir à ces soins car il ne saurait y avoir de contrainte dans une approche de soins qui se veut à rebours de la psychiatrie institutionnelle. Les soignants ne distinguent pas les patients suivant leurs troubles psychiatriques ou leurs antécédents judiciaires. Les malades et les soignants pluridisciplinaires (psychiatres, médecins généralistes, aides-soignants, infirmiers, assistants sociaux, psychologues, thérapeutes...) forment une seule et même communauté³⁰⁶⁴.

Dès lors, la communauté thérapeutique constitue-t-elle l'unique réponse à la prise en charge des pathologies psychiatriques ? Rien n'est moins sûr selon le Dr. Basaglia qui craint que l'ouverture des portes et le caractère institutionnel de l'hôpital psychiatrique soient par nature incompatibles. Il met en garde les psychiatres contre une vision idéalisée de la communauté thérapeutique, « un monde idéal où les rapports entre individus sont puisés dans le plus profond humanisme... [la communauté] veut être précisément la négation de ce monde idéal ».³⁰⁶⁵

³⁰⁶¹ MARANDON DE MONTYEL, E. (1896), *op. cit.*, p. 393.

³⁰⁶² BASAGLIA, F. (1977), *op. cit.*, p. 33.

³⁰⁶³ *Ibid*, p. 30.

³⁰⁶⁴ VAN VUG M., KROON, H., DELESPAUL P. A. E. G. & MULDER, C. I. (2016) « Assertive community treatment and associations with delinquency » *International Journal of Law and Psychiatry*, 49, 93-97; STEIN, L. I. & TEST, M. A. (1980) « Alternative to mental health hospital. I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation » *Archives of General Psychiatry*, 37, 392-397; CALSYN, R. J., YONKER, R. D., LEMMING, M. R., MORSE, G. A. & KLINKENBERG, W. D. (2005) « Impact of assertive community treatment and client characteristics on criminal justice outcomes in dual disorder homeless individuals » *Criminal Behaviour and Mental Health*, 15, 236-248.

³⁰⁶⁵ BASAGLIA, F. (1977), *op. cit.*, p. 33.

A titre d'exemple, il faut citer le séjour de vingt ans de Mary Barnes, schizophrène, au sein de la communauté thérapeutique Kingsley Hall (Londres). Son psychiatre, le Dr. Berke, rappelle que leur relation patient-soignant était particulièrement conflictuelle. Les premières années du séjour de Mary Barnes sont les plus difficiles³⁰⁶⁶, le Dr. Berke mentionnant les coups portés aux soignants par la malade, son mutisme complet et ses refus fréquents de s'alimenter. De même, il avoue avoir eu de violentes disputes avec sa patiente allant de manière exceptionnelle jusqu'aux coups et blessures.³⁰⁶⁷

L'intérêt de ce témoignage n'est pas de cautionner les agissements du psychiatre mais de montrer les difficultés rencontrées par les soignants et les patients au cours des soins. En définitive, ces conflits s'apparentent aux difficultés rencontrées dans toute relation humaine, bien qu'exacerbés ici par les troubles mentaux du patient. Ainsi, la communauté thérapeutique serait loin de constituer un havre de calme et de tranquillité. L'administration des soins y est plus respectueuse qu'en hôpital psychiatrique 'fermé' mais n'en est que plus compliquée.

Le soignant se voit toujours confier l'obligation d'accompagner et soulager la souffrance du patient mais il doit éviter d'adopter une attitude paternaliste. Patient et soignant ne sont certes pas égaux mais la hiérarchie y est moins prononcée qu'au sein de l'hôpital 'fermé'. Les rôles de chacun et les rapports d'autorité sont à redistribuer car ils ne sont pas clairement définis.³⁰⁶⁸ Par exemple, le Dr. Berke précise que patients et soignants se voient confier à tour de rôle les tâches d'entretien des locaux et les travaux domestiques (cuisine, blanchisserie, couture, bricolage).³⁰⁶⁹

En responsabilisant davantage les patients, ces tâches leur apprennent ou réapprennent à vivre en autonomie dans un cadre sécurisant. Les patients n'y sont pas les réceptacles passifs d'un traitement médicamenteux annihilant chez eux toute velléité.³⁰⁷⁰ Ils sont au contraire amenés à exprimer de manière créative leur souffrance, leur perception de soi et du monde. C'est par ce moyen que Mary Barnes est parvenue à exprimer sa vision de la maladie mentale et en particulier de sa schizophrénie à travers la peinture.³⁰⁷¹ Peindre a signifié pour Mary Barnes

³⁰⁶⁶ BARNES, M. & BERKE, J. (1976), *op. cit.*, p. 266.

³⁰⁶⁷ *Ibid.*

³⁰⁶⁸ *Ibid.*

³⁰⁶⁹ *Ibid.*, p. 267.

³⁰⁷⁰ *Ibid.*

³⁰⁷¹ *Ibid.*, p. 268.

« ouvrir un champ... transformer quelque peu le monde » et être transformée par lui³⁰⁷². En peignant, elle s'est « laissée traverser par des couleurs, des graphismes, des formes pour les organiser... Elle a repris contact avec ce qui s'est vécu d'unique dans le moment présent. Elle s'est mise en état d'aventure pour créer et a tiré parti de son héritage, de son corps ». ³⁰⁷³ Cette expression artistique de la souffrance mentale l'a ensuite conduite à embrasser la carrière d'artiste-peintre qu'elle exercera jusqu'à sa mort en 2001, bien après avoir quitté la communauté thérapeutique. ³⁰⁷⁴

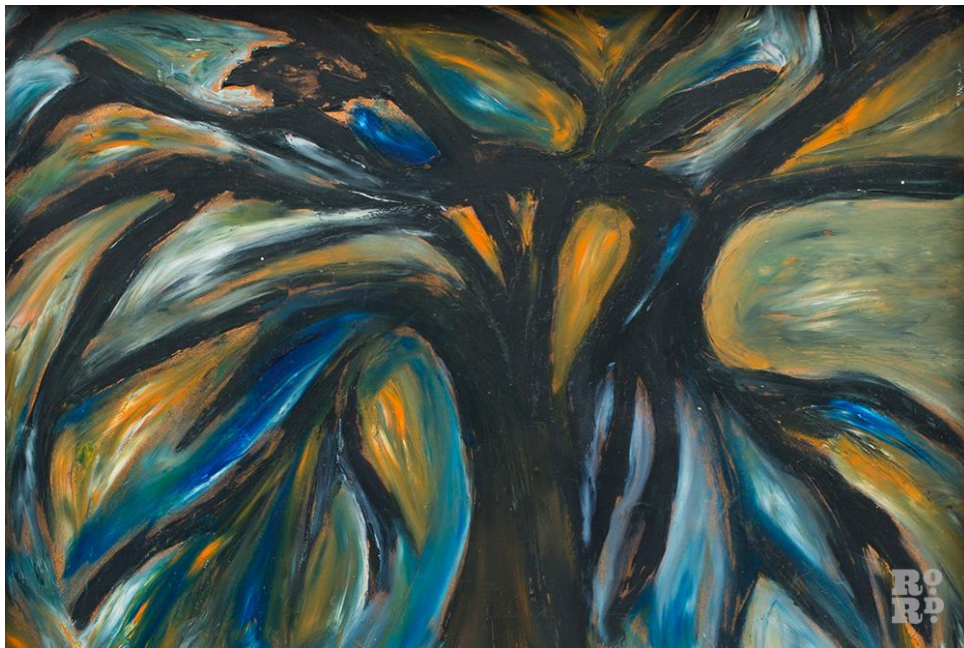


Fig. 33 : arbre ou oiseau ? Mary Barnes, sans titre, huile sur toile³⁰⁷⁵

La communauté thérapeutique mêle ainsi le soin des troubles psychiatriques et un réapprentissage progressif de la vie en société tout en protégeant les malades du monde extérieur. Le recours à la contrainte (ex : mise à l'isolement) et le traitement médicamenteux n'y sont pas la règle mais l'exception : ils ne sont dispensés que lorsque le patient entre en état de décompensation et présente un danger pour lui-même ou autrui. ³⁰⁷⁶

A ce titre, le Dr. Berke a eu recours à la mise à l'isolement de Mme Barnes à de nombreuses reprises lorsqu'elle entrait en phase de décompensation. La sédation n'était employée que dans

³⁰⁷² MENASE, S. (2009) « Rapport créatif au monde » *Revue Art & Thérapie*, n°102-103, nov. 2009, p. 51.

³⁰⁷³ LANGUETTE, M-A & KATCHADOURIAN, F. (2014), *op. cit.*, p. 185.

³⁰⁷⁴ BARNES, M. & BERKE, J. (1976), *op. cit.*, p. 269.

³⁰⁷⁵ Peinture de Mary Barnes, huile sur toile, année inconnue : <https://romanroadlondon.com/mary-barnes-exhibition-bow-arts/> (consulté le 24 mai 2019), *np*.

³⁰⁷⁶ BARNES, M. & BERKE, J. (1976), *op. cit.*, p. 268.

des circonstances extrêmes telles que des coups et blessures graves portés à un soignant ou un patient.³⁰⁷⁷ Dans les autres cas (ex : destruction de matériel), il était fréquent que les soignants laissent le patient s'exprimer. Ce n'est qu'une fois le patient calmé qu'il se livrait à un échange purement verbal où le psychiatre tentait de comprendre les raisons l'ayant conduit à cet état de crise.³⁰⁷⁸

Si l'apport des communautés thérapeutiques et de l'antipsychiatrie ont été reconnus, ces initiatives sont retombées dans l'oubli dans les années 1980 « sous la pression de différents facteurs, dont la montée du DSM soutenu par une biologisation croissante de la psychiatrie ».³⁰⁷⁹ Selon cette croyance, les troubles psychiatriques auraient pour origine des origines biologiques pouvant être traitées par la seule prescription de psychotropes. Les difficultés sociales, environnements, économiques du sujet sont occultées, laissant place à une individualisation culpabilisante de la maladie mentale.

En somme, si l'individu souffre de dépression et d'anxiété, ces maux ne sont imputables qu'à une fragilité innée ou un trouble neurologique. Le surmenage en raison d'un emploi harassant, ses difficultés personnelles, la précarité de sa situation financière ne rentrent plus en considération...

Par ailleurs, il est pertinent d'impliquer les proches du patient lorsque cela est possible au cours des soins. Ils peuvent apaiser et rassurer le patient, favorisant les chances de suivi du traitement.

- La participation des proches du patient, une aide précieuse dans le suivi du traitement

Qu'importe le pays concerné, les soins psychiatriques sont très variables selon l'hôpital voire le service concerné. Certains s'associent aux proches du patient afin de favoriser l'efficacité des soins quand d'autres jugent leur présence contre-thérapeutique. Lorsque le patient hospitalisé (même sous contrainte) est majeur, il est libre d'informer ou non ses proches concernant son état de santé mentale. Or, ce refus est outrepassé lorsqu'il se trouve en danger de mort ou en cas d'urgence, s'il a commis une fugue par exemple.

³⁰⁷⁷ *Ibid.*

³⁰⁷⁸ *Ibid.*, p. 269.

³⁰⁷⁹ INGLEBY, D. (2005) « The origins of critical psychiatry » *Journal of the Cambridge Society for psychotherapy*, 8, pp. 18-23.

M. Delarue, ancien CGLPL, relève une initiative intéressante incluant la famille du patient dans la prise en charge psychiatrique.³⁰⁸⁰ L'UNAFAM (Union nationale des amis et familles de malades psychiques) organise en collaboration avec les hôpitaux psychiatriques des échanges et rencontres avec les soignants, les patients et leurs proches afin de promouvoir le parcours de soins.³⁰⁸¹ Ces échanges permettent d'échanger et de transmettre des informations précieuses sur les implications des soins : contraintes professionnelles des soignants, sentiment de solitude et d'abandon chez le patient, impuissance et culpabilité des proches face à la maladie, etc.³⁰⁸²

Les proches du patient recueillent des informations précieuses sur le diagnostic psychiatrique, les traitements disponibles, leurs effets indésirables, etc.³⁰⁸³ De même, ils peuvent être informés sur le comportement à adopter lorsque le patient entre en état de décompensation afin d'assurer leur sécurité et celle du malade. Cette transmission d'informations par les soignants est appelée psychopédagogie. Elle se traduit par l'enseignement d'informations relatives aux symptômes, aux traitements et de manière générale aux difficultés des pathologies mentales.³⁰⁸⁴

En toute hypothèse, le psychiatre doit respecter la volonté de la famille refusant d'hospitaliser le patient.³⁰⁸⁵ Cette exigence déontologique est pourtant rarement respectée, notamment lorsque le patient présente un danger pour lui-même ou autrui.

Cette méthode a permis de faciliter la prise en charge ambulatoire des patients. En cas d'urgence, une intervention des soignants au domicile du patient est prévue (état de décompensation, tentative de suicide, agression sur une tierce personne...)³⁰⁸⁶

³⁰⁸⁰ DELARUE J-M (2014), *op. cit.*, p. 153.

³⁰⁸¹ *Ibid.*

³⁰⁸² BANTMAN, P. (2000a) « Le monde de la famille » *Santé Mentale*, n°53, décembre 2000, p. 67.

³⁰⁸³ BANTMAN, P. (2003) « Schizophrénies débutantes : diagnostic et modalités thérapeutiques » conférence des 23 et 24 janvier 2003 : http://spip.systemique.eu/IMG/article_PDF/article_150.pdf (consulté le 11 juillet 2017), p. 71 ; AGNETTI, G. & BARBETTO, A. (1994) « Travailler avec les familles dans le traitement à long terme des troubles schizophréniques » *Santé Mentale*, vol. XIX, n°1, printemps 1994 ; DRAKE, R. E., GOLDMAN, H. H., LEFF, H.S., LEHMAN, A. F., DIXON, L., MUESER, K.T., *et al.* (2001) « Implementing evidence-based practices in routine mental health settings » *Psychiatric Services*, 52, 179-182; KLIMITZ, H. (2006) « Psychoeducation in schizophrenic disorders-psychotherapy or 'infiltration'? » *Psychiatric Practice*, 33, 379-382; MAZZUCA, S. A. (1982) « Does patient education in chronic disease have therapeutic value? » *Journal of Chronic Disease*, 35, 521-525.

³⁰⁸⁴ GLICK, I. D., BURTI, L., OKONOJI, K. & SACKS, M. (1994) « Effectiveness in psychiatric care: Psychoeducation and outcome for patients with major affective disorder and their families » *British Journal of Psychiatry*, 164, 104-106.

³⁰⁸⁵ BANTMAN, P. (2000b) « Pourquoi faut-il aider la famille du psychotique ? » Atelier, Journées SNC La Villette, 1^{er} décembre 2000, p. 121.

³⁰⁸⁶ LEFF, J., TRIEMAN, N., KNAPP, M. and HALLAM, A. (2000) « The TAPS project : A report on 13 years of research, 1985-1998 » *Psychiatric Bulletin* 24(5): 165-168; KANNAS, S. (2000) « Quelle est la place de la famille en cas de premier épisode aigu de schizophrénie? » In De Clercq, M., Peuskens, *Les troubles*

Au Canada et en France existent également des structures d'accueil en soins ambulatoires. Rattachés aux centres hospitaliers, ils peuvent disposer de quelques lits afin d'accueillir les patients en état de décompensation.³⁰⁸⁷ Ces établissements accueillent également les proches du patient : leur présence peut apaiser le malade lors des soins.³⁰⁸⁸ Les patients dont les symptômes sont sévères n'y sont généralement pas admis, considérés trop dangereux pour bénéficier de soins ambulatoires. Cette réticence explique peut-être le manque d'infrastructures mises en place³⁰⁸⁹ malgré les exhortations du ministère de la Santé britannique en ce sens.³⁰⁹⁰ Somme toute, cette démarche est rarement mise en pratique, les soignants étant sceptiques quant à son efficacité sur le long terme.³⁰⁹¹

L'implication de la famille dans les soins permet d'appréhender les soins plus sereinement et d'explorer avec les soignants les pistes d'amélioration des soins.³⁰⁹² Elle promeut une étroite coopération des proches et des soignants, prolongeant l'alliance thérapeutique.³⁰⁹³ La famille peut s'engager dans le suivi du traitement en s'assurant que le patient respecte ses prescriptions.³⁰⁹⁴ De même, cette participation aux soins permettrait de réduire de moitié le taux de ré-hospitalisation du patient schizophrène³⁰⁹⁵ et d'améliorer le suivi du traitement³⁰⁹⁶

schizophréniques, éditions de l'université De Boeck, pp. 151-158.

³⁰⁸⁷ BANTMAN, P. (2003), *op. cit.*, p. 122.

³⁰⁸⁸ VALLENTINE, V., TAPP, J., DUDLEY, A., WILSON, C. & MOORE, E. (2010) « Psycho-educational groupwork for detained offender patients : understanding mental illness » *The Journal of Psychiatry & Psychology*, Vol. 21, No. 3, Juin 2010, 393-406 ; MIERMONT, J. (1994) « Schizophréniques et thérapies familiales » *Générations*, n°1, octobre 1994.

³⁰⁸⁹ GOURNEY, K. (2005) « The changing face of psychiatric nursing » *Advances in Psychiatric Treatment*. 11, 6-11.

³⁰⁹⁰ DEPARTMENT OF HEALTH (2007b) *Putting people first*. London: The Stationery Office, p. 158.

³⁰⁹¹ AGNETTI, G. & BARBETTO, A. (1994), *op. cit.*, p. 124.

³⁰⁹² HAVET, J-M (2000) « La question du diagnostic en thérapie familiale » *Générations*, n° 10 ; ABDEL-BAKI, A., TURGEON, N., CHALFOUN, C. & NGUYEN, A. (2013), *op. cit.* ; KUIPERS, E., ONWUWERE, J. & BEBBINGTON, P. (2010) « Cognitive model of caregiving in psychosis » *The British Journal of Psychiatry*, 196, 259-265 ; DAVIDSON, K. M., NORRIE, J., TYRER, P., GUMLEY, A., TATA, P., MURRAY, H. & PALMER, S. (2006a) « The effectiveness of cognitive behaviour therapy for borderline personality disorder: Results from the borderline personality disorder study of cognitive therapy (BOSCOT) trial » *Journal of Personality Disorders*, 20, 450-465.

³⁰⁹³ BARROWCLOUGH, C., HADDOCK, G., LOWENS, I., CONNOR, A., PIDLISWYI, J., & TRACEY N., (2001) « Staff expressed emotion and causal attributions for client problems on a low secure unit: An exploratory study » *Schizophrenia Bulletin*, 27, 517-526.

³⁰⁹⁴ BANTMAN, P. (2003), *op. cit.*, p. 125.

³⁰⁹⁵ LEFF, J., TRIEMAN, N., KNAPP, M. & HALLAM, A. (2000), *op. cit.*, p. 167; MCGORRY, P. D. *et al* (1998) « The feasibility and effectiveness of early intervention in psychotic disorders: The Australian experience » *International Clinical Psychopharmacology*, vol. 13 (suppl. 1), pp. 547-552.

³⁰⁹⁶ POPLAWSKA, R., CZERNIKIEWICZ, A., SZULC, A., GALINSKA, B., KONARZEWSKA, B. & RUDNIK-SZALAJ, I. (2004) « The effectiveness of psychoeducation in schizophrenic and depressive patients – preliminary report » *Psychiatria Polska*, 38, 433-442; RUMME-KLUGE, C., PITSCHEL-WALZ, G., BAUML, J. & KISSLING, W. (2006) « Psychoeducation in schizophrenia – results of a survey of all psychiatric institutions in Germany, Austria, and Switzerland » *Schizophrenia Bulletin*, 32, 765-775; GEELAN S. and NICKFORD C.,

et des thérapies³⁰⁹⁷ chez le patient.

Cependant, l'implication de la famille dans le traitement serait rarement mise en pratique en raison d'une formation des soignants insuffisante³⁰⁹⁸ : seuls 3% des professionnels de santé seraient informés de cette méthode.³⁰⁹⁹ La majorité d'entre eux estime que la participation des proches n'est d'aucun recours contre la pathologie³¹⁰⁰ surtout lorsqu'ils refusent catégoriquement la prescription de psychotropes au patient.³¹⁰¹

L'impulsion de ce mouvement s'inscrit dans une humanisation progressive de la pratique psychiatrique, mais il est peu probable qu'elle soit souvent couronnée de succès. L'implication de la famille dans le traitement psychiatrique serait sans effet lorsque les troubles du patient sont sévères³¹⁰², s'il souffre de comorbidité ou du climat répressif du service hospitalier,³¹⁰³ s'il est susceptible de commettre des actes violents³¹⁰⁴ ou n'a pas conscience de son état de santé mental. Il serait alors plus sage de réserver cette thérapie familiale aux patients souffrant de troubles moins lourds. Or, établir cette distinction est discriminatoire...

La psychopédagogie en particulier devrait être renforcée dans les hôpitaux psychiatriques et les centres de soins ambulatoires. Rapide et peu coûteuse, sa mise en place exige uniquement un engagement pérenne des soignants et des proches du patient. Cette initiative repose en grande partie sur la bonne volonté de tous les acteurs des soins.³¹⁰⁵

(1999) « A survey of the use of family therapy in medium secure units in England and Wales » *The Journal of Forensic Psychiatry* Vol. 10, No. 2 September 1999, 317-324; LEFF, J. P. & WING, J. K. (1971) « Trial of maintenance therapy in schizophrenia » *British Medical Journal* 3: 599-604; CORDESS, C. (1992) « Family therapy with psychotic offenders and family victims in a forensic psychiatry secure setting » in *Proceedings of the 17th International Congress of the International Academy of Law and Mental Health*, 366-380. Leuven, Belgium: International Academy of Law and Mental Health.

³⁰⁹⁷ MARI, J. J. & STREINER, D. L. (1994) « An overview of family interventions and relapse on schizophrenia meta-analysis of research findings » *Psychol Med*, 24(3): 565-578.

³⁰⁹⁸ BRADSHAW, T., BUTTERWORTH, A., & MAIRS, H. (2007) « Does structured clinical supervision during psychosocial intervention educate enhance outcome for mental health nurses and the service users they work with? » *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14, 4-12.

³⁰⁹⁹ LAM, D. H. (1991) « Psychosocial family intervention in schizophrenia: A review of empirical studies » *Psychological Medicine* 21: 423-441.

³¹⁰⁰ LEFF, J. P. & WING, J. K. (1971), *op. cit.*, p. 601.

³¹⁰¹ MASSIE J., LEWIS S., (1999) « Duration of treatment in schizophrenia » *The Journal of Forensic Psychiatry* Vol. 10, No. 3, December 1999, 491-496.

³¹⁰² CARROLL, A., PANTELIS, C. & HARVEY, C. (2004) « Insight and hopelessness in forensic patients with schizophrenia » *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 38, 169-173.

³¹⁰³ CREE, A. & HODGINS, S. (2007) « Services for the treatment of mentally disordered offenders – From reaction to pro-action » *Mental Health Review*, 12, 7-15.

³¹⁰⁴ HERTZ, M. I. & MELVILLE, C. (1980) « Relapse in schizophrenia » *American Journal of Psychiatry*, 137, 801-808.

³¹⁰⁵ PEKKALA, E. & MERINDER, L. (2002) « Psychoeducation for schizophrenia » *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002, Issue 2, Art. No. CD002831.

L'implication des pouvoirs publics est plus que jamais nécessaire afin de mettre en œuvre une thérapie porteuse d'avenir au bénéfice des patients sans avoir recours à la contrainte ou à des traitements trop lourds.

Bien sûr, toute thérapie familiale suppose une volonté ferme des proches du patient de s'impliquer. Elle est inopérante pour les patients délaissés par leurs proches ou ayant perdu contact avec eux à la suite d'un long séjour hospitalier. De même, elle est délicate lorsque la famille du patient ne parvient pas à comprendre les troubles psychiatriques dont il est atteint. Il peut leur être difficile de concevoir que le patient refuse obstinément de sortir de chez lui, souffre de graves insomnies ou de terreurs inexplicables, qu'il se livre à des logorrhées fréquentes, qu'il pousse des cris soudains, etc.³¹⁰⁶

Le patient peut aussi refuser de confier à ses proches la réalité de son hospitalisation en raison d'un contexte familial difficile voire traumatique : maltraitances, violences, physiques, accoutumance à l'alcool ou aux stupéfiants, présence de troubles mentaux chez certains membres de la famille, etc.³¹⁰⁷

Les proches du patient peuvent être choqués par le recours à la contrainte par exemple en étant témoins de la saisie au corps d'un patient en état de crise. Il est alors logique que certains soignants soient réticents à libérer la parole et à permettre l'accès du milieu hospitalier aux personnes extérieures. La crainte de ne pas froisser les familles, le souci d'étouffer certains événements, de ne pas révéler l'insalubrité des lieux, de ne pas entacher la réputation de l'établissement... sont certainement présents. Ces causes justifient en grande partie le manque de volonté de la plupart des hôpitaux dans la mise en place de ces initiatives.

Aujourd'hui, nous pouvons affirmer avec conviction que l'avenir de la psychiatrie demeure hors des murs de l'hôpital afin de dispenser des soins plus respectueux de la dignité et des droits des patients. Sans aller jusqu'à la mainlevée de l'hospitalisation de tous les patients sans distinction, les sorties dites à l'essai doivent être régulièrement proposées aux malades.

³¹⁰⁶ MCKEOWN, G. (2007) « Psychosocial interventions at Ashworth: An occupational delusion. Chapter 4 » in D. Pilgram (Ed.) *Inside Ashworth: Professionals reflections of institutional life*. Oxford: Radcliffe Publishing; PEARSON, V. & TSANG, H. (2004) « Duty, burden & ambivalence: Families of forensic psychiatric patients in Hong Kong » *International Journal of Law and Psychiatry*, 27, 361-374.

³¹⁰⁷ ABSALOM, V., MCGOVERN, J., GOODING, P. A. & TARRIER, N. (2010) « An assessment of patient need for family interventions in forensic services and staff skill implementing family interventions » *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, Vol. 21, No. 3, June 2010, 350-365; DAVIES, A., MALLOWS, L., EASTON, R., MORREY, A. & WOOD, F. (2014) « A survey of the provision of family therapy in medium secure units in Wales and England » *Journal of Psychiatry & Psychology*, Vol. 25, No. 5, 520-534.

En somme, la communauté thérapeutique s'extrait de la logique institutionnelle pour favoriser l'émergence d'une réelle confiance entre le soignant et le patient. Il s'agit vraisemblablement de la meilleure alternative à l'hospitalisation sous contrainte à l'heure actuelle. En effet, soigner des troubles mentaux même sévères requiert la création d'un cadre rassurant pour les patients. Ils doivent pouvoir se sentir en sécurité auprès des soignants sans souffrir de leur incompréhension ou de leur rejet. *A contrario*, les personnes extérieures sont susceptibles de ne pas faire preuve de la même bienveillance.

Loin du fantasme sécuritaire de la 'dangerosité', il est important de rappeler que les malades psychiatriques sont avant tout des individus en grande souffrance. Incapables de faire face à leurs troubles, ils sont exclus d'une société à laquelle ils souhaitent ardemment s'intégrer. Mis au rebut de la société civile, leur identité se réduit à leur seule anormalité, leur pathologie et l'ostracisme qui la caractérise. Traiter ces patients exige avant toute chose de les considérer avec indulgence et humanité.

CONCLUSION

La psychiatrie moderne est aujourd'hui en péril. La fermeture des services, l'importante réduction des effectifs de soignants et des ressources budgétaires transforment peu à peu l'hôpital psychiatrique en un univers carcéral qui ne dit pas son nom.

C'est pourtant tout le contraire qui devrait prévaloir dans l'approche du soin. Accorder davantage de libertés aux patients rendra leur séjour hospitalier plus supportable. L'ouverture des services de psychiatrie prônée par la psychothérapie institutionnelle permet la création d'un cadre de vie agréable et respectueux de la dignité et des libertés fondamentales du patient. Ils seraient à terme moins susceptibles d'adopter un comportement dangereux pour eux-mêmes ou autrui : le recours aux mesures de contrainte ne deviendrait plus la règle mais l'exception. Or, l'application de cette mesure soulève la question ô combien épineuse de l'augmentation des ressources budgétaires allouées à la psychiatrie. Sans financements conséquents, il ne peut y avoir d'augmentation des effectifs de soignants et pas d'exercice digne de la psychiatrie en tant que discipline médicale.

Croire qu'il suffit d'enfermer les « fous » afin de les guérir est un contre-sens total. L'asile est critiqué depuis les années 1860 et la loi de 1838 dénoncée comme une loi attentatoire à la liberté individuelle. L'accompagnement thérapeutique par l'écoute, l'empathie et le dialogue entre patients et soignants demeure la seule piste envisageable, au besoin accompagnée d'un traitement médicamenteux adapté. Déconsidérée, la psychiatrie demeure le parent pauvre de la médecine. Elle souffre d'une réputation telle qu'elle est de moins en moins prisée par les étudiants en médecine. La réduction des ressources et des effectifs, l'augmentation constante du nombre de patients fait reposer sur les épaules des psychiatres une charge toujours plus lourde à supporter. Il devient difficile, voire impossible pour eux d'exercer leur profession lorsque la seule directive des pouvoirs publics est de « faire toujours plus, avec toujours moins ». Or, la presse anglaise affirmait dès les années 1860 que **la folie « ne peut qu'être rendue incurable par une incarcération des gens en masse derrière les mêmes murs froids et cruels »**.³¹⁰⁸

La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ne permet pas de résoudre

³¹⁰⁸ THE EXAMINER, édition du 24 janvier 1864.

ces difficultés. Elle se contente de réaffirmer la délivrance de soins de qualité pour tous sans prendre en considération les difficultés du terrain. Il ne s'agit plus pour le législateur de s'adapter aux réalités du terrain et de venir en aide à des professionnels de santé débordés, mais de les responsabiliser afin de les inciter à travailler davantage... sans amélioration de leurs conditions de travail et des soins dispensés aux patients. La doctrine dénonce une étatisation croissante de la santé par l'Etat, qui cherche à contrôler toute activité de soins : respect des protocoles de soins, de procédures à l'égard des admissions, des recours devant le JLD, de l'usage de la contrainte, etc. Le gouvernement semble vouloir imposer une norme idéalisée : assurer les soins pour tous. Or, sans les moyens financiers et humains nécessaires pour atteindre cet objectif, cette loi ne peut à elle seule modifier et améliorer la délivrance des soins.³¹⁰⁹ De même, la force du secret médical semble peu à peu disparaître au profit d'une logique de transparence et de continuité des soins. A travers la mise en œuvre du DMP, la loi du 26 janvier 2016 semble privilégier la transmission des données de santé avec le plus d'acteurs des soins possible, au risque de mettre en péril le secret médical. Le patient, surtout s'il présente des troubles mentaux, est particulièrement vulnérable face à la protection de ses données. Il aurait été plus sage que le législateur préserve d'autant plus le respect du secret médical. Nous pourrions y voir un recul des droits des patients, malgré la louable intention du corps législatif d'améliorer les soins.

Il est urgent que les décideurs publics prennent conscience du mal-être aujourd'hui présent en psychiatrie. La prise en charge des malades mentaux ne doit en aucun cas se limiter à la contrainte ordonnée tous azimuts. Elle doit demeurer une solution de dernier recours lorsque le comportement du patient devient trop dangereux pour autrui ou lui-même. Toutefois, même au cours d'une mesure de contention, la présence et le soutien des soignants doivent être assurés. La contention ne doit pas être synonyme d'abandon du patient : elle vise uniquement à 'contenir' les débordements du patient en état de décompensation, lorsque celui-ci délire et perd pied avec la réalité en menaçant autrui ou lui-même. Rassurer le patient, lui parler, expliquer la raison de cette mesure ne peut qu'affermir le lien de confiance entre le malade et le soignant. Dans le cas contraire, le recours à la contrainte serait contre-thérapeutique et susceptible de constituer un acte de torture. Elle menace gravement l'équilibre psychique et la santé physique du patient comme du soignant. Prudence est mère de sûreté, et le recours à la contention n'y fait pas exception. Toute mesure jugée thérapeutique doit être soigneusement

³¹⁰⁹ CLEMENT, J-M (2016) « L'esprit de la loi Santé 2016 » *Revue générale de droit médical*, n°58, pp. 291-300.

évaluée afin d'être mise en œuvre dans les meilleures conditions lorsqu'elle est nécessaire.

L'efficacité des psychotropes peut difficilement être remise en cause. Les prescriptions sont pertinentes voire indispensables lorsque les troubles du patient sont sévères et peuvent l'aider à apaiser ses symptômes et sa souffrance. Cependant, il ne peut s'agir d'une solution miracle à généraliser dès l'apparition du moindre trouble ou en prévention d'une potentielle maladie mentale chez le malade. Les décideurs politiques doivent faire preuve d'une plus grande fermeté à l'égard des industries pharmaceutiques, par exemple en refusant de commercialiser un médicament moins efficace que le précédent. La lutte contre les conflits d'intérêts avec les professionnels de santé et en particulier les psychiatres doit être renforcée. La pratique de la psychiatrie doit servir l'intérêt des malades avant toute autre considération. De même, toute prescription doit être réalisée avec prudence en prenant en compte tous les antécédents médicaux du patient. La délivrance d'une substance n'est jamais inoffensive en raison de la toxicité des médicaments, sous peine de mettre en danger la vie du patient et celle d'autrui. La psychiatrie a vocation à prendre en charge les pathologies mentales lourdes et la souffrance psychique du patient. Elle ne doit pas dériver vers une science expérimentale de comportement afin de conformer le comportement et la pensée de chaque individu à la doxa néolibérale. Chaque individu devrait avoir le droit d'exprimer sa subjectivité sans être réduit à une anormalité déviante perçue comme menaçante pour l'ordre public. La richesse de l'humanité réside dans sa différence et il est urgent d'accepter l'autre dans toute son entièreté et sa complexité.

Aujourd'hui, augmenter les effectifs des psychiatres, des infirmiers, des aides-soignants en psychiatrie est une nécessité d'ordre public. La tendance actuelle consistant à enfermer et prescrire toujours plus ne peut que conduire à la disparition de la psychiatrie comme discipline médicale. L'art thérapeutique serait remplacé par une répression systématique de la maladie mentale sous toutes ses formes, jugée inacceptable dans une société bannissant le risque. Par ailleurs, la prise en charge des détenus et des sans-abris doit devenir une véritable priorité pour les décideurs politiques. Il est aujourd'hui impossible d'ignorer que près de la moitié des détenus souffrent de troubles psychiatriques graves et leur refuser des soins adaptés en raison de leur qualité de détenus méprend gravement leur droit à un traitement. Il semble également que de nombreux détenus devraient être admis en hôpital psychiatrique plutôt que d'être incarcérés. En raison de sa nature répressive et anxiogène, la prison devient un lieu d'enfermement susceptible de créer des troubles psychiques et somatiques chez tout un chacun.

Dès lors, les personnes détenues vulnérables ou ayant des antécédents médicaux avant leur incarcération sont exposées à une importante dégradation de leur état de santé mental comme somatique. Il est urgent que les pouvoirs publics se saisissent de cette question, non en édictant une loi supplémentaire mais en mettant à la disposition des établissements pénitentiaires et hospitaliers des moyens conséquents.

La grève de la faim entamée en mai 2018 au centre hospitalier psychiatrique de Saint-Etienne-du-Rouvray (St-Etienne) est révélatrice d'un abandon de la psychiatrie hospitalière par les décideurs politiques, en particulier dans le secteur public. Les grévistes (infirmiers, aides-soignants, psychiatres) réclamaient la création de 52 postes de soignants supplémentaires face à la surpopulation du centre hospitalier.



Fig. 34 : grève de la faim des soignants à l'hôpital psychiatrique Saint-Etienne du Rouvray (Saint-Etienne), mai 2018³¹¹⁰

Leurs revendications révèlent l'ampleur des dégâts provoqués par la réduction des effectifs : nombre de lits insuffisant de telle sorte que certains patients sont accueillis dans des bureaux, seuil donné aux patients pour leurs besoins naturels, absence de pavillon réservé aux adolescents, allégations d'agressions sexuelles de patients majeurs sur des mineurs, fermeture de la cafétéria par manque de personnel, recours systématique à la contention au moindre

³¹¹⁰ Photographie du centre psychiatrique du Rouvray lors de la grève de la faim de mai 2018 : <https://www.paris-normandie.fr/rouen/l-ars-lance-une-mission-d-appui-flash-au-centre-psychiatrique-du-rouvray-pres-de-rouen-BC13110076> (consulté le 16 avril 2019), *np*.

débordement, climat de découragement parmi les soignants, taux d'absentéisme en hausse... De même, l'hôpital psychiatrique souffre d'un sous-effectif constant chez les soignants : un infirmier pour 29 patients en moyenne. Face à cette situation insoutenable, les soignants ont entamé une grève de la faim de dix-huit jours avant que leurs voix soient entendues par la directrice de l'ARS. Sur les 52 postes demandés, 30 ont été accordés : c'est bien peu au regard des conditions de travail rencontrées chaque jour par les soignants, notamment en raison de l'absence de conformité des bâtiments aux normes sanitaires.³¹¹¹

Cet exemple est révélateur du fossé entre les professionnels de santé et les décideurs politiques sur la pratique actuelle de la psychiatrie. Il est difficile de croire que la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 puisse réellement améliorer la qualité des soins si les effectifs de soignants sont clairement insuffisants face à l'afflux de malades. L'exemple de l'hôpital de Saint-Etienne-du-Rouvray est révélateur d'une réelle indifférence affichée par l'exécutif sur l'importance des soins psychiatriques en secteur public. En 2019, faut-il en tant que soignant mettre sa santé en danger afin d'exiger des conditions de travail dignes ? Ce fait divers nous interroge sur la question de la psychiatrie et sa prise en considération par les pouvoirs publics : faut-il que les soignants mettent en péril leur santé, voire leur vie pour que leurs revendications soient entendues ? Faut-il menacer de se tuer pour exercer la profession de soignant en psychiatrie dignement, dans le respect des droits des patients, en somme, avec humanité ? La logique des chiffres et la course au profit aveugle-t-elle tant les décideurs politiques qu'ils perdent de vue l'humain lorsqu'il est en proie à sa propre vulnérabilité psychique ? Est-ce aujourd'hui le prix à payer pour exercer la psychiatrie avec humanité, sans réduire l'hôpital à un centre de détention des malades mentaux ?

Il serait illusoire de croire que les soins actuels suffiront à guérir les patients si les moyens humains financiers et humains mis en œuvre ne sont pas renforcés. Il ne peut y avoir de soins dans des conditions d'existence carcérales voire insalubres. Il est urgent que la qualité de vie des patients soit améliorée et leurs libertés individuelles respectées : droit d'aller et venir, droit au respect de la vie privée et familiale (y compris d'avoir des relations sexuelles), droit à la correspondance, droit de posséder dans leur chambre des effets personnels, de visionner des films, etc. La logique sécuritaire doit reculer en faveur d'une approche plus empathique et

³¹¹¹ DUCATTEAU, S. (2018) « Psychiatrie. Victoire des soignants et fin de la grève de la faim à l'hôpital du Rouvray » *L'Humanité*, article du 8 juin 2018 : <https://www.humanite.fr/psychiatrie-victoire-des-soignants-et-fin-de-la-greve-de-la-faim-lhopital-du-rouvray-656552> (consulté le 14 novembre 2018).

respectueuse du patient. Il est fondamental de déconstruire l'idée reçue selon laquelle le malade psychiatrique serait par définition dangereux. Il faut espérer que le gouvernement Macron, si prompt à réduire les dépenses publiques, parviendra à saisir l'urgence de renforcer les effectifs des soignants en psychiatrie. L'avenir nous dira quelle direction sera donnée à la pratique psychiatrique : résolument carcérale ou tournée vers une prise en charge plus humaine des patients. L'amélioration des soins dispensés aux malades est indissociablement liée à l'humanisme dont doivent faire preuve les décideurs politiques, les soignants, les proches des patients et la société prise dans son ensemble. En effet, « c'est à l'humanisme et à ses oscillations dans l'histoire que sont liés le chemin et les combats de la psychiatrie, ses périodes de faste et ses périodes de stagnation ou de recul. **Mais en ce domaine, celui de la conquête de l'homme par lui-même, rien n'est jamais gagné. L'humanisme est un combat toujours ouvert : ainsi en va-t-il de la psychiatrie et de la reconnaissance réelle des malades mentaux comme des hommes** ». ³¹¹²

³¹¹² VERMOREL, H. & VERMOREL, M. (1966) « Essai sur l'évolution de l'hôpital psychiatrique » *L'information psychiatrique*, 1966/2, pp. 117-142.

TEMOIGNAGES

*Être un patient psychiatrique aujourd'hui*³¹¹³

D) Emilie

- **Quel est ton prénom, ton âge et la nature des troubles psychiatriques ?**

Emilie, 30 ans, borderline, dépressions chroniques, Trouble de l'anxiété généralisée, phobie sociale.

- **A quel âge sont apparus tes symptômes ? T'ont-ils empêché(e) d'étudier, d'avoir des relations amicales, sentimentales, sexuelles, familiales 'normales' ? Quelle a été la réaction de tes proches face à l'apparition des troubles, puis au quotidien ? Te soutiennent-ils ou te reprochent-ils un manque d'effort, de volonté... pour aller mieux et 'surpasser' tes troubles ?**

Les symptômes ont commencé à l'âge de 13 ans. J'ai raté trois mois de cours en terminale et n'ai pas pu passer mon bac en juin. Je n'ai pas continué mes études à l'université non plus malgré le fait d'avoir passé le DAEU plus tard. J'ai tenté de faire une année en psychologie, mais j'ai tenu 2 jours. Mes proches ont plutôt bien pris l'annonce du diagnostic, mais ils font comme si j'étais « normale » au quotidien et que le trouble borderline n'existait pas. Ils me soutiennent, mais ne se rendent pas compte de la difficulté au quotidien. Quand je fais une crise, il y a toujours des cris et de l'incompréhension derrière.

- **Quel(s) traitement(s) as-tu reçu(s) ? Ces médicaments ont-ils été efficaces et quels sont leurs effets secondaires les plus pénibles, douloureux, etc ?**

J'ai reçu énormément de traitements... La liste est très longue. Voilà en gros tout ce que j'ai pris, évidemment pas tout en même temps : Anafranil, Deroxat, Seroplex, Effexor, Zoloft, Cymbalta, Prozac, Tofranil, Tercian, Nozinan, Dipiperon, Loxapac, Zyprexa, Seroquel, Abilify. Tous ne m'ont pas aidé. Certains oui, ils ont été des béquilles. Les effets secondaires les plus pénibles ont été la prise de poids (20kg pour certains) et la fatigue.

As-tu été hospitalisé(e), et si oui :

- **Dans quel(s) établissement(s) de santé ?**

A L'IMM de Paris, au CHU de la Seyne sur Mer, à l'hôpital de crise de Toulon (48h max), la clinique Saint-Martin à Toulon, le clinique des Sollies Toucas, à Chalucet à Toulon, et au Liban.

- **As-tu consenti à cette hospitalisation ou y as-tu été contraint(e) ?**

Consenti.

³¹¹³ Témoignages recueillis du 25 avril au 14 mai 2019 suite à la publication d'une petite annonce sur des groupes d'entraide de patients psychiatriques sur Internet : « SOS Psychophobie » et « Les Paupiettes de Coquine ».

- **Y a-t-il eu un événement particulier qui t'a conduit à être hospitalisé(e) ?**

Des tentatives de suicide en général, et automutilations profondes nécessitant des points de suture (passage aux urgences puis en psychiatrie).

- **Quels soins as-tu reçus lors de ton admission (mise à l'isolement, examen de santé général, information sur tes droits) ?**

Examens de santé, information sur mes droits, et rarement contention aux urgences avant l'hospitalisation.

- **Dans quelles conditions as-tu été hospitalisé(e) ? La chambre était-elle individuelle, propre, salubre ? Te sentais-tu protégé(e) et à l'aise dans cet environnement ?**

Individuelle et double, cela dépendait des endroits. Les chambres étaient propres. Je me sentais à l'aise.

- **Avais-tu le droit de disposer de tes propres effets personnels (livres, MP3, téléphone, ordinateur portable, accès à Internet) et de tes propres vêtements ?**

Ça dépendait des endroits, mais en général à part l'accès à internet et parfois le mp3 (cordon des écouteurs), je gardais le reste. On m'a rarement pris mon téléphone. J'avais mes propres vêtements.

- **Avais-tu le droit de circuler à ta guise dans l'établissement (salle commune, accès aux toilettes, douche) ou devais-tu suivre un règlement ?**

J'avais le droit de circuler. Mais le fumoir fermait parfois à des heures précises.

- **Avais-tu le droit de correspondre avec tes proches (courrier postal, mails, téléphone) et de recevoir de leurs visites (si oui, à quelle fréquence, et que pouviez-vous faire pendant ces visites) ?**

Correspondre, oui. Les visites étaient parfois interdites les premiers jours. Il y avait en général des heures précises (matin/après midi).

- **As-tu eu accès à la consommation de substances telles que : alcool, tabac, cannabis, MDMA, ecstasy ou autres ? As-tu eu connaissance d'une telle consommation chez les autres malades voire chez les soignants ?**

Tabac oui, partout. J'ai fumé pas mal de cannabis dans un des établissements. Les soignants le savaient mais ne disaient rien.

- **As-tu eu l'occasion de bénéficier de 'sorties à l'essai' pendant ton séjour hospitalier, et qu'avais-tu le droit de faire ?**

Oui. J'avais le droit de rentrer chez moi, parfois un week end entier.

- **Quelles relations entretenais-tu avec les soignants ? Etaient-ils respectueux, bienveillants à ton égard ? Respectaient-ils tes besoins ? Au contraire, étaient-ils menaçants, intimidants, voire violents ? As-tu subi des propos ou gestes déplacés de la part des soignants de nature sexuelle ou autre ?**

La plupart étaient respectueux. Il y en a eu quelques-uns intimidants. Et oui, j'ai eu des propos et gestes déplacés de nature sexuelle mais pas en France.

- **Quelles relations entretenais-tu avec les autres malades ?**

Très bonnes relations. Je me sens très à l'aise dans ce milieu.

- **As-tu eu une relation amicale, sentimentale voire sexuelle entre l'un(e) d'entre eux / elles ?**

Oui, amicale et sexuelle, avec plusieurs patients.

- **As-tu subi des violences verbales, physiques voire sexuelles de la part des autres malades (persécutions, harcèlement, brimades, insultes, coups, attouchements...) ?**

Oui.

- **En tout, quelle a été la durée de ton / tes séjours hospitaliers ? En gardes-tu un bon souvenir ? Penses-tu que l'hospitalisation t'a été bénéfique ?**

J'ai eu de multiples séjours. Quatre mois et demi pour le plus long. J'en garde de bons souvenirs. Je pense que certains ont été bénéfiques (me mettre en sécurité, faire passer le moment de crise...), mais que plus ils sont longs, plus la sortie est difficile.

- **As-tu pu bénéficier de psychothérapies, ergothérapies, art-thérapie, etc... et si oui, quelles activités as-tu pu pratiquer ? Ont-elles été efficaces ?**

Dans certains établissements, mais pas tous. Efficaces, dans le sens où ça occupe le temps, et ça permet d'extérioriser, oui.

- **Quelles seraient ta / tes propositions pour que les soins psychiatriques soient de meilleure qualité ? Les soins actuels te paraissent-ils humains, respectueux de la dignité des patients ?**

Certains hôpitaux/cliniques sont vraiment à revoir : pas du tout assez de présence des soignants pour les personnes hospitalisées (parfois, on est juste des numéros), pas d'activités, pas assez de bienveillance, mauvais suivi, trop de traitement, mise sous contention, cigarettes à des heures précises alors que la personne n'est absolument pas là pour un sevrage tabagique, etc.

II) Danielle

- **Quel est ton prénom, ton âge et la nature des troubles psychiatriques ?**

Danielle – 23 ans – épisode dépressif caractérisé.

- **A quel âge sont apparus tes symptômes ? T'ont-ils empêché(e) d'étudier, d'avoir des relations amicales, sentimentales, sexuelles, familiales 'normales' ? Quelle a été la réaction de tes proches face à l'apparition des troubles, puis au quotidien ? Te soutiennent-ils ou te reprochent-ils un manque d'effort, de volonté... pour aller mieux et 'surpasser' tes troubles ?**

Les symptômes de dépression sont apparus à 21 ans.

Ils m'ont coupé de l'envie d'avoir des relations amicales (je ressentais le besoin d'être seule ou uniquement avec des membres de ma famille).

Mes proches, en particulier les membres de ma famille, m'ont beaucoup soutenue pendant cette épreuve. Il est cependant arrivé quelques fois à ma mère de me reprocher de ne pas « me bouger », mais je pense que c'est parce qu'elle était totalement désemparée et ne savait pas quoi me dire pour que j'aille mieux.

- **Quel(s) traitement(s) as-tu reçu(s) ? Ces médicaments ont-ils été efficaces et quels sont leurs effets secondaires les plus pénibles, douloureux, etc ?**

On m'a administré des anxiolytiques puis des antidépresseurs. Je continue à prendre des antidépresseurs depuis ma sortie de l'hôpital. J'ai trouvé ces médicaments efficaces.

Le seul effet secondaire des anti-dépresseurs a été, chez moi, une très grande fatigue (pendant les premiers mois du traitement, j'avais besoin de dormir plus de douze heures par jour et de faire des siestes de trois à quatre heures dans la journée).

As-tu été hospitalisé(e), et si oui :

- **Dans quel(s) établissement(s) de santé ?**

Sainte-Anne à Paris (14^e arrondissement).

- **As-tu consenti à cette hospitalisation ou y as-tu été contraint(e) ?**

J'ai consenti à mon hospitalisation.

- **Y a-t-il eu un événement particulier qui t'a conduit à être hospitalisé(e) ?**

Une tentative de suicide.

- **Quels soins as-tu reçus lors de ton admission (mise à l'isolement, examen de santé général, information sur tes droits ?)**

Mise en place d'un traitement (anxiolytiques puis antidépresseurs), entretiens psychiatriques et psychologiques.

- **Dans quelles conditions as-tu été hospitalisé(e) ? La chambre était-elle individuelle, propre, salubre ? Te sentais-tu protégé(e), à l'aise dans cet environnement ?**

Les conditions étaient très bonnes. J'étais dans une chambre individuelle, assez grande, avec salle de bain attenante. Tout était très propre. Je me sentais à l'aise dans cet environnement (passés les premiers jours qui ont été compliqués) et je ne me suis jamais sentie en insécurité.

- **Avais-tu le droit de disposer de tes propres effets personnels (livres, MP3, téléphone, ordinateur portable, accès à Internet) et de tes propres vêtements ?**

J'avais le droit de disposer de mes effets personnels sauf d'un ordinateur portable. De manière générale, j'avais le droit à tout sauf aux objets permettant une tentative de suicide, par exemple par strangulation (pas d'écharpe, pas d'écouteurs de MP3, pas de lacets, pas de ceinture...). Le premier jour, je devais porter un « pyjama ». Au bout de quelques heures, j'ai eu le droit de porter mes propres vêtements. Certains patients ont dû garder leurs pyjama plusieurs jours, mais je ne sais pas pourquoi.

- **Avais-tu le droit de circuler à ta guise dans l'établissement (salle commune, accès aux toilettes, douche) ou devais-tu suivre un règlement ?**

Les cinq premiers jours, le cadre était fermé : je n'avais pas le droit d'aller dehors (il y a un grand parc à Sainte-Anne). Je ne pouvais pas quitter le service, mais j'avais le droit de circuler à ma guise au sein de celui-ci (accès à la salle communes). Par la suite, j'avais le droit d'aller dans le parc.

- **Avais-tu le droit de correspondre avec tes proches (courrier postal, mails, téléphone) et de recevoir leurs visites (si oui, à quelle fréquence, et que pouviez-vous faire pendant ces visites) ?**

Je pouvais tout à fait parler à mes proches par téléphone. Je pouvais recevoir de la visite tous les jours, tout l'après-midi. On pouvait discuter, aller dans la salle commune (il y avait une télévision, un baby-foot, des livres, de quoi dessiner et peindre), puis, lorsque j'y ai été autorisée, se balader dans le parc.

- **As-tu eu accès à la consommation de substances telles que : alcool, tabac, cannabis, MDMA, ecstasy ou autres ? As-tu eu connaissance d'une telle consommation chez les autres malades voire chez les soignants ?**

Non.

- **As-tu eu l'occasion de bénéficier de 'sorties à l'essai' pendant ton séjour hospitalier, et qu'avais-tu le droit de faire ?**

Oui. J'ai pu sortir plusieurs fois pendant mon séjour (seulement 4h la toute première fois, puis 24h). J'avais le droit de faire ce que je voulais, mais on m'a recommandé de faire des activités stimulantes.

- **Quelles relations entretenais-tu avec les soignants ? Etaient-ils respectueux, bienveillants à ton égard ? Respectaient-ils tes besoins ? Au contraire, étaient-ils menaçants, intimidants, voire violents ? As-tu subi des propos ou gestes déplacés de la part des soignants de nature sexuelle ou autre ?**

Dans l'ensemble, j'ai trouvé les soignants très respectueux et bienveillants.

- **Quelles relations entretenais-tu avec les autres malades ?**

J'ai entretenu de très bonnes relations avec la plupart des autres malades.

- **As-tu eu une relation amicale, sentimentale voire sexuelle entre l'un(e) d'entre eux / elles ?**

J'ai rencontré mon copain à l'hôpital : nous sommes en couple depuis un an (nous ne nous sommes pas mis ensemble pendant notre hospitalisation mais après !).

Je suis restée très amie avec l'une des patientes.

- **As-tu subi des violences verbales, physiques voire sexuelles de la part des autres malades (persécutions, harcèlement, brimades, insultes, coups, attouchements...) ?**

Non.

- **En tout, quelle a été la durée de ton / tes séjours hospitaliers ? En gardes-tu un bon souvenir ? Penses-tu que l'hospitalisation t'a été bénéfique ?**

J'ai été hospitalisée pendant 1 mois (21 février-22 mars 2018). Ce fut mon seul séjour en hôpital psychiatrique. J'en garde un très bon souvenir car cela m'a été énormément bénéfique, j'ai été très bien prise en charge, et j'ai fait de très belles rencontres. Ce contexte général m'a beaucoup aidé dans ma guérison.

- **As-tu pu bénéficier de psychothérapies, ergothérapies, art-thérapie, etc... et si oui, quelles activités as-tu pu pratiquer ? Ont-elles été efficaces ?**

Ergothérapie : ateliers d'écriture.

- **Quelles seraient ta / tes propositions pour que les soins psychiatriques soient de meilleure qualité ? Les soins actuels te paraissent-ils humains, respectueux de la dignité des patients ?**

Je n'ai pas réellement d'idée d'amélioration car les soins que l'on m'a prodigués ont été humains et respectueux de la dignité.

III) Lise

- **Quel est ton prénom, ton âge et la nature des troubles psychiatriques ?**

Lise, 21 ans. J'ai souffert d'anorexie de mes 13-14 à mes 20 ans, ainsi que de troubles anxieux généralisés. J'ai aussi connu des épisodes dépressifs.

- **A quel âge sont apparus tes symptômes ? T'ont-ils empêché(e) d'étudier, d'avoir des relations amicales, sentimentales, sexuelles, familiales 'normales' ? Quelle a été la réaction de tes proches face à l'apparition des troubles, puis au quotidien ? Te soutiennent-ils ou te reprochent-ils un manque d'effort, de volonté... pour aller mieux et 'surpasser' tes troubles ?**

Les symptômes sont apparus de manière criante peu avant mes 14 ans (mais ils étaient présents de manière larvée depuis quasiment deux ans). Mon anorexie a eu d'énormes conséquences sur ma vie de manière générale et notamment sur mes relations avec les autres. Mes rapports avec ma famille ont été très compliqués car mes parents étaient perdus, souhaitaient m'aider mais ne savaient pas comment (et il faut dire que je ne leur facilitais pas la tâche car j'étais très enfermée dans ma maladie).

Mais ils ne m'ont jamais reproché ma maladie, même s'ils ont pu avoir des paroles violentes, par peur et incompréhension. Quant à mes frères et sœurs (j'ai trois petites sœurs qui ont aujourd'hui 20, 18 et 16 ans et deux petits frères qui ont 13 et 11 ans), ça a été très très difficile pour eux car ils avaient peur pour moi, mais avaient aussi évidemment des besoins d'enfants, ce qui faisait qu'ils pouvaient être très violents avec moi quand ils estimaient que j'exagérais.

Mes rapports avec ma sœur cadette (juste après moi) ont été très tendus (et continuent parfois de l'être bien que je sois guérie) alors qu'avant ma maladie, nous étions très très proches. J'ai également perdu pas mal d'ami(e)s au fil des années. Ils ne comprenaient pas ce que je vivais (ce qui est assez normal quand on ne le vit pas en fait...) mais, contrairement à ma famille, certain(e)s me le reprochaient en me disant que je devais me forcer à « sortir de ma zone de confort », que je devais profiter car c'était « les plus belles années de ma vie ». Mon copain m'a quittée après un an et demi de relation durant laquelle j'ai passé plusieurs mois à l'hôpital, car il ne supportait pas de me voir me faire tant de mal.

- **Quels traitement(s) a-tu reçu(s) ? Ces médicaments ont-ils été efficaces et quels sont leurs effets secondaires les plus pénibles, douloureux, etc ?**

J'ai eu pas mal de benzo [benzodiazépines] (Lysanxia, Lexomil, Xanax, Tranxene, Valium...) pendant des périodes beaucoup plus longues que ce qui est prescrit/recommandé normalement (j'ai été sous Lexomil pendant six mois), j'ai eu des neuroleptiques (Tercian d'abord, pendant trois ans, puis Xeroquel) et des antidépresseurs (Seroplex puis Zoloft). Les effets secondaires les plus frappants et handicapants ont été ceux du Tercian : abattement, chutes de tension, sécheresse buccale (et salivation très abondante la nuit), photosensibilité (je ne pouvais pas passer dix minutes au soleil sans avoir l'impression de brûler de l'intérieur). J'ai également eu pas mal d'effets secondaires au moment du sevrage du Xeroquel (fatigue, nausées, fortes migraines).

Je n'ai pas l'impression que les anxio [anxiolytiques] aient eu beaucoup d'utilité, même si ils ont pu permettre, épisodiquement, de faire baisser l'angoisse. En revanche les neuroleptiques

et les AD [antidépresseurs] m'ont beaucoup aidée car je faisais des crises d'angoisse plusieurs fois par jour et qu'ils les ont fortement espacées.

As-tu été hospitalisé(e) et si oui :

- **Dans quel(s) établissement(s) de santé ?**

J'ai connu plusieurs hospitalisations (je te donne les noms des lieux pour être certaine de ne pas me tromper sur la typologie) :

- en pédiatrie à l'hôpital Ambroise Paré à Boulogne-Billancourt (92)
- deux fois dans une clinique psy, La Villa des Pages, au Vésinet (78)
- en psychiatrie à l'hôpital Saint Vincent de Paul de Lille (59)
- dans une clinique psy à Ville d'Avray (92)

- **As-tu consenti à cette hospitalisation ou y as-tu été contraint(e) ?**

J'étais consentante et demandeuse pour toutes mes hospitalisations.

- **Y a-t-il eu un événement particulier qui t'a conduit à être hospitalisé(e) ?**

A chaque fois un épuisement physique et psychologique (perte de poids, crises d'angoisse, dépression).

- **Quels soins as-tu reçus lors de ton admission (mise à l'isolement, examen de santé général, information sur tes droits ?)**

En général, un examen physique assez sommaire (pesée, mesure, constantes...), une fouille de mes affaires et des explications sur les conditions de vie dans l'hôpital.

- **Dans quelles conditions as-tu été hospitalisé(e) ? La chambre était-elle individuelle, propre, salubre ? Te sentais-tu protégé(e) et à l'aise dans cet environnement ?**

J'ai toujours eu une chambre individuelle et j'ai eu la chance d'aller dans des endroits très propres et qui ne faisaient pas « hôpital », sauf pour Ambroise Paré (le service était très vieillot mais en pédiatrie, donc ça allait encore). En revanche, à Lille, j'étais en chambre double et les conditions d'hospitalisation étaient vraiment moins bonnes. Il y avait peu de fenêtres, une salle commune toute petite, très peu de possibilités de se retrouver avec soi-même. L'hôpital de jour était même en sous-sol, quasi sans lumière.

- **Avais-tu le droit de disposer de tes propres effets personnels (livres, MP3, téléphone, ordinateur portable, accès à Internet) et de tes propres vêtements ?**

J'avais le droit aux livres, coloriage, MP3 si pas de possibilité de filmer avec et à mes vêtements. En revanche, aucun accès à mon ordinateur, mon portable (sauf à Ambroise Paré, une heure par jour) ni même à Internet.

- **Avais-tu le droit de circuler à ta guise dans l'établissement (salle commune, accès aux toilettes, douche) ou devais-tu suivre un règlement ?**

A la Villa des Pages, l'accès aux douches était restreint pour les patient(e)s atteint(e)s de TCAs [troubles du comportement alimentaire : anorexie, boulimie] car nos salles de bain étaient fermées pour qu'on ne puisse pas se vomir (même si on n'avait pas de problèmes de vomissements). A Ambroise Paré, je n'avais pas le droit de sortir de ma chambre au début et je n'avais pas de douche dans ma chambre (les trois premières semaines seulement) donc mon accès était également restreint (en tout cas je devais demander l'autorisation d'aller prendre ma douche).

- **Avais-tu le droit de correspondre avec tes proches (courrier postal, mails, téléphone) et de recevoir de leurs visites (si oui, à quelle fréquence, et que pouviez-vous faire pendant ces visites) ?**

Cela dépendait des lieux :

- Ambroise Paré : une heure de visite pour mon père et une heure pour ma mère, séparément (alors qu'ils ne sont pas séparés), portable une heure par jour et droit au lettres.
- Villa des Pages : droits subordonnés à la prise de poids. Chaque palier d'IMC donnait accès à de nouveaux droits (14 : lettres ; 15 : deux appels par semaine ; 16 : deux visites par semaine ; 17 : permanence ; 18,5 : sortie).

NB : pour ces deux lieux d'hospitalisation, les conditions étaient beaucoup plus dures pour les patient(e)s qui avaient des TCAs (à AP [Ambroise Paré], les autres avaient le droit à toutes les visites, tous les jours, et à leur portable tout le temps et à la VDP [Villa des Pages], les lettres, appels et visites étaient données automatiquement au bout d'une semaine).

- Lille : je n'avais droit qu'aux lettres car je ne suis restée qu'une semaine.
- Ville d'Avray : j'avais droit à tout.

- **As-tu eu accès à la consommation de substances telles que : alcool, tabac, cannabis, MDMA, ecstasy ou autres ? As-tu eu connaissance d'une telle consommation chez les autres malades voire chez les soignants ?**

Pour ma part non car de toute façon je n'en consomme pas. je sais que des patient(e)s fumaient du cannabis.

- **As-tu eu l'occasion de bénéficier de 'sorties à l'essai' pendant ton séjour hospitalier, et qu'avais-tu le droit de faire ?**

J'avais des permissions pendant lesquelles je rentrais chez moi, et il y avait quelques sorties thérapeutiques avec les soignant(e)s à la Villa des Pages.

- **Quelles relations entretenais-tu avec les soignants ? Etaient-ils respectueux, bienveillants à ton égard ? Respectaient-ils tes besoins ? Au contraire, étaient-ils menaçants, intimidants, voire violents ? As-tu subi des propos ou gestes déplacés de la part des soignants de nature sexuelle ou autre ?**

J'ai eu quelques problèmes avec une aide-soignante à Ambroise Paré qui était très indélicate et faisait des réflexions devant tout le monde sur ma prise de poids. J'ai eu de gros problèmes avec une infirmière à Lille car elle m'a accusée à plusieurs reprises de me faire vomir et

refusait de me croire quand je niais.

Globalement, je ne pense pas avoir un(e) seul(e) psychiatre qui n'ait pas été problématique à un moment ou un autre. J'ai notamment eu un psychiatre psychanalyste freudien qui m'a fait énormément de remarques déplacées (notamment une fois il m'a dit que mes scarifications étaient la preuve que je recherchais une jouissance sexuelle). Un aide-soignant aussi, une fois, m'a demandé ce que ça me faisait d'avoir pris de la poitrine en prenant du poids.

Ensuite, j'ai quand même eu de la chance car ces soignant(e)s qui ont pu avoir des propos problématiques ou être négligent(e)s ont aussi été aidant(e)s et écoutant(e)s.

- **Quelles relations entretenais-tu avec les autres malades ?**

Très bonne en général, notamment avec les autres patientes atteintes de TCAs, avec qui j'ai gardé contact. J'ai rencontré l'une de mes meilleures amies en hospitalisation.

- **As-tu eu une relation amicale, sentimentale voire sexuelle entre l'un(e) d'entre eux / elles ?**

Non.

- **As-tu subi des violences verbales, physiques voire sexuelles de la part des autres malades (persécutions, harcèlement, brimades, insultes, coups, attouchements...) ?**

Non.

- **En tout, quelle a été la durée de ton / tes séjours hospitaliers ? En gardes-tu un bon souvenir ? Penses-tu que l'hospitalisation t'a été bénéfique ?**

Dans l'ordre :

- deux mois et demi
- deux mois et demi / trois mois
- une semaine
- trois semaines

Mes trois premières hospitalisations m'ont sauvé la vie, de manière différente à chaque fois (seulement physique la première fois, psychologique à la Villa des Pages), et je ne peux pas nier qu'elles aient été bénéfiques, même si elles restent traumatisantes.

- **As-tu pu bénéficier de psychothérapies, ergothérapies, art-thérapie, etc... et si oui, quelles activités as-tu pu pratiquer ? Ont-elles été efficaces ?**

A Ambroise Paré et à Lille non, à la Villa des Pages et à Ville d'Avray, j'avais accès à l'art-thérapie, mais c'était plus une activité qui permettait de faire passer le temps. A la Villa des Pages j'avais aussi accès à la psychomotricité (qui m'a énormément aidées à m'apaiser).

Dans tous les lieux où j'ai été, j'ai pu avoir un suivi avec des psychiatres et/ou des psychologues (sauf à Lille où j'ai vu un psychiatre une fois et c'est tout). De manière générale ça m'a aidée.

- **Quelles seraient ta / tes propositions pour que les soins psychiatriques soient de meilleure qualité ? Les soins actuels te paraissent-ils humains, respectueux de la dignité des patients ?**

Replacer la parole des patient(e)s au centre de toutes les préoccupations, proposer des structures plus petites et moins médicalisées, qui favorisent d'abord le dialogue et l'accompagnement. Donner accès à plus de droits et de possibilités de communication avec l'extérieur en hospitalisation. Valoriser l'expérience des patient(e)s dans la formation des soignant(e)s. Former les soignant(e)s (surtout les médecins) aux problématiques liées aux discriminations et oppressions systémiques. Aujourd'hui, les lieux de soin sont peu humains, dégradants pour les patient(e)s et le système crée et entretient la matraquage, et je pense que ça doit changer.

IV) Zoé

- **Quel est ton prénom, ton âge et la nature des troubles psychiatriques ?**

Zoé, 25 ans, 24 au moment des hospitalisations. Trouble anxieux généralisé, bipolarité type 3.

- **A quel âge sont apparus tes symptômes ? T'ont-ils empêché(e) d'étudier, d'avoir des relations amicales, sentimentales, sexuelles, familiales 'normales' ? Quelle a été la réaction de tes proches face à l'apparition des troubles, puis au quotidien ? Te soutiennent-ils ou te reprochent-ils un manque d'effort, de volonté... pour aller mieux et 'surpasser' tes troubles ?**

Depuis l'adolescence minimum, qui a sans doute participé au harcèlement scolaire au collège pendant 2-3 ans donc avec des difficultés à me faire des amis pendant cette période, à avoir des relations sentimentales/sexuelles ensuite. Je n'ai été diagnostiquée TAG [trouble anxieux généralisé] qu'en 2017, auparavant ma mère trouvait que je ne faisais pas d'efforts pour aller vers les gens (amical ou professionnel), me rabaisait etc. Mon père ne m'aidait pas non plus. Aujourd'hui ma mère ne sait pas pour le TAG ou la bipolarité, je lui ai simplement dit dépression et elle est beaucoup moins sur mon dos.

Avant d'être diagnostiquée anxiodépressive, j'étais en relation avec quelqu'un qui ne comprenait tout simplement pas mes soucis puis a évité le sujet quand je lui parlais d'idées suicidaires. Mais j'avais du soutien du côté amical.

- **Quel(s) traitement(s) a-tu reçu(s) ? Ces médicaments ont-ils été efficaces et quels sont leurs effets secondaires les plus pénibles, douloureux, etc ?**

Xanax (anxiolytique) si besoin, puis tests d'antidépresseurs : Escitalopram, Paroxetine, Effexor. Sous les deux premiers je somnolais trop, j'avais un gros ralentissement moteur.

L'Effexor a été efficace mais seulement au bout de 8 semaines et a enclenché la bipolarité de type 3 avec donc phase maniaque (3h de sommeil/nuit, agitation, libido trop élevée...) et phase dépressive (avec TS [tentative de suicide]). Autres effets secondaires : agitation, cauchemars violents qui déclenchent des crises d'angoisse (plus violents que des cauchemars classiques), bruxisme [grincement des dents], insomnies... Mais c'est vraiment ce traitement qui m'a fait remonter la pente. Et les effets secondaires se sont atténués avec le temps. Je dois juste faire attention aux syndromes de sevrage si je l'oublie plus de 2 jours.

Thymorégulateur (lamotrigine) : donne des nausées s'il est pris avant de manger au lieu d'après, tremblements au début du traitement. En hospitalisation : Paroxetine, puis Effexor et Temesta.

As-tu été hospitalisé(e) et si oui :

- **Dans quel(s) établissement(s) de santé ?**

A La clinique publique Jean Varlet à Villeneuve-d'Ascq (Nord) pendant deux semaines à l'été 2017, aux urgences psychiatriques à Lille en novembre 2017 pour une nuit et en décembre 2017 pour une nuit. Enfin, à l'hôpital Saint-Vincent en décembre 2017 pour une semaine.

- **As-tu consenti à cette hospitalisation ou y as-tu été contraint(e) ?**

Avec consentement pour Jean Varlet et à Lille. J'ai dû insister parfois car on ne prenait pas mes idées suicidaires au sérieux. A Saint-Vincent, j'ai subi un chantage à l'internement contraint de la part du psychiatre suite à une seconde tentative de suicide en un mois.

- **Y a-t-il eu un événement particulier qui t'a conduit à être hospitalisé(e) ?**

Jean Varlet : 2 tentatives de suicides et aucune amélioration avec les premiers antidépresseurs, cumulé à des soignants en congés estival (j'étais suivie avec la médecine étudiante de Lille qui est fermée lors des vacances scolaires).

Saint-Vincent : deux tentatives de suicide.

- **Quels soins as-tu reçus lors de ton admission (mise à l'isolement, examen de santé général, information sur tes droits ?)**

Lille : électrocardiogramme alors que j'étais sous anxiolytique très fort au réveil (l'infirmière qui me soutenait a dû dire aux autres soignants que j'étais sédaturée).

Jean Varlet : entretien avec l'infirmière qui a présenté la clinique et le règlement

Saint-Vincent : entretien médical, électrocardiogramme, pesée

Pas grand-chose sur les droits.

- **Dans quelles conditions as-tu été hospitalisé(e) ? La chambre était-elle individuelle, propre, salubre ? Te sentais-tu protégé(e), à l'aise dans cet environnement ?**

Jean Varlet : chambre double (remboursée par ma mutuelle contrairement à la chambre simple). Propre et salubre ainsi que la salle de bain. Environnement qui mixait un peu hôpital et chambre d'hôtes, très bon cadre.

Saint-Vincent et CP2A : cadre d'hôpital. Chambre double mais je n'avais pas de voisine de lit. Propre, salubre sans problèmes. Moins à l'aise dans un environnement bien plus médicalisé que Jean Varlet.

- **Avais-tu le droit de disposer de tes propres effets personnels (livres, MP3, téléphone, ordinateur portable, accès à Internet) et de tes propres vêtements ?**

Oui pour Jean Varlet.

St-Vincent : unité psy adulte qui comportait surtout des adolescents avec des TCA (troubles du comportement alimentaire), où le portable était assez mal vu mais j'ai pu conserver le mien en étant discrète avec quand je n'étais pas dans ma chambre.

- **Avais-tu le droit de circuler à ta guise dans l'établissement (salle commune, accès aux toilettes, douche) ou devais-tu suivre un règlement ?**

Jean Varlet : oui, sauf après 22-23h où l'on devait être en chambre, avec tout de même possibilité d'accès aux toilettes ou à la douche.

Saint-Vincent : théoriquement je pouvais sortir de l'unité mais avec la présence de mineures j'ai senti le poids de l'interdiction non formulée de quitter l'étage. Les soignants emmenaient les volontaires prendre l'air en bas de l'hôpital lors d'une "descente" deux ou trois fois par jour. Cela m'a fait l'effet d'une promenade pour un chien... Sans doute à cause de la présence des mineures. Sinon salle de bain accessible dans chaque chambre.

- **Avais-tu le droit de correspondre avec tes proches (courrier postal, mails, téléphone) et de recevoir de leurs visites (si oui, à quelle fréquence, et que pouviez-vous faire pendant ces visites)**

Tél/mails: Oui pour Jean Varlet et Saint-Vincent, pas de restrictions. Je n'ai pas essayé de recevoir du courrier postal.

Visites possibles en chambres et dans l'établissement ou le jardin à Jean Varlet

Je n'ai pas essayé d'avoir de la visite à St Vincent mais je sais que c'était plus restrictif pour les autres patientes, au niveau du téléphone comme des visites.

- **As-tu eu accès à la consommation de substances telles que : alcool, tabac, cannabis, MDMA, ecstasy ou autres ? As-tu eu connaissance d'une telle consommation chez les autres malades voire chez les soignants ?**

Accès à tabac et cannabis si j'avais voulu en demander aux autres patients à Jean Varlet : certains étaient même là pour addiction. Tabac librement utilisé par les patient.es dans le jardin. Comme on pouvait sortir, on aurait pu se fournir à l'extérieur pour l'ensemble des substances. Pas à ma connaissance à Saint-Vincent sauf pour le tabac.

- **As-tu eu l'occasion de bénéficier de 'sorties à l'essai' pendant ton séjour hospitalier, et qu'avais-tu le droit de faire ?**

Je ne sais pas si ce sont des sorties "à l'essai" mais j'ai eu une "permission" du week-end à Jean Varlet. Je ne suis pas restée assez longtemps à Saint-Vincent pour savoir comment cela fonctionne.

- **Quelles relations entretenais-tu avec les soignants ? Etaient-ils respectueux, bienveillants à ton égard ? Respectaient-ils tes besoins ? Au contraire, étaient-ils menaçants, intimidants, voire violents ? As-tu subi des propos ou gestes déplacés de la part des soignants de nature sexuelle ou autre ?**

Jean Varlet : les infirmières étaient globalement bienveillantes, faisaient comme elles le pouvaient pour nous aider au quotidien avec nos troubles de l'humeur. Un infirmier s'est

permis de me demander, lorsque nous faisons la queue pour recevoir notre traitement "mais est-ce que vous aimez manger ?" pour voir si j'étais anorexique. Totalement irrespectueux en plein milieu d'un couloir...

La psychiatre par contre n'était pas très à l'écoute et j'ai pu lire dans mon dossier médical des choses que j'avais déjà pressenties lors de nos entretiens : jugement, infantilisation etc. Cela se disait beaucoup entre patients : il fallait absolument éviter les TS, les crises, bref les manifestations d'aller vraiment mal pour ne pas être envoyés à Lommelet, unité fermée où apparemment la maltraitance est de mise.

Bon point : une hernie discale que j'ai encore s'est déclarée lors de cette hospitalisation : j'ai pu voir un généraliste qui m'a dirigée vers une consœur à l'extérieur une fois sortie. En attendant, on m'a donné de quoi gérer la douleur (ou du moins essayer de la gérer) lors de mon hospitalisation. Seule une infirmière a minimisé la chose en me disant que c'était le stress et que je devrais faire de l'acupuncture.

Lille : grosse absence des soignants globalement alors que j'étais venue pour une urgence. L'infirmier qui m'avait fait le premier entretien pré admission m'a dit « mais pour que je vous accepte il faut un projet mademoiselle ». Le projet de rester en vie n'était apparemment pas suffisant...

Saint-Vincent : infirmiers plus distants sans être malveillants. Il fallait se plier aux protocoles du matin (réveils à 7h, prise de sang etc sans pouvoir discuter). On sentait une infantilisation qui peut encore une fois s'expliquer par le contexte beaucoup plus hospitalier et la présence de mineures.

L'interne en médecine ne m'a pas écoutée quand je lui ai parlé des hypothèses de diagnostic de ma généraliste qui me suivait depuis plus d'un an: elle envisageait une bipolarité me concernant, l'interne m'a directement dit "mais non vous n'êtes pas bipolaire", alors que le diagnostic a été confirmé par un psychiatre l'année suivante. Pas d'écoute correcte lors de mes précédentes consultations et résultats d'analyses (on m'a refait une prise de sang pour mesurer ma tension alors que je leur avais dit que j'étais surveillée pour hyperthyroïdie...).

La psychologue rencontrée a aussi été condescendante.

A chaque hospitalisation, on me faisait prendre des anxiolytiques qui n'étaient pas mon Xanax habituel, donc j'ai eu droit à des effets secondaires qui ont été niés ensuite. Et ce traitement différent (en plus de mon AD (antidépresseur) habituel) ne m'a pas été expliqué. La psychiatre du CMP à l'époque à ma sortie a complètement nié mes symptômes de sevrage du Temesta.

- **Quelles relations entretenais-tu avec les autres malades ?**

Jean Varlet : un peu difficile avec certain.es car ils / elles étaient pipelettes, avec un mauvais caractère, sans doute les effets des troubles de l'humeur. J'ai connu aussi une voisine de chambre mutique. J'ai tissé des liens avec quadragénaire hospitalisé pour addiction qui était très gentil.

- **As-tu eu une relation amicale, sentimentale voire sexuelle entre l'un(e) d'entre eux / elles ?**

Oui, relation courte avec un patient addicto (dépendant aux stupéfiants) de mon âge (sexuelle surtout) mais ça s'est mal fini car il avait des attentes que je n'avais pas. La relation a été un

peu mal vue par les soignants et qu'on ne pouvait développer que cachés dans des couloirs, le soir en salle commune en l'absence de soignants, lors de la permission ou en sortant en douce de la clinique (mais nous avons été vus sans répercussions).

- **As-tu subi des violences verbales, physiques voire sexuelles de la part des autres malades (persécutions, harcèlement, brimades, insultes, coups, attouchements...)?**

Non.

- **En tout, quelle a été la durée de ton / tes séjours hospitaliers ? En gardes-tu un bon souvenir ? Penses-tu que l'hospitalisation t'a été bénéfique ?**

2 semaines à Jean Varlet, 1 semaine à Saint-Vincent, 1 nuit à Lille.

Je n'en garde pas de bons souvenirs car pour Jean Varlet, les quantités de nourriture n'étaient pas suffisantes, je me suis beaucoup ennuyée et j'en suis ressortie encore suicidaire et frustrée de l'absence de solutions concrètes alors qu'on me l'avait présenté comme passage indispensable et bénéfique.

Saint-Vincent : je me suis fortement accrochée à l'idée d'y aller après ma TS mais le temps d'obtenir une place (1 mois) mon antidépresseur faisait effet et me provoquait une phase maniaque donc nette amélioration d'humeur. Pas un bon souvenir non plus car l'impression d'avoir perdu mon temps.

- **As-tu pu bénéficier de psychothérapies, ergothérapies, art-thérapie, etc... et si oui, quelles activités as-tu pu pratiquer ? Ont-elles été efficaces ?**

Jean Varlet : non car période estivale, les soignants étaient en congés. Il y a simplement eu groupe de parole et balade en extérieur. Psychothérapie à peine avec la psychiatre.

Saint-Vincent : non plus, une seule consultation avec une psychologue qui n'a servi à rien.

- **Quelles seraient ta / tes propositions pour que les soins psychiatriques soient de meilleure qualité ? Les soins actuels te paraissent-ils humains, respectueux de la dignité des patients ?**

J'ai eu la chance d'être plutôt bien traitée si on met de côté l'infantilisation et la dévalorisation de ma parole de patiente qui en savait peut-être un peu trop : j'ai dû faire profil bas car j'avais peur des maltraitances. Donc les soins actuels ont vraiment besoin d'être complètement revus pour être efficaces. Ma proposition : beaucoup, beaucoup plus de présence de psychologues formés aux TCC (thérapies cognitives et comportementales), qui dans mon cas auraient été vraiment utiles en HP ou en dehors. Je suis d'ailleurs suivie par une psy en TCC libérale depuis ces épisodes d'HP. Et évidemment moins de condescendance, d'enfermement, de flicage des patients...

V) Inès

- **Quel est ton prénom, ton âge et la nature des troubles psychiatriques ?**

Inès, 19 ans, bipolaire type 2.

- **A quel âge sont apparus tes symptômes ? T'ont-ils empêché(e) d'étudier, d'avoir des relations amicales, sentimentales, sexuelles, familiales 'normales' ? Quelle a été la réaction de tes proches face à l'apparition des troubles, puis au quotidien ? Te soutiennent-ils ou te reprochent-ils un manque d'effort, de volonté... pour aller mieux et 'surpasser' tes troubles ?**

Les symptômes sont apparus vers mes 11 ans. J'ai toujours été très absentéiste, avec des périodes de déscolarisation assez longues. Les relations amicales n'ont pas trop subi, ce sont de vieilles relations et je suis tombée sur des personnes très compréhensives. Pour ce qui est du sentimental, je me suis vite rendue compte que le fait d'être malade fascinait de manière assez malsaine plusieurs garçons, et je ne suis pas du tout stable ce qui rend tout assez compliqué... Sexuelles, ok. Familiales : une grande partie de ma famille ignore ou ne veut pas entendre le fait que je sois malade, ce qui creuse nécessairement un fossé... Disons qu'aucune relation n'a jamais vraiment été normale. Ma mère a toujours été très présente, peut-être trop parfois, mon père pense que je ne suis pas malade et me reproche ce manque d'efforts, et le reste de la famille est plus réservé par rapport à ça. Au niveau des amis, c'est très compliqué parce que très jeune, les autres ne comprennent pas, se moquent et donnent tous leur avis sur ta situation genre « non mais tout est une question de volonté » ... Enfin, c'est pas forcément facile de dire qu'on est malade. Maintenant ils sont là quand il faut.

- **Quel traitement(s) a-tu reçu(s) ? Ces médicaments ont-ils été efficaces et quels sont leurs effets secondaires les plus pénibles, douloureux, etc ?**

J'ai reçu du prozac, de l'athymil, de la venlafaxine, de l'atarax, du valium, de la lamotrigine, du tercián, du téralène. Pour moi, le prozac n'a pas été efficace, raison pour laquelle on a rajouté de l'athymil. L'athymil me donnait des effets secondaires de nausée et de sensation d'irréel... L'atarax n'a pas marché non plus. La venlafaxine marche bien, idem pour les autres quand je ne fais pas de blocage face au fait de les prendre...

As-tu été hospitalisé(e) et si oui :

- **Dans quel établissement de santé ?**

Maison de Solenn en pédopsychiatrie et Hôpital de la Pitié Salpêtrière en adulte.

- **As-tu consenti à cette hospitalisation ou y as-tu été contraint(e) ?**

J'y ai consenti.

- **Y a-t-il eu un événement particulier qui t'a conduit à être hospitalisé(e) ?**

Des crises de plusieurs jours sans arrêter de pleurer, des atteintes à ma personne.

- **Quels soins as-tu reçus lors de ton admission (mise à l'isolement, examen de santé général, information sur tes droits ?)**

En pédopsychiatrie : examen de santé général et informations sur le règlement. En adulte :

mise en chambre blanche, information sur le règlement, examen de santé plus tardif.

- **Dans quelles conditions as-tu été hospitalisé(e) ? La chambre était-elle individuelle, propre, salubre ? Te sentais-tu protégé(e), à l'aise dans cet environnement ?**

Pédopsychiatrie : excellentes conditions, chambre individuelle puis double, toujours propre, oui je me sentais protégée mais pas forcément à l'aise.

Adulte : chambre individuelle, propreté moyenne, pas vraiment de sentiment de protection, ni d'aisance avant un certain temps...

- **Avais-tu le droit de disposer de tes propres effets personnels (livres, MP3, téléphone, ordinateur portable, accès à Internet) et de tes propres vêtements ?**

J'avais le droit à des livres tout le temps et au reste quand il y avait des « pauses téléphone » sauf évidemment en chambre blanche [chambre de mise à l'isolement]. Pour les vêtements, j'y avais le droit s'ils répondaient à certains critères (pas de lacet, de cordon, de ceinture...) et en chambre blanche non (même pas à un pull en plein hiver...).

- **Avais-tu le droit de circuler à ta guise dans l'établissement (salle commune, accès aux toilettes, douche) ou devais-tu suivre un règlement ?**

J'étais en secteur fermé alors oui je pouvais circuler librement à l'intérieur vu que l'espace était très surveillé. Pour sortir dans la cour, il fallait attendre les pauses cigarettes (apparemment la cour était ouverte tout le temps l'été mais moi j'y étais l'hiver...). Mais il y avait évidemment des contraintes horaires.

- **Avais-tu le droit de correspondre avec tes proches (courrier postal, mails, téléphone) et de recevoir de leurs visites (si oui, à quelle fréquence, et que pouviez-vous faire pendant ces visites) ?**

J'avais le droit au téléphone quand il y avait les fameuses pauses ou alors s'ils appelaient sur le téléphone commun du secteur fermé. Un nombre très restreint de personnes pouvait me rendre visite tous les jours entre 13h et 20h, j'avais le droit à des sorties accompagnées dans l'enceinte de l'hôpital.

- **As-tu eu accès à la consommation de substances telles que : alcool, tabac, cannabis, MDMA, ecstasy ou autres ? As-tu eu connaissance d'une telle consommation chez les autres malades voire chez les soignants ?**

J'ai pu consommer du tabac. Je ne pense pas avoir vu un autre patient prendre autre chose que du tabac, et encore moins un soignant.

- **As-tu eu l'occasion de bénéficier de 'sorties à l'essai' pendant ton séjour hospitalier, et qu'avais-tu le droit de faire ?**

J'ai eu le droit à des permissions seule au bout d'un certain temps en adulte et plus tôt en pédopsychiatrie. J'avais le droit d'aller voir mes parents ou de faire des démarches administratives.

- **Quelles relations entretenais-tu avec les soignants ? Étaient-ils respectueux, bienveillants à ton égard ? Respectaient-ils tes besoins ? Au contraire, étaient-ils menaçants, intimidants, voire violents ? As-tu subi des propos ou gestes déplacés de la part des soignants de nature sexuelle ou autre ?**

Les soignants ont toujours été très agréables avec moi et très présents. Mais j'ai pu voir des situations dans lesquelles ils ne l'ont pas été avec d'autres patients. Je n'ai jamais subi quoique ce soit de déplacé venant de leur part.

- **Quelles relations entretenais-tu avec les autres malades ?**

En général, les relations ont été cordiales, à quelques exceptions près.

- **As-tu eu une relation amicale, sentimentale voire sexuelle entre l'un(e) d'entre eux / elles ?**

J'ai noué un certain lien amical avec un patient en psychiatrie adulte.

- **As-tu subi des violences verbales, physiques voire sexuelles de la part des autres malades (persécutions, harcèlement, brimades, insultes, coups, attouchements...) ?**

J'ai été harcelée par un jeune homme qui était « tombé amoureux » de moi et qui a pu violer mon intimité à certains moments, et dont les propos étaient très déplacés.

- **En tout, quelle a été la durée de ton / tes séjours hospitaliers ? En gardes-tu un bon souvenir ? Penses-tu que l'hospitalisation t'a été bénéfique ?**

Ma première hospitalisation qui était en pédopsychiatrie a duré un mois et demi, j'en ai beaucoup souffert parce que mon psychiatre référent n'accordait aucun crédit à mes propos alors que j'étais clairement en danger, l'hospitalisation ne m'a pas vraiment été bénéfique. Ma deuxième était en psychiatrie adulte et a duré 2 semaines, j'en garde plutôt un bon souvenir mais je suis sortie beaucoup trop tôt pour qu'elle me soit utile. De fait, cela m'a mené à ma troisième hospitalisation, de 2 semaines aussi (qui a eu lieu 2 semaines après la précédente), séjour pendant lequel je me suis faite harceler donc le souvenir que j'en garde n'est pas très positif. En revanche, mes deux séjours en psychiatrie adulte ont permis de trouver un traitement adéquat à mes troubles.

- **As-tu pu bénéficier de psychothérapies, ergothérapies, art-thérapie, etc... et si oui, quelles activités as-tu pu pratiquer ? Ont-elles été efficaces ?**

J'ai bénéficié d'art-thérapie en pédopsychiatrie, arts plastiques et musique, occasionnellement du théâtre. J'ai aussi pu y faire du sport et de la cuisine. J'ai vu plus d'efficacité dans le sport et les arts plastiques que dans le reste. En psychiatrie adulte j'ai eu des ateliers cuisine, mais en somme ça ne faisait que me distraire du passage très lent du temps...

- **Quelles seraient ta / tes propositions pour que les soins psychiatriques soient de meilleure qualité ? Les soins actuels te paraissent-ils humains, respectueux de la dignité des patients ?**

Clairement, il faudrait donner plus de budget en psychiatrie adulte, agrandir les équipes (il y a eu des jours avec une équipe très réduite qui était fatiguée de l'ampleur de l'attention dont elle devait faire preuve... parfois 1 seul infirmier pour 20 patients). En plus de ça, il me semblerait utile, voire nécessaire d'avoir une psychothérapie pour chaque patient au cours de son hospitalisation (non seulement nous sommes malades, mais le fait d'être enfermé et surveillé 24/24 est assez troublant et en parler à un(e) psychologue peut être rassurant). Il pourrait aussi y avoir plus d'activités, d'ateliers pour les patients en mesure de les faire, le temps est très long. Pour ce qui est des soins, je n'ai personnellement pas été victime de maltraitements ou de négligence (à part en pédopsychiatrie à cause d'un mauvais psychiatre). Mais j'ai pu, comme dit précédemment, voir d'autres patients qui n'ont pas eu cette chance et qui semblaient être, aux yeux des soignants, plus des fardeaux que de véritables êtres humains.

VI) Elodie

- **Quel est ton prénom, ton âge et la nature des troubles psychiatriques ?**

Elodie, 22 ans, bouffées délirantes aiguës ou épisodes psychotiques brefs.

- **A quel âge sont apparus tes symptômes ? T'ont-ils empêché(e) d'étudier, d'avoir des relations amicales, sentimentales, sexuelles, familiales 'normales' ? Quelle a été la réaction de tes proches face à l'apparition des troubles, puis au quotidien ? Te soutiennent-ils ou te reprochent-ils un manque d'effort, de volonté... pour aller mieux et 'surpasser' tes troubles ?**

Mes symptômes sont apparus juste après mes 21 ans. Ils m'empêchaient clairement d'étudier et d'avoir des relations sociales, familiales, amicales... normales, puis que j'étais effrayée par tout. Mes proches ont été en total désarroi à l'apparition des troubles, notamment ma mère. Ils ne m'ont pas vu au quotidien avec mes troubles puisque ma mère m'a très vite emmenée à l'hôpital. Mon petit ami a été extrêmement présent pour moi. Il a été mon plus gros soutien pendant l'hospitalisation, parce qu'avec mes parents le contact ne passait plus vraiment. Aujourd'hui mes parents me soutiennent, je vais mieux. Ils m'ont reprochée d'être trop dans la colère, trop négative à la sortie de l'hôpital, pas assez constructive. Mais globalement ils sont présents.

- **Quel(s) traitement(s) as-tu reçu(s) ? Ces médicaments ont-ils été efficaces et quels sont leurs effets secondaires les plus pénibles, douloureux, etc ?**

Au tout début j'ai reçu du Tercian (aux urgences) et ça m'allait très bien parce que ça me faisait surtout dormir, et j'en avais vraiment besoin. Mais ensuite, à l'hôpital, je ne sais absolument pas tous les traitements que j'ai reçus. J'avais un cocktail assez incroyable de neuroleptiques et d'anxiolytiques, mais on ne m'a pas dit lesquels. J'avais toujours des hallucinations. Et là je n'ai vraiment pas aimé. J'étais réveillée mais en même temps

complètement vide. Je tremblais, et mon corps était devenu tout rigide. J'avais constamment besoin de bouger (les fameuses impatiences). Je n'étais plus motivée à rien. C'était la première fois que je prenais des médicaments psychotropes et ce n'était pas du tout agréable d'être forcée comme ça. Je ressentais vraiment qu'on atteignait à mon intégrité physique. Ils ont changé mes médicaments, puis énormément réduit [la posologie], et à la fin je suis sortie avec du Valium et de l'Abilify. Mais sincèrement ils donnent beaucoup trop de médicaments ! Dans un des services où j'étais tout le monde se bavait dessus à cause des médicaments.

As-tu été hospitalisé(e) et si oui :

- **Dans quel(s) établissement(s) de santé ?**

J'ai été hospitalisée à Saint-Egrève, vers Grenoble.

- **As-tu consenti à cette hospitalisation ou y as-tu été contraint(e) ?**

J'y ai été contrainte.

- **Y a-t-il eu un événement particulier qui t'a conduit à être hospitalisé(e) ?**

Oui, je suis rentrée chez mes colocataires en croyant que c'était la fin du monde, j'ai voulu voir mes parents parce que je croyais que j'allais mourir, ma « folie » était assez flagrante.

- **Quels soins as-tu reçus lors de ton admission (mise à l'isolement, examen de santé général, information sur tes droits ?)**

Quels droits ? J'ai été mise à l'isolement plusieurs fois, une fois parce que j'ai essayé de m'enfuir et une fois parce que j'ai arrêté de manger. Je me suis rappelée il y a peu qu'on m'a attachée aussi, parce que je démontais le système d'aération pour m'enfuir. On me faisait souvent des rapides examens de santé suite à la prise des médicaments (tension artérielle, rythme cardiaque). Donc ils m'ont aussi donné un médicament pour que mon rythme cardiaque diminue. Après les « soins » étaient réduits aux médicaments tous les jours, sinon il n'y avait rien d'autre. Quand j'ai arrêté de manger des infirmières m'aidaient à prendre ma douche.

- **Dans quelles conditions as-tu été hospitalisé(e) ? La chambre était-elle individuelle, propre, salubre ? Te sentais-tu protégé(e), à l'aise dans cet environnement ?**

Je n'ai rien à dire sur la propreté, il y avait des personnes qui nettoyaient par terre tous les jours ou presque, j'avais une chambre individuelle avec douche et toilette. En chambre d'isolement une fois, je n'ai pas eu de toilettes mais juste un seau, c'était très humiliant. Par contre je ne me sentais pas du tout protégée ni à l'aise ! J'avais un délire paranoïde, tout me faisait mourir de peur. J'avais vraiment l'impression d'être mis en prison et qu'on voulait me torturer. Je ne dormais pas de la nuit. Ça fait vraiment cliché, mais un monsieur criait « au secours » toutes les nuits dans la chambre d'à côté, et j'étais persuadé qu'on le torturait. Une

fois je suis allée le voir et il avait juste besoin que quelqu'un l'emmène aux toilettes (il était en situation de handicap) et les infirmiers ne bougeaient pas le petit doigt pour l'aider.

- **Avais-tu le droit de disposer de tes propres effets personnels (livres, MP3, téléphone, ordinateur portable, accès à Internet) et de tes propres vêtements ?**

Non je n'avais pas le droit, on m'a très vite retiré mes affaires et mes habits, c'était une sorte de punition je crois, pour que j'ai un but à atteindre et que je ne cherche plus à fuir. Donc j'avais le pyjama bleu toute la journée.

- **Avais-tu le droit de circuler à ta guise dans l'établissement (salle commune, accès aux toilettes, douche) ou devais-tu suivre un règlement ?**

Les salles sont fermées quand ils [les soignants] sont en réunion (c'est-à-dire tout le temps). Mais sinon j'avais accès aux salles [communes], mais pas au parc. C'était aussi une sorte de punition, il fallait regagner ces droits avant de pouvoir sortir de l'hôpital, j'ai donc tout récupéré au fur et à mesure.

- **Avais-tu le droit de correspondre avec tes proches (courrier postal, mails, téléphone) et de recevoir de leurs visites (si oui, à quelle fréquence, et que pouviez-vous faire pendant ces visites) ?**

Au début j'avais le droit de recevoir mes amis. Ils pouvaient rentrer à l'intérieur du service et on pouvait parler, voire jouer au ping-pong, mais c'était difficile avec tous les médicaments qu'on me prescrivait. Ensuite je n'ai plus eu le droit de recevoir des visites, sauf celles de ma mère. Puis je n'ai plus eu le droit aux visites, comme je commençais à être mise en isolement et tout.

- **As-tu eu accès à la consommation de substances telles que : alcool, tabac, cannabis, MDMA, ecstasy ou autres ? As-tu eu connaissance d'une telle consommation chez les autres malades voire chez les soignants ?**

Oui, il y avait des gens qui ont fait rentrer du tabac. Mais de la MDMA, de l'ecstasy ou autre non. En plus c'est trop visible ça. Quelqu'un qui prend ça sera directement placé en isolement !

- **As-tu eu l'occasion de bénéficier de 'sorties à l'essai' pendant ton séjour hospitalier et qu'avais-tu le droit de faire ?**

Oui comme tout le monde, à la fin j'ai eu des permissions. Mais comme j'étais restée trop longtemps enfermée j'étais complètement perdue, et je ne me sentais capable de rien faire, et puis je tremblais, donc finalement je restais juste chez mes parents à dormir.

- **Quelles relations entretenais-tu avec les soignants ? Étaient-ils respectueux, bienveillants à ton égard ? Respectaient-ils tes besoins ? Au contraire, étaient-ils menaçants, intimidants, voire violents ? As-tu subi des propos ou gestes déplacés de la part des soignants de nature sexuelle ou autre ?**

Je détestais un grand nombre de soignants, déjà parce que c'est eux qui me plaquaient contre mon lit, me déshabillaient et me piquaient si je refusais mes médicaments (c'est à dire souvent parce que j'ai « mauvais caractère »). Ensuite j'avoue que c'est aussi parce que j'étais paranoïaque, et que je voyais tout le personnel de l'hôpital comme menaçant. Mais parfois ils ne faisaient pas attention ! Par exemple quand un psychiatre m'a dit que je serais remise en pyjama, le soignant présent pendant la consultation a rigolé. Il aurait pu se retenir de rire à ce moment-là.

Après il y en a vraiment qui prennent leur rôle de « police » trop à cœur et qui vont tout le temps crier. Il y en a d'autres qui essayent d'être gentil(le)s. Au final les meilleurs contacts que j'ai eus étaient avec les stagiaires. Je pense qu'ils / elles sont sûrement moins blasées du métier, moins résigné(e)s. Je me rappelle d'une ou deux [soignantes] qui sont venues me demander comment j'allais. Mais c'était rare. Ou alors je ne me rappelle pas bien.

Les autres étaient indifférents en fait surtout, leur boulot c'est de donner les repas, les médicaments, faire des réunions mais je crois qu'ils ont oublié le contact humain. Ils préféraient rester entre eux.

Je me faisais tout le temps crier dessus. « Tu as refusé les médicaments, en plus tu n'as rien mangé, c'est zéro Elodie ! ». Ils m'énervaient. Ils répétaient tous la même chose « ici tu es à l'hôpital, tu dois prendre tes médicaments ». J'avais l'impression qu'ils n'étaient pas humains, que c'était des robots en fait. Ils me faisaient vraiment peur.

Les psychiatres que j'ai eus n'étaient pas mieux, ils étaient tellement hautains ! Ils me parlaient vraiment comme si je ne valais rien. Je pourrais écrire des paragraphes et des paragraphes sur eux aussi.

Dans mon premier service, un homme de nuit me faisait vraiment peur, il était venu me voir en me disant qu'on ne pouvait plus rien faire pour le monsieur qui criait « au secours ». Il faisait semblant d'être gentil (à mon sens), puis d'un coup il s'énervait. Par exemple quand je lui ai demandé quels médicaments on me donnait il s'est vraiment énervé.

A la fin [du séjour hospitalier], un infirmier a trouvé qu'on me donnait trop vite des droits. Il savait très bien que le psychiatre m'avait permise de sortir dans le parc, mais il me disait que ce n'était pas marqué [sur un registre ? sur une feuille de suivi du patient ?]. Il me disait qu'il fallait que je sache « accepter la frustration ». Ou bien il appelait tout le monde pour le goûter et si quelque chose était bon (par exemple le jour où il y avait du pop-corn), il me taquinait d'une voix mielleuse « ah Elodie on t'a oublié, zut ». Heureusement que je n'étais plus en « crise » parce qu'il m'aurait vraiment fait tcharker [décompenser].

Aucun psychiatre / soignant ne m'a agressée sexuellement. Mais on me faisait des remarques très déplacées car j'ai eu une relation sexuelle avec un patient. On m'a dit « à l'hôpital, quelqu'un de normal ne veut pas de sexe ».

- **Quelles relations entretenais-tu avec les autres malades ?**

Ça dépend des personnes. Au début dans le premier service j'ai rencontré une personne que j'aimais bien, dans le deuxième j'étais beaucoup moins sociable, dans le troisième je n'étais plus capable de tenir debout et dans le dernier c'est revenu. Le psychiatre m'a diagnostiquée une « dépendance affective » et me disait de ne pas rester avec les autres, que ça me « contaminerait » en quelque sorte.

- **As-tu eu une relation amicale, sentimentale voire sexuelle entre l'un(e) d'entre eux / elles ?**

Des relations amicales oui, surtout dans le premier service. Ensuite pseudo-sentimentale oui, pour tenir le coup, avec le seul garçon avec qui je suis restée en contact. Mais j'avais mon copain à l'extérieur surtout. Après j'ai eu une relation sexuelle, mais c'était juste un soir ou j'étais en crise totale et je ne voulais pas rester seule dans ma chambre. J'avais trop peur des infirmiers. Donc j'ai supplié la dernière personne qui était debout de dormir dans sa chambre. Il m'a dit oui à condition qu'on ait des rapports sexuels. Donc voilà je n'étais pas vraiment consentante. J'en ai parlé à l'infirmière que j'aimais le plus, elle m'a donné une pilule du lendemain.

- **As-tu subi des violences verbales, physiques voire sexuelles de la part des autres malades (persécutions, harcèlement, brimades, insultes, coups, attouchements...)?**

Sexuelle, d'autres patients qui croyaient que je voulais coucher avec eux. Après des brimades non. Par contre j'en ai vu [des brimades]. Par exemple le monsieur handicapé se faisait maltraiter par un patient.

- **En tout, quelle a été la durée de ton / tes séjours hospitaliers ? En gardes-tu un bon souvenir ? Penses-tu que l'hospitalisation t'a été bénéfique ?**

Trois mois et demi. Aucun bon souvenir. Je sais que j'étais dans un état dans lequel j'avais besoin de soins, mais pas comme ça.

- **As-tu pu bénéficier de psychothérapies, ergothérapies, art-thérapie, etc... et si oui, quelles activités as-tu pu pratiquer ? Ont-elles été efficaces ?**

Oh non, il n'y avait aucune thérapie !

- **Quelles seraient ta / tes propositions pour que les soins psychiatriques soient de meilleure qualité ? Les soins actuels te paraissent-ils humains, respectueux de la dignité des patients ?**

Il faudrait que les infirmiers soient formé(e)s au contact humain. Et qu'ils arrêtent leur métier si ce n'est pas le cas. Pareil pour les psychiatres. Ça serait bien qu'ils essayent d'être à l'écoute, dans le non-jugement, la neutralité bienveillante. Un peu plus humanistes. Pas là juste pour prescrire les médicaments et juger ton « anormalité ». Ça serait bien qu'il y ait

davantage de psychologues. Que le bien-être des patients soit pris en compte. Qu'on écoute, qu'on essaye de comprendre.

Personnellement, je pense que mon délire était représentatif de mes peurs. J'aurais bien voulu que quelqu'un essaye juste de me comprendre, parce que j'étais dans deux mondes parallèles. A des moments je comprenais que j'avais besoin de me soigner, mais quand je me confiais aux psychiatres ils me jugeaient, et je ne pouvais pas croire que ce lieu soit un lieu de soins. Par exemple lorsque j'ai arrêté de manger, parce que je voulais mourir, une psychiatre m'a dit « ça ne va pas changer le monde si vous mourrez ». Il n'y avait aucun respect. Je ne dis pas que c'est facile de comprendre un délire, mais vraiment personne n'essaye de comprendre. Il faut juste cacher ça avec des tonnes de médicaments parce que ça fait peur.

Et parfois les patients ont besoin de choses si simples ! Le monsieur handicapé par exemple, il était aussi aveugle et presque sourd. Un jour je lui ai juste pris la main quand il angoissait (il avait l'impression d'être englouti dans l'eau) et il m'a dit « oh, vous êtes une gentille infirmière ». Il avait juste besoin qu'on le rassure un peu. Et personne n'est capable de faire ça. Pourtant il ne faut pas avoir fait bac+50 pour comprendre ça... Clairement on ne s'intéressait pas du tout à son bien-être, on le laissait juste croupir là comme « un cas irrécupérable ». Donc, il faudrait plus d'humanité, moins de médicaments et plus de liberté.

VII) Laura

- **Quel est ton prénom, ton âge et la nature des troubles psychiatriques ?**

Laura, 36 ans. Dépression, bipolarité, troubles de la personnalité borderline et zèbre (haut potentiel). On m'a collé beaucoup d'étiquettes. Dépression et zèbre semblent les plus pertinentes, en sachant que tout cela n'est pas imperméable.

- **A quel âge sont apparus tes symptômes ? T'ont-ils empêché(e) d'étudier, d'avoir des relations amicales, sentimentales, sexuelles, familiales 'normales' ? Quelle a été la réaction de tes proches face à l'apparition des troubles, puis au quotidien ? Te soutiennent-ils ou te reprochent-ils un manque d'effort, de volonté... pour aller mieux et 'surpasser' tes troubles ?**

Dès l'école maternelle, grosses crises d'angoisse, fugues de l'école. J'allais dans les classes supérieures à mi-temps. En primaire (CE2) j'ai été convoquée avec ma mère. Trop mature, isolée, je lisais seule pendant la récré et je m'ennuyais. J'ai vu un psychiatre trois fois. D'une timidité malade, les séances me terrorisaient. Au collège, début de la phobie scolaire, énormes angoisses et premières pensées suicidaires. Je ne m'intégrais pas. Un prof d'histoire-géographie a détecté la précocité et m'a prise sous son aile deux ans.

J'ai suivi une scolarité assez brillante jusqu'à 12 / 13 ans puis j'ai tout lâché. J'ai tout de même pu passer un bac littéraire sans redoubler et obtenir une licence universitaire, de façon plus chaotique, entre dépression et lassitude.

J'avais quelques relations amicales assez fusionnelles toute jeune, puis grande solitude au lycée. A partir de la fac je suis devenue la fille extra sociable, qui connaît tout le monde mais se sent souvent très seule. Les relations amoureuses catastrophiques, existantes mais de courtes durées et chaotiques. Quant à la famille, elle est plus que réduite et est l'un des

facteurs de dépression. Certains proches soutiennent mais très peu comprennent donc peuvent soutenir efficacement. Depuis deux ans, je ne sors plus la tête de l'eau et j'ai perdu une grande majorité de mon entourage. Une partie est démunie, une autre juge, une autre va elle-même mal et beaucoup sont dans le déni.

- **Quel(s) traitement(s) as-tu reçu(s) ? Ces médicaments ont-ils été efficaces et quels sont leurs effets secondaires les plus pénibles, douloureux, etc ?**

Anxiolytiques dès l'enfance, à petites doses et occasionnellement. Des thérapies sans succès et après une rupture sentimentale à 29 ans on a commencé à tout me prescrire : anxiolytiques, neuroleptiques, antidépresseurs, somnifères. Rien ne fonctionnait à part les somnifères. Du coup les doses étaient énormes. Puis des hospitalisations. Des calmants en mode camisole chimique, je m'évanouissais régulièrement alors que je suis très résistante aux médicaments. Mes très chers électrochocs (que je refuse de nommer autrement) puis thymorégulateurs. Je n'ai jamais connu aucun effet bénéfique des traitements, si ce n'est prendre quatre fois la dose pour dormir et disparaître quelques heures (en finissant aux urgences ou en faisant un black-out parfois). Côté effets secondaires : tremblements, prise de poids, sensation d'éclair dans la tête, vertiges, confusion entre rêves et réalité, hypersomnie, et grave troubles cognitifs et notamment énormes problèmes de mémoire suite aux électrochocs, nausée, anorexie (pas mentale, juste plus capable de manger car tout m'écoeurait), hypothyroïdie et insuffisance rénale.

As-tu été hospitalisé(e) et si oui :

- **Dans quel(s) établissement(s) de santé ?**

Oui deux fois, 3 mois puis 10 mois à L'Hôtel Dieu et à la Pitié Salpêtrière. Le tout à Paris.

- **As-tu consenti à cette hospitalisation ou y as-tu été contraint(e) ?**

La première était totalement consentie. A la seconde, l'entrée a été consentie mais suite à de la maltraitance j'ai demandé à sortir et j'ai été mise sous contrainte. D'ailleurs je prépare un dossier juridique actuellement car la mise sous contrainte ne semble pas avoir respecté la procédure juridique officielle.

- **Y a-t-il eu un événement particulier qui t'a conduit à être hospitalisé(e) ?**

Crises d'angoisse ingérables menant à une obsession suicidaire.

- **Quels soins as-tu reçus lors de ton admission (mise à l'isolement, examen de santé général, information sur tes droits ?)**

Quasiment aucune information sur mes droits et encore moins sur mes traitements malgré mes questionnements. J'ai donné mon accord pour les électrochocs mais en état de dépression mélancolique extrême. On m'a dit que de toute façon c'était ma dernière chance. Les séquelles sont tuées (sujet tabou en psychiatrie d'ailleurs). J'ai dû remuer ciel et terre pour qu'on ne m'augmente pas le nombre de séances prévues. J'ai été mise en isolement et humiliée. Même pas eu le droit de passer un seul appel pour dire que j'allais disparaître de la circulation ou annuler la visite d'un ami de Toulouse. A la fin j'avais très mal au dos pour la

première fois de ma vie. Aucun soin, un psychiatre m'a hurlé dessus qu'on était en psychiatrie, pas là pour s'occuper du dos de « madame la suicidaire ». A la sortie j'ai appris que j'avais un lumbago et une sciatique aigus.

- **Dans quelles conditions as-tu été hospitalisé(e) ? La chambre était-elle individuelle, propre, salubre ? Te sentais-tu protégée, à l'aise dans cet environnement ?**

Chambre partagée à deux dans deux des hôpitaux, individuelle en clinique et en hôpital de secteur (en isolement). La chambre en soi, ça allait, plus ou moins d'affinités avec la colocataire. Cela dit en isolement on m'a interdit l'accès à ma salle de bains, à mes toilettes (bassine à côté de mon lit avec des remarques désobligeantes sur l'odeur le jour où on ne peut plus se retenir). Donc pas de douche ou de lavage de dents car l'infirmière devait me regarder faire et n'avait pas le temps.

- **Avais-tu le droit de disposer de tes propres effets personnels (livres, MP3, téléphone, ordinateur portable, accès à Internet) et de tes propres vêtements ?**

Mon ordinateur portable a été volé dans ma chambre, pas d'Internet à part ma 4G quand cela fonctionnait. Sinon oui pour tous les effets personnels sauf en isolement, absolument rien là-bas.

- **Avais-tu le droit de circuler à ta guise dans l'établissement (salle commune, accès aux toilettes, douche) ou devais-tu suivre un règlement ?**

Librement sauf en isolement. Après on m'a menacée de m'enfermer hors de ma chambre du petit-déjeuner au dîner si je refusais d'aller dans la salle commune (avec des patients qui me stressaient).

- **Avais-tu le droit de correspondre avec tes proches (courrier postal, mails, téléphone) et de recevoir de leurs visites (si oui, à quelle fréquence, et que pouviez-vous faire pendant ces visites) ?**

Oui, pendant les horaires de visite. Le courrier postal dépendait de mes permissions ou des visites de mes proches, sauf pendant l'isolement. Je n'ai même pas pu contacter une association ou la moindre structure juridique pour dénoncer les conditions de détention.

- **As-tu eu accès à la consommation de substances telles que : alcool, tabac, cannabis, MDMA, ecstasy ou autres ? As-tu eu connaissance d'une telle consommation chez les autres malades voire chez les soignants ?**

Je n'ai jamais pris ces substances ni en hôpital psychiatrique ni ailleurs, mais chez les autres patients et les soignants, j'ai remarqué la consommation d'alcool et de tabac au minimum. Une infirmière a d'ailleurs été mise à pieds pour alcoolisme.

- **As-tu eu l'occasion de bénéficier de 'sorties à l'essai' pendant ton séjour hospitalier, et qu'avais-tu le droit de faire ?**

Des permissions me permettaient de me promener l'après-midi avec des amis ou seule, des rares fois une nuit à l'extérieur.

- **Quelles relations entretenais-tu avec les soignants ? Étaient-ils respectueux, bienveillants à ton égard ? Respectaient-ils tes besoins ? Au contraire, étaient-ils menaçants, intimidants, voire violents ? As-tu subi des propos ou gestes déplacés de la part des soignants de nature sexuelle ou autre ?**

Il y a des perles, des anges mais très rares (une psychiatre, un psychologue, quelques infirmiers et deux aides-soignants). Il y a les neutres et il y a ... ceux qui ont créé de vrais traumatismes. Il y a eu de la "petite" maltraitance physique et de la grande maltraitance morale. De l'humiliation. Le patient n'est plus une personne, a forcément tort, n'a pas le droit de poser des questions ou bien pire, de s'opposer. Je me suis jetée contre une baie vitrée d'un étage élevé lors d'un entretien avec un psychiatre, littéralement à bout. J'ai assez réfléchi au suicide pour ne pas me jeter bêtement d'un étage duquel je risque de me louper et finir paralysée... Mais là je n'ai même plus réfléchi. J'ai juste craqué face à son attitude. Il a explosé de rire en me disant que je paierai les dégâts matériels, que j'étais « spiderwoman », tellement ridicule mais si drôle et m'a imitée.

- **Quelles relations entretenais-tu avec les autres malades ?**

C'est le seul élément bénéfique des hôpitaux psychiatriques. Les autres malades et le soutien, la compréhension entre nous.

- **As-tu eu une relation amicale, sentimentale voire sexuelle entre l'un(e) d'entre eux / elles ?**

Plusieurs relations amicales fortes qui durent.

- **As-tu subi des violences verbales, physiques voire sexuelles de la part des autres malades (persécutions, harcèlement, brimades, insultes, coups, attouchements...) ?**

Jamais. Le personnel est le vrai danger.

- **En tout, quelle a été la durée de ton / tes séjours hospitaliers ? En gardes-tu un bon souvenir ? Penses-tu que l'hospitalisation t'a été bénéfique ?**

3 mois puis 10 mois. Le premier a été bénéfique en raison de rencontres avec d'autres patients, qui m'ont permise de me sentir moins isolée. Le second a été d'une telle violence que ce qui me tient en vie aujourd'hui c'est de faire un procès et utiliser mon savoir-faire professionnel dans l'édition et l'audiovisuel pour dénoncer les conditions et aider les patients. Aujourd'hui je survis, je suis sortie monstrueusement plus abîmée qu'en entrant. Je n'ai plus aucun refuge car celui qu'est supposé être l'hôpital est devenu mon bourreau. Par ailleurs jamais aucun traitement ne m'a fait aller mieux. Juste rencontrer les autres patients et ne plus devoir assumer une vie à l'extérieur. Je l'ai vécu comme du gardiennage anti-suicide. On ne soigne pas, on drogue et enferme pour éviter le scandale.

- **As-tu pu bénéficier de psychothérapies, ergothérapies, art-thérapie, etc... et si oui, quelles activités as-tu pu pratiquer ? Ont-elles été efficaces ?**

Théâtre-thérapie à la clinique mais mon séjour a été très bref car coûteux. Psychothérapie à l'Hôtel Dieu. Et j'avais commencé un programme expérimental de réhabilitation par le sport mais j'ai été transférée dans un autre hôpital au cours du programme. Reconnecter avec le corps, proposer des activités stimulantes est mille fois plus constructif que droguer et ne rien faire...

- **Quelles seraient ta / tes propositions pour que les soins psychiatriques soient de meilleure qualité ? Les soins actuels te paraissent-ils humains, respectueux de la dignité des patients ?**

J'évoque ici mon expérience. Je ne peux pas parler au nom de tous. J'ai cela dit connu bien d'autres patients maltraités, humiliés, qui ont des conséquences post-électrochocs encore plus graves que les miennes. Sans parler des associations de victimes de la psychiatrie. J'en ai aussi connu que les soins ont aidé. Mais en général il s'agissait d'une dépression légère (et de tout ce qu'on fait passer pour une dépression : un deuil, un burn-out, un choc traumatique). La plupart des patients sont réhospitalisés régulièrement, donc pas stabilisés.

Je connais la situation budgétaire des hôpitaux publics en France, encore plus de la psychiatrie. Je sais que le personnel est sous pression et craque aussi de son côté. Je sais que certains font grève, main dans la main avec les patients. Je sais qu'une psychiatre a été odieuse avec moi car démunie, face à son échec. Ses seules cartes en main, c'était sa petite chimie. Mais il y a un vrai problème. Il y a autant de raisons d'aller mal que de patients. La chimie n'est pas la solution pour tous. Nombreux sont les zèbres taxés de bipolaires voire de schizophrènes. Des vies ruinées à coup de cachetons et étiquettes auxquelles on finit par se conformer. Rares sont les soignants qui savent se remettre en question ou remettre en question la psychiatrie. De façon générale il faut cesser de déconnecter la tête du corps. Du sport, du théâtre, de la danse, de l'écriture. On m'a fait passer un test de QI à la Pitié-Salpêtrière mais ils n'ont aucune ressource pour gérer les hôpitaux psychiatriques. Alors on m'a fait des électrochocs. Si je devais finir sur un point positif, mon seul vrai bonheur là-bas a été les perfusions de kétamine. Même plus besoin d'appeler un dealer, de la pure, légale, en perfusion aux frais de la Sécurité sociale... Oui là j'ai adoré l'hôpital. Et merci du fond du cœur aux quelques rares soignants en or, qui allient intelligence et vocation...

VIII) Camille

- **Prénom, âge, nature des troubles psychiatriques ?**

Camille, 27 ans, plusieurs épisodes dépressifs, tendance hypocondriaque, légère phobie sociale, anxiété, pensées obsessionnelles (dont phobies d'impulsion).

- **A quel âge sont apparus tes symptômes ? T'ont-ils empêché(e) d'étudier, d'avoir des relations amicales, sentimentales, sexuelles, familiales 'normales' ? Quelle a été la réaction de tes proches face à l'apparition des troubles, puis au quotidien ? Te soutiennent-ils ou te reprochent-ils un manque d'effort, de volonté... pour aller mieux et 'surpasser' tes troubles ?**

Je souffre d'anxiété et de phobie sociale depuis toujours. Cet état a été jugé comme « mon

caractère » par mon entourage qui m'a fait penser que c'était un défaut et une faiblesse, les souffrances engendrées ont été minimisées. La phobie sociale m'a souvent gênée pour me faire des amis, surtout pendant les années collège/lycée.

En ce qui concerne la tendance hypocondriaque, c'est depuis l'âge de 18 ans. Pas de réaction de l'entourage, à nouveau minimisation de ce que je pouvais ressentir, notamment lors de crises de panique. Cela a renforcé l'anxiété déjà présente. J'ai aussi des épisodes dépressifs depuis l'âge de 21 ans. J'étais partie de chez mes parents à l'époque, du coup ils ne s'en sont pas rendus compte. Mes amis de l'époque se sont éloignés et n'ont pas cherché à comprendre ce qu'il se passait. Plus tard, ils m'ont reproché le comportement que j'avais pendant l'épisode.

Il s'est passé plus de 10 mois avant que je sois traitée pour dépression. Quand je lui en ai parlé à l'époque, ma mère m'a dit qu'elle doutait que je sois en dépression car j'allais toujours en cours, que j'avais des bonnes notes et que je faisais pas mal de choses. Cet épisode ne m'a certes pas empêché de réussir pour cette année, mais je m'en souviens comme une des pires de ma vie.

J'ai aussi des phobies d'impulsion depuis l'âge de 22 ans. Mon entourage ne s'en rend pas compte. Cela a un impact sur mon bien-être au quotidien mais n'a pas vraiment impacté mes relations. Des troubles de l'humeur aussi, apparus à partir de 24 ans. A l'arrêt de mon traitement anti-dépresseur, j'ai développé une « instabilité d'humeur » : une fois par mois environ, pendant 3 à 7 ans, j'avais des grosses phases de déprime où j'étais le même état que pendant mon premier épisode dépressif. Après six mois à observer ce phénomène, mon psychiatre de l'époque m'a prescrit un stabilisateur d'humeur sans jamais poser de diagnostic.

J'ai eu un deuxième épisode dépressif avec pensées suicidaires vers 26-27 ans. Pendant cet épisode, mes amis sont restés assez indifférents à mes symptômes et n'ont pas cherché à me soutenir ou à être présents malgré mes appels à l'aide. Ils ont juste évoqué des clichés, du genre « il faut que tu te changes les idées ». Plus tard, ils m'ont reproché d'avoir plombé l'ambiance quand j'étais en pleine dépression. Pendant cette période, j'étais en période d'essai après avoir changé d'entreprise et cet épisode a failli me coûter mon travail.

- **Quel(s) traitement(s) a-tu reçu(s) ? Ces médicaments ont-ils été efficaces et quels sont leurs effets secondaires les plus pénibles, douloureux, etc ?**

Pour l'anxiété, la phobie sociale et les tendances hypocondriaques, je n'ai jamais eu de traitements. Pour mon premier épisode dépressif, j'ai été traitée avec du Seroplex qui a très bien marché. Je n'ai eu comme effets secondaires qu'une légère prise de poids.

Pour mon « instabilité d'humeur », j'ai d'abord été traitée avec de l'Effexor que j'ai mal supporté car il me donnait de terribles angoisses. J'ai ensuite été traitée avec du Solian qui a été très efficace, ses effets secondaires étaient une légère prise de poids et l'arrêt des règles.

Pour mon deuxième épisode dépressif, j'ai eu du Deroxat qui n'a pas été efficace, de l'Abilify que j'ai dû arrêter car ça me donnait trop d'angoisses, du Xeroquel qui a fonctionné et dont les effets secondaires sont une prise de poids bien plus importante que les médicaments précédents, l'augmentation du besoin de dormir, des difficultés à me réveiller le matin et une impossibilité de m'endormir en cas d'oubli de prise.

- **As-tu été hospitalisé(e) ?**

Je n'ai jamais été hospitalisée, même si rétrospectivement, je pense qu'il aurait pu être bien que je le sois pendant mon deuxième épisode dépressif.

- **As-tu pu bénéficier de psychothérapies, ergothérapies, art-thérapie, etc... et si oui, quelles activités as-tu pu pratiquer ? Ont-elles été efficaces ?**

J'ai entrepris plusieurs psychothérapies. La première avec un psychiatre pendant mon premier épisode dépressif ne m'a pas aidée. La deuxième avec une psychologue pendant mon deuxième épisode [dépressif] m'a juste permis de lâcher un peu de pression mais guère davantage. La troisième avec une autre psychologue, une fois que je suis sortie de la phase aigüe de l'épisode, m'a vraiment apporté quelque chose et semble efficace mais un long chemin reste encore à parcourir.

- **Quelles seraient ta / tes propositions pour que les soins psychiatriques soient de meilleure qualité ? Les soins actuels te paraissent-ils humains, respectueux de la dignité des patients ?**

Mieux informer le patient sur ce qu'il est en train de traverser, sur le fonctionnement de sa maladie. Donner une meilleure visibilité au patient sur le parcours de soin envisagé. Donner des diagnostics clairs et les expliquer (pour mes deux épisodes dépressifs, j'ai vu trois psychiatres, aucun n'a donné de diagnostic clair, j'ai dû insister plusieurs fois pour avoir une réponse) pour permettre au patient de pouvoir se penser comme une personne malade et non comme une personne faible ou cassée. Rappeler que la dépression est une maladie.

Faire de la sensibilisation auprès du grand public pour briser les préjugés et les idées préconçues qui pourrissent la vie de malades psychiatriques. Faire de la sensibilisation sur les mécanismes du suicide et ce que ça signifie d'avoir des pensées suicidaires, faire de la prévention du suicide. Faciliter la prise en charge émotionnelle des malades (groupes de paroles), notamment pour les malades qui travaillent et ne peuvent donc pas accéder aux ateliers organisés les jours de semaine. Ça a été mon cas et j'avais l'impression que c'était la double peine : pas assez mal pour être arrêté mais pas assez bien pour pouvoir travailler correctement.

Jusqu'à présent, j'ai consulté douze psychiatres dont trois pour anxiété et phobie sociale, une pour psychothérapie après mon premier épisode, une qui m'a dit que je n'avais rien (alors que j'étais au début de mon premier épisode dépressif et qui a donc retardé ma prise en charge de huit mois), quatre en suivi pour dépression et trois autres que j'ai également vus dans le cadre de ma dépression.

Tous les psychiatres que j'ai vu pour ma dépression m'ont semblé avarés en explications, comme si ce n'était pas important que je sache vraiment ce qui m'arrive, comme si ce qui comptait était de savoir quels médicaments ils pouvaient me donner. Plusieurs ont également négligé ma souffrance, notamment lorsque j'avais des pensées suicidaires et malgré le fait que je leur explique mon état. Certains m'ont semblé peu enclins à gérer l'impact émotionnel de la dépression, des pensées suicidaires, des phobies d'impulsion, l'isolement face à la maladie, se concentrant là encore uniquement sur le traitement.

Je n'ai pas été assez informée sur les droits que j'avais, sur le fait que j'étais vraiment malade

et que, si besoin, je pouvais être arrêtée. Mes psychiatres attendaient que je le leur demande si j'en avais besoin mais ne me sentant pas vraiment malade, je ne me sentais pas légitime à le demander. De plus, comme je vis seule, être arrêtée signifiait pour moi être complètement seule, coupée des interactions sociales que représentait mon travail. Me retrouver seule pendant ces épisodes, je savais que ça ne pouvait qu'empirer les choses et mes psychiatres, ne m'ayant jamais parlé d'arrêt maladie, ne m'ont jamais expliqué qu'il existe des alternatives à cette situation.

IX) Elise

- **Quel est ton prénom, ton âge et la nature des troubles psychiatriques ?**

Elise, 23 ans, troubles paniques, trouble de la personnalité borderline, troubles de l'humeur (dépressions récurrentes).

- **A quel âge sont apparus tes symptômes ? T'ont-ils empêché(e) d'étudier, d'avoir des relations amicales, sentimentales, sexuelles, familiales 'normales' ? Quelle a été la réaction de tes proches face à l'apparition des troubles, puis au quotidien ? Te soutiennent-ils ou te reprochent-ils un manque d'effort, de volonté... pour aller mieux et 'surpasser' tes troubles ?**

A 20 ans, suite à une rupture amoureuse. Les troubles ont beaucoup altéré ma capacité de concentration, je m'épuise bien plus vite en lisant quelques pages alors qu'avant je pouvais en lire des centaines sans le moindre effort.

Pour le côté sexuel, les troubles ainsi que leur traitement ont coupé ma libido pendant un temps et le traitement m'a carrément empêché d'avoir des orgasmes parfois (l'anorgasmie est un effet secondaire relativement fréquent, mais souvent peu abordé par les patient(e)s. Parfois je pouvais faire des attaques de panique en plein rapport sexuel, ce qui était très dérangeant pour mes partenaires.

Mes parents ont initialement nié que j'avais des troubles, minimisaient les symptômes ou trouvaient une cause banale (« mais c'est parce que tu ne dors pas assez » « tu joues à des jeux vidéo, aussi » « tu ne sors jamais » etc), puis quand j'ai eu le diagnostic par un psychiatre, ils ont déclaré que je n'avais pas besoin de traitement et que ça se voyait que je n'étais pas « si déprimée que ça ». Il y a eu quelques violences physiques (secouements quand je n'allais pas bien), des engueulades et des disputes. Ils sont plus acceptants maintenant. Ma grand-mère me soutient continuellement depuis le début, cela dit. Le reste de ma famille se contente de me dire « mais tu sais que tu n'as pas besoin de médicaments, arrête de les prendre ». L'arrêt brutal d'un antidépresseur est fortement déconseillé et peut mettre en danger les patient(e)s.

Lors de ma première tentative de suicide, le copain avec qui je sortais à l'époque m'a tout simplement quittée le lendemain en me disant « si j'avais su ce que je me prendrais dans la gueule, je me serais abstenu de sortir avec toi, clairement ». Alors que je n'étais ni violente ni abusive envers lui, juste épuisée et parfois en colère quand il me disait de juste « arrêter d'angoisser ».

Pour ce qui est des choses pratiques (faire les courses, régler des soucis administratifs), mes parents m'aidaient, beaucoup moins pour ce qui relevait plutôt du moral ou de l'humeur. Il y avait beaucoup de reproches aussi et des conseils bidons type « tu devrais faire du yoga » (je

ne dis pas que ça aide pas, mais ce n'est pas la priorité).

- **Quel(s) traitement(s) a-tu reçu(s) ? Ces médicaments ont-ils été efficaces et quels sont leurs effets secondaires les plus pénibles, douloureux, etc ?**

Du Venlafaxine 75mg (antidépresseur) pendant 2 ans et demi. Ils ont été efficaces sur l'aspect anxieux (trouble panique) puis également sur l'humeur bien qu'elle redescendait à chaque tentative de sevrage. Effets secondaires : fatigue, tension musculaire, constipation, baisse de la libido, prise de poids (5-10kg) pour ma part. Il en existe des plus graves comme les pics d'hypertension, l'hyponatrémie (baisse de sodium dans le sang) chez le sujet âgé, augmentation du taux de cholestérol dans le sang. Et bien sûr les signes de sevrage à l'arrêt brutal (céphalées, nausées/vomissements, troubles du comportement, sueurs).

De la Sertraline 50mg (antidépresseur) : depuis quelques mois maintenant. Elle agit plus sur l'humeur que sur l'anxiété, vu que je n'ai presque plus aucune attaque de panique il a été décidé de mettre ce traitement en place, plus approprié pour réguler mon humeur et moins susceptible de me faire prendre du poids. Plutôt efficace pour le moment. Effets secondaires : sécheresse de la bouche, anorgasmie et baisse de la libido, rien d'autre pour le moment du moins me concernant.

L'effet le plus grave à considérer chez les antidépresseurs est le syndrome sérotoninergique [effet indésirable potentiellement mortel lié à la perturbation de l'équilibre chimique du système nerveux central due à un excès de sérotonine]. Il y a aussi la levée d'inhibition (le traitement augmente la motivation et l'énergie avant d'ajuster l'humeur, ce qui peut donner un élan de motivation au suicide chez personnes ayant encore des idées suicidaires). Il faut toujours préciser qu'un antidépresseur met au moins deux voire quatre semaines pour agir.

J'ai aussi eu ponctuellement de la Risperidone 0,5mg-1mg (antipsychotique) pour calmer mon impulsivité. Pas efficace du tout, interrompu au bout de trois semaines par le psychiatre. Effets secondaires : prise de poids, galactorrhée (sécrétion de lait par la glande mammaire hors allaitement maternel, peut être présent chez les hommes aussi, due à une augmentation de la prolactine dans le sang), fatigue et somnolence pour ma part.

- **As-tu été hospitalisé(e) ?**

J'ai été suivie uniquement en libéral avec un seul passage aux urgences psychiatriques pour tentative de suicide. Pas d'abus particulier lors de ce passage, hormis le personnel des urgences somatiques qui banalisait mes symptômes. Le psychiatre est venu me voir, m'a dit que au vu de la résolution spontanée de l'épisode suicidaire, je pouvais rentrer avec prise de rendez-vous précoce chez la psychiatre en libéral. Ma psychiatre a toujours été très alerte à ce niveau-là et trouve rapidement des créneaux pour me voir. Je me considère chanceuse dans ma prise en charge, ayant suffisamment de connaissances sur le milieu (étudiante en fin d'études de médecine, s'orientant vers la psychiatrie). J'ai pu voir, avec grand regret que je suis plus souvent l'exception que la règle.

X) Marion

• Quel est ton prénom, ton âge et la nature des troubles psychiatriques ?

Marion, 35 ans. Plusieurs épisodes dépressifs majeurs, trouble anxieux généralisé, anxiété sociale, syndrome de stress post-traumatique, trouble de la personnalité évitante, insomnie chronique.

• A quel âge sont apparus tes symptômes ? T'ont-ils empêché(e) d'étudier, d'avoir des relations amicales, sentimentales, sexuelles, familiales 'normales' ? Quelle a été la réaction de tes proches face à l'apparition des troubles, puis au quotidien ? Te soutiennent-ils ou te reprochent-ils un manque d'effort, de volonté... pour aller mieux et 'surpasser' tes troubles ?

Mes symptômes sont apparus vers l'âge de 23 ans. Suite à leur apparition (surtout des symptômes dépressifs au début), mes relations amicales se sont fortement dégradées : beaucoup de mes amis ont « disparu ».

La réaction de mes proches est de deux natures :

- Ceux qui ne comprennent pas, n'acceptent pas, et sont donc « partis ».
- Ceux, très rares, qui m'ont soutenue et accompagnée.

J'ai la « chance » d'avoir un compagnon très compréhensif, qui me soutient au quotidien et qui ne m'a jamais lâchée. Même s'il ne comprend pas toujours, il est là.

J'ai peu à peu réussi à faire entendre à ma famille que mes troubles étaient chroniques, et que ce n'était pas en me mettant des coups de pieds aux fesses que j'allais aller mieux. Mais j'ai encore régulièrement des réflexions désobligeantes (« quand reprends-tu un travail », « tu pourrais faire un effort », etc).

• Quel(s) traitement(s) as-tu reçu(s) ? Ces médicaments ont-ils été efficaces et quels sont leurs effets secondaires les plus pénibles, douloureux, etc ?

J'ai testé pas mal de médicaments. J'ai un traitement à base d'antidépresseurs (Sertraline) et régulateur d'humeur (quétiapine) qui fonctionne assez bien. Les effets secondaires les plus pénibles sont le manque de concentration, les pertes de mémoire (j'ai du mal à trouver mes mots), les bouffées de chaleur et une prise de poids très importante.

Au cours de ces dix dernières années, j'ai aussi pris des anxiolytiques (principalement des benzodiazépines), des somnifères, des neuroleptiques... J'ai eu une psychiatre qui augmentait les doses à chaque fois que je la voyais, je suis devenue dépendante aux benzodiazépines. J'ai dû me sevrer au cours d'un séjour en clinique.

As-tu été hospitalisé(e) et si oui :

• Dans quel(s) établissement(s) de santé ?

Deux endroits :

- Le pavillon N de l'hôpital Édouard Herriot (Lyon), qui gère les urgences psychiatriques et dispose d'unités d'hospitalisation de courte et moyenne durée.
- La clinique Mon Repos à Écully.

- **As-tu consenti à cette hospitalisation ou y as-tu été contraint(e) ?**

Pour le pavillon N, c'était à la suite de tentatives de suicides, je n'avais donc pas vraiment le choix. La clinique Mon Repos, c'était soit suite à un passage au pavillon N, soit à ma demande.

- **Y a-t-il eu un événement particulier qui t'a conduit à être hospitalisé(e) ?**

J'ai été hospitalisée plusieurs fois, c'était le plus souvent après une TS [tentative de suicide], ou alors parce que je craignais d'en faire une. J'ai été aussi hospitalisée pendant des périodes d'insomnie très grave.

- **Quels soins as-tu reçus lors de ton admission (mise à l'isolement, examen de santé général, information sur tes droits) ?**

Pavillon N : examen de santé sommaire (prise des constantes). Pas ou peu d'informations sur ce qui allait se passer, impression d'être laissée à l'abandon.

Mon Repos : pas de soins particuliers, entretien avec un psychiatre avant d'aller dans la chambre.

- **Dans quelles conditions as-tu été hospitalisé(e) ? La chambre était-elle individuelle, propre, salubre ? Te sentais-tu protégée, à l'aise dans cet environnement ?**

Pavillon N : chambre double, abîmée, service qui paraît délabré. Je m'y sentais très mal à l'aise. Je me souviens d'une nuit (l'été, en pleine canicule) où je n'arrivais pas à dormir, principalement parce que ma fenêtre était juste au-dessus de l'endroit où les médecins, infirmières et pompiers prenaient leur pause, et faisaient beaucoup de bruit. J'ai passé ma tête par les barreaux et leur ai demandé de parler moins fort, pour que je puisse dormir. Ils se sont moqués de moi, certains m'ont insultée (« folle », « tarée »).

A la clinique Mon Repos : chambre double quasiment à chaque fois. Mon Repos est une clinique privée, les chambres simples ont donc un prix, que ma mutuelle ne prend pas forcément en charge. J'ai pu avoir une chambre simple trois fois sur ma dizaine d'hospitalisations, quand une chambre qui était dans mes prix se libérait. C'était une chambre sans douche ni WC. Les autres fois, j'étais dans une chambre double, avec la loterie de la voisine de chambre ! État correct, mais pas le droit de personnaliser, pas le droit d'ouvrir les fenêtres.

- **Avais-tu le droit de disposer de tes propres effets personnels (livres, MP3, téléphone, ordinateur portable, accès à Internet) et de tes propres vêtements ?**

Pavillon N : suivant l'humeur de l'infirmière et de l'interne de garde... Obligée de porter le pyjama maison (en papier, très inconfortable), et parfois même pas le droit d'avoir de soutien-gorge. Livres ou téléphone confisqués selon le bon vouloir de l'infirmière.

Mon Repos : droit d'avoir à peu près tout ce que je voulais comme vêtements. Effets personnels fouillés à l'entrée en hospitalisation, confiscation de tout ce qui pourrait être

dangereux (coupe-ongles, pince à épiler, rasoir, appareils électriques...).

- **Avais-tu le droit de circuler à ta guise dans l'établissement (salle commune, accès aux toilettes, douche) ou devais-tu suivre un règlement ?**

Pavillon N : heures de « circulation » réglementées, plus le droit de sortir du service pour aller fumer une cigarette après 20h.

Mon Repos : accès libre au parc, salles communes. Le soir, jardin sécurisé (c'est-à-dire jardin entouré d'une grille. Les patients le surnomment la cage à poules). Après 23h, obligation d'être dans sa chambre.

- **Avais-tu le droit de correspondre avec tes proches (courrier postal, mails, téléphone) et de recevoir de leurs visites (si oui, à quelle fréquence, et que pouviez-vous faire pendant ces visites) ?**

Dans les deux établissements, je n'ai pas eu de problèmes pour recevoir de la visite (à certaines heures) ou entrer en contact avec mes proches.

- **As-tu eu accès à la consommation de substances telles que : alcool, tabac, cannabis, MDMA, ecstasy ou autres ? As-tu eu connaissance d'une telle consommation chez les autres malades voire chez les soignants ?**

Tabac : oui, c'était d'ailleurs une de mes occupations principales (le temps peut être très long...). Alcool, cannabis : une fois ou deux à Mon Repos. Au pavillon N, assez peu de substances qui circulent (on était très surveillés), tabac confisqué le soir.

À Mon Repos, beaucoup d'alcool qui circule, pas mal de cannabis, certains patients prennent des choses plus fortes (cocaïne, médicaments contre la douleur...), il y a même de temps en temps des petits trafics qui s'installent (il n'est pas rare de voir la BAC [brigade anti-criminelle] venir faire un tour à Mon Repos).

- **As-tu eu l'occasion de bénéficier de 'sorties à l'essai' pendant ton séjour hospitalier, et qu'avais-tu le droit de faire ?**

Pavillon N : les sorties étaient interdites.

Mon Repos : les permissions de sortie devaient être signées par le psychiatre. J'ai pu faire pas mal de choses (aller faire les magasins, aller chez moi, me promener...). J'étais même encouragée à sortir (le but était de travailler sur mon anxiété sociale).

Jusqu'en 2012, les permissions de nuit étaient autorisées, pour faire un essai avant de rentrer chez soi. Depuis 2012, ces permissions ont été interdites.

- **Quelles relations entretenais-tu avec les soignants ? Etaient-ils respectueux, bienveillants à ton égard ? Respectaient-ils tes besoins ? Au contraire, étaient-ils menaçants, intimidants, voire violents ? As-tu subi des propos ou gestes déplacés de la part des soignants de nature sexuelle ou autre ?**

Pavillon N : les soignants étaient inexistantes, distants, pas à l'écoute.

Mon Repos : les soignants étaient dans l'ensemble à l'écoute, certains très bienveillants et

aidants. La psychiatre était très bien.

- **Quelles relations entretenais-tu avec les autres malades ?**

Mes relations avec les autres malades étaient très variées. J'avais plutôt tendance à me tenir à l'écart, à ne pas rentrer dans les petites histoires, les rumeurs, les ragots... Mais avec certains, on se soutenait, on s'aidait. J'ai confié des choses sur moi à certains patients que je n'avais jamais dites à personnes. Comme on vivait tous en vase clos, les relations sont très fortes : on peut passer de l'amour à la haine (et l'inverse) en très peu de temps !

- **As-tu eu une relation amicale, sentimentale voire sexuelle entre l'un(e) d'entre eux / elles ?**

Je n'ai jamais eu de relation sentimentale ou sexuelle avec un autre patient. Par contre plusieurs d'entre eux que j'ai rencontrés en hospitalisation sont devenus des amis. Il y en a que je revois régulièrement, l'un d'eux a même été mon colocataire pendant un an.

- **As-tu subi des violences verbales, physiques voire sexuelles de la part des autres malades (persécutions, harcèlement, brimades, insultes, coups, attouchements...) ?**

Les violences verbales, c'est un peu le quotidien : certains « pètent des câbles », j'ai été insultée pas mal de fois. Je n'ai jamais pris de coups, mais j'ai assisté à plusieurs bagarres entre patients.

- **En tout, quelle a été la durée de ton / tes séjours hospitaliers ? En gardes-tu un bon souvenir ? Penses-tu que l'hospitalisation t'a été bénéfique ?**

Tout cumulé, deux ans. J'en garde un souvenir fort, pas spécialement bon, mais pas mauvais non plus. Mes différentes hospitalisations m'ont sauvé la vie, clairement. Je n'en serais pas où je suis aujourd'hui sans ces passages en clinique ou à l'hôpital.

- **As-tu pu bénéficier de psychothérapies, ergothérapies, art-thérapie, etc... et si oui, quelles activités as-tu pu pratiquer ? Ont-elles été efficaces ?**

J'ai pu faire plusieurs ateliers : groupe sur les émotions, art-thérapie, musicothérapie, séances d'affirmation de soi... avec des résultats variables (cela dépendait beaucoup du soignant en charge de l'atelier). J'ai également pu avoir des entretiens individuels avec une psychologue.

- **Quelles seraient ta / tes propositions pour que les soins psychiatriques soient de meilleure qualité ? Les soins actuels te paraissent-ils humains, respectueux de la dignité des patients ?**

Pour que les soins soient de meilleure qualité, il faudrait d'abord qu'il y ait plus de personnel. Le personnel soignant est sans arrêt débordé, et dans la psychiatrie, on a besoin de temps : du temps pour parler, pour se confier, pour pleurer... Avec des infirmières, des aides-soignants, des psychiatres qui courent après le temps, la confiance a du mal à s'installer.

Des locaux mieux entretenus, un accent mis sur le « confort » du patient. Bien sûr, l'hôpital n'est pas un hôtel. Mais les hospitalisations sont souvent longues (pour ma part, minimum 15 jours, jusqu'à 6 mois), et rester aussi longtemps dans des endroits aussi tristes, ça n'aide pas franchement à aller mieux.

À l'heure actuelle, les soins ne sont pas à la hauteur de ce que devrait être la prise en charge des patients en psychiatrie. J'ai été laissée seule, livrée à moi-même, trop souvent en pleine crise d'angoisse, sans avoir de réponse de la part des soignants. De plus, j'ai remarqué une infantilisation quasi systématique : j'ai des troubles psychiatriques, donc je suis débile. C'est ce que je ressens souvent. Or, ce n'est pas parce que je suis dépressive que je ne suis pas intelligente : je comprends ce qu'on me dit, et je suis capable d'entendre ce qu'on me dit. Mais ça, beaucoup de soignants ne le prennent pas en compte (par manque de formation, je pense). La plupart traitent les patients comme des enfants qui ne comprennent rien et à qui il ne sert à rien d'expliquer les choses. C'est blessant et frustrant. Je crois que la psychiatrie gagnerait beaucoup à écouter les patients.

XI) Tania

- **Quel est ton prénom, ton âge et la nature des troubles psychiatriques ?**

Tania, 36 ans, trichotillomanie [trouble caractérisé par l'arrache compulsif de ses propres poils et / ou cheveux], ESPT [état de stress post-traumatique] complexe et dépression. En 2016, décompensation sur un mode délirant paranoïaque pendant plusieurs mois conduisant à une hospitalisation de trois semaines.

- **A quel âge sont apparus tes symptômes ? T'ont-ils empêché(e) d'étudier, d'avoir des relations amicales, sentimentales, sexuelles, familiales 'normales' ? Quelle a été la réaction de tes proches face à l'apparition des troubles, puis au quotidien ? Te soutiennent-ils ou te reprochent-ils un manque d'effort, de volonté... pour aller mieux et 'surpasser' tes troubles ?**

Mes symptômes de trichotillomanie sont apparus vers l'âge de 5 ans environ. Certains symptômes d'ESPT sont également apparus très tôt, mais ma famille me rabrouant pour tous ces symptômes, je les ai cachés et ai réussi à fonctionner « normalement » jusqu'à mon effondrement en 2016. Depuis, j'ai un grand soutien de quelques amis proches ouverts d'esprit quant à mes symptômes d'anxiété et de dépression, ainsi que de mon nouveau compagnon. Ma famille (qui habite à 500km – je suis expatriée en Belgique - donc je ne suis pas en contact quotidien avec eux) ne comprend pas et minimise.

- **Quel(s) traitement(s) as-tu reçu(s) ? Ces médicaments ont-ils été efficaces et quels sont leurs effets secondaires les plus pénibles, douloureux, etc ?**

Au début de ma décompensation, il y a trois ans, j'ai reçu de l'alprazolam par mon généraliste, auquel j'ai fait une réaction spectaculaire avec convulsions impressionnantes, et ai terminé aux urgences (l'effet anxiolytique n'a absolument pas marché).

Plus tard, j'ai reçu à la clinique de l'olanzapine, qui a été efficace en moins d'une semaine et a eu un effet somnolent qui n'a pas eu grand impact. J'ai aussi reçu de la Venlafaxine dès mon hospitalisation, qui a été efficace, mais j'ai développé après deux ans et demi de traitement des

effets secondaires pénibles (hypersudation nocturne, gingivite due à la sécheresse buccale, troubles menstruels, troubles de la libido). Mon psychiatre a été réceptif à la pénibilité de ces effets et je suis progressivement passée à l'escitalopram.

As-tu été hospitalisée, et si oui :

- **Dans quel établissement de santé ?**

La clinique Fond'Roy à Bruxelles.

- **As-tu consenti à cette hospitalisation ou y as-tu été contraint(e) ?**

J'y ai consenti.

- **Y a-t-il eu un événement particulier qui t'a conduit à être hospitalisé(e) ?**

J'ai vécu une rupture difficile en janvier 2016. J'ai alors vécu un effondrement, mes perceptions sont devenues de plus en plus distordues au fil des semaines. Ce sont mes collègues qui, m'ayant aperçue de « loin » après environ cinq mois de symptômes délirants que je vivais en silence, m'ont encouragée à aller voir le psychologue de l'organisation, à qui je fais enfin part de mes symptômes dissociatifs et délirants, et qui ont appelé l'ambulance.

- **Quels soins as-tu reçus lors de ton admission (mise à l'isolement, examen de santé général, information sur tes droits ?)**

Je suis d'abord arrivée aux urgences à l'Hôpital Universitaire St-Luc de Bruxelles, où je dois réexpliquer mes symptômes à l'infirmière de garde. Interpellée, elle appelle le psychiatre de garde au téléphone et je l'entends dire « non non, pas la peine de l'attacher, elle est toute calme ! » ce qui me cause une très grande frayeur. Je suis amenée à une petite pièce où je discute avec le psychiatre et deux psychologues de garde ensemble. Ils me gardent en observation la nuit dans une chambre avec une dame âgée très mal en point. Au petit matin, ils viennent me voir et me disent qu'une ambulance m'attend et va me conduire à la clinique Fond'Roy, qu'ils me décrivent comme « un endroit calme qui me fera du bien ». Ils me demandent si je suis d'accord, je dis oui. J'y suis donc conduite. Une assistante sociale m'y accueille et me pose des questions administratives, elle s'occupe de tous les papiers dont j'ai besoin pour mon assurance maladie et mon travail. Puis une infirmière me conduit à ma chambre, me demande ce dont j'aurais besoin en attendant qu'on m'amène des affaires de chez moi, me fait une brève visite des lieux et m'explique les règles, puis me conduit dans une pièce où j'ai un entretien avec le psychiatre chef de service, une psychologue et deux infirmières. C'est un moment très bienveillant. Le lendemain, j'ai un examen de santé général par le médecin généraliste de la clinique.

- **Dans quelles conditions as-tu été hospitalisé(e) ? La chambre était-elle individuelle, propre, salubre ? Te sentais-tu protégé(e) et à l'aise dans cet environnement ?**

Ma chambre était individuelle, mais certaines dans la clinique étaient doubles et quadruples. La clinique dans son ensemble était d'une très grande propreté, moderne. Le cadre était beau, champêtre mais accessible en transports depuis le centre de Bruxelles (la forêt était toute

proche, je pouvais observer des moutons, des renards et des écureuils à l'aube depuis ma fenêtre). Je me sentais globalement en sécurité et à l'aise.

- **Avais-tu le droit de disposer de tes propres effets personnels (livres, MP3, téléphone, ordinateur portable, accès à Internet) et de tes propres vêtements ?**

Oui, tout. Il n'y avait pas de wifi dans les chambres mais il y en avait dans la salle de lecture qui était accessible l'après-midi.

- **Avais-tu le droit de circuler à ta guise dans l'établissement (salle commune, accès aux toilettes, douche) ou devais-tu suivre un règlement ?**

Toutes les chambres avaient leur propre salle de bain. L'après-midi, je pouvais circuler à ma guise dans tout l'établissement ; le matin et le soir, je devais rester dans « mon » étage.

- **Avais-tu le droit de correspondre avec tes proches (courrier postal, mails, téléphone) et de recevoir de leurs visites (si oui, à quelle fréquence, et que pouviez-vous faire pendant ces visites) ?**

Oui, de 15h à 20h tous les jours. Nous pouvions nous asseoir dans une des pièces communes ou dans le jardin.

- **As-tu eu accès à la consommation de substances telles que : alcool, tabac, cannabis, MDMA, ecstasy ou autres ? As-tu eu connaissance d'une telle consommation chez les autres malades voire chez les soignants ?**

Non, pas du tout.

- **As-tu eu l'occasion de bénéficier de 'sorties à l'essai' pendant ton séjour hospitalier, et qu'avais-tu le droit de faire ?**

Oui, à partir de la deuxième semaine, j'ai pu sortir tous les après-midis entre 14h et 18h ainsi que les week-ends du samedi 14h au dimanche 18h. Il n'y avait pas de contraintes à ce que je pouvais faire dans ces moments-là.

- **Quelles relations entretenais-tu avec les soignants ? Etaient-ils respectueux, bienveillants à ton égard ? Respectaient-ils tes besoins ? Au contraire, étaient-ils menaçants, intimidants, voire violents ? As-tu subi des propos ou gestes déplacés de la part des soignants de nature sexuelle ou autre ?**

Les soignants étaient d'une très grande bienveillance, très respectueux, proactivement à l'écoute.

- **Quelles relations entretenais-tu avec les autres malades ?**

Cordiales.

- **As-tu eu une relation amicale, sentimentale voire sexuelle entre l'un(e) d'entre eux / elles ?**

Oui, j'ai eu des relations amicales, dont une que j'entretiens encore aujourd'hui.

- **As-tu subi des violences verbales, physiques voire sexuelles de la part des autres malades (persécutions, harcèlement, brimades, insultes, coups, attouchements...) ?**

Non, pas du tout.

- **En tout, quelle a été la durée de ton / tes séjours hospitaliers ? En gardes-tu un bon souvenir ? Penses-tu que l'hospitalisation t'a été bénéfique ?**

Trois semaines. J'en garde un souvenir positif, elle m'a été extrêmement bénéfique. A un tel point que je suis encore suivie par ce même psychiatre ainsi que par la psychologue que j'y ai rencontrée.

- **As-tu pu bénéficier de psychothérapies, ergothérapies, art-thérapie, etc... et si oui, quelles activités as-tu pu pratiquer ? Ont-elles été efficaces ?**

Oui, il y avait des activités tous les jours, même des sorties à la piscine dans la commune voisine. J'ai participé à un groupe de parole féminin basé sur la lecture, la projection d'un documentaire écologique par un intervenant extérieur, un atelier manucure. Je n'ai pas pu surmonter mon anxiété sociale pour participer à d'autres ateliers.

- **Quelles seraient ta / tes propositions pour que les soins psychiatriques soient de meilleure qualité ? Les soins actuels te paraissent-ils humains, respectueux de la dignité des patients ?**

Je ne peux que souhaiter à n'importe qui le nécessitant de trouver la qualité de soins que j'ai eue moi-même. Je sais que ce n'est pas le cas partout, et j'en suis assez effarée.

SOURCES ET BIBLIOGRAPHIE

SOURCES

I) LEGISLATION

A) LEGISLATION FRANCAISE

Lois

Loi du 30 juin 1838 sur les aliénés dite loi Esquirol

Loi n°78-615 du 31 mai 1978 modifiant les articles L 473, L 475 et L 476 du Code de la santé publique relatifs à la profession d'infirmier ou d'infirmière

Loi n°85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique

Loi n°90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation, dite loi Evin

Loi n°94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale

Loi n°98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs

Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, dite loi Kouchner

Loi n°2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice, dite loi Perben

Loi n°2004-130 du 11 février 2004 réformant le statut de certaines professions judiciaires ou juridiques, des experts judiciaires, des conseils en propriété industrielles et des experts en ventes aux enchères publiques

Loi n°2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, dite loi Leonetti

Loi n°2005-1549 du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales

Loi n°2007-1545 du 30 octobre 2007 instituant un Contrôleur général des lieux de privation de liberté

Loi n°2008-174 du 25 février 2008 relative à la détention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental

Loi n°2010-242 du 10 mars 2010 tendant à amoindrir le risque de récidive criminelle et portant diverses dispositions de procédure pénale

Loi n°2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé.

Loi n°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

Loi n°2013-869 du 27 septembre 2013 visant à modifier certaines dispositions issues de la loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection de personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge

Loi n°2014-528 du 26 mai 2014 modifiant la loi du 30 octobre 2007 instituant un Contrôleur général des lieux de privation de liberté

Loi n°2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales.

Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

Loi n°2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie

Arrêtés

Arrêté du 14 octobre 1986 relatif au règlement intérieur type des unités pour malades difficiles
Arrêté du 7 octobre 1991 fixant la liste des substances de la liste I des substances vénéneuses à propriétés hypnotique et / ou anxiolytique dont la durée de prescription est réduite

Arrêté du 23 mars 1992 relatif au programme des études conduisant au diplôme d'Etat infirmier

Arrêté du 5 mars 2004 portant homologation des recommandations de bonnes pratiques relatives à l'accès aux informations concernant la santé d'une personne, et notamment l'accompagnement de cet accès

Arrêté du 15 avril 2008 relatif au contenu du livret d'accueil des établissements de santé

Circulaires

Circulaire interministérielle AP 2004-07 CAB du 18 novembre 2004 relative à l'organisation des escortes pénitentiaires des détenues faisant l'objet d'une consultation médicale

Circulaire interministérielle DAP/DHOS/DGPN/DGDN du 13 mars 2006 relative à l'aménagement ou à la création de chambres sécurisées

Circulaire n°2011-06 du 9 juin 2011 relative au régime disciplinaire des personnes détenues majeures.

Circulaire interministérielle DGOS/R4/312 du 29 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

Circulaire interministérielle DGOS/DGS/O2/6C n°2006-168 du 13 avril 2006 relative à la prise en charge des auteurs de violences sexuelles et à la création des centres ressources interrégionaux

Circulaire interministérielle DGOS/R4/PMJ2 n°2011-105 du 18 mars 2011 relative à l'ouverture et au fonctionnement des unités hospitalières spécialement aménagées

Circulaire interministérielle DGS/891/MS 1 du 9 mai 1974 relative à la mise en place de la sectorisation psychiatrique infanto-juvénile

Circulaire interministérielle DGS/48/SP3 du 19 juillet 1993, dite circulaire Veil portant sur le rappel des principes relatifs à l'accueil et aux modalités de séjour des malades hospitalisés pour troubles mentaux

Circulaire interministérielle DGS/SD6C n°2002-258 du 6 avril 2002 relative à la prévention des suicides dans les établissements pénitentiaires

Circulaire interministérielle DGS/MC1/DGOS/R4/DAP/DPJJ n°2012-94 du 21 juin 2012 relative aux recommandations nationales concernant la participation des professionnels de santé exerçant en milieu carcéral à la commission pluridisciplinaire unique (CPU) prévue par l'article D. 90 du Code de procédure pénale ou à la réunion de l'équipe pluridisciplinaire prévue par l'article D. 514 du même Code et au partage d'informations opérationnelles entre professionnels de santé et ceux de l'administration pénitentiaire et de la protection judiciaire de la jeunesse.

Circulaire interministérielle n°DGOS/DSR/DGS/DSS/DAP/DPJJ/2012/373 du 30 octobre 2012 relative à la publication du guide des droits et devoirs de la personne détenue

Circulaire Rucart du 13 octobre 1937 relative à la réorganisation de l'assistance psychiatrique dans le cadre départemental

Circulaire du 15 mai 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales

Circulaire du 18 août 2014 de présentation des dispositions de la loi n°2013-869 du 27 septembre 2013

Avis

Avis du 15 février 2011 relatif à certaines modalités de l'hospitalisation d'office et aux recommandations relatives à la santé mentale et aux droits des malades

Avis du 16 juin 2015 relatif à la prise en charge des personnes détenues au sein des établissements de santé

B) LEGISLATION ETRANGERE

Droit anglais

Children Act 1989

Criminal Appeal Act 1968

Criminal Procedure (Insanity and Unfitness to Plead) Act 1991

Criminal Justice Act 1991

Health and Social Care Act 2012

Human Rights Act 1998

Mental Capacity Act 2005

Mental Health Act 1983

National Health Service and Community Care Act 1990

Public Interest (Control of Disease Act 1984)

Road Traffic Act 1988

Suicide Act 1961

The Care Act 2014

Droit américain

Constitution américaine de 1787, 14^e amendement

Oregon State - Death with Dignity Act 1997

Ontario State – Health Care Consent Act 1996

Kansas Sexually Violent Predator Act (1994)

New York Hygiene Law (2006)

New York State - Kendra Law (1999)

Washington Revised Code Ann. (2008) Section 71.09.010

Droit australien

Dangerous Prisoners (Sexual Offenders) Act 2003 (Etat du Queensland)

Health Legislation (Amendment) Act 2010

Mental Health Act 1986 (Etat de Victoria)

Mental Health Act 1990 (Etat du New South Wales)

South Australian Mental Health Act 1993 (modifiée en 2000)

Tasmania Mental Health Act 1996

Droit belge

Loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie

Droit canadien

Charte des droits et libertés individuels (1992)
Criminal Code R. S. C. 1991
Ontario State – Mental Health Act 2000
Ontario State – Health Care Consent Act 1996

Droit écossais

Adult with Incapacity (Scotland) Act 2000
Crime and Punishment (Scotland) Act 1997
Mental Health (Scotland) Act 1984
Mental Health (Patients in the Community) Act 1995
Mental Health Public Safety and Appeals (Scotland) Act 1999
Mental Health (Care and Treatment) (Scotland) Act 2003

Droit international

Convention contre la torture, les traitements cruels, inhumains ou dégradants (1987)
Convention internationale des droits civils et politiques (1976)
Convention internationale des droits économiques, sociaux et culturels (1976)
Convention internationale promouvant les droits et libertés des personnes handicapées (2007)
Principes pour la protection des personnes souffrant de troubles mentaux et pour l'amélioration de la santé mentale (1991)
Résolutions de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la déclaration des droits des personnes souffrant d'un handicap mental (1971)

Droit néo-zélandais

Mental Health (Compulsory Assessment and Treatment Act) 1992

Droit suédois

Care of Substance Abusers (Special Abusers (Special provisions) Act
Compulsory Psychiatric Care Act
Swedish Care of Young Persons (Special Provisions) Act (1990)

C) LEGISLATION INTERNATIONALE

Conventions internationales

Convention contre la torture, les traitements cruels, inhumains ou dégradants (1987)
Convention internationale des droits civils et politiques (1976)
Convention internationale des droits économiques, sociaux et culturels (1976)
Convention internationale promouvant les droits et libertés des personnes handicapées (2007)
Principes pour la protection des personnes souffrant de troubles mentaux et pour l'amélioration de la santé mentale (1991)
Résolutions de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la déclaration des droits des personnes souffrant d'un handicap mental (1971)

Convention européenne

Convention européenne des Droits de l'Homme (1950)

II) JURISPRUDENCE

A) DECISIONS RENDUES PAR LES JURIDICTIONS FRANCAISES

Décisions du Conseil Constitutionnel

Conseil Constitutionnel, décision n°2008-562 DC du 21 février 2008, JORF du 26 février 2008, p. 3272.

Conseil Constitutionnel, décision n°2010-71 QPC du 26 novembre 2010, dite décision Mlle Danielle S (hospitalisation sans consentement)

Conseil Constitutionnel, décision n°2011-135/140 QPC du 9 juin 2011, dite M. Abdellatif et autre (hospitalisation d'office)

Décisions de la Cour de cassation

Cass. Civ. 11 juillet 1961. La Gazette du Palais (1962), II, 317

Cass. Civ. 1ère, 13 octobre 1999, *Bull. civ.*, 1999, I, n°274, p. 179.

Cass. Civ. 1ère, 13 décembre 2012, n°22-27616.

Cass. Civ. 1ère, 29 mai 2013, *M. Philippe L.*, n°12-21.194, D. 2013

Cass. Civ. 1ère, 24 mai 2018, n°16-28.507

Cass. Crim. 8 mai 1947, II. *Bull. crim.* N° 124 ; D. 1948.1, arrêt *Degraene*.

Cass. Crim., 12 février 2003, *Bull. Crim.*, 2003, n°37, p. 144, pourvi n°02-86.531.

Cass. Crim. 27 octobre 2004, n°04-81.237

Cass. Crim. 8 décembre 2004, n°04-81.092

Cass. Crim. 20 octobre 2015, n°12-88264

Cass. Crim. QPC, 26 juin 2013, 12-88284

Décisions du Conseil d'Etat

Conseil d'Etat (1989), arrêt *Mme Labrousse* n°75096 du 18 octobre 1989

Conseil d'Etat (2003), Centre hospitalier spécialisé de Saint Egreve, req. No. 203890

Conseil d'Etat, 17 décembre 2008, *Observatoire International des prisons*, arrêt n°305594.

Conseil d'Etat, arrêt d'assemblée du 12 avril 1957, dit *arrêt Deve*

Conseil d'Etat, arrêt n°244867 du 3 décembre 2003

Conseil d'Etat, arrêt du 24 avril 2012 n° 342104, arrêt *Massioui*

Conseil d'Etat, arrêt *SCP Peignot* n°354976 du 13 mars 2013

Conseil d'Etat, arrêt du 11 juin 2014, n°359739.

Conseil d'Etat, arrêt du 7 mai 2015, *M. Zinedine H.*

Conseil d'Etat, arrêt du 17 juin 2015, n° 385924

Conseil d'Etat, section sociale, 6 février 1951

Décisions de Cour d'appel

CA Aix-en-Provence 1978, décision Mémoire de Mademoiselle Rozière-Bernard

CA Bordeaux (1999) Le sou médical v Chauvière, *Juris Data* no. 040597

CA Douai, ordonnance n°12/05941, 7 janvier 2013

CA Versailles, 19 juin 2017, n°17/04374

Décisions de Cours administratives d'appel

CAA Nancy 2000, req. No. 97NC01175, Juris Data no. 131507

CAA Nancy, 25 janvier 2007, n°06NC00515

CAA Marseille, 25 janvier 2007, n° 05MA01245

CAA Versailles, 14 mai 2007, n°05VE00695

Décisions de première instance

T. corr. Nîmes, 5 octobre 2016, n°16/2382

T. corr. Nîmes, 17 janvier 2017, n° 17/180

B) DECISIONS RENDUES PAR LES JURIDICTIONS AMERICAINES

Addington v Texas (April 1979) 441 US 418

Atkins v Virginia (2002) 536 US 122 S. Ct. 2242

Baxter v Montana (2009) MT 449

Brister v. HCA Health Services of Tennessee (2011) WL 2395218 (Tenn. Ct. App.)

Daubert v Merrell Dow Pharmaceuticals Inc (1993), 516 U.S 869

Duncan v Louisiana, (1968) 391 U.S. 145

General Electric v Joiner (1997), 522 U.S. 136

Guardianship of John Roe (1992) 411 Mass. 666

Guardianship of Weedon (1991) 409 Mass. 196

In Re Truselo (2000), 846, A.2d 256, 272 (Del. Fam. Ct)

Jaffee v Redmon (1996) 518 U.S., 1, 116 S. Ct. 1923, 135 L. Ed. 2D 337

Jackson v Indiana (1972) 406 U.S. 715

Jones v United States (1983) 463 U.S. 354

Kansas v Hendricks (1997), 521 U.S. 346

Krauth v Geller (1960) 31, N.J. 270, 157 A.2d 129

Kumho Tire Co Ltd v Carmichael (1999) 526 U.S. 137

Lessard v. Schmidt (1972) 349 F. Supp. 1978 (ED Wis.)

Mazza v Huffaker (1983) 61 N.C. App. 170, 300 S.E.2d 833

New York City Health & Hospitals Corporation, 246 A. D.2d 88, 676 N.Y.S. 38

People v Jordan (2005) 2005 WESTLAW 15432 (Cal. App. A Dist.)

Rennie v Klein (1983) 720 F.2d 266 (3rd Cir.)

Rivers v. Katz 495 N.E.2d 337 (N.Y. 1986)

Rogers v Commissioner (1983) Mass. 489

Rouse v Cameron (1966) 373 F. 2d 451 (D. C. Cir.)

Salgo v Leland Stanford, Jr. University Board of Trustees 154, Cal. App. 2D 560, 317 P. 2d 170 (1957)

Sell v. United States (2003) 539 U.S. 166

State v Badger, 551 A. 2d 207 (NJ Super. Ct Law Div. 1988)

State v Bianchi 79 10116 (Wash Super Ct, 1979)

State v Milligan, 77 CR 11 2908 (Franklin County, Ohio 1978)

Tarasoff v The Regents of the University of California et al 17 Cal.3d 430

United States v. Evans (2005) 404 F.3d 227

United States v. Dumeny (2004) 295 F.Supp.2d 131 (D. Me.)

United States v. Hernandez-Vasquez (2007) 506 F. 3d. 811 (9th Cir.)

United States v. Gomes (2004) 387 F.3d. 157 (2nd Cir.)
United States v. Kourey (2003) 276 F.Supp.2d. 580 (S.D. W. Va.)
United States v. Rivera-Guerrero (2005) 377 F.3d 1064
Wyatt v Stickney (1971) 325 F. Supp. 781 (M. D. Ala.)

C) DECISIONS RENDUES PAR LES JURIDICTIONS BRITANNIQUES

Anderson, Doherty, and Reid v. the Scottish Ministers [2001] SLT 1331
Airedale NHS Trust v Bland [1993] AC 789
Attorney General v Guardian Newspapers [1990] 1 AC 109
F. (Mental Patient Sterilization) v West Berkshire Health Authority [1989] 2 WLR 1025; (1989)
All ER 545.
In re C [1997] 2 FLR 180
Pountney v Griffiths [1976] 2 All ER 881
Norfolk and Norwich Healthcare NHS Trust v W [1996] 2 FLR 613
P v Cheshire West and Chester Council and P & Q v Surrey County Council [2014] UKSC 19
R (On the application of H) v Mental Health Review Tribunal, North & East London Region
[2001] EWCA Civ 415
R (On the application of Burke) v General Medical Council [2005] EWCA Civ 1003
R v Ashworth Hospital Authority ex p B [2003] EWCA Civ 547
R v Basra (1989) 11 Cr App R (s) 527
R v Canons Park Mental Health Review Tribunal, ex parte A [1995] 2 All ER 659
R v Chapman (1994) 14 Cr App R (s) 844
R v Ealing District Health Authority, ex p. Fox [1993] 3 All ER 170
Re F v West Berkshire Health Authority, sub nom F. [1990] 2 AC 1
R v Hodgson CA (1968) 52, Cr, App, R. 113
R v Howell (1985) 7 Cr App R (s) 360
R (K) v Secretary of State for Home Department [2003] UKHL, 59
R (K) v Camden and Islington Health Authority [2001] EWCA Civ 240
R (KB and others) v. Mental Health Review Tribunal [2002] EWHC 639 Admin
R v London South and South West Region Mental Health Review Tribunal ex parte Moyle
[1999] All ER (D) 1504
R (LH) v. Mental Health Review Tribunal EWHC 1522 Admin
R v M'Naghten [1843] UKHL 16
R (MP) v. Nottingham Healthcare NHS Trust & Secretary of State for the Home Department
[2003] EWHC 1782 Admin.
R v Birch (1989) 11 Cr. App. R. (S.) 202, 210
R v Picker (1970) 54 Cr App R (s) 263
R v Poslowsky [1997] BCJ No. 2585
Re T (Adult: Refusal of Medical Treatment) [1992] 3 All ER 930
R v Turner [1975] QB 834
R v Virgo (1988) 10 Cr App R (s) 427
R v Wilkinson & others (1983) 5 Cr App R (s) 105
Rabone v Pennine Care NHS Foundation Trust [2012] UKSC 2
Reid v Secretary of State for Scotland [1999] 2 WLR 28
Re J (A minor) (Consent to treatment), sub. Nom. Re W (A minor) (Medical Treatment: Court's
Jurisdiction) [1997] Fam 64
Re MB (Medical Treatment) [1997] 2 FLR 426, CA
Re SA (Vulnerable Adult with capacity: Marriage) [2005] EWHC 2942 (Fam) at [82]
Re X (Adult sterilisation) [1998] 2 FLR 1124.

Savage v South Essex Partnership NHS Foundation Trust [2009] AC 681
St George's Healthcare NHS Trust v S [1998] 2 FLR 728 at 758-760
Vernon v Bosley (No 1) [1997] 1 All ER 577
W v Edgell [1990] 1 All ER 835
X v Y [1988] 2 All ER 468

D) DECISIONS RENDUES PAR LES JURIDICTIONS CANADIENNES

Conway v Jacques (2002) 59 O.R. (3d) 737 (Ont C.A.)
Fleming v Reid (1991) 4 O.R. (3d) 74 (Ont C. A.)
Khan v St Thomas Psychiatric Hospital (1992) 87 D. L. R. (4th)
R v Demers [2004] SCJ No. 43 [QL]
R v Jones {1994} 2 SCR 229
Sevels v Cameron (1994) O. J. No. 2123 (Ont. Ct. (Gen. Div.))
Swayze v Starson (2003) SCC 21., 1. S. C. R..722

E) DECISIONS RENDUES PAR LES JURIDICTIONS ECOSSAISES

Anderson, Doherty and Reid v The Scottish Ministers 2000
Dick v Douglas (1924) SC 787

F) DECISIONS RENDUES PAR LA CEDH

A v United Kingdom (1980) Application No. 6840/74
Aerts v Belgium (2000) *European Human Rights Reports* 29, 50
Amuur v France (1996) 22 EHRR 533
Ashingdane v UK (1985) *European Human Rights Reports* 7, 528
Bamouhammad c/. Belgique, CEDH, arrêt du 17 novembre 2015, n°47687/13.
Bezicheri v Italy (1989) 12 EHRR 210
Baudouin c/ France (2010), n°35935/03
Bures c/ République tchèque, 18 octobre 2012, n° 37679/08
De Donder et De Clippel c/ Belgique (2011), n°8595/06.
De Wilde, Ooms and Versyp v Belgium (1971) 1 EHRR 373
DN v Switzerland (2003) 37 EHRR 21
Duval c. France (2011), req. N° 19868/08
E v Norway (1990) 17 EHRR 30
Ericksen v Norway (1997) EctHR no. 17391/90.
G. c. France (2012) ECHR n°27244/09
Guzzardi v Italy (1980), 3 EHRR 333, 7367/76
Henaf c. France (2006), ECHR n°56436/01
Herczegfalvy v Austria (1992) 15 EHRR 437
Ireland v UK (1978) No. 25 2 EHRR 25
Johnson v United Kingdom (1997) (119/1996/738/937)
K v United Kingdom (1994). 40 BMLR 20
Kawka v Poland (2001) App No 25874/94 ECHR
Keenan v UK (2001) 33 EHRR 38
Ketreb c. France (2012) n°38447/09
Kudla c. Pologne, CEDH, 26 octobre 2000, Req. n°30210/96
Laidin v France (2002) App No 43291/98 ECHR
LR v France (2002) App No 33395/96 ECHR

Mathieu c/ France (2005), no. 68673/01
McFeely v UK (1981) No. 8317/78, 3 EHRR 161
Megyeri v Germany (1992) 15 EHRR 584
Mouisel c. France, CEDH, 14 novembre 2002, Req. 67263/01.
Musial v Poland (1999) 31 EHRR 720
Munjaz v UK [2012] 2913/06 ECHR 1704
Nevmerjitski c. Ukraine (2005) CEDH, req. N°54825/00
Nikolova v Bulgaria (1999) 31195/96 [1999] ECHR 16
Patoux c/ France (2011), n° 35079/06
Pretty v. United Kingdom (2002) 35 EHRR 1
Reid v. the United Kingdom (2003) 37 EHRR 211; [2003] MHLR 226
Raffray c. France (2010) ECHR n°36276/10
Renolde c. France, 16 octobre 2008, req n°5608/05
Rivière c. France (2006) ECHR n°46460/10
Saoud c. France, CEDH, 9 octobre 2007, Req. n°9375/02.
Soering c. Royaume-Uni, 9 juillet 1989, req n°14038/88
Shtukurov v Russia (2008) App No 44009/05 ECHR
Slimani c. France, CEDH, 27 juillet 2004, Req. n°57671/00.
Stanev v Bulgaria (2012) App No 36760/06 ECHR
Stork v Germany (2006) 43 EHRR 96
Thynne, Wilson & Gunnell v the UK (1990) EctHR Application nos. 11787/85, 11978/86.
Van der Leer v Netherlands (1990) 12 EHRR 567
Wassink v the Netherlands (1990). 12535/86 [1990] ECHR 22
Weeks v the UK (1987) EctHR Application no. 9787/82.
Winterwerp v Netherlands (1979) *European Human Rights Reports* 2, 387
Witold Litwa v Poland (2000) ECHR 140, 26629/95
X and Y v Netherlands [1986 8 EHRR 235, para. 22]

III) REVUES DE PRESSE

Articles de presse en français

Bette, P. (2015) « Série noire au Vinatier : Un infirmier se suicide à son tour » *France Info*, article du 11 février 2015.

Chereul, A. (2012) “Schizophrénie et prison – Cas d'un jeune en prison et en perdition”, *Le Nouvel Observateur*, article du 20 avril 2012.

Favereau E. (2013) “On assiste à une forte dérive de la psychiatrie” *Libération*, édition du 25 décembre 2013.

La Croix (2014) « Le meurtrier schizophrène, sa psychiatre et la volte-face du parquet (article du 10 février 2014).

Le Monde (2013) “L’État condamné à verser 12 000 euros à un détenu de Valenciennes”, article du 17 janvier 2013.

Le Progrès (2019) « Une manifestation pour obtenir des moyens pour la psychiatrie », article du 21 mars 2019.

Machto, P., Cathelineau, M. & Bokobza, H. (2011) « La loi sur la psychiatrie est absurde, incohérente et inapplicable ! » *Le Monde*, édition du 28 mars.

Reverzy, J-F (2007) « Un grand conformisme bêtifiant envahit la scène hospitalière », *Nout Journal OnZeWeb*, 20 juillet.

Roger, M., (2017) Courrier des lecteurs, *Télérama*, n° 3519, édition du 21 juin 2017.

Roudinesco, E. (2014) "Jean Oury, chef de file de la psychothérapie institutionnelle, est mort" *Le Monde*, édition du 16 mai 2014.

Vincent, E. (2018) « Radicalisation : un fichier inquiétant des psychiatriques, *Le Monde*, article du 2 juin 2018 (consulté le 4 octobre 2018).

Articles de presse en anglais

Anonymous (2003) "This lottery could kill" *Sunday Herald Sun*, Melbourne, p. 38.

BBC News (2013), "Antidepressant can be addictive", article du 13 octobre 2013.

Bilefsky, D. (2009) "Europeans debate castration of sex offenders" *The New York Times*, March 10, 2009.

Birkett, D. (1998) "In defence of the bully" *Guardian Weekend*, April 25, pp. 24-33.

Davey, M. & Goodnough, A. (2007) "Doubts rise as States hold sex offenders after prison" *New York Times*, March 4, 2007.

Le Franiere, S. (2010) "Life in shadows for mentally ill in China" *The New York Times*, November 10., p. 11.

Harris, G., Carey, B. & Roberts, J. (2007) "Psychiatrists, children and drug industry's role" *The New York Times*, May 10th, 2007.

Papadakis, M. and Haberfield, I. (2003) "Insane killers given leave" *Sunday Herald Sun*, Melbourne, pp. 1-4.

IV) DOCUMENTAIRES VIDEOS

Bernstein, C. (2008) *Asylum*, d'après les images de Georges Daumézon, Paris-Brest Productions.

Borrel, P. (2009) *Un monde sans fous ?* Cinétévé & Forum des images.

Bouvarel, A., Martin, R. & Tremblay, P. H. (2007) *Anorexie / boulimie... Le couple infernal – Un entretien avec Phillipe Jeammet*, Centre audiovisuel en santé mentale.

Bouvarel, A. & Spreng, M. (2004) *Le suicide en prison – Un entretien avec le professeur Pierre Moron*, Centre national audiovisuel en santé mentale Lorquin.

Depardon, R. (2017) *12 jours*.

Zone Interdite (2017) « UMD : Qui sont ces fous que l'on enferme ? », diffusé sur M6 le 8 octobre 2017.

Tumin, S. (1995) "In double sentence" Two Programmes of "Sign On" broadcast by Channel 4 T.V. 4 & 11 November 1995.

V) LIENS INTERNET

ACGME, Accreditation Council on Graduate Medical Education, "ACGME program requirements for graduate medical education in geriatric psychiatry" IV.A. 3.a p. 12 ; IV : http://www.acgme.org/acWebsite/downloads/RRC_progReq/407/pr703_u105.pdf (consulté le 6 décembre 2016).

Adelman, J. (2003) "Study in blue and grey", from *Police interventions with people with mental illness : A review of challenges and responses* : <http://www.cmha.bc.ca/files/policereport.pdf> (consulté le 7 décembre 2016).

Alagiakrishnan, K. & Sadowski, C. (2007) *Mechanism of action of atypical antidepressants. Medicine depression and anxiety newsletter*: <http://www.emedicine.com/journals.html> (consulté le 11 avril 2017).

American Academy of Nurse Practitioners (2010) Standards of NP practice: <http://www.aanp.org> (consulté le 31 mars 2017).

American Medical Student Association (2010) AMSA PharmFree scorecard: Emory University School of Medicine: <http://www.amsascorecard.org/institutions/60> (consulté le 19 janvier 2017).

Andrews, D. A. (1996) "Criminal recidivism in predictable and can be influenced : an update" *Forum on Corrections Research*, 8. Retrieved June 30, 2004, from http://www.csc-scc.gc.ca/text/pblct/form/e083/e083ind_e.shtml (consulté le 19 janvier 2017).

Bantman, P. (2003) "Schizophrénies débutantes : diagnostic et modalités thérapeutiques" conférence de consensus à l'Hôpital Sainte-Anne, les 23 et 24 janvier 2003 : http://spip.systemique.eu/IMG/article_PDF/article_150.pdf (consulté le 11 juillet 2017).

Beauchamp, T. I. (2008) "The principle of beneficence in applied ethics" In E. N. Zalta (Ed.) *Stanford Encyclopaedia of Philosophy* : <http://plato.stanford.edu/entries/principle-beneficence/> (consulté le 6 janvier 2017).

Brooker, C., Sirdifield, C. & Gojkovic, D. (2007) *Mental health services and prisoners: An updated review*: <http://www.phrn.nhs.uk/prison/mhsysrev.pdf> (consulté le 4 novembre 2016).

Brookes, M. (2007) *Delivering the Good Lives Model within a therapeutic community* : http://www.bps.org.uk/downloadfile.cfm?file_uuid=D6CE1F5D-1143-DFD0-7EB9-117A21C5C5D0&ext=ppt (consulté le 14 mars 2017).

BCG(2003) :http://www.bcg.com/publications/files/Hidden_Epidemic_Finding_Cure_Unfulfilled_R_Missed_Doses_Dec2003.pdf on June 4, 2008 (consulté le 2 décembre 2016).

British Psychological Society (2011), British Psychological Society statement, open letter to the DSM-5 Taskforce : http://www.bps.org.uk/sites/default/files/documents/pr19238attachment_-_final_bps_statement_on_dsm-5_12-12-2011.pdf (consulté le 22 décembre 2016).

Cahier de photos du rapport d'activité annuel du CGLPL 2015 : <http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2016/03/CahierPhoto2015.pdf> (consulté le 9 avril 2019).

Centres for Disease Control and Prevention (2002) *The burden of chronic disease and their risk factors*: http://www.cdc.gov/nccdphp/burdenbook2002/01_tables.htm (consulté le 18 avril 2017).

Commission de la santé mentale, Lille : <http://www.ccomssantementalelillefrance.org/sites/ccoms.org/files/pdf/PROGRAMME%20MEDIATEUR%20DE%20SANTE%20PAIR.pdf> (consulté le 26 mars 2019).

Convention internationale promouvant les droits et libertés des personnes handicapées : <http://www.disabilityaction.org/fs/doc/publications/un-convention-booklet-final.pdf> (consulté le 8 décembre 2016).

Cour européenne des Droits de l'Homme (2017), « Détention et santé mentale » : http://www.echr.coe.int/Documents/FS_Detention_mental_health_FRA.pdf, p. 7 (consulté le 1 novembre 2017).

Delarue J-M (2014) Rapport annuel d'activité du CGLPL : http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2015/04/CGLPL_rapport-2014_version-web_3.pdf (consulté le 7 juin 2017).

UK Crown Prosecution Service (2010) : policy in cases of encouraging or assisting suicide : http://www.cps.gov.uk/publications/prosecution/assisted_suicide_policy.html (consulté le 4 janvier 2017).

Epocrates (2012) : *In Epocrates Essentials for Android (Version 5.1) [Mobile application software]* : <http://www.epocrates.com/mobile/android/essentials> (consulté le 29 mars 2017).

Feld, D. & Darrow, K. L. (2013) "IOC in New York State: At what price refusal?": <http://www.narpa.org> (consulté le 28 décembre 2016).

General Medical Council (2017) *Good practice in handling patient information*: https://www.gmcuk.org/static/documents/content/Confidentiality_good_practice_in_handling_patient_information_-_English_0417.pdf (consulté le 12 janvier 2018).

Gross, R. (2011) « Les enjeux des directives anticipées en psychiatrie » : http://raoulgross.info/wp-content/uploads/2011/02/Enjeux_D_A_Psy.pdf (consulté le 31 juillet 2018).

Gunderson, J. (2013) *An introduction to borderline personality disorder: A BPD brief*: <http://www.borderlinepersonalitydisorder.com/professionals/a-bpd-brief/> (consulté le 29 mars 2017).

Haute Autorité de Santé (2005) : *Modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux* : www.sfum.org/documents/consensus/rpc_host_psy.pdf (consulté le 2 mars 2017)

Hopes, V. (2011) *Abbotsford police mark one year since mental health unit began*, from Abbotsford News: <http://www.abbynews.com/news/134457953.html> (consulté le 7 décembre 2016).

Insel, T. (2013) : <http://www.nimh.nih.gov/about/director/2013/transforming-diagnosis.html> (consulté le 22 décembre 2016).

Laboratoires Roche (2013) Présentation des caractéristiques de l'anxiolytique Valium : http://www.roche.fr/content/dam/roche_france/fr_FR/doc/Produits/Valium/2013-10-16Valium1_buv.pdf (consulté le 27 juin 2017), p. 6.

Landrot, M. (2017) « L'internement d'office, une prison sur ordonnance » *Télérama* : <http://www.telerama.fr/monde/l-internement-d-office-une-prison-sur-ordonnance,159313.php> (consulté le 22 juin 2017).

Maitre, E. *et al* (2013) « Les directives anticipées en psychiatrie : revue de la littérature » : <http://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2012.10.012>.

Mhamdi M. (2008) "Petit guide des droits des patients en psychiatrie" : <http://www.argos2001.fr/data/company/311774/file/9485/guide-mhamdi.pdf> (consulté le 9 mai 2017).

Ministère de la Santé et des Solidarités (2009), *Guide de l'injonction de soins* : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_injonction_de_soins.pdf

Monégat, M., Sermet, C., Perronnin, M. & Rococo, E. (2014) "La polymédication, définitions, mesures et enjeux" *Questions d'économie de la santé*, IRDES, n°204, décembre 2014, p. 1 : <http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/204-la-polymedication-definitions-mesures-et-enjeux.pdf> (consulté le 11 mai 2017).

National Alliance on Mental Illness Massachusetts (NAMI) (2011) : "Coalition partners request independent third party objective review" : <http://www.namimass.org/2011/01> (consulté le 7 décembre 2016).

National Parkinson Disease Foundation (2012), au sujet du nombre de patients atteints de Parkinson: <http://www.parkinson.org/site/apps/s/content.asp?c=9dJFJLPwB&b=108269&ct=1574035> (consulté le 29 mars 2017).

National Library of Medicine, au sujet des TOC, du diagnostic au traitement : <http://www.nlm.nih.gov/health/publications/when-unwanted-thoughts-take-over-obsessive-compulsive-disorder/summary/shtml> (consulté le 4 avril 2017).

Observatoire national des violences en milieu de santé, direction générale de l'offre de soins : *Rapport annuel 2014*, ministère des Affaires sociales et de la santé : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_ONVS_2014.pdf (consulté le 13 juillet 2017).

President's Council on Bioethics (2003) "Beyond therapy : Biotechnology and the pursuit of happiness" : <http://biotech.law.lsu.edu/research/psc/reports/beyondtherapy/chapter5.html> (consulté le 3 avril 2017).

Rapport sur l'application du Death and Dignity Act dans l'Etat de l'Oregon : <http://public.health.oregon.gov/ProviderPartnerResources/EvaluationResearch/DeathwithDignityAct/Documents/year18.pdf> (consulté le 6 janvier 2017).

Rashid, T. (2015) "Positive psychotherapy" : <http://tayyabrashid.com/pdf/ppt.pdf> (consulté le 2 novembre 2016)

Redlich, A. D. & Han, W. (2013) "Examining the links between therapeutic jurisprudence and mental health court completion" *Law and Human Behaviour*: http://works.bepress.com/allison_redlich/15/ (consulté le 7 décembre 2016).

Roberts, A. (2001) *Mental health history timeline, A Middlesex university resource* : <http://studymore.org.uk/mhhtim.htm> (consulté le 1er mai 2019).

Ridgely, M. S., Borum, R. & Petrila, J. (2001) "The effectiveness of involuntary outpatient treatment : Empirical evidence and the experience of eight states" : <http://www.rand.org/publications/MR/MR1340> (consulté le 10 janvier 2017).

Sachs, G. S., Printz, D. J., Kahn, D. A., Carpenter, D. & Docherty, J. P. (2000) *Medication treatment of bipolar disorder introduction : Methods, summary and commentary* : http://www.psychguides.com/gl-treatment_of_bp2000.html (consulté le 6 avril 2017).

Select Committee 'Dying with Dignity' (SCDD) (2012) report : <http://www.rpcu.qc.ca/pdf/documents/rapportcsmden.pdf> (consulté le 9 janvier 2017).

Site Internet de l'AATQ, Association des art-thérapeutes québécois, au sujet de la définition de l'art-thérapie : <http://www.aatq.org/DefinitionArtTherapie> (consulté le 6 mars 2017).

Site Internet de l'AFTCC, Association française de thérapie comportementale et cognitive, sur la définition des thérapies comportementales et cognitives : <http://www.aftcc.org/les-therapies-comportementales-et-cognitives> (consulté le 17 octobre 2016)

Site Internet de l'ANSM, Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé , au sujet du résumé des caractéristiques du produit de la quétiapine : <http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0223571.htm> (consulté le 2 novembre 2016).

Site Internet de l'ANSM, Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (2013), au sujet de l'arrêt de la commercialisation du Rohypnol 1mg : <http://www.ansm.sante.fr/content/download/47812/616656/version/2/.../pi-130419-Rohypnol.pdf> (consulté le 28 juin 2017).

Site Internet de l'ANSM, présentation de l'agence et de ses principales missions : [http://ansm.sante.fr/L-ANSM/Une-agence-d-expertise/L-ANSM-agence-d-evaluation-d-expertise-et-de-decision/\(offset\)/0](http://ansm.sante.fr/L-ANSM/Une-agence-d-expertise/L-ANSM-agence-d-evaluation-d-expertise-et-de-decision/(offset)/0) (consulté le 7 décembre 2017).

Site Internet de l' American Psychiatric Association, *Resource document on telepsychiatry via*

videoconferencing : http://www.psych.org/psych_pract/tp_paper.cfm (consulté le 7 décembre 2018).

Site Internet de l'AQPAMM, Association québécoise des parents et amis de la personne atteinte de maladie mentale, définition de la dyskinésie : <http://www.aqpamm.ca/test/effet-secondaire-des-neuroleptiques/> (consulté le 22 septembre 2016).

Site Internet de l'ASHP (American Society of Health Systems Pharmacists) au sujet du Réserpine : <http://www.ashp.org/menu/DrugShortages/DrugsNoLongerAvailable/Bulletin.aspx?id=975> (consulté le 13 septembre 2016).

Site Internet de l'Association des médecins psychiatres du Québec : (2018), définition de la maladie mentale : <https://ampq.org/info-maladie/quest-ce-quune-maladie-mentale/> (consulté le 13 novembre 2018).

Site internet de la Bibliothèque numérique du droit de la santé et d'éthique médicale, définition des centres médico-psychologiques : <https://www.bnds.fr/dictionnaire/cmp.html> (consulté le 4 septembre 2017).

Site Internet du Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (2012) définition de l'antipsychiatrie : <http://www.cnrtl.fr/definition/antipsychiatrie> (consulté le 14 novembre 2018).

Site Internet du Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (2019), définition de l'organicisme : <https://www.cnrtl.fr/definition/organicisme> (consulté le 20 mai 2019).

Site Internet du Conseil national de l'Ordre des Médecins, au sujet du serment d'Hippocrate : <https://www.conseil-national.medecin.fr/le-serment-d-hippocrate-1311> (consulté le 9 août 2017).

Site Internet du Conseil national de l'Ordre des Médecins (2012) au sujet des missions de l'Ordre : <https://www.conseil-national.medecin.fr/qu-est-ce-que-l-ordre-1206> (consulté le 2 mars 2018).

Site Internet du Conseil national de l'Ordre des Médecins (2016) « Article 4 – Secret professionnel », publication du 4 février 2016 : <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-4-secret-professionnel-913> (consulté le 17 janvier 2018).

Site Internet du Conseil national de l'Ordre des Médecins (2017), texte intégral du Code de déontologie des médecins, édition publiée en avril 2017 : <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf> (consulté le 18 janvier 2018).

Site Internet du Contrôleur général des lieux de privation de liberté au sujet du statut et des missions de celui-ci : <http://www.cglpl.fr/missions-et-actions/autorite-independante/> (consulté le 20 mars 2017)

Site Internet de la Cour européenne des Droits de l'Homme, présentation des droits fondamentaux : http://www.echr.coe.int/Documents/Convention_FRA.pdf (consulté le 12 octobre 2016).

Site Internet du Défenseur des Droits (2013) *Rapport sur trois moyens de force intermédiaires : le pistolet à impulsions électriques de type Taser x26, le Flash-Ball superpro, le lanceur de balles de défense 40x46* : https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/ddd_r_20130528_moyens_force_0.pdf (consulté le 2 avril 2019).

Site Internet E-Marketing au sujet de la définition d'un médicament *blockbuster* : <http://www.e-marketing.fr/Definitions-Glossaire/Blockbuster-238468.htm#M3jcrI5OmA4ddDA.t.97> (consulté le 30 avril 2018).

Site Internet de la Fédération française du CRIAVS, Centres ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles, au sujet des missions de ces centres : <https://www.ffcriavs.org/la-federation/presentation-missions/> (consulté le 8 mars 2017).

Site Internet de la Fondation de la famille Kaiser (2004) : *"Prescription drug trends"* : <http://www.kff.org/rxdrugs/loader.cfm?url=/commonspot/security/getfile.cfm&PageID=48305> (consulté le 20 janvier 2017).

Site Internet du journal Futura Sciences (2016) « L'anorexie mentale en chiffres : <http://www.futura-sciences.com/sante/dossiers/maladie-tout-savoir-anorexie-181/page/3/> (consulté le 3 août 2017).

Site Internet du Gouvernement du Royaume-Uni, fiche descriptive des pouvoirs et attributions du Secretary of State écossais : <https://www.gov.uk/government/ministers/secretary-of-state-for-scotland> (consulté le 21 septembre 2016).

Site Internet du Gouvernement du Royaume-Uni au sujet de la définition de l'Official Solicitor : <https://www.gov.uk/government/organisations/official-solicitor-and-public-trustee> (consulté le 18 octobre 2016).

Groupe hospitalier Paul Guiraud, sur les missions du service médico-psychologique régional : [http://www.chpgv.fr/index2.php?goto=Secteur%2094P15%20-%20SMPR%20\(Service%20m%E9dico-psychologique%20R%E9gional](http://www.chpgv.fr/index2.php?goto=Secteur%2094P15%20-%20SMPR%20(Service%20m%E9dico-psychologique%20R%E9gional) (consulté le 16 mars 2017)

Site Internet de la Haute Autorité de Santé au sujet du statut et des missions de celle-ci : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/fc_1249599/en/la-has (consulté le 4 mai 2017).

Site Internet de la Haute Autorité de Santé au sujet des recommandations de bonnes pratiques sur l'isolement et la contention en psychiatrie générale : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-03/isolement_et_contention_en_psychiatrie_generale_-_recommandations_2017-03-13_10-13-59_378.pdf (consulté le 4 mai 2017).

Site Internet de la Haute Autorité de Santé (2010) sur la prise en charge de l'anorexie : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-09/fs_anorexie_3_cdp_300910.pdf (consulté le 23 janvier 2018).

Site Internet de l'INSEE (2016) au sujet de la définition des soins ambulatoires : <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1401> (consulté le 4 août 2017).

Site Internet du Larousse, au sujet de la définition du consentement en règle générale : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/consentement/18359> (consulté le 16 août 2017).

Site Internet du Larousse, au sujet de la définition du delirium tremens : http://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/delirium_tremens/12420 (consulté le 8 août 2017).

Site Internet du dictionnaire Larousse au sujet de la définition de la dysphorie : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/dysphorie/27167> (consulté le 18 janvier 2017)

Larousse, définition de la folie : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/folie/34399> (consulté le 19 février 2018).

Site Internet du dictionnaire Larousse au sujet de la définition du légalisme : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/l%C3%A9galisme/46558> (consulté le 7 septembre 2017).

Site Internet du Larousse, au sujet de la définition du paternalisme : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/paternalisme/58624> (consulté le 23 août 2017)

Site Internet Larousse au sujet de la définition de la prophylaxie : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/prophylaxie/64379> (consulté le 31 juillet 2017).

Site Internet Larousse au sujet de la définition d'un anxiolytique : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/anxiolytique/4374> (consulté le 11 mai 2017)

Site Internet Larousse au sujet de la définition d'un hypnotique : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/hypnotique/41136?q=hypnotique#163038> (consulté le 11 mai 2017).

Site Internet Larousse au sujet de la définition d'un antidépresseur : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/antid%C3%A9presseur/4030?q=antid%C3%A9pre%seur#4021> (consulté le 11 mai 2017)

Site Internet Larousse au sujet de la définition d'un neuroleptique : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/neuroleptique/54389?q=neuroleptique#54028> (consulté le 11 mai 2017)

Site Internet Larousse au sujet de la définition de la posologie : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/posologie/62857> (consulté le 28 février 2018).

Site Internet Larousse au sujet de la définition des troubles somatiques : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/somatique/73378> (consulté le 4 septembre 2017).

Site Internet Légifrance au sujet de l'article 66 de la Constitution français du 4 octobre 1958 : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006071194> (consulté le 20 mars 2017).

Site Internet Mental Health Law, résumé des mesures spécifiques d'internement :

http://www.mentalhealthlaw.co.uk/Restriction_order (consulté le 23 septembre 2016).

Site Internet Mental Health Law, résumé de la s. 23 du Mental Health Act 1983 : http://www.mentalhealthlaw.co.uk/MHA_1983_s23 (consulté le 23 septembre 2016)

Site Internet du Ministère de l'Intérieur britannique, Home Office (2001), news release (12 February) : <http://www.homeoffice.gov.uk/cpg/broadmoor.htm> (consulté le 10 octobre 2016)

Site Internet du Ministère de la Justice britannique (2016), au sujet de l'ETS, *Enhanced Thinking Skills programme* : www.essexcrs.co.uk/?download=2443 (consulté le 14 novembre 2016).

Site Internet du Ministère français de la Justice, au sujet du rôle du juge des libertés et de la détention : <http://www.justice.gouv.fr/organisation-de-la-justice-10031/lordre-judiciaire-10033/juge-des-libertes-et-de-la-detention-25302.html> (consulté le 14 août 2017)

Site Internet du Ministère français de la justice (2010), au sujet de la définition de la suspension de la peine : <http://www.justice.gouv.fr/justice-penale-11330/les-decisions-judiciaires-pour-les-mineurs-12123/lesamenagements-de-peine-21095.html> (consulté le 3 novembre 2017).

Site Internet du Ministère de la Santé et des Sports, *Guide de l'injonction de soins* : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_injonction_de_soins.pdf (consulté le 9 mars 2017)

Site Internet du Ministère de la santé britannique, « Code of Practice – Mental Health Act 1983 » : http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130123193537/http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_084597 (consulté le 16 août 2017)

Site Internet du National Offender Management Service (NOMS 2013b): "Stocktake of women's services for offenders in the community": [stocktake-wcs.pdf](http://www.noms.gov.uk/stocktake-wcs.pdf) (consulté le 21 novembre 2016).

Site Internet du National Health System (NHS) sur l'euthanasie passive et active : <http://www.nhs.uk/Conditions/Euthanasiaandassistedsuicide/Pages/Introduction.aspx> (consulté le 11 octobre 2017).

Site Internet du Nursing & Midwife Council, au sujet de la nature et du rôle de cet organisme : <http://www.nmc.org.uk/about-us/our-role/> (consulté le 19 octobre 2016)

Site Internet du Nursing and Midwifery Council (2001) *The recognition, prevention and therapeutic management of violence in mental health care*. Retrieved June 1, 2005, from <http://www.nimhe.org.uk/downloads/78130-doh-viol%20management.pdf> (consulté le 19 octobre 2017).

Site Internet de l'Observatoire International des Prisons, présentation de l'organisation et de ses missions : <https://oip.org/qui-sommes-nous/presentation-de-loip/> (consulté le 9 novembre 2017).

Site Internet de l'Observatoire International des Prisons (2009), « Cour d'appel d'Aix-en-Provence (13) : examen demain de la demande de libération d'un schizophrène soumis à une détention inhumaine », article du 13 mai 2009 : <https://oip.org/communiqu/cour-dappel-daix-en-provence-13-examen-demain-de-la-demande-de-liberation-dun-schizophrène-soumis-a-une-detention-inhumaine/> (consulté le 13 novembre 2017).

Site Internet de l'Observatoire International des Prisons (2012) section française, « Maison d'arrêt de Valenciennes (59) : un jeune schizophrène déclaré irresponsable pénalement, maintenu en prison au détriment de sa santé », article du 1er octobre 2012 : <https://oip.org/communiqu/maison-darret-de-valenciennes-59-un-jeune-schizophrène-declare-irresponsable-penalement-maintenu-en-prison-au-detriment-de-sa-sante/> (consulté le 9 novembre 2017).

Site Internet de l'Observatoire International des Prisons (2013), « Les psychiatres demandent une évaluation des UHSA », article du 6 juin 2013 : <https://oip.org/analyse/les-psychiatres-demandent-une-evaluation-des-uhsa/> (consulté le 13 novembre 2017).

Site Internet de l'Observatoire International des Prisons (2014) « UHSA de Lyon : la psychiatrie sans urgences » : <https://oip.org/analyse/uhsa-de-lyon-la-psychiatrie-sans-urgences/>, article du 13 juillet 2014 (consulté le 10 novembre 2017).

Site Internet de l'Observatoire International des Prisons (2015a) « Suicide en prison : l'Etat de nouveau condamné pour faute », article du 2 juin 2015 : <https://oip.org/communiqu/suicide-en-prison-letat-de-nouveau-condamne-pour-faute/> (consulté le 21 septembre 2018).

Site Internet de l'Observatoire International des Prisons (2015b) « Détenu souffrant de troubles mentaux : la Belgique condamnée pour mauvais traitements », article du 23 décembre 2015 : <https://oip.org/analyse/detenu-souffrant-de-troubles-mentaux-la-belgique-condamnee-pour-mauvais-traitements/> (consulté le 10 novembre 2017).

Site Internet de l'Observatoire International des Prisons (2016) « Prise en charge sanitaire des détenus : nouvel état des lieux accablant », article du 24 octobre 2016 : <https://oip.org/analyse/prise-en-charge-sanitaire-des-detenus-nouvel-etat-des-lieux-accablant/> (consulté le 9 novembre 2017).

Site Internet de l'Observatoire des prisons britannique (2014) sur les conditions de vie des prisons britanniques, « Prison conditions in United Kingdom », publié le 3 août 2014 : http://www.prisonobservatory.org/index.php?option=com_content&view=article&id=19&catid=13&Itemid=128#HEALTH (consulté le 13 novembre 2017).

Site Internet de l'Organisation Mondiale de la Santé (2017) au sujet de la définition des troubles mentaux : http://www.who.int/topics/mental_disorders/fr/ (consulté le 31 juillet 2017).

Site Internet de l'Organisation Mondiale de la Santé (2017) au sujet de la proportion de personnes affectées de troubles mentaux dans le monde : http://www.who.int/whr/2001/media_centre/press_release/fr/ (consulté le 31 juillet 2017).

Site Internet de l'Organisation Mondiale de la Santé (2017), définition et symptômes de la schizophrénie : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/fr/> (consulté le 2 août 2017).

Site Internet de l'Organisation Mondiale de la Santé, définition des soins palliatifs : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/fr/> (consulté le 21 août 2017).

Site Internet de l'Organisation Mondiale de la Santé (2017), au sujet de la proportion de personnes touchées par la dépression dans le monde : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/fr/> (consulté le 2 août 2017).

Site Internet de l'OFDT, Observatoire français des drogues et des toxicomanies, au sujet des substances concernées par les opiacées : <http://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/dez/heroine-et-autres-opiaces/> (consulté le 7 mars 2017).

Site Internet ProCon Euthanasia, listant les Etats américains fédérés ayant légalisé le recours à l'euthanasie : <http://euthanasia.procon.org/view.resource.php?resourceID=000132> (consulté le 5 janvier 2017).

Psychcentral, description de l'hypomanie : <http://psychcentral.com/disorders/hypomanic-episode-symptoms/> (consulté le 13 septembre 2016).

Site Internet 'Psychisme' au sujet de la définition de l'akathisie : <https://www.psychisme.org/Therapeutique/Indesirneurolep.html> (consulté le 11 octobre 2016).

Site Internet Psycom, au sujet des modalités d'entrée et de sortie des UMD : <http://www.psycom.org/Espace-Presse/Sante-mentale-de-A-a-Z/Unite-pour-malades-difficiles-UMD> (consulté le 16 août 2017).

Site Internet Psycom établissant la liste des UHSA créés en France : <http://www.psycom.org/Espace-Presse/Sante-mentale-de-A-a-Z/Unite-hospitaliere-specialement-amenagee-UHSA> (consulté le 8 mars 2017).

Site Internet Psycom, au sujet de la commission départementale de soins psychiatriques : <http://www.psycom.org/Actualites/Nul-n-est-cense-ignorer/A-quoi-sert-la-commission-departementale-de-soins-psychiatriques-CDSP> (consulté le 11 mai 2017)

Site Internet des Soins Infirmiers, sur les indications thérapeutiques des benzodiazépines : <http://www.soins-infirmiers.com/benzodiazepine.php> (consulté le 27 septembre 2016).

Site Internet Swarb, résumé de la décision Johnson v United Kingdom (1997) : <http://swarb.co.uk/johnson-v-the-united-kingdom-echr-24-oct-1997/> (consulté le 28 septembre 2016)

Site Internet du Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux au sujet du discours d'Antony : http://www.sphweb.info/IMG/pdf/Reactions_au_dicours_presidentiel_d_Antony_V3-2.pdf (consulté le 11 août 2017).

Site Internet US National Library of Medicine, résumé de la jurisprudence F v. West Berkshire Health Authority : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11648579> (consulté le 28 septembre 2016).

Site Internet du dictionnaire Vidal, présentation du chlorpromazine et du dictionnaire :

<https://www.vidal.fr/substances/943/chlorpromazine/> (consulté le 27 septembre 2016).

VI) CREDITS PHOTOGRAPHIQUES

Fig. 1, portrait de Philippe Pinel, précurseur de la psychiatrie moderne :

<https://ahp.apps01.yorku.ca/2007/08/106/> (consulté le 16 avril 2019).

Fig. 2 : chambre munie de sangles de contention en UMD au sein d'un hôpital psychiatrique :

http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2012/02/CGLPL_rapport-2011_photos.pdf (consulté le 25 avril 2019).

Fig. 3 : chambre d'isolement au sein d'un hôpital psychiatrique français :

<http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2016/03/CahierPhoto2015.pdf>, p. 3 (consulté le 9 avril 2019).

Fig. 4 : emploi de la contrainte physique sur un patient psychiatrique :

<http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2016/03/CahierPhoto2015.pdf> (consulté le 25 avril 2019).

Fig. 5 : préparation de serviettes mouillées destinées à une séance de packing au CHRU de Lille : https://www.lexpress.fr/diaporama/diapo-photo/actualite/societe/sante/autisme-comment-se-passe-une-seance-de-packing_767971.html (consulté le 29 avril 2019).

Fig. 6 : enveloppement de l'enfant autiste dans des draps humides, entouré de deux soignantes au CHRU de Lille : https://www.lexpress.fr/diaporama/diapo-photo/actualite/societe/sante/autisme-comment-se-passe-une-seance-de-packing_767971.html (consulté le 29 avril 2019).

Fig. 7 : immobilisation du patient agité par plusieurs soignants : <http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2016/03/CahierPhoto2015.pdf> (consulté le 25 avril 2019).

Fig. 8 : emploi de la vidéosurveillance dans une chambre d'isolement :

<http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2016/03/CahierPhoto2015.pdf> (consulté le 25 avril 2019).

Fig. 9 : photographie d'une cellule 'ordinaire' de garde à vue... : <http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2014/03/CahierPhoto2013-1res.pdf> (consulté le 25 avril 2019).

Fig. 10 : partage d'une cellule de garde à vue surpeuplée : <http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2014/03/CahierPhoto2013-1res.pdf> (consulté le 25 avril 2019).

Fig. 11 : cellule sur-occupée dans une maison d'arrêt : <http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2014/03/CahierPhoto2013-1res.pdf> (consulté le 25 avril 2019).

Fig. 12 : cour de promenade du quartier disciplinaire d'un établissement pénitentiaire : <http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2016/03/CahierPhoto2015.pdf> (consulté le 25 avril 2019).

Fig. 13 : fouille par palpation d'une personne détenue : <http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2013/04/les-photos-du-rapport-2012.pdf> (consulté le 25 avril 2019).

Fig. 14 : mise en œuvre de l'extraction médicale d'une personne détenue jugée dangereuse : <http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2014/03/CahierPhoto2013-1res.pdf> (consulté le 25 avril 2019).

Fig. 15 : patient entravé lors d'un examen médical en présence d'un surveillant : <http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2016/03/CahierPhoto2015.pdf> (consulté le 25 avril 2019).

Fig. 16 : une infirmière écoute à la porte d'une cellule : <http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2013/04/les-photos-du-rapport-2012.pdf> (consulté le 25 avril 2019).

Fig. 17 : porte d'entrée du service d'entrée du service pénitentiaire d'insertion et de probation... interdit d'accès aux détenus : http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2012/02/CGLPL_rapport-2011_photos.pdf (consulté le 25 avril 2019).

Fig. 18 : administration de l'hydrothérapie chez des patientes psychiatriques : <https://www.hetoudegesticht.nl/tag/hydrotherapie/> (consulté le 19 avril 2019).

Fig. 19 : séance de cure de Sakel ou insulinothérapie, années 1950 : <https://www.siilinarvi.fi/matkailu/museot/insuliinishokkihoito.php> (consulté le 19 avril 2019).

Fig. 20 : séance d'électrochocs surveillée par plusieurs soignants immobilisant le malade, années 1950 : <https://www.pourlascience.fr/sd/technologie/les-electrochocs-une-therapie-aujourd'hui-maitrisee-2721.php> (consulté le 22 avril 2019).

Fig. 21 : illustration d'une lobotomie transorbitale sur un patient : Jaubert, A. (1975) « L'excision de la pierre de folie » in *Guérir pour normaliser. L'arsenal thérapeutique pour rectifier le comportement*, éd. Autrement, n°4, pp. 22.

Fig. 22 : le Largactil, premier médicament contre les états d'agitation aiguë : <https://www.indiamart.com/proddetail/largactil-8751322791.html> (consulté le 24 avril 2019).

Fig. 23 : le Haldol, médicament indiqué contre les états d'agitations aiguës et les symptômes psychotiques : <https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Haldol.jpg> (consulté le 24 avril 2019).

Fig. 24 : distribution de psychotropes dans un hôpital psychiatrique : <http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2018/03/Pages-de-Rapport2017-3es-2.pdf> (consulté le 25 avril 2019).

Fig. 25 : « le bouquet », œuvre de *land art* créée par une adolescente suisse souffrant de dépression : Perriraz Bourry, M. & Barbe, R. (2012) « Du modelage au *land art*, un cheminement créatif du dedans au dehors » *Médecine & Hygiène*, 2012/2, vol. 32, p. 95.

Fig. 26 : « la présence », sculpture réalisée par un patient en soins palliatifs : Dolder, B. (2007) « L'espace spirituel et l'art-thérapie en soins palliatifs » *Médecine & Hygiène*, 2007/3, n°22, p. 82.

Fig. 27 : réalisation d'une patiente psychiatrique au sein d'un atelier d'art-thérapie : Anzieu, D. (1985) *Le Moi-peau*, éd. Dunod, Paris, p. 304.

Fig. 28 : clinique de la Borde aménagée par Jean Oury : <https://www.lanouvellerepublique.fr/loir-et-cher/commune/cour-cheverny/sacres-moments-de-vie-au-theatre-de-la-borde> (consulté le 16 avril 2019).

Fig. 29 : salle commune d'un établissement de santé mentale : http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2017/03/CahierPhoto2016_BD.pdf (consulté le 25 avril 2019).

Fig. 30 : portrait de John Conolly, réformateur de la psychiatrie asilaire : <https://wellcomecollection.org/works/ke7mwqty> (consulté le 1er mai 2019).

Fig. 31 : l'asile de Hanwell, ses jardins extérieurs et sa chapelle en 1845 : https://en.wikipedia.org/wiki/St_Bernard%27s_Hospital,_Hanwell#/media/File:Hanwellasylum.jpg (consulté le 8 mai 2019).

Fig. 32 : fête de l'Épiphanie célébrée le 6 janvier 1848 à l'asile de Hanwell : <https://historic-hospitals.com/2016/01/06/twelfth-night-at-hanwell-asylum/> (consulté le 8 mai 2019).

Fig. 33 : arbre ou oiseau ? Œuvre de Mary Barnes, sans titre, huile sur toile : <https://romanroadlondon.com/mary-barnes-exhibition-bow-arts/> (consulté le 24 mai 2019).

Fig. 34 : grève de la faim des soignants à l'hôpital psychiatrique Saint-Etienne du Rouvray, mai 2018 : <https://www.paris-normandie.fr/rouen/l-ars-lance-une-mission-d-appui-flash-au-centre-psychiatrique-du-rouvray-pres-de-rouen-BC13110076> (consulté le 16 avril 2019).

BIBLIOGRAPHIE

D) OUVRAGES

A) OUVRAGES ET TRAITÉS

Ouvrages et traités en français

Albrand, L. (2009) *La prévention du suicide en milieu carcéral*, rapport au garde des Sceaux, janvier 2009.

Angell, M. (2005) *La vérité sur les compagnies pharmaceutiques : Comment elles nous trompent et comment les contrecarrer*, Montebello, éd. Le Mieux-être.

Ansloos, G. (1995) *La compétence des familles*, éditions Erès.

Anzieu, D. (1981) *Le corps de l'œuvre*, Gallimard, Paris.

Anzieu, D. (1985) *Le Moi-peau*, éd. Dunod, Paris.

Archer, F. (2015) « Variations sur la notion d'option de conscience en droit pénal médical » in *Mélanges en l'honneur de Gérard Mémeteau, Droit médical et éthique médicale : Regards contemporains*, Bordeaux, LEH Editions, p. 261

Artaud, A. (1946) « Van Gogh, le suicidé de la société » in *Œuvres*, Paris, éd. Gallimard.

Artaud, A. (1975) « Lettre aux médecins-chefs des asiles de fous » *La Révolution Surréaliste*, n°3, 15 avril 1925, réédité par les éditions Jean-Michel Place.

Audibert, C. (2011) *L'incapacité d'être seul*, éditions Payot.

Aurenche, S. (1999) *L'euthanasie, la fin d'un tabou*, ESR Editeur, Droit de regard, Paris.

Barnes, M. & Berke, J. (1976) *Mary Barnes, un voyage à travers la folie*, Paris, Seuil.

Basaglia, F. (1977) "La liberté communautaire comme alternative à la régression institutionnelle" in *Qu'est-ce que la psychiatrie ?* Editions Presses Universitaires de France, collection Perspectives Critiques.

Basaglia, F. (2007) *Psychiatrie et démocratie*. Ramonville Saint-Ange : Erès.

Bataille, P. (2012) *A la vie, à la mort – Euthanasie, le grand malentendu*, éd. Autrement, Paris.

Bauman, Z. (2006) *La vie liquide*. Rodez : Le Rouergue / Chambon.

Bébin, X. (2009) *Comment améliorer l'évaluation de la dangerosité en France ?* Paris : Institut pour la Justice.

Bellahsen, M. (2014) *La Santé mentale. Vers un bonheur sous contrôle*, éditions La Fabrique, Paris, p. 19.

Bensa, A. (2010) *Trajectoires professionnelles des experts psychiatres et styles de pratique*. Politiques de l'expertise psychiatrique, Paris : Recherche Mission Droit et Justice.

Bernardet, P. & Derivery, C. (2002) *Enfermez-les tous ! Internements : le scandale de l'abus et de l'arbitraire en psychiatrie*, éditions Robert Laffont.

Bessoles, P. (2008) « La dangerosité, une notion sémiologique non opératoire » in *Interfaces cliniques et juridiques*, Auret A. & Bessoles P., éd. Presses universitaires de Grenoble.

Blech, J. (2005) *Les inventeurs des maladies*, Arles, Arles Sud.

Bodon-Bruzel, M. & Descott, R. (2015) *L'homme qui voulait cuire sa mère*, éditions Stock.

Bourkia, D. (2015) *Être infirmière*, édition Lieux Dits.

Boyer-Labrouche, A. (2012) *Manuel d'art-thérapie*, éd. Dunod, Paris

Brauner, A. & Brauner, F. (1991) *J'ai dessiné la guerre. Le dessin de l'enfant dans la guerre*, Paris, éd. Expansion scientifique française.

Brun, A. (2007) *Médiations thérapeutiques et psychose infantile*, Paris, éd. Dunod.

Buzaré, A. (2002) *La psychothérapie institutionnelle, c'est la psychiatrie*, éd. Champ social, Nîmes.

Campagne, C. (1869) *Traité de la manie raisonnante*, Paris, Victor Masson.

Carbonnier, J. (1985) « La peine décrochée du délit » in *Mélanges R. Legros*, éd. De l'Université de Bruxelles.

Caroli, F. (1991) *Hospitalisation psychiatrique, ancienne et nouvelle loi*, Paris : PUF, coll. Nodules, 128 p.

Castel, R. (1976) *L'Ordre psychiatrique. L'âge d'or de l'aliénisme*. Paris, éditions de Minuit.

- Castel, R. (1981) *La gestion des risques – de l’antipsychiatrie à l’après-psychanalyse*, Paris, Editions de Minuit.
- Castel, R. (1999) *Les sorties de toxicomanie*, Presses universitaires de Fribourg.
- Caverni, J-P & Gori, R. (2006) *Le consentement. Droit nouveau du patient ou imposture ?* Paris : InPress.
- Chapelle, N. (2013) *L’enfer du retour – Témoignages et vérités sur le syndrome post-guerre*, éditions Jean-Claude Cawsewitch.
- Chaperot, C. (2014) *Formes de transfert et schizophrénie*, coll. Des travaux et des jours, éd. Erès, Toulouse.
- Chouvier, B. et coll. (1998) *Symbolisation et processus de création*, éd. Dunod, Paris.
- Ciavaldini, A. (2012) *Prise en charge des délinquants sexuels*. Yapaka, Bruxelles : Editions Fabert.
- Claude, H. & Rubenovitch P. (1940) *Thérapeutiques biologiques des maladies mentales*, éd. Massion & Cie, Paris.
- Clément, J-M (2016) *La loi santé 2016 – Analyse, commentaires, critiques*, LEH Editions.
- Coelho, J. (2011) *Soins psychiatriques et juge des libertés de la détention (JLD)*, éditions Les Etudes Hospitalières.
- Combe, C. (2009) *Soigner l’anorexie*, éd. Dunod, Paris
- Conte, P. (2003) *Droit pénal spécial*, Paris, Litec, n°353.
- Cooper, D. (1970) *Psychiatrie et antipsychiatrie*, Paris, éd. Seuil.
- Corcos, M. (2011) *L’homme selon le DSM. Le nouvel ordre psychiatrique*, éd. Albin Michel.
- Coupechoux, P. (2006) *Un monde de fous : comment notre société maltraite ses malades mentaux*, Paris, Seuil, p. 16.
- Daumézou, G. (1946) « L’établissement psychothérapeutique de Rayneau à Fleury-les-Aubrais » in *Au-delà de l’asile d’aliénés et de l’hôpital psychiatrique*, Paris : Desclée de Brouwer.
- David, M. (2006) *L’expertise psychiatrique pénale*, L’Harmattan, pp. 136-137.
- De Beaurepaire, C. (2009) *Non -lieu – Un psychiatre en prison*, éditions Fayard.
- Debet, A. (2012) « Accès aux soins et droits du détenu malade », *Les droits de la personne détenue*, éd. Dalloz, dir. Sabine Boussard, p. 198.

- De Chauliac, G. (1363) *Chirurgica magna*.
- Declerck, P. (2001) *Les naufragés. Avec les clochards de Paris*. Plon, 2001.
- Delion, P. (1995) *Actualité de la psychothérapie institutionnelle*, éd. Matrice, Vigneux.
- Delion, P. (2000) *Corps, psychose et institutions*, éd. Erès, Toulouse.
- Delion, P. (2012) *Le Packing avec les enfants autistes et psychotiques*, Ramonville Saint-Agne, éd. Erès.
- Delion, P. (2015) in Najman, T., *Lieu d'asile – Manifeste pour une autre psychiatrie*, éditions Odile Jacob.
- Delion, P. (2016) *Mon combat pour une psychiatrie humaine*, Paris, éd. Albin Michel.
- Delmas-Marty, M. (2010) *Libertés et sûreté dans un monde dangereux*, éd. Seuil, p. 288.
- De Montmollin, G. (1977) *L'influence sociale*, Paris, PUF.
- Desjardins, T. (2004) *Monsieur le Président, c'est une révolution qu'il faut faire*, éditions Albin Michel.
- Devers, G. (2008) *Droit, responsabilité et pratique du soin*, éditions Lamarre, Paris.
- Digonnet, E. & Leyreloup, A. M. (2003) « La liberté de circulation : portes ouvertes, portes fermées ? » in Caria, A., *Démarche qualité en santé mentale. Une politique au service des patients*, éditions InPress.
- Domino, C. (1999) *A ciel ouvert, tableaux choisis*, éd. Anthèse, Arcueil.
- Dubois, L. (2017) *L'asile de Hanwell. Un modèle utopique dans l'histoire de la psychiatrie anglaise ?* éd. Presses Sorbonne Nouvelle, Paris.
- Dubuffet, J. (1967) « L'art brut » in *Prospectus et tous écrits suivants*, tome 1, Paris Gallimard, pp. 175-177.
- Dumoulin, L. (2007) *L'expert dans la justice – De la genèse d'une figure à ses usages*. Paris : Economica.
- Ehrenberg, A. (1998) *La fatigue d'être soi. Figures de la dépression*, Paris, éd. Odile Jacob.
- Esquirol, J-E (1818) « Maisons d'aliénés » in *Dictionnaire des sciences médicales*, éditions Panckoucke, tome XXX, Paris.
- Ey, H. (1977) « Les limites de la psychiatrie. Le problème de la psychogenèse » dans *Le problème de la psychogenèse des névroses et des psychoses*, éditions Desclée de Brouwer, Paris, p. 20.
- Ey, H. (1978) *Pour en finir avec la psychiatrie, des patients témoignent*, Groupe information

asile, Toulouse, SCOP.

Falret, J-P. (1837) *Observations sur le projet de loi relatif aux aliénés*, Paris.

Ferenczi, S. (1970) *Sur les addictions*, éditions Payot, 2008.

Feuillet-Liger, B. (2013) « Proches et fin de vie médicalisée – l'apport d'une étude internationale » in *Les proches et la fin de vie médicalisée – Panorama International*, sous la direction de B. Feuillet-Liger, coll. Droit, bioéthique et société, éd. Bruylant, p. 344.

Foucault, M. (1961) *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris : éd. Gallimard.

Foucault, M. (1972) *Surveiller et punir*, Paris : éd. Gallimard.

Foucault, M. (1999) *Les Anormaux. Cours au Collège de France, 1974-1975*, Paris : Gallimard.

Freud, S. (1920) *Au-delà du principe de plaisir*, éditions Payot, 2010.

Frison-Roche, A-M. (1999) « Secret et profession » in *Secrets professionnels, autrement*, Essais, Paris.

Garapon, A., Gros, F, & Pech, T. (2001) *Et ce sera justice. Punir en démocratie. Partie 2*, chapitre 1. Editions Odile Jacob.

Garsonnet, E. (1869) *La Loi sur les aliénés, nécessité d'une réforme*, éd. Ernest Thorin, Paris.

Garsonnet, E. (1869) *D'une lacune énorme à combler dans la législation française. La question des aliénés*, Paris : Dentu.

Georget, E. (1820) *De la folie*, éd. Crevot, Paris.

Giloux, N. & Primevert, M. (2017) *Les soins psychiatriques sans consentement*, LEH Editions.

Gineste, T. (2004) *Le Lion de Florence. Sur l'imaginaire des fondateurs de la psychiatrie, Pinel et Itard*, Paris, éditions Albin Michel, p. 11.

Goffman, E. (1961) *Asiles*, Paris : Editions de Minuit.

Gori, R. & Del Volgo, M-J (2005) *La santé totalitaire. Essai sur la médicalisation de l'existence*, Paris, éd. Denoël.

Guibet-Lafaye, C. (2014) « Imposer la contrainte en psychiatrie : une question éthique ? » in *Libertés et contrainte en psychiatrie : enjeux éthiques*, Cano, N., Henry J-M & Ravix, V., Les Etudes Hospitalières, p. 15-32.

Guignard, L. (2010) *Juger la folie. La folie criminelle devant les assises au XIXème siècle*. Paris, Presses universitaires de France.

Haoulia, N. (1996) « Secret médical et exposition des tiers au virus du sida : Quand

l'information médical intéresse la santé d'autrui » in *Le secret médical, Les Cahiers de droit de la santé du Sud-Est*, n°15, p. 151.

Hacpille, L. (2013) *La question de l'euthanasie : la loi Léonettei et ses perspectives*, éd. L'Harmattan.

Hamel, J. (2007) *L'art-thérapie somatique*, éd. Québecor, Montréal.

Hennion-Jacquet P. & Koubi, G. (2015) « La psychiatrisation du droit pénal, entre fusion et confusion » in *L'institution psychiatrique au prisme du droit – La folie entre administration et justice*, sous la direction de G. Koubi, P. Hennion-Jacquet et V. Azimi, éd. Panthéon-Assas.

Herremans, J. (2013) « Euthanasie, la loi belge du 28 mai, une solution juridique » in *L'euthanasie, une sérénité partagée. Une questions de santé publique*, sous la direction de M. Mayer, Mémogrames, Les éditions de la Mémoire, p. 21.

Herzog-Evans, M. (2012) *Outils d'évaluation : Sortir des fantasmes et de l'aveuglement idéologique. Actualité juridique pénale*, pp. 75-80.

Herzog-Evans, M. (2013) *Droit pénitentiaire*, éd. Dalloz, p. 361.

Heugshem, C., Lagier, P., Lechat, P. (1978) *Risques et maladies liés aux médicaments*, éditions Masson.

Hochmann, J. (2015) *Les antipsychiatries. Une histoire*, éd. Odile Jacob.

Hirsch, E. (2016) *Fins de vie, éthique et société*, sous la direction de Hirsch, E., éd. Erès.

Hugnet, G. (2004) *Antidépresseurs. La grande intoxication*, Paris, Le Cherche-Midi.

Huteau, M. (2002), *Psychologie, psychiatrie et société sous la Troisième République. La biocratie d'Edouard Toulouse*, Paris.

Illouz, R. (2006) *Les sentiments du capitalisme*, Paris, éd. Le Seuil.

Imbert, G. A. (2006) *Tranquillisants, somnifères, neuroleptiques, ces faux amis... Anti-douleurs ; l'affaire du Vioxx – Témoignages, questions-réponses* », préface du Dr Véronique Vasseur, éditions Dauphin.

Jaubert, A. (1975) « L'excision de la pierre de folie » in *Guérir pour normaliser. L'arsenal thérapeutique pour rectifier le comportement*, éd. Autrement, n°4, pp. 22.

Jouanna J. (1992) *Hippocrate*, annexe I, Librairie Arthème Fayard, Paris.

Kaës, K., Bleger, J., Enriquez, E., Fornari, F., Fustier, P., Roussillon, R. & Vidal, J-P. (2003) *L'institution et les institutions*, Etudes psychanalytiques, éditions Dunod.

Kannas, S. (2000) « Quelle est la place de la famille en cas de premier épisode aigu de schizophrénie ? » In De Clercq, M., Peuskens, *Les troubles schizophréniques*, éditions de l'université De Boeck, pp. 151-158.

- Kassirer, J. P. (2007) *La main dans le sac : médecine + affaires = danger pour la santé !* Montebello, éd. Le Mieux-être.
- Klein, J. P. (2001) *L'art-thérapie*, éd. PUF, Paris.
- Kraepelin, E. (1918) *Hundert Jahre Psychiatrie: Ein Beitrag zur Geschichte menschlicher Gesittung [Cent ans de psychiatrie]*, éd. Julius Springer
- Lacan, J. (1966) « Propos sur la causalité psychique », *Ecrits*, éditions Seuil, Paris, p. 17.
- Laing, R. D. (1970) *Le moi divisé : de la santé mentale à la folie*, Paris, éd. Stock.
- Lamau, M-L (1995) « Origine et inspiration » in *Manuel de soins palliatifs*, Privat, p. 34-35.
- Lambert, C. (2005) *La société de la peur*, éditions Plon.
- Lane, C. (2009) *Comment la psychiatrie et l'industrie pharmaceutique ont médicalisé nos émotions*, éd. Flammarion.
- Laude, A., Mathieu, B. & Tabuteau, D. (2007) *Droit de la santé*, PUF, Thémis, p. 319
- Lautard, J-B. (1840) *La maison des fous de Marseille : Essai historique et statistique sur cet établissement depuis sa fondation en 1699 jusqu'en 1837*, Marseille, Achard.
- Legros, B. (2011) *Euthanasie, arrêt de traitement, soins palliatifs et sédation – L'encadrement par le droit de la prise en charge médicale de la fin de vie*, éd. Les Etudes Hospitalières.
- Lemercier, N. (1835) *Réflexions sur le danger des applications de la conjecturale doctrine orthophrénique*, Paris, éd. Didot.
- Lert, F. & Frambonne, R. (1984) *La toxicomanie, vers une évaluation de ses traitements*. Paris, La Documentation française.
- Leser, G. (1999) *Rouffach. De l'asile au centre hospitalier, 90 ans de psychiatrie*, éd. Du Rhin.
- Londres, A. (1925) *Ches les fous*, Paris : Albin Michel.
- Lovell A. (2011) *La maladie mentale en mutation : psychiatrie et société*, Paris.
- Lunel, A., « Folie et déraison » : *regards croisés sur l'évolution juridique des soins psychiatriques en France – Pouvoir, santé et société*, LEH éditions.
- Maisondieu, J. (2003) « Citoyenneté et santé mentale » in *Santé mentale, ville et violences* sous la direction de Michel Joubert, éd. Erès, Toulouse.
- Malicier, D. (1995) "Spécificité de la responsabilité médicale par spécialité" in D. Malicier, A. Miras, P. Feuglet & P. Faivre (Eds.) *La responsabilité médicale, données actuelles* (pp. 234-242). Paris, France : ESKA éditions.

Manigand, G., Aupézy, P., Fries, D. & Bach, C. (1979) *Risques et accidents des médicaments*, éditions Maloine S. A. & Hachette.

Mannoni, M. (1970) *Le psychiatre, son 'fou' et la psychanalyse*, Paris, éd. Seuil.

McDougall, J. (1978) *Plaidoyer pour une certaine anormalité*, éditions Gallimard.

Merle, R & Vitu, A. (1982) *Traité de droit criminel*, t. 2, Paris, Cujas, n°1984, p. 1610.

Mettetal, A. (2004) « L'inégalité des détenus en fin de vie devant l'élargissement » in *Ethos et Thanatos*, Les Etudes Hospitalières.

Millet, B., Vanelle, J. M. & Benyaya, J. (2014) "Psychotropes et urgences" in B. Millet, Vanelle, J. M. & Benyaya, J., *Prescrire les psychotropes*, (2e édition), éditions Elsevier-Masson, pp. 353-360.

Minare, M. (2009) *Le DSM-roi, la psychiatrie américaine et la fabrique des diagnostics*, Paris, 2013.

Missa, J-N (2006) *Naissance de la psychiatrie biologique*, éd. PUF, Paris.

Moine, A. (2010) « Les entraves légales à la volonté de mourir » in *La mort et le droit*, sous la direction de Bruno Py, coll. Santé, qualité de vie et handicap, Presses universitaires de Nancy, p. 259.

Montero, E. (2013) *Rendez-vous avec la mort – dix ans d'euthanasie légale en Belgique*, Anthémis, Limal.

Moreau, D. (2010) « Contraindre pour soigner ? Le care à l'épreuve de la contrainte dans un service d'hospitalisation psychiatrique » in Crignon, C. & Gaille, M. *Qu'est-ce qu'un bon patient ? Qu'est-ce qu'un bon médecin ?* Éditions Seli Arslan, Paris.

Mormont, C. (2003) *Les délinquants sexuels. Théories, évolution et traitements*, Paris : Frison-Roche, coll. « Psychologie vivante ».

Moullec, G. (2017) « Le nouveau cadre de la politique de santé mentale et l'organisation des soins psychiatriques » in *Modernisation du système de santé, un an d'application de la loi du 26 janvier 2016*, Les cahiers de droit de la santé, sous la direction de G. Nicolas et V. Vioujas, LEH Editions, p. 70.

Mucchielli, L. (2011) *L'invention de la violence*, éditions Fayard, Paris, p. 11-15.

Najman, T. (2015) *Lieu d'asile – Manifeste pour une autre psychiatrie*, préface du Pr Pierre Delion, éditions Odile Jacob.

Nezelgang, V. & Frost, C. (2006) *Soigner à tout casser. La dignité de la personne à l'épreuve de la psychiatrie lourde*, éd. Bernard Gilson, Bruxelles.

Ngampio, U. (2014) « La responsabilité des établissements de santé publics pour violation du

secret médical des patients hospitalisés » in *Mélanges en l'honneur de Jean-Marie Clément. Enseignement, Hôpital, Médecine*, Bordeaux, LEH Editions, pp. 367-378.

Nicolas, G. (2017) « L'évolution des droits des patients, approche transversale » in *Modernisation du système de santé, un an d'application de la loi du 26 janvier 2016*, Les cahiers de droit de la santé, sous la direction de G. Nicolas et V. Vioujas, LEH Editions, p. 161.

Oury, J. (1966) « Peut-on encore parler de réunion ? » in *Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle*, éd. Du Champ social, Lecques, p. 155.

Oury, J. (1976) « Thérapeutique institutionnelle » in *Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle*, éd. Payot.

Oury, J. (1985) *Le Collectif : Le Séminaire de Sainte-Anne (1984-1985)*, Paris, Champ social 2005.

Oury, J. (1990) « Pathique et fonction d'accueil en psychothérapie institutionnelle » in *Le contact*, éd. Par Schotte J., éd. De Boeck, Bruxelles.

Oury, J. (1992) « Formation et institutions psychiatriques » in *Formation et institutions soignantes*, dir. M. Sapir, éd. La Pensée sauvage, Grenoble.

Oury, J. (1992) *L'aliénation*, séminaire de Saint-Anne, collection Débats, éd. Galilée.

Oury, J. (2000) « Rencontre et inférences abductives » in *La recontre*, éd. Par Thierry Gouel d'Allondans et Liliane Goldsztaub, éd. Arcanes, Strasbourg, pp. 43-52.

Oury, J. & Depussy, M. (2003) *A quelle heure passe le train ? Conversations sur la folie*, éd. Calmann-Lévy, Paris.

Pelisse, J., Protais, C., Larchet, K. & Charrier, D. (2012) *Des chiffres, des maux et des lettres* (Eds.) Paris, Armant Colin : Une sociologie de l'expertise judiciaire en économie, psychiatrie et traduction.

Peltier, V. (2012) « Expertise et dangerosité : le nouveau statut juridique de l'expertise en matière de lutte contre la récidive » in *Mélanges en l'honneur de J-H Robert*, Paris : LexisNexis.

Perron, R. (2014) *Histoire de la psychanalyse*, éd. PUF, coll. « Que sais-je ? », Paris, 5e éd., p. 3-9.

Pignarre, P-H (2001) *Comment la dépression est devenue épidémie*. Paris, Hachette.

Pignarre, P-H (2003) *Le grand secret de l'industrie pharmaceutique*, Paris, La Découverte.

Pinel, P. (1800) *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie*, éd. Richard, Caille et Xavier, Paris.

Ponchon, F. (1998) *Le secret professionnel à l'hôpital et l'information du malade*, éd. Berger-Levrault, p. 87.

Portes, L. (1950) "Du consentement à l'acte médical – Communication à l'Académie des Sciences Morales et Politiques, 30 janvier 1950" in *A la recherche d'une éthique médicale*, Paris, Masson et PUF, 1955, p. 163.

Pradel, J., Danti-Juan, M. (2014) *Droit pénal spécial*, 6^e édition, Paris, Cujas, n°320, p. 553.

Py, B. (1999) *Le sexe et le droit*, PUF, coll. « Que sais-je ? », n°3466, p. 54 et s.

Py, B. (2014) « Le secret professionnel » in VIALLA, F. dir. *Les grandes décisions du droit médical*, LGDJ, 2^e éd. 2014, pp. 305-318.

Quétel, C. (2009) *Histoire de la folie de l'Antiquité à nos jours*, éditions Taillandier, Paris.

Rassat, M-L (2001) *Droit pénal spécial, Infractions de et contre les particuliers*, 3^e éd., Paris, Dalloz, n°399.

Rayneau, J. (1923) *Notice sur l'établissement psychothérapeutique de Fleury-les-Aubrais (Loiret)*, Orléans : Imprimerie orléanaise.

Rechtman, R. (2010) « De la psychiatrie à la régulation sociale in Chiland, C., Bonnet, C., Braconnier, A. *et al*, Paris, éd. Erès.

Renault, A. & Boles, J-M. (2010) « La personne de confiance » in *Enjeux éthiques en réanimation* sous la direction de L. Puybasset, Ed. Springer, p. 81.

Ricci, J.-C. (2016) « Le Service public hospitalier, outil de performance ? » in *Modernisation du système de santé, un an d'application de la loi du 26 janvier 2016*, Les cahiers de droit de la santé, sous la direction de G. Nicolas et V. Vioujas, LEH Editions, p. 81.

Rifkin, J. (2000) *L'âge de l'accès. La révolution de la nouvelle économie*. Paris, La Découverte.

Roelandt, J-L (2016) *L'expérimentation des médiateurs de santé pairs, une révolution tranquille*, éditions John Libbey Eurotext.

Roudinesco, E. (2004) *Le patient, le thérapeute et l'Etat*, Paris, éd. Fayard.

Rouillon, F., Fagnani, F., Duburcq, A. & Falissard, B. (2004) *Etude épidémiologique sur la santé mentale des personnes détenues en prison*, rapport de l'INSERM.

Roujou De Boubée, G., Bouloc, B., Francillon, J., Mayaud, Y. (1996) *Code pénal commenté article par article*, Livre I à IV, Paris, Dalloz, p. 404.

Saison-Demars J. (2015) « Le suicide d'un détenu : Aux frontières des responsabilités hospitalière et pénitentiaire » in *Mélanges en l'honneur de Gérard Mémeteau. Droit médical et éthique médicale : regards contemporains*, Bordeaux, LEH Editions, pp. 141-145.

Sandon, L. (1865) *Plaidoyer de Léon Sandon, avocat, ancien avocat général, contre les médecins Tardieu, Blanche, Parchappe, Foville, Baillarger et Mitivié*, Bruxelles, éd Mertens et fils.

Sannier, O. (2014) « Détenition et vulnérabilité : Quelles compensations des situations de handicap en milieu carcéral ? » *Santé et Justice*, éd. L'Harmattan, champ pénitentiaire.

Savatier, R., Auby, J-M & Péquinot (1956) *Traité de droit médical*, Litec.

Schamps, G. (2013) « Les missions légales des proches pour une autonomie effective du patient en fin de vie » in Feuillet-Léger, B., *Les proches et la fin de vie médicalisée*, éd. Bruylant, Bruxelles, pp. 139-173.

Sémelaigne R. (1890) *Du restraint et du non-restraint en Angleterre, par le Dr. René Sémelaigne*. Paris : Lecrosnier et Babé.

Senon, J. L., Pascal, J. C. & Rossinelli, G. (2007) *Expertise psychiatrique pénale : Audition publique*. Montrouge : Editions J. Libbey.

Simon, H. (1929) *Une thérapeutique plus active à l'hôpital psychiatrique*, éd. Walter de Gruyter, Berlin et Leipzig, trad. fr. hôpital psychiatrique de Saint-Alban.

Sirota, A. (2005) « Le renoncement narcissique auquel le travail en équipe oblige est-il possible ? » in D. Manière, M. Aubert, F. Mourey, S. Outata (sous la direction de) *L'interprofessionnalité en gérontologie. Travailler ensemble : des théories aux pratiques*, éd. Erès, Toulouse, p. 87.

Sudres, J-L. (2005) *Soigner l'adolescent en thérapie*, éd. Dunod, Paris.

Szasz, T. (1961) *Le mythe de la maladie mentale*, Paris, éd. Payot.

Théron, S. (2017) *Les soins psychiatriques sans consentement*, Dunod, 2017, Aide-mémoire.

Tonka, P. (2013) *Dialogue avec moi-même – Un schizophrène témoigne*, présenté et commenté par Philippe Jeammet, éditions Odile Jacob.

Tosquelles, F. (1967) « Introduction à la seconde édition », *Le travail thérapeutique en psychiatrie*, Toulouse, éd. Erès.

Tosquelles, F. (1967) *Le travail thérapeutique à l'hôpital psychiatrique*, éd. Scarabée, Paris, réédité sous le titre *Le travail thérapeutique en psychiatrie*, éd. Erès.

Tosquelles, F. (1992) *L'enseignement de la folie*, éditions Dunod.

Trousseau, R. (1979) *Voyages au pays de nulle part. Histoire littéraire de la pensée utopique*, Bruxelles : Université Libre de Bruxelles.

Truchet, D. (2015) « Le secret médical, obligation obsolète ou exigence actuelle ? » in *Mélanges en l'honneur de Michel Bélanger*, dir. E. Cadeau, E. Mondielle, F. Violla, LEH Editions, p. 328.

Viaux, J. L. (2011) *Les expertises en psychologie légale*. Révigny sur Ornain : Les éditions du Journal des Psychologues.

Villerbu, L. & Lameyre, X. (2009) *La co-construction expertale. Déconstruction d'une relation paradoxale*. Paris : Mission de recherche Droit et Justice.

Virriot-Barrial, D. (2012) « Le secret médical dans la matière pénale, un secret protégé ou bafoué » in LECA, A. dir. *Le secret médical*, CDSA, Bordeaux, LEH Editions, p. 67.

Vitu, V. A. (1999) « Dignité de la personne et procès pénal » in *Ethique, droit et dignité de la personne, mélanges Christian Bolze*, Economica, p. 387.

Weiner, D. B. (1999) *Comprendre et soigner : Philippe Pinel (1745-1826), la médecine de l'esprit*. Paris : Librairie Arthème Fayard, coll. « Penser la médecine ».

Williate-Pellitteri L. (2017) « Du colloque singulier à la médecine numérique : quel rôle pour le magistrat ? » in *La médecine judiciaire d'hier à aujourd'hui : regards croisés*, sous la direction de S. Humbert, P. Galanopoulos et A. Lunel, Actes et séminaires, LEH Editions, p. 92.

Zarifian, E. (1994) *Des paradis pleins la tête*, Paris, éd. Odile Jacob.

Zarifian, E. (1996) *Le prix du bien-être*, éditions Odile Jacob.

Zarka, Y. C. (2007) *Les Intempestifs, critique des nouvelles servitudes*, Paris, PUF.

Zorn, C. (2010) *Données de santé et secret partagé. Pour un droit de la personne à la protection de ses données de santé partagées*, PUN.

Zorn, C. (2013) in Vialla, F., *Les grands avis du Comité d'éthique*, dir., LGDJ, p. 748.

Zumbrunnen, R. (1992) *Psychiatrie de liaison. Consultation psychiatrique à l'hôpital général*, Paris, France. Editions Masson.

Ouvrages et traités en anglais

Abel, K. M., Edge, D., McNair, L., Wilson, H., Meacock, R., Walker, T., Senior, J., Shaw, J. & Sutton, M. (2012) *The WEMSS Report: A clinical, economic and operational evaluation of the pilot for women's enhanced medium secure services (WEMSS)*. Informing Secure Pathways for Women Department of Health HMSO.

Adler, L. (2006) *Scattered minds: Hope and help for adults with attention deficit hyperactivity disorder*. New York, NY: G.P. Putnam's Sons.

Ahmed, E. (2001) *Shame management through reintegration*. Cambridge: Cambridge University Press.

Allen, H. (1987) *Justice Unbalanced: Gender, Psychiatry and Judicial Decisions*. Milton Keynes, Bucks: Open University Press.

Almquist I. & Dodd, E. (2009) *Mental health courts: A guide to research-informed policy and practice*. New York: Council of State Governments Justice Centre.

Alty, A. & Mason, T. (1994) "Patients' view about seclusion" in A. Alty & T. Mason (Eds.) *Seclusion and Mental Health: A break with the past* (pp. 161-173). London: Chapman and Hall.

Anderson, M. & Taylor, H. (2009) *Sociology: The essentials*. Belmont: Thomson Wadsworth.

Andrews, D. A. (2012) "The risk-need-responsivity (RNR) model of correctional assessment and treatment" In J. A. Dvoskin, J. L. Skeem, R. W. Novaco & K. S. Douglas (Eds.) *Using social science to reduce violent offending* (pp. 127-156). New York, NY: Oxford University Press.

Andrews, D. A. and Bonta, J. (1998) *The Psychology of Criminal Conduct*, 2ND ed. Cincinnati, OH: Anderson.

Andrews, D. A. & Bonta, J. (2003) *The psychology of criminal conduct* (3rd ed.). Cincinnati, OH: Anderson.

Andrews, G. & Baldry, E. (2013) "Mental health frequent presenters: Key concerns, case management, approaches and policy and programme considerations for emergency services" *Policy and the mentally ill: International Perspectives*. Boca Raton, FL: CRC Press, 197-218.

Appelbaum P. S. (1994) *Almost a Revolution: Mental Health Law and the Limits of Change*. New York: Oxford University Press.

Appelbaum, P. S. & Gutheil, T. G. (2007) *Clinical handbook of psychiatry and the law* (4th ed.) Baltimore, MD: Lippincott, Williams & Wilkins.

Bancroft, J. (1989) *Human sexuality and its problems* (2nd ed.) Edinburgh: Churchill Livingstone.

Barnard, J. (2010) "The person" In D. Thomasma, D. Weisstub, & C. Hervé (Eds.) *Personhood and Health Care* (pp. 55-58). Dordrecht: Kluwer.

Barrios Flores, L. F. (2008) "Coerción en psiquiatría" In Otero Perez (Ed.) *Psiquiatría y Ley. Guía para la práctica clínica* (pp. 71-123). Madrid, Spain: EDIMSA Publisher.

Bean P., (1980) *Compulsory Admissions to Mental Hospitals*. Chichester, Sx: John Wiley.
Beauchamp, T. L. & Childress, J. F. (2008) *Principles of Biomedical Ethics*. New York: Oxford University Press.

Beck, A. T. & Freeman, A. (1990) *Cognitive Therapy of Personality Disorders*. New York: Guilford.

Beck, J. S. (2011) *Cognitive behavioural therapy: Basics and beyond*. New York, NY: The Guilford Press.

Bell, S. & Brookbanks, W. (1998) *Mental health law in New Zealand*. Wellington: Brookers.

Benson, H. (1976) *The Relaxation Response*. New York: William Morrow.

Berlin, F. (2000) "The aetiology and treatment of sexual offending" In Fishbein DH, editor, *The science, treatment and prevention of antisocial behaviours: Application to the criminal justice system*. New Jersey: Civic Research Institute, 15-21.

Beumont (Eds.) *Treating eating disorders: Ethical, legal and personal issues* (pp. 1-29). London: Athlone.

Beutler, L. E., Goodrich, G., Fisher, D. and Williams, O. B. (1999) "Use of psychological tests/Instruments for treatment planning" in Maruish, M. E. (ed.) *The Use of Psychological Testing for Treatment Planning and Outcomes Assessment*, 2nd ed. Mahwah, NJ. Lawrence Erlbaum, pp. 81-113.

Bhugra, D. & Bhui, K. (2001) *Cross-cultural psychiatry: a practical guide*. London: Arnold.
Bland, R., Renouf, N. & Tullgren, A. (2009) *Social work practice in mental health*. Sydney: Allen & Unwin.

Bosworth, H. D. (2006) *Patient treatment adherence: Concepts, interventions and measurements*. New York: Routledge.

Bowden, P. (1990) "The European Convention on Human Rights" in Blugass, R., Bowden, P. (eds) *Principles and Practice of Forensic Psychiatry*. London: Churchill Livingstone.

Bowlby, J. (1969) *Attachment and loss. Attachment* (Vol. 1). New York, NY: Basic Books.

Brooks, A. D. (1987) "Outpatient commitment for the chronically mentally ill: law and policy" in Mechanic D. (ed) *Improving mental health services: what social sciences tell us. New directions for mental health services*, no 36. San Francisco: Jossey-Bass, 117-128.

Brown, A. & Caddick, B. (1993) Groupwork with offenders: Approaches and issues. In A. Brown & B. Caddick (Eds.) *Groupwork with offenders*. (pp. 2-14). London: Whiting and Birch.

Buchanan, A. E. & Brock, D. W. (1989) Chapter 1: Competence and incompetence. *Deciding for others: The ethics of surrogate decision making* (pp. 17-86). Cambridge: Cambridge University Press.

Bugenthal, D. (2009) "Predicting and preventing child maltreatment: A bio cognitive transactional approach." In A. Samerof (Ed.) *The transactional model of development: How children and contexts shape each other* (pp. 97-115). Washington, DC: American Psychological Association.

Bullens, R. A. R. (2007) "Kijken naar kinderporno op internet: 'onschuldige' drang?" In A. Ph. Van Wijk, R. A. R.

Bullens & P. Van Der Eshof (Eds.) *Facetten van Zedencriminaliteit* (pp. 431-439). Den Haag : Elsevier.

Burt, M. R. (1992) *Over the edge*. Russell Sage Foundation, New York Publishing.

Burt, M. R., Aron, L. Y. & Lee, E. (2001) *Helping America's homeless: Emergency shelter or affordable housing?* (pp. 23-53). Washington, DC: The Urban Institute.

Butler, J. (1992) *Patients, Policies and Politics: Before and After 'Working for Patients'*. Buckingham: Open University Press.

Butters, M., Salmon, D. & Butters, N. (1994) "Neuropsychological assessment of dementia" In M. Storandt & G. VandenBos (Eds.) *Neuropsychological assessment of dementia and depression in older adults: A clinician's guide* (pp. 33-59). Washington, DC: American Psychological Association.

Calhoun, L. G. & Tedeschi, R. G. (Eds.) (2006) *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Carkuff, R. R. & Berenson, B. (1977) *Beyond counselling and therapy*. US: Thomson Learning.

Carlson, N. R. (2008) *Foundations of physiological psychology* (7th ed.) Boston: Allyn and Bacon.

Cassel, E. J. (1991) *The nature of suffering and the goals of medicine*. New York: Open University Press.

Cavadino, M., (1989) *Mental Health law in context: doctors' orders?* Aldershot, Hants: Dartmouth.

Chartres, D. & Brayley, J. (2010) *Office of the Public Advocate South Australia: Submission to the productivity commission inquiry into disability care and support*. Collinswood: Office of the Public Advocate.

Clark, S. J. (1869) *A memoir of John Conolly, M. D., D. C. L., comprising a sketch of the treatment of the insane in Europe and America*, Londres : John Murray.

Clarke, D. (2000) *Theory manual for enhanced thinking skills*. London: Home Office Joint Accreditation Panel.

Clasen, J., Gould, A. and Vincent, J. (1997) *Long-Term Unemployment and the Threat of Social Exclusion*. Bristol: Policy Press.

Cohen-Almagor, R. (2001a) *The right to die with dignity: An argument in Ethics, Medicine and Law*. Piscataway, NJ: Rutgers University Press.

Cohen-Almagor, R. (2004) *Euthanasia in the Netherlands: The Policy and Practice of Mercy Killing*. Dordrecht: Springer-Kluwer.

Cook, J. & O'Day, B. (2006) *Supported employment: A best practice for people with psychiatric disabilities* (Policy brief). Washington, DC: Cornell University, Rehabilitation Research and Training Centre on Employment Policy for Persons with Disabilities.

Cook, M. (2013) *Belgian Euthanasia: Not such a big deal?* Bioedge.

Conlon, L., Gage, A. & Hillis, T. (1995) "Managerial and nursing perspectives on the response to inpatient violence". In J. H. M. Crichton (Ed.) *Psychiatric patient violence: Risk and*

response (p. 81-96). London: Duckworths.

Conolly, J. (1830) *An inquiry concerning the indications of insanity, with suggestions for the better protection and care of the insane*, Londres, J. Taylor.

Conolly, J. (1847) *On the construction and government of lunatic asylums and hospitals for the insane*. Londres : J. Churchill.

Conolly, J. (1849) *The Croonian lectures delivered at the Royal College of Physicians, London, in 1849: On some of the forms of insanity*, Londres : Savill & Edwards.

Conolly, J. (1856) *The treatment of the insane before and after the advent of moral management*. Londres : Smith, Elder & Co.

Corey, G. (2005) *Theory and practice of counselling and psychotherapy* (5th ed.). Belmont, CA: Thompson Brook/Cole.

Corrigan, P. W. & Watson, A. C. (2005) "Mental illness and dangerousness: Fact or misperception, and implications for stigma" In P. W. Corrigan (Ed.) *On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change* (pp. 165-179). Washington, DC: American Psychological Association.

Cowans, G. J., Campbell, N., Alm, R., Dye, A., Astell and M. Ellis (2004) "Designing a multimedia conversation aid for reminiscence therapy in dementia care environments" In *Proceedings CHI'04 Extended Abstracts on Human Factors in Computing Systems*, by E. Dykstra-Erickson & M. Tscheligi, pp. 825-836. New York.

Cummings, J. & Benson, D. (1992) *Dementia: A clinical approach*. Stoneham, MA: Butterworth.

De Beurs, E. & Barendregt, M. (2008) *Mogelijkheden voor therapie-effectonderzoek in de tbs-sector: komen tot een evidence base onder zorgprogramma's [Possibilities for therapy effect-research in the tbs-sector: to achieve an evidence base for treatment programs]*. Utrecht, The Netherlands: NIFP.

Dell, S. and Robertson, G., (1988) *Sentenced to Hospital: Offenders in Broadmoor*. Maudsley Monograph No 32. Oxford: Oxford University Press.

Demos, J. N. (2005) *Getting started with neurofeedback*. New York: W. W. Norton & Company.

Dennis, D. & Monahan, J. (1996) "MacArthur coercion study. Coercion and aggressive community treatment: A new frontier" in *Mental Health Law* (Plenum Press).

Derogatis L. R. and Lynn, L. L. (1999) "Psychological tests in screening for psychiatric disorder" in Maruish M. E. (ed.) *The Use of Psychological Testing for Treatment Planning and Outcomes Assessment*, 2nd ed. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum, pp. 41-79.

Diamond, R. J. (1996) «Coercion and tenacious treatment in the community. Applications to the real world» in Dennis, D. L. & Monahan, J., *Coercion and aggressive treatment: A new frontier in mental health law*, New York, Plenum Press, 1996, pp. 51-72.

Di Martino, V. (2003) *Relationship between work stress and workplace violence in the health sector*. Geneva: World Health Organisation.

Dolan B. and Coid J. (1993) *Psychopathic and Antisocial Personality Disorders*. London: Gaskell.

D'Onofrio, A. & Balzano, J. (2009) "Wounding the body in the hope of healing the spirit: Responding to adolescents who self-injure" In *International handbook of education for spirituality, care and wellbeing* (1st ed., p. 961). Netherlands: Springer.

Duerden, M., Avery, T., Payne, R. (2013) *Polypharmacy and medicines optimisation. Making it safe and sound*. London: The King's Fund.

Dworkin, R. (2011) *Life's dominion: An argument about abortion, euthanasia and individual freedom*. New York: Vintage.

Epperson, M. W., Canada, K. E. & Lurigio, A. J. (2013) "Mental health court: One approach for addressing the problems of persons with serious mental illnesses in the criminal justice system" In: J. B. Helfgott (Ed.) *Criminal Psychology* (Vols. 1-4, pp. 367-392). Westport, CT: Praeger.

Evans, A. C. (2013) *Mental health's great grey area*. Philadelphia Inquirer.

Faden, R. R. & Beauchamp, T. I. (1986) *A history and theory of informed consent*. New York: Oxford University Press.

Farrington, D. P. (1993) "Understanding and preventing bullying" in Tonry, M. (ed.) *Crime and Justice: A Review of Research*. Chicago: University of Chicago Press.

Fennell, P. (1996) *Treatment without Consent: Law, Psychiatry and the Treatment of Mental Disordered People since 1845*. London: Routledge.

Fennell, P. (2010) "Institutionalising the community: The codification of clinical authority and the limits of rights-based approaches" In B. McSherry, & P. Weller (Eds.) *Rethinking rights-based mental health laws* (pp. 13-50). Oxford and Portland, Oregon: Hart Publishing.

Fenton, W. S. & McGlashan, T. H. (2000) "Schizophrenia: Individual psychotherapy" In B. J. Sadock & V. A. Sadock (eds.) *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 7th ed. Philadelphia: Lippencott, Williams & Wilkins, pp. 1217-1231.

Fletcher, J. (1998) "Attitudes towards suicide" In J. Donnelly (Ed.) *Suicide: Right or wrong?* (pp. 57-66) (2nd Ed.) New York: Prometheus Books.

Foley, K. M. & Gelband, H. (2001) *Improving palliative care for patients: Summary and recommendations*. Washington, DC: The National Academies Press.

Folstein, M., Folstein, S., McHugh, P. & Fanjiang, G. (2001) *Mini-Mental State Examination user's guide*. Odessa, FL : Psychological Assessment Resources.

Foolen, N., Ince, D. & De Baat, M. (2012) *Wat werkt bij gedragsproblemen en gedragsstoornissen ?* [What works for conduct problems and disorders?] Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

Foss, A. & Trick, K. (1989) *St Andrew's Hospital, Northampton : The first one hundred and fifty years, 1838-1988*, Cambridge : Granta Editions.

Foucault, M. (Ed.) (1991) *Discipline and Punish: The Birth of the Prison*. London: Penguin Books.

Frank, E. (2000) *Gender and its effects on psychopathology*. Washington DC: American Psychiatric Press Incorporated.

Freeman, W. & Watts, J. W. (1942) *Psychosurgery: Intelligence, emotion and social behavior following prefrontal lobotomy for mental disorders*, Springfield, Charles C. Thomas.

Freire, P. (2000) *Pedagogy of the oppressed*. New York, NY: The Continuum Publishing Company, 164.

Gallois, C., Ogay, T. & Giles, H. (2005) "Communication accommodation theory: A look back and a look ahead" In W. Gudykunst (Ed.) *Theorizing about intercultural communication* (pp. 121-148). Thousand Oaks, CA: Sage.

Galton, F. (1908) *Memories of my life, by Francis Galton*. Londres : Methuen.

Garland, D. (2002) *The culture of control: Crime and social order in contemporary society*. Chicago: University of Chicago Press.

Gardner, R. J. M. & Sutherland, G. R. (2004) *Chromosome abnormalities and genetic counselling* (3rd ed.) New York: Oxford University Press.

Garrido, V., Esteban, C., and Molero, C., (1996) 'The effectiveness in the treatment of psychopathy: a meta-analysis', in Cooke D. J., Forth A. E., Newman, J., and Hare, R. D. (eds) *International Perspectives on Psychopathy*. Issues in Criminological and Legal Psychology, no. 24. Leicester: British Psychological Society.

Gendreau, P., Goggin, C. & Gray, G. (2000) *Case need review: Employment domain*. Saint John, NB: University of New Brunswick Centre for Criminal Justice Studies.

Giddens, A. (1992) *The transformation of intimacy: Sexuality, love and eroticism in modern societies*. Cambridge: Policy Press.

Gillett, G. (2012) "How do I learn to be me again? Autonomy, life skills and identity" In I. Radoilska (Ed.) *Autonomy and mental disorder* (pp. 233-251). Oxford: University Press.

Glenmullen, J. (2000) *Prozac Backlash*. New York: Simon & Schuster.

Glover-Thomas, N. (2002) *Reconstructing mental health law and policy*. London: Butterworths.

- Goffmann, E. (1961) *Asylum: Essays on the social situations of mental patients and other inmates*. New York.
- Goffmann, E. (1963) *Stigma: Notes in the management of spoiled identity*. New York: Prentice-Hall.
- Gold, L. H. & Shuman, D. W. (2009) *Evaluating mental health disability in the workplace*. Springer.
- Goldstein, H. (1990) *Problem-solving policing*. Philadelphia, Pa: Temple University Press.
- Gostin, L. (1985) *Mental Health Services Law and Practice*. London: Shaw & Sons.
- Gourney, K. (2001) *The Recognition, Prevention and Therapeutic Management of Violence in Mental Health Settings: a UKCC Consultation Exercise*. London: UKCC.
- Gourney, K. (2005) "The changing face of psychiatric nursing" *Advances in Psychiatric Treatment*. 11, 6-11.
- Grassley, C. (2008) *Congressional record*, vol. 154 (p. S2320-S2321).
- Gray, J. E., Shone, M. A. & Liddle, P. F. (2000) *Canadian mental health law and policy* (pp. 207-209). Toronto: Butterworths.
- Gray, R., David, A. & the Quatro Research Group (2003) *Adherence therapy manual: Version IV*. Unpublished manuscript.
- Greenfield, D. P. & Gottschalk, J. A. (2009) *Writing forensic reports: A guide for mental health professionals*. New York, US: Springer Publishing Co.
- Greer, A., O'Regan, M. & Traverso, A. (1996) "Therapeutic jurisprudence and patients' perceptions of procedural due process of civil commitment hearings" In D. B. Wexler, & B. J. Winick (Eds.) *Law and Therapeutic Key*. Durham, NC: Academic Press.
- Griffiths, R. & Russell, J. (1998) In W. Vandreycken & P. Beumont (Eds.) *Treating eating disorders: Ethical, legal and personal issues* (pp. 127-150). New York: New York University Press.
- Gross-Tsur, V. & Shinnar, S. (1996) "Discontinuing antiepileptic drug treatment" in E. Wyllie, ed. *The treatment of epilepsy* (pp. 799-807). 2nd ed. Baltimore, MD: Williams & Wilkins.
- Groth, N. (1983) "Treatment of the sexual offender in a correctional institution". In: J. G. Greer & I. R. Stuart (Eds.), *The Sexual Aggressor: Current Perspectives on treatment*. New York, NY: Van Nostrand Reinhold.
- Gruenberg, P. B. (2001) "Boundary violations" in *Ethics Primer of the American Psychiatric Association*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Gudjonsson, G. H. (1992) *The Psychology of Interrogations, Confessions and Testimony*.

Chichester, Sx: Wiley.

Gudjonsson, G. H. & Howard, L. R. C. (1998) *Forensic Psychology: a guide to practice*. London: Routledge.

Guerra, N. G., Kim, T. E. & Boxer, P. (2008) "What works: Best practices with juvenile offenders" In R. D. Hoge, N. G., Guerra & P. Bower (Eds.) *Treating the juvenile offender* (pp. 70-102). New York: The Guilford Press.

Habermeyer, E., Rachvoll, V., Felthous, A. R., Bukhanowsky, A. O. & Gleyzer, R. (2007) "Hospitalization and civil commitment of individuals with psychopathic disorders in Germany, Russia and the United States" In A. R. Felthous & H. Sass (Eds.) *The international handbook of psychopathic disorders and the law, volume II, laws and policies* (pp. 35-60). Chichester, UK: John Wiley and Sons, Ltd.

Hammersley, M. & Atkinson, K. (1995) *Ethnography: principles in practice*. (2nd ed.) London: Routledge.

Hancock, L. & Gant, F. (2008) *Tasers: A brief overview of the research literature*. Crime and Misconduct Commission, Queensland.

Hanson, R. K. (2003) "Who is dangerous and when are they safe? Risk assessment with sexual offenders" in *Protecting society from Sexually Violent Offender: Law, Justice and Therapy*, by B. J. Winick & J. W. LaFond (eds).

Hanson, R. K. & Morton-Bourgon, K. (2004) *Predictors of sexual recidivism: An updated meta-analysis (User Report 2004-02)*. Ottawa: Public Safety and Emergency Preparedness Canada.

Hardy, S. & Gray, R. (2012) *Primary care guide mental health*. London: M&K Update Ltd.

Harris, G. & Rice, M. E. (2006) "Treatment of psychopathy: A review of empirical findings". In C. Patrick (Ed.) *Handbook of Psychopathy* (pp. 555-572). New York: Guilford.

Harvey, R. H. (1949) *Robert Owen, social idealist*. Berkeley : University of California Press.

Healy, D. (2002) *The creation of Psychopharmacology*. Cambridge: Harvard University Press.

Hearnshaw, L. S. (1964) *A short history of British psychology 1840-1940*. New York : Barnes & Noble.

Heilbrun, K. (2009) *Evaluation for risk of violence in adults. Best practices in forensic mental health assessment*. Oxford, NY: Oxford University Press.

Heinrichs, M., Chen, F. S., Domes, G. & Kumsta, R. (2013) "Social stress and social support" In J. Armony & P. Vuilleumier (Eds.) *Human Affective Neuroscience* (pp. 509-532). New York: Cambridge University Press.

Helmchen, H. (2010) "Informed consent in psychiatric practice" In H. Helmchen & N. Sartorius (Eds.) *Ethics in psychiatry* (pp. 139-146). Dordrecht: Springer.

Hemigway, C. (1996) *Special Women? The experience of women in the Special Hospital system*. Aldershot, Hants: Avebury.

Hemingway, S. M., McAllister, M., Bailey, K. *et al* (2003) 'Focus on nurse prescribing in mental health care: What can the USA teach us?' *The Nurse Prescriber*, London.

Herzog-Evans, M. (2014) *French re-entry courts and rehabilitation: Mister Jourdain of desistance*. Paris: l'Harmattan.

Heyd, D. & Bloch, S. (1991) "The ethics of suicide" In S. Bloch & P. Chodoff (Eds.) *Psychiatric ethics* (pp. 243-264) (2nd ed.) Oxford: Oxford University Press.

Hickey, E. (Ed.) (2003) *Encyclopaedia of murder and violent crime*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.

Hodgkinson, R. G. (1967) *The origins of the National Health Service. The medical services of the new Poor Law 1834-1845*. Londres : Wellcome Historical Medical Library.

Hoge, R. D. & Andrews, D. A. (2002) *The Youth Level of Service/Case Management Inventory*. Toronto, ON: Multi-Health Systems.

Hoggett, B. (1996) *Mental Health Law*. London: Sweet & Maxwell.

Hudson, D., James, D., Etherington D., and Harlow, P. (1995) *Psychiatric Intervention at the Police Station*. London: Riverside Mental Health.

Hughes, J. C. (2011) *Alzheimer's disease and other dementias: The facts*. Oxford: University Press.

Hunter, R. A. & McAlpine, I. (1963) *Three hundred years of psychiatry, 1535-1860 : A history presented in selected English texts*, Oxford : Oxford University Press.

Hunter, R. & McAlpine, I. (1973) *Introduction to John Connolly, An inquiry concerning the indications of insanity, fac-simile edition*, Folkestone : Dawnsions of Pall Mall.

Hyer, L., Molinari, V., Mills, W. & Yeager, C. (2008) "Older adults: Personologic assessment and treatment" (pp. 325-398) in T. Millon (Ed) *Personality-driven treatment*. New York: Wiley.

Ireland, J. L. (2002a) *Bullying among Prisoners: Review of Research and Recommendations for Intervention*. London: Brunner-Routledge.

Irons, A. (2003) "No treatment unless for a classified disorder" *Capsticks Mental Health Law Newsletter* (p. 1). London: Capsticks Solicitors.

Jacobson, E. (1962) *You Must Relax* (4th edition). New York: McGraw-Hill.

Jacoby, R. (1997) "Psychiatric aspects of crime and the elderly" in Jacoby, R. and Oppenheimer, C. (eds) *Psychiatry in the Elderly*. Oxford: Oxford University Press, pp. 749-760.

- Janssen, P. (1980) « The butyrophenone story » in Frank J. Ayd, *Haloperidol Update*, AYD Medical Communications, Baltimore, Maryland, pp. 1-14.
- Janus, E. J. (2006) *Failure to protect: America's Sexual Predator Laws and the rise of the preventive State*. Cornell University Press.
- Jehu, D. (1994) *Patients as Victims: Sexual Abuse in Psychotherapy and Counselling*. London: Wiley.
- Joiner, T. (2005) *Why people die by suicide*. Cambridge, MA. Harvard University Press.
- Jones, K. (1960) *Mental health and social policy, 1845-1959*. Londres, Routledge.
- Jones, K. (1998) *Lunacy. Law and conscience, 1744-1845 : The social history of the care of the insane*. London: Routledge.
- Jones, M. & Marks, C. (1998) "The limitations on the use of law to promote rights: An assessment of the Disability Discrimination Act 1992" in *Justice for people with disabilities*, M. Hauritz, C. Sampford & S. Blencowe (Eds.), 69.
- Jonsen, A., Siegler, M. & Winslade, W. (2006) *Clinical ethics: A practical approach to ethical decisions in clinical medicine* (6th ed.) The McGraw-Hill Companies, USA.
- Josephides, L. (1997) "Representing the anthropologist's predicament" in A. James, K. Hockey, & A. Dawson (Eds.) *After writing culture: Epistemology and praxis in contemporary anthropology* (pp. 16-33). London: Routledge.
- Kabat-Zinn, J. (1994) *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. (1st edition). New York: Hyperion.
- Kalinowsky, L. B. (1970) « Biological psychiatry treatments preceding pharmacotherapy » in F. J. Ayd & Blackwell B., *Discoveries in biological psychiatry*, éd. Lippincott, Philadelphie, pp. 59-84.
- Kallman (eds) *Family and Mental Health Problems in a Deaf Population*. New York: Columbia University Press.
- Kapp, M. (1992) *Geriatrics and the law: Patient rights and professional responsibilities*. New York: Springer.
- Keltner, N. L., Schwecke, L. H. & Bostrom, C. E. (2007) *Psychiatric nursing*. Philadelphia: Mosby.
- Kemshall, H. (2002) *Risk, social policy and welfare*. Buckingham: Open University Press.
- Keane, T. M. and Kaloupek, D. G. (1997) "Comorbid Psychiatric Disorders in PTSD. Implications for Research" in R. Yehuda and A. C. McFarlane (eds) *Psychobiology of Post-Traumatic Stress Disorder*. New York: Annals of the New York Academy of Sciences.
- Kennard, D. (1998) *An Introduction to Therapeutic Communities* London: Jessica Kingsley.

- Kielhofner, G. (2008) *Model of human occupation: Theory and application* (4th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott, Williams and Wilkins.
- King, T. E. & Wheeler, M. B. (2007) *Medical management of vulnerable and undeserved patients: Principles, practice and populations*. New York: McGraw-Hill Companies, Inc.
- Kirk, S., Gallagher, J. & Coleman, M. (2008) *Educating exceptional children*. Boston, MA: Houghton Mifflin Harcourt.
- Klaber, M. and Falek A. (1963) "Delinquency and Crime", in J. Rainer, K. Altshuler and F. Kallman (eds) *Family and Mental Health Problems in a Deaf Population*. New York: Columbia University Press.
- Kramer, E. (1971) *Art as therapy with children*. New York: Schocken Books.
- Kramer, P. D. (1993) *Listening to Prozac*. New York: Viking.
- Kring, A.M., Davidson, G., Neal, J. M. & Johnson, S. L. (2007) *Abnormal psychology* (10th ed.) Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Kröger, U., Van Beek, D., Van der Wolf, P., Klein Haneveld, E., Van Geest, H. & Gerearts, R. (2014) *Treating psychopathy. A mission impossible? A treatment programme for psychopathic patients in the Van der Hoeven kliniek*. Utrecht, The Netherlands: De Forensische Zorgspecialisten.
- Kuhse, H. (1987) *The sanctity-of-life doctrine in medicine. A critique*. Oxford: Clarendon Press.
- Kupfer, D. J. (2004) "Epidemiology and clinical course of bipolar disorder" In D. J. Kupfer (Ed.) *Bipolar depression: The clinician's reference guide* (pp. 1-14). Montvale, NJ: Dowden Health Media Publication.
- Land, W. B. (1995) in Schwarts, B. K. & Cellini, H. R. (eds.) *The Sex Offender: Corrections, Treatment and Legal Practice*, chapter 18. Civic Research Institute.
- Lane, H. (1992) *The mask of benevolence*. New York: Knopf.
- Langs, R. (1976) *The therapeutic interaction*. New York: Jason Aronson.
- Layard, R., Bell, S., Clark, D. M., Knapp, M., Meacher, M, Priebe, S. & Wright, B. (2006) *A new deal for depression and anxiety disorders*. London: London School of Economics.
- Lazarus, R. (1999) *Stress and emotion: A new synthesis*. London: Free Association Books.
- Leonard, E. (2003) "Stages of gendered disadvantage in the lives of convicted battered women" In B. Bloom (Ed.) *Gendered Justice: Addressing female offenders*. Durham: Carolina Academic Press.
- Levin, F. R., Mariani, J. J. & Sullivan, M. A. (2009) "Co-occurring addiction and attention

deficit / Hyperactivity disorder" In. R. K. Dies, D. A., Fiellin, S. C. Miller & Saitz, R. (4th Ed) *Principles of Addiction Medicine* (pp. 1211-1226), Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins.

Ley, A., Jeffrey, D. P., McLaren, S. & Siegfried, N. (2001) "Treatment programmes for people with both severe mental illness and substance misuse (Cochrane Review)" *The Cochrane Library Issue 2*. Oxford: Update Software.

Lezak, M. D., Howieson, D. B., Loring, D. W., Hannay, H. J. & Fischer, J. S. (2004) *Neuropsychological Assessment (4th ed.)*. New York: Oxford University Press.

Lieb, R. (2003) "State policy perspectives on Sexual Predator Laws" in *Protecting society from sexually dangerous offenders: Law, justice and therapy*, B. J. Winick & J. Q. LaFond (eds.) American Psychological Association Books.

Lind, E. A. & Tyler, T. R. (1988) *The social psychology of procedural justice*. New York, NY: Plenum Press.

Lindsay, M. (1999) "Dilemmas and potential work with sexually abusive young people in residential settings" in M. C. Calder (Ed.) *Working with young people who sexually abuse: New pieces of the jigsaw puzzle*. Dorset, UK: Russell House Publishing.

Linehan, M. M. (1993) *Cognitive Behavioural Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.

Linehan, M. M. (1997) "Behavioural treatments of suicidal behaviour: Definitional obfuscation and treatment outcomes" In D. M. Stoff & J. J. Mann (Eds.) *The neurobiology of suicide: From the bench to the clinic* (pp. 302-328). NY: New York Academy of Sciences.

Livesley, W. J. (2001) *Handbook of personality disorders: Theory, research and treatment*. London: Guilford.

Lockett, H., Secker, J. & Grove, B. (2005) *FST project participants' and their clinicians' perceptions of the impact of having access to work opportunities through the First Step Trust (FST) Project in Broadmoor*. Oxford: Oxford University Press.

Lovestone, S. (2009) "Alzheimer's disease and other dementias (including pseudo-dementias)" In A. David, S. Fleminger, M. D., Kopelman, S. Lovestone & J. D. C. Mellers (Eds.) *Lishman's organic psychiatry. A textbook of neuropsychiatry*. (pp. 543-615). Malden, Mass: Wiley-Blackwell.

Maeck, L. & Stoppe, G. (2008) "Why is competence assessment important? Development of the EDCON consensus statement" In G. Stoppe (Ed.) *Competence assessment in dementia* (pp. 1-9). Wien: Springer-Verlag.

Maier, G. J. & Rybroek, J. V. (1995) "Managing countertransference reactions to aggressive patients" In B. S. Eichelman, & A. C. Hartwig (Eds.) *Patient violence and the clinician*. New York: American Psychiatric Press Inc.

Marks, I. M. (1987) *Fears, Phobias and Rituals: Panic, Anxiety and their Disorders*. Oxford:

Oxford University Press.

Malmberg, L. & Fenton, M. (2002) "Individual psychodynamic psychotherapy and psychoanalysis for schizophrenia and severe mental illness (Cochrane Review)" In: The Cochrane Library, Oxford: Update Software.

Marshall, M. & Lockwood, A. (1998) *Assertive community treatment for people with severe mental disorders*. Cochrane Review 2003.

Marshall, W. L., Anderson, D. & Fernandez, Y. (1999) *Cognitive behavioural treatment of sexual offenders*. Chichester, UK: John Wiley & Sons.

Marson, D., Dymek, M. & Geyer, J. (2000) "Ethical and legal issues of clinical care and research" In C. Clark & T. Trojanowski (Eds.) *Neurodegenerative Dementias*.

Martin, R., Bortz, J. & Snyder, P. (2006) "Epilepsy and nonepileptic seizure disorders" In P. Snyder (Ed.) *Clinical neuropsychology: A pocket handbook for assessment*, pp. 318-350. Washington, DC: American Psychological Press.

McCrone, P., Dhanasiri, S., Patel, A., Knapp, M., Lawton-Smith, S. (2008) "Paying the price: The cost of mental health care in England to 2026", London : *The King's Fund*.

McKeown, G. (2007) "Psychosocial interventions at Ashworth: An occupational delusion. Chapter 4" in D. Pilgram (Ed.) *Inside Ashworth: Professionals reflections of institutional life*. Oxford: Radcliffe Publishing.

McMurrin, M. & Hollin, C. (2002) Series editors' preface, in M. McMurrin (Ed.), *Motivating offenders to change: a guide to enhancing engagement in therapy* (pp. Xii-xv). Chichester, UK: John Wiley & Sons Ltd.

McSherry, B. & Weller, P. (2010) *Rethinking rights-based mental health laws*. Oxford: Hart Publishers.

Meehl, P. (1995) *Clinical versus statistical prediction: A theoretical analysis and a review of the evidence*. Minneapolis: University of Minnesota Press.

Melton, G. B., Petrila, J., Poythress, N. G. & Slobogin, C. (2007) *Psychological evaluations for the courts – A Handbook for mental health professionals and lawyers* (3rd Ed.). New York, N. Y.: Guilford Press.

Millan, B. (2001) *Review of the Mental Health (Scotland) Act 1984*. Edinburgh: Scottish Executive.

Miller, L. (2015) *PTSD and forensic psychology: Applications to civil and criminal law*. Cham, Switzerland: Springer International Publishing.

Miller, W. and Rollnick, S. (1991) *Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behaviour*. New York: The Guilford Press.

Mohoney, M. J. (1957) *Facts from Figures*. Harmondsworth, Mx: Penguin Books.

Monahan, J., Lidz, C., Hoge, S., Mulvey, E., Eisenberg, M., Roth, L., Gardner, W. and Bennett, N. (1999) "Coercion in the provision of mental health services: the MacArthur Studies" in Morrissey, J. and Monahan, J. (eds) *Research in Community and Mental Health*, Vol 10, *Coercion in Mental Health Services – International Perspectives*. Stamford, CT: JAI Press, pp. 13-30.

Monahan, J. & Steadman, H. J. (1994) *Violence and mental disorder: Developments in risk assessment*. Chicago: University of Chicago Press.

Monahan, J., Steadman, H. J., Silver, E., Appelbaum, P. S., Robbins, P. C., Mulvey, E. P. *et al* (2001) "Rethinking risk assessment: The Macarthur study of mental disorder and violence" Oxford: Oxford University Press.

Monroe, B. & Oliviere, D. (2003) *Patient participation in palliative care: A voice for the voiceless* (Eds.) NY: Oxford University Press.

Morris, D. B. (1991) *The culture of pain*. Berkeley: Ucal Press.

Moss, M. & Albert, M. (1992) "Neuropsychology of Alzheimer's disease" in R. F. White (Eds.) *Clinical syndromes in adult neuropsychology: The practitioner's handbook*. Amsterdam: Elsevier.

Mullen J. K. (1987) *Safe physical management training effect: an investigation of staff confidence and work norms related to the management of aggressive clients for the children's residential services of the Commonwealth of Kentucky*. New Bloomfield, PA: JKM Training.

Murphy, G. H. and Wilson, B. (1985) *Self-Injurious Behaviour*. Kidderminster: British Institute of Mental Handicap.

Murphy, G. H., Oliver C., Corbett J., Crayton L., Hales, J., Head, D. and Hall S. (1993) "Epidemiology of self-injury, characteristics of people with severe self-injury and initial treatment outcome" in Kiernan, C. (ed.) *Research to Practice? Implications of research on Challenging Behaviour of People with Learning Disability*. Clevedon: BILD Publications.

Needham, I. (2006) "Psychological responses following exposure to violence" In *Violence in mental health settings: Causes, consequences, management*, pp. 295-321. New York, USA: Springer.

Neidhart, E. (2013) "Crisis intervention and police interactions with individuals with mental illness" In J. B. Helfgott (Ed.) *Criminal Psychology*, volume 3. (pp. 139-168) (Santa Barbara, CA).

Nichita, E. C. & Buckley, P. F. (2007) "Comorbidities of psychopathy and antisocial personality disorder: Prevalence and implications" In A. R. Felthous & H. Sass (Eds.) *The international handbook of psychopathic disorder and the law, volume I, diagnosis and treatment* (pp. 251-274). Chichester, UK: John Wiley and Sons, Ltd.

Norton, K. and MacGauley G., (1998) *Counselling Difficult Clients*. London: Sage.

Oppenheim, J. (1991) *Shattered nerves: Doctors, patients and depression in Victorian England*. New York, Oxford: Oxford University Press, USA.

Otto, R. K., DeMier, R. L. & Boccaccini, M. T. (2014) *Forensic reports and testimony: A guide to effective communication for psychologists and psychiatrists*. Hoboken, NJ: Wiley.

Owen, T. & Meyer, J. (2009) *Minimising the use of 'restraint' in care homes: challenge, dilemmas and positive approaches*. London: SCIE.

Paterson, B. & Leadbetter, D. (1999) "Managing physical violence" in Turnbull, J. and Paterson B. (eds) *Aggression and Violence: Approaches to Effective Management*. Basingstoke: MacMillan.

Patrick, C. J. (Ed.) (2006) *Handbook of psychopathy*. New York: Guilford Press.

Pellegrino, B. (2012) *Evaluating the mindfulness-based and cognitive-behaviour therapy for Anger management program* (PCOM Psychology dissertations, paper 235).

Pellegrino, E. & Thomasma, D. C. (1988) *For the Patient's Good: The Restoration of Beneficence in Health Care*. Oxford University Press.

Perlin, M. L. (1996) *Mental disability law: civil and criminal*, vol. 2, chapter 5, 'The right to treatment'. Lexis Law Publishing.

Peterson, M. (1992) *At Personal Risk: Boundary Violations in Professional-Client Relationships*. New York: Norton.

Poppen, R. (1998) *Behavioural Relaxation Training and Assessment* (2nd ed). London: Sage.

Pownall, J. F. (1845) *The Paper Lunatic Asylums Act, with an analysis of its provisions, explanatory notes and a copious index*. Londres : William Benning & Co.

Quill, T. E., Lo, B. & Brock, D. W. (2008) "Palliative options of last resort: A comparison of voluntarily stopping eating and drinking, terminal sedation, physician-assisted suicide and voluntary active euthanasia" In D. Birnbacher & E. Dahl (Eds.) *Giving Death a Helping Hand*, vol. 38 (pp. 49-64). Netherlands: Springer.

Quinn, G. (2010) "Personhood & legal capacity, perspectives on the paradigm shift of article 12 CRPD" *HPOD Conference*. Harvard Law School.

Rankin, E. J., Adams, R. L. & Jones, H. E. (1996) in R. L. Adams, O. A. Parsons, J. L. Cullbertson, & S. J. Nixon, *Neuropsychology for clinical practice: Aetiology, assessment and treatment* (pp. 131-174). Washington, DC: APA.

Rashid, T. & Seligman, M. E. P. (2013) "Positive Psychotherapy" in *Current Psychotherapies* (10th Edition) by R. J. Corsini & D. Wedding, Belmont. CA: Cengage.

Rathner, G. (1998) "A plea against compulsory treatment of anorexia nervosa" In W. Vandereycken & P. J. Beaumont (Eds.) *Treating eating disorders: Ethical, legal and personal issues* (pp. 179-215). London, UK: The Athlone Press.

- Read, J., Bentall, R. P & Mosher, B. (2005) *Models of madness: Psychological, social and biological approaches to schizophrenia*. London: Routledge.
- Reed, J., (1994a) *Psychopathy: A legal and clinical dilemma*. London: ISTD.
- Restok R. (1994) *Receptors*. New York: Bantam.
- Roach, W. H., Hoban, R. C., Broccolo, B. M., Roth, A. B. & Blanchard, A. P. (2006) *Medical records and the Law* (4th ed.) Sudbury, MA: Jones and Bartlett.
- Rogers, R. (2008) *Clinical assessment of malingering and deception*. New York NY: The Guilford Press.
- Ross, C. A. (1997) *Dissociative Identity Disorder: Diagnosis, Clinical Features and Treatment of Multiple Personality Disorder*. New York: John Wiley.
- Rowe, M (1999) *Crossing the border: Encounters between homeless people and outreach workers*. University of California Press, Berkeley, CA.
- Rozovsky, L. E. (2003) *The Canadian law of consent to treatment*, 3rd ed., p. 70. Butterworths, Toronto.
- Rutherford, S. (2008) *The Victorian asylum*. Princes Risborough: Shire Library.
- Sailas, E. & Fenton, M. (2001) *Seclusion and Restraint for People with Serious Mental Illnesses (Cochrane Review)* In: The Cochrane Library, Issue 1. Oxford: Update Software.
- Saks, E. R. (1997) *Jekyll on Trial. Multiple Personality Disorder and Criminal Law*. New York and London: State University of New York Press.
- Scheff, T. (1967) *Being mentally ill. A sociological theory*, Edison (NJ), Aldine.
- Schleim, S., Spranger, T. M. & Walter, H. (2009) *Von de Neuroethik zum Neurorecht? [From neuro-ethics to neuro-law?]* (Eds.) Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schou, M. (1998) *The Psychopharmacologists, II*, Londres, Champan & Hall, pp. 259-284.
- Scull, A. (1989) *Social order / mental disorder : Anglo-american psychiatry in historical perspective. John Connolly: A Victorian psychiatric career*. Berkeley : University of California Press
- Selingman, M. E. P. (2002) *Authentic happiness: Using the new Positive Psychology to realize your potential for lasting fulfilment*. New York: Free Press.
- Shepherd, G., Boardman, J. & Slade, M. (2008) *Making recovery a reality*. London: Sainsbury Centre for Mental Health.
- Showalter, E. (1997) *The female malady. Women, madness and English culture, 1830-1980*, Londres : Virago Press.

Siegler, I. C., Poon, L. W., Madden, D. J. & Dilworth-Anderson, P. (2004) "Psychological aspects of normal aging" In D. G. Blazer, D. C., Steffens & E. W. Busse (Eds.) *American psychiatric publishing textbook of geriatric psychiatry*, 3rd edition (pp. 121-138). Washington, D. C.: American Psychiatric Publishing, Inc.

Silva, J. A., Leong, G. B. & Weinstock, R. (2003) "Forensic psychiatric report writing" in R. Rosner (Ed.) *Principles and practice of forensic psychiatry* (pp. 31-36) (2nd ed.) New York: Oxford University Press.

Slovenko, R. (2002) *Psychiatry in Law/Law in Psychiatry* (New York: Brunner-Routledge, 2002), pp. 711-738.

Somerville, M. (2001) *Death talk: The case against euthanasia and physician-assisted suicide* Kingston and Montreal: McGill-Queen's University Press.

Spross, J. A. (2009) "Expert coaching and guidance" In Hamric, A. B., Spross, J. A. & Hanson, C. M (Eds.) *Advanced nursing practice: An integrative approach*. St Louis: Saunders Elsevier.

Stahl, S. M. (2006) *Essential psychopharmacology: The prescriber's guide*. San Diego: University of California.

Steiner, H. J. & Alston, P. (2000) *International human rights in context* (2nd Edition). Oxford: Clarendon Press.

Stericker, S. & Shaw, A. (2007) *Treating common mental health problems through stepped care: Themed learning from a review of test sites in the North East*. Yorkshire and Humber Region. UK: CSIP.

Stone, A. (1984) *Law, Psychiatry and Morality*. New York: Pergamon.

Street, A. & Walsh, C. (1996) *Not just a rubber stamp Mental health nurses as duly authorised officers in New Zealand*. Wellington: Victoria University.

Stroman, D. (2003) *The disability rights moment: From deinstitutionalization to self-determination*, University Press of America, p. 264.

Swartz, M. S., Swanson, J. W., Steadman, H. J., Robbins, P. C., Steadman, H. J., Robbins, P. C. & Monahan, J. (2009) *New York State Assisted Outpatient Treatment Program Evaluation*. Durham, N. C: Duke University School of Medicine.

Szasz, T. S. (1998) *Summary statement and manifesto*. Unpublished document.

Tardiff, K. (2007) "Violence, psychopathy, risk assessment and lawsuits" In A. R. Felthous & H. Sass (Eds.) *The international handbook of psychopathic disorders and the law, volume I, diagnosis and treatment* (pp. 117-133). Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

Tebbutt, F. (1841) *Letter to the Magistrates of the County of Middlesex, from the Rev. Francis Tebbutt (Chaplain onf the county pauper lunatic asylum, at Hanwell)*. Londres : John W. Parker,

Tengland, T. A. (2001) *Mental health: A philosophical analysis*. Dordrecht: Kluwer Academic

Publishing.

Test, M. A. (1990) "Training in community living" in Liberman, R. P. (ed.) *Handbook of Psychiatric Rehabilitation*. New York: Macmillan, 153-170.

Tholen, A. J., Berghmans, R. L. P., Huisman, J., Legemaate, J., Nolen, W. A., Polak, F., Scherders, M. J. W. T. & NvvP-commissie Hulp bij zelfdoding (2009) *Richtlijn omgaan met het verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis [Guideline dealing with the request for assisted suicide in patients with a psychiatric illness]* Utrecht: De Tijdstroom.

Thomas, G. (1988) *Journey into Madness: Medical Torture and the Mind Controllers*. London: Bantam.

Thomson, L. D. G (2008) "The forensic mental health system in the United Kingdom" in K. Soothill, P. Rogers & M. Dolan (Eds.) *Handbook of forensic mental health* (pp. 19-64). London: Willan.

Thorn, B. (2000) *Person-centred Counselling, Therapeutix & Spiritual Dimensions*, éd. Whurr, p. 165.

Thorne, S. A. & Reid, W. H. (2007) "Experiential and community treatment of adult antisocial syndromes" In A. R. Felthous & H. Sass (Eds.) *The international handbook of psychopathic disorders and the law, volume I, diagnosis and treatment* (pp. 117-133). Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

Thornton, D. and Speirs, S. (1985) 'Predicting absconding from young offender institutions' in Farrington, D. P. and Tarling, R. (eds) *Prediction in Criminology*. Albany, NY: State University of New York Press.

Thuillier, J. (2000) « Ten years that changed psychiatry » in Healy, D. *The Psychopharmacologists*, III, Londres, Chapman & Hall, pp. 543-559.

Tooby, J. & Cosmides, L. (2008) "The evolutionary psychology of the emotions and their relationship to internal regulatory variables". In M. Lewis, J. M. Haviland-Jones & L. F. Barnett (Eds.) *The handbook of emotions* (pp. 114-137). New York: The Guilford Press.

Torrey, E. (1998) "Violent behaviour by individuals with serious mental illness: the role of treatment compliance and insight" in Amador, X. and As, D. (eds) *Insight and Psychosis*. New York: Oxford University Press, pp. 269-285.

Trombley, S. (1981) *All that summer she was mad: Virginia Woold and her doctors*. Londres : Junction Books.

Tuke, D. H. (1882) *Chapters in the history of the insane in the British Isles*. Londres : Kegan Paul & Co.

Tuke, S. (1813) *Description of the Retreat: An institution near York, for insane persons of the society of friends*.

- Twemlow, S. W. and Gabbard, G. (1989) "The Lovesick Therapist" in Gabbard, G. O. (ed.) *Sexual Exploitation in Professional Relationships*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Tyler, T. (2009) "New approaches to justice in the light of virtues and problems of the penal system" In M. E. Oswald, S. Bieneck, & J., Hupfeld-Heinemann (Eds.) *Social psychology of punishment of crime* (pp. 19-37). New York, NY US: John Wiley & Sons Ltd.
- VanDeVeer, D. (1986) *Paternalistic intervention. The moral bounds on benevolence*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Vernon, M. & Andrews, J. E. (1990) *The psychology of deafness: understanding deaf and hard of hearing people*. New York: Longman.
- Walker, N., and McCabe, S., (1973), *Crime and Insanity in England*, vol. 2, Edinburgh: Edinburgh University Press.
- Ward, T. & Fisher, D. (2006) "New ideas in the treatment of sexual offenders" In D. R. Laws, S. M. Hudson & T. Ward (eds.) *Remaking relapse prevention with sex offender: A sourcebook* (pp. 79-101). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Ward, T. & Maruna, S. (2007) *Rehabilitation: Beyond the risk paradigm*. London: Routledge.
- Ward, T., Polaschek, D. L. L. & Beech, A. R. (2006) *Theories of sexual offending*. Chichester, John Wiley & Sons Ltd, Wiley Series in Forensic Clinical Psychology, 390.
- Waters, N. L., Strickland, S. M. & Gibson, S. A. (2009) "Mental health court culture: Leaving your hat at the door" *The National Centre for State Courts*.
- Weitsheit, R. A. & White, W. L. (2009) *Methamphetamine: Its history, pharmacology and treatment*. Centre City, MN: Hazelden.
- Weller, P. (2013) *New law and ethics in mental health advance directives: The convention on the rights of persons with disabilities and the right to choose* (1st ed.). Routledge.
- Wexler, H. (1997) "Therapeutic communities in American prisons" in Cullen E., Jones, L. & Woodward, R. (Eds.) *Therapeutic communities for offenders*. Chichester, UK: Wiley.
- Whitlock, F. A. (1963) *Criminal Responsibility and Mental Illness*. London: Wiley.
- Wilcock, A. (1993) *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach* (3rd ed.) Sarasota, FL: Professional Resource Exchange Inc.
- Wilde, O. (1988) *De profundis*, traduit par H-D Davray, *Le Livre de Poche*, p. 175.
- Wilmot, W. W. & Hocker, J. L. (1998) *Interpersonal conflict* (5th ed.). Boston, MA: McGraw-Hill.
- Wilson, S. & Cumming, I. (2009) *Psychiatry in prisons*, Philadelphia, PA: Jessica Kinglseys.

Wing, J. and Brown, G. W. (1970) *Institutionalism and Schizophrenia: Comparative Study of Three Mental Hospitals 1960-1968*. London: Cambridge University Press.

Winick, B. J., LoPiccolo, C., Anand, W. & Hartswick, L. (2007) "Should psychopathy qualify for preventive outpatient commitment?" In A. R. Felthous & H. Sass (Eds.) *The international handbook of psychopathic disorders and the law, volume II, laws and policies* (pp. 61-73). Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

Winick, B. J. & Wexler, D. B. (2003) *Judging in a therapeutic key: Therapeutic jurisprudence and the courts*. Durham, NC: Carolina Academic Press.

Wong, S. (2001) "Treatment of Criminal Psychopath" in Hodgins, S. and Muller-Isberner, R. (eds) *Violence, Criminal and Mentally Disordered Offenders: Concepts and Methods for Effective Treatment and Prevention*. London: Wiley.

Yalom, I. D. (1995) *The theory and practice of group psychotherapy* (4th ed.) New York, NY: Basic Books.

Yardley, L. & Marks, D. F. (2004) "Introduction to research methods in clinical and health psychology" in L. Y. D. F. Marks (Ed.) *Research methods for clinical and health psychology* (pp. 1-2). London: Sage.

Young, J.E., Klosko, J. S. & Weishaar, M. (2003) *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. Guilford Publications: New York.

Young, J. L. (2007) *ADHD grownup: A guide to adolescent and adult ADHD*. New York: W. W. Norton & Co.

B) ARTICLES ET CHRONIQUES JURIDIQUES

Articles et chroniques juridiques en français

Abdel-Baki, A., Turgeon, N., Chalfoun, C. & Nguyen, A. (2013) "Psychose et impulsivité : un mauvais mariage" *Psychiatrie et Violence*, 12(1), n°1.

Abondo, M., Bouvet, R. & Le Gueut, M. (2014) « Isolement et contention en psychiatrie : quels fondements juridiques ? » *Revue droit & santé*, n°62, pp. 1626-1631.

Achaintre, A. & Balvet, P. (2013) « Influence des chimiothérapies sur l'évolution de la psychiatrie », *L'information psychiatrique*, 2013/1, volume 89, pp. 92-96.

Agnetti, G. & Barbetto, A. (1994) « Travailler avec les familles dans le traitement à long terme des troubles schizophréniques » *Santé Mentale*, vol. XIX, n°1, printemps 1994, p. 119-128.

Alezrah, C. & Bobillo, J-M (2004) « Portes ouvertes ou fermées en hospitalisation à temps plein ? » *L'information psychiatrique*, septembre 2004, vol. 80, n°7, p. 578.

Alfanderi, E. (2007) « Urgences sanitaires, urgences sociales » *RDSS 2007*, p. 1130.

Alt-Maes, F. (1998) « Un exemple de dépenalisation : la liberté de conscience accordée aux personnes tenues au secret professionnel » *RSC* 2001, p. 301.

Altobelli, A., Frattini, V. & Chaperot, C. (2018) « Psychothérapie institutionnelle, remédiation cognitive et organisation sectorielle : l'expérience du secteur G06 d'Abbeville » *L'information psychiatrique*, 2018/1, vol. 94, pp. 7-12.

Ambroise-Castero, C. (2008) « La personne soupçonnée ou condamnée face aux soins ou vérifications sur sa personne » *Revue de droit sanitaire et social*, p. 66.

Andronikof, A. (2000) "L'expertise psychologique en matière pénale : une mission à haut risque" *Connexions*, 74, 47-59.

Andronikof, A. (2001) "L'expertise des transgressions criminelles : Les psychologues et la loi" *Pratiques psychologiques*, 4, 27-39.

Apollis, B. (2016) « L'accès aux soins et la loi du 26 janvier 2016 » *RDSS* 2016, p. 673.

Artaud, A. (1975) "Lettre aux médecins-chefs des asiles de fous" *La Révolution Surréaliste*, n°3, 15 avril 1925, réédité par les éditions Jean-Michel Place, pp. 29-31.

Aubry R., Blanchet, V., Viallard, M-L (2010) "La sédation pour détresse chez l'adulte dans des situations spécifiques et complexes" *Médecine palliative : Soins de support – Accompagnement – Ethique*, n°9, p. 73.

Ayme, J. (1959) « La participation des infirmiers à la psychothérapie » Rapport présenté au Groupe de Sèvres, 26 avril 1959, *L'information Psychiatrique*, n°8, octobre 1959, p. 483.

Balthazard-Olette, S. (2017) « Contraindre aux soins les personnes souffrant d'une addiction à l'alcool dans le cadre d'une hospitalisation sans consentement » in Giloux, N. & Primevert, M., *Les soins psychiatriques sans consentement*, éditions LEH, pp. 125-129.

Balthazard-Olette, S. & Laugier, C. (2014) « Hospitalisation sous contrainte versus hospitalisation libre et addiction à l'alcool : influence sur le devenir des patients » *Alcoologie et Addictologie*, 36(4), pp. 293-305.

Balvet, P., Rothberg, D., Bange, C. (1961) « La réunion d'équipe, conscience du pavillon et moyen psychothérapeutique » *L'information psychiatrique*, 1961/37, pp. 375-391.

Bantman, P. (2000a) « Le monde de la famille », *Santé Mentale*, n°53, décembre 2000, p. 37.

Bantman, P. (2010) « La liberté d'aller et venir en psychiatrie. Entre l'exigence de la loi, l'éthique et la réalité des pratiques » *L'Information Psychiatrique*, vol. 86, 2010/4, pp. 293-297.

Baonville, H., Ley, J. & Titeca, J. (1939) « Le traitement de la démence précoce par l'insulinothérapie et la convulsivothérapie combinées » *Journal belge de neurologie et de psychiatrie*, 39, pp. 254-264.

Baratta, A. & Morali, A. (2010) « Chambres d'isolement en psychiatrie : état des lieux en France » *Médecine et Droit*, 2010, p. 86.

Baratta, A., Senninger, J-L & Aroudj, S. (2013) « Les auteurs pour violences sexuelles en unité pour malades difficiles » *Annales médico-psychologiques*, 2013, p. 513.

Barrière, A. (2002) « Des vertus thérapeutiques de la désignation du patient dans les cas de troubles psychotiques sévères », *Thérapie Familiale*, 2002/2, vol. 23, pp. 121-128.

Beignier, B. (1999) « Secret médical et assurance des personnes » *Recueil Dalloz*, chron. p. 469.

Belrhali-Bernard, H. (2011) « Quand l'obligation *in solidum* des coauteurs progresse en droit administratif », *AJDA*, p. 116.

Belrhali-Bernard, H. (2012) *AJDA* 2012, p. 1665 ; note Arbousset, H., *JCP Adm.*, 2012, n° 2304.

Bénézech, M., Le Bihan, P. & Bourgeois, M. L. (2003) "Evaluation criminalistique et criminologique de l'homicide sexuel. Exemple d'un meurtre pédophile représentatif" *Annales Médico-Psychologiques*, 161(6), 423-431.

Benillouche, M. (2011) « Secret médical et dénonciation en matière pénale : un régime juridique à repenser... » *Revue droit & santé* n°43, pp. 504-512.

Bergoignan Esper, C. (2008) « La confidentialité des informations peut-elle tenir face à la protection d'autres intérêts légitimes ? Le respect du secret médical dans la législation de notre pays : réalité ou illusion ? » *Recueil Dalloz*, 31 juillet 2008, n°28, pp. 1918-1921.

Berthiau D. (2006) « Comprendre le principe d'autonomie en droit de la santé » in *Médecine et droit*, 2006, p. 58.

Bichon, P. (2007) « A propos des réunions institutionnelles » *Institutions*, n°39, p. 43.

Boillet, D. & Welniartz, B. (2011) « La loi du 5 juillet 2011 : Une loi de défiance à l'égard des malades et de leurs médecins », *Perspectives Psy*, 2011 ; 50, pp. 207-209.

Boles, J-M., Glasson, C. & Hazif-Thomas, C. (2011) « Le refus de traitement chez la personne âgée : quelle dignité pour l'homme ? » *Revue générale de droit médical*, n°41, pp. 121-136.

Bonnafé, L. (1946) « Vers une conception urbaniste de l'architecture médicale » *Techniques hospitalières, sanitaires et sociales*, n°8, pp. 1-5.

Bonnafé L. & Le Guillant, L. (1952) "La misère de la psychiatrie" *Esprit*, n°12, décembre 1952, p. 868.

Bonne-Harbil, A. (2012) « Suicide d'un détenu : Répartition des responsabilités entre l'Etat et les soignants » *Revue droit & santé* n°48, pp. 490-493.

Bonniol, V. & Ganne, M. (2016) « Protéger le secret du dossier médical hospitalier : une

utopie ? » *Revue droit & santé* n°71, chron., pp. 336-347.

Borgès Da Silva, G. (2003) « La qualité des soins en hôpital psychiatrique : Revue de la littérature et perspectives » *Santé Publique*, 2003(2), vol. 15, pp. 213-222.

Bovier, P. & Brandli, H. (1979) « L'enveloppe humide, une tentative d'approche de la psychose » *L'Information Psychiatrique*, vol. 55, n°7, pp. 771-782.

Boulze, I. *Et al* (2007) "Actualités de l'addition et nécessaire retour au travail de mémoire" *Pratiques psychologiques*, Vol. 13, n°1, 43-51.

Bourdaire-Mignot, C. (2012) « Le dossier médical personnel (DMP) : un outil de stockage des données de santé en vue d'une utilisation partagée » *Revue générale de droit médical*, n°44, p. 296.

Bourdaire-Mignot, C. (2018) « 2018 : l'année du DMP pour tous ? » *Revue générale de droit médical*, n°66, pp. 19-36.

Bourgoin N. & Girard, C. (2000) « Les automutilations et les grèves de la faim en prison » *Revue de science criminelle et de droit pénal comparé*, n°2000, p. 657.

Brahmy, B. (2010) « L'accès aux soins dans les établissements pénitentiaires -Le rôle du CGLPL » *AJ Pénal* 2010, p. 317.

Brient, P. (2007) « Du regard à la parole : La relation soignant-soigné en psychiatrie », *Cahiers de psychologie clinique*, n° 28-1, pp. 61-68.

Briot, M. (2006) "Rapport n°3187 sur le bon usage des médicaments psychotropes' présenté devant l'Assemblée nationale le 22 juin 2006. Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé, p. 17.

Bronkhorst, A. (2008) « Le lien de causalité, talon d'Achille de la responsabilité pénale », *Encyclopédie médico-chirurgicale*, avril-juin 2008, vol. 8, n°2, p. 176.

Broussolle, P. & Hamoneau, G. (1953) « Traitement prolongé à la chlorpromazine (4560 RP). Treize observations de psychoses graves » *Lyon médical*, 51, pp. 389-401.

Byk, C. (2009) « L'apport des états généraux au débat bioéthique » *Médecine & Droit*, 2009/97, pp. 101-102.

Cabanis, J.-N. (2016) « La loi du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de notre système de santé : une nouvelle étape pour la santé publique » *RDSS*, 2016, p. 597.

Cambier, G., Bougerol, T. & Micheletti, P. (2013) « Enquête qualitative sur la loi du 5 juillet 2011 en psychiatrie », *Santé Publique*, 2013/6, vol. 25, pp. 793-802.

Cano, N. *et al* (2011) « L'isolement en psychiatrie : point de vue des patients et perspectives éthiques » *L'Encéphale*, n°37, p. S4-S10.

Cano, N. *et al* (2013) « L'hospitalisation en psychiatrie : Point de vue des patients et

perspectives éthiques » *Annales médico-psychologiques*, n°171-178.

Cardin, H. (2014) « La loi du 4 mars 2002, dite 'loi Kouchner' » *Les Tribunes de la Santé*, 2014/1, n° 42, pp. 27-33.

Carrière, C. (2008) « La levée du secret médical : Pandore au royaume de la vérité judiciaire » *Revue droit & santé* n°21, chron. pp. 9-20.

Cases, C. & Salines, E. (2004) « Statistiques de psychiatrie en France : Données de cadrage », *Revue française des affaires sociales*, 2004, n°1, pp. 181-204.

Cassan, P. (2015) « Rapport du Comité européen pour la prévention de la torture sur la situation des patients détenus en établissements psychiatriques », *Revue droit & santé* n°78, pp. 622-625.

Castaing, C. (2011) « Pouvoir administratif *versus* pouvoir médical ? » *AJDA* 2011, p. 2055.

Chapeau, P-Y & Mijuskovic, V. (2018) « Le recul des libertés en psychiatrie sous couvert de prévention de la radicalisation », *Revue droit & santé* n°85, pp. 832-834.

Charriau, V. & Naudet, F. (2014) « Hospitalisation sans consentement en addictologie en comparaison avec l'hospitalisation libre, en aigu et à deux ans » *Alcoologie et Addictologie*, 36(4), pp. 307-315.

Ciavaldini, A. (2007) "Le travail thérapeutique avec le sujet auteurs de violence sexuelle" *L'information Psychiatrique*, 83, 12-22.

Clément, J-M (2016) « L'esprit de la loi Santé 2016 » *Revue générale de droit médical*, n°58, pp. 291-300.

Cloutier, S. & Millaud, F. (2014-2015) "Schizophrénie, violence et art-thérapie : A propos d'un cas" *Psychiatrie et Violence*, 13(1) : <https://doi.org/10.7202/1036449ar>.

Coelho, J. (2006) "Hospitalisations psychiatriques sous contrainte : Plaidoyer pour une réforme", *Revue de Droit Sanitaire et Social*, mars-avril 2006, n°2, p. 249.

Coelho, J. (2010) "Le décret du 20 mai 2010 relatif à la procédure de sortie immédiate des personnes hospitalisées sans leur consentement" *Gazette de l'Hôpital*, octobre 2010, n°88, p. 9.

Coldefy, M. *et al* (2009) « Cinquante ans de sectorisation psychiatrique en France : des inégalités persistantes de moyens et d'organisation » *Questions d'économie de la santé*, n°145.

Colignon, M. (2008) « Exclusion et médiation en art-thérapie. La violence de l'exclusion » *ERES*, 2008/4, n°72, pp. 131-136.

Colignon, M. (2011) « Entre errance et rencontre : une place pour l'art-thérapie ? » *ERES – Vie sociale et traitements*, 2011/2, n°110, pp. 124-132.

Colignon, M. (2012) « L'art-thérapie est-il dangereux ? » *Le Journal des Psychologues*, pp. 52-55.

Collier, G. & Defer, B. (2007) "Les neuroleptiques bouleversent l'architecture de l'hôpital psychiatrique" » *L'Information Psychiatrique*, 2007/2, vol. 83, pp. 144-147.

Combalbert, N., Andronikof, A, Lazorthes, D. & Blanc, A. (2009) "Etude de la concordance des diagnostics psychiatriques et psychologiques dans un échantillon de 505 criminels" *European Review of Applied Psychology*, 59(1), 9-15.

Coste U. (1824) *Journal universel des sciences médicales*, t. 35, p. 37.

Costes, M. (2012) "L'atelier culturel en hôpital psychiatrique : un cadre modalisé, objet de détournements par le personnel soignant" *Etudes de communication*, 39/2012, pp. 201-216.

Cottencin, O., Doutrelugne, Y., Goudemand, M. & Consoli, S-M (2009) « Addictions et thérapies systémiques brèves : Un travail sous contrainte » *L'Encéphale*, n°35, pp. 214-229.

Coutanceau, R. (2012) "Dangerosité criminologique et prévention de la récidive : Evaluer la dangerosité sans stigmatiser l'homme" *L'information Psychiatrique*, 88, 641-646.

Couturier, M. (2012) « La réforme des soins psychiatriques sans consentement : de la psychiatrie disciplinaire à la psychiatrie de contrôle » *RDSS*, 2012, p. 97.

Couturier, M. (2015) « Que reste-t-il du secret médical ? » in *Mélanges en l'honneur de Gérard Mémeteau*, dir. Vialla F., Py B. & Leonhard, J., LEH Editions, pp : 351-360.

Couturier, M. (2016) « La santé mentale dans la loi du 26 janvier 2016 : une évolution des cadres sans révolution des pratiques » *RDSS*, 2016, p. 683.

Daniel, A. & Paulet, C. (2010) « Le cas des patients en détention », *Revue générale de droit médical*, n°37, p. 216.

Danis, A. (2014) "L'addiction, symptôme à déchiffrer – Des mots pour comprendre" *Santé Mentale*, mai 2014, 188, p. 17.

Darbéda, P. (2013) « La développement des unités spécialement aménagées pour les détenus malades mentaux » *Revue pénitentiaire*, p. 685.

Darcourt, G., Barball, A., Belmin, M., Botbol, M., Cadeac d'Arbaud, B., Camoin, F. *et al* (2000) "Conférence de consensus : la crise suicidaire, la reconnaître et la prendre en charge" *Pour la Recherche*, 27, 1-15.

David, M. (2010) « Schizophrénie et détention : Angles d'approche », *L'information psychiatrique*, 2010/2, vol. 86, pp. 181-190.

David-Souchot, V. (2007) « Le droit de la fin de vie et le droit infirmier : Jusqu'à son achèvement, prendre soin de la vie », *RGDM*, n°24, pp. 93-120.

David, M., Paulet, C. & Laurencin, G. (2012) « Psychiatrie en milieu pénitentiaire : la loi de 1994 pourrait-elle être remise en cause par l'essor de la préoccupation sécuritaire et de l'évaluation de la dangerosité ? » *L'Information Psychiatrique*, 2012/8, vol. 88, pp. 605-615.

Daumézou, G. & Cassan, L. (1946) « Essai de thérapeutique abortive d'accès maniaco-dépressifs par le 2339 RP » *Annales médico-psychologiques*, 101, pp. 432-435.

De Dinechin O. (2006) *Vulnérabilité et décisions au regard du Comité consultatif national d'éthique*, Reliance 2006/2, n°20, p. 74.

De Lamy, B. (2008) « La rétention de sûreté : pénal or not pénal ? » *RSC*, p. 16.

De Luca-Bernier, C. (2011) « Logique du soin en psychothérapie institutionnelle » *ERES, Le Coq-Héron*, 2011/3, n°206, pp. 98-106.

De Luca-Bernier, C. (2013) « Transformation du soin et logique des groupes... en psychothérapie institutionnelle » *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 2013/2, n°61, pp. 105-117.

De Pourville, G. (2006) « Le coût du temps ultime » *Les Tribunes de la santé*, 4/2006, n°13, pp. 77-85.

Delay, J., Deniker, P. & Harl, J-M (1952) « Utilisation en thérapeutique d'une phénothiazine d'action centrale élective » *Annales médico-psychologiques*, 110(2) , pp. 112-117.

Delay, J., Deniker, P. & Harl, J-M (1952) « Traitements des états d'excitation et d'agitation par une méthode médicamenteuse dérivée de l'hibernothérapie » *Annales médico-psychologiques*, 110(2), pp. 267-273.

Delgado, H. (1938) « Traitement de la schizophrénie par le pentaméthylentétrazol (cardiazol) » *Annales médico-psychologiques*, tome premier, p. 40.

Delion, P. (2012) « Coudre doucement sujet, corps, groupe, institution : réflexions à partir des pratiques de packing jusqu'à une psychothérapie institutionnelle » *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 2012/2, n°57, pp. 47-54.

Delion, P. (2014) « La psychothérapie institutionnelle : d'où vient-elle et où va-t-elle ? » *ERES « Empan »*, 2014/4, n°96, pp. 104-112.

Delmas-Marty, M. (1982) « A propos du secret professionnel » *Recueil Dalloz*, chron. P. 267.

Demullier, B., Straub, D. & Massoubre, C. (2011-2012) "La plateforme référentielle" *Psychiatrie et Violence*, 11(1) : 2011–2012. <https://doi.org/10.7202/1023696ar>.

Deniker, P. (1975) « Qui a inventé les neuroleptiques ? » *Confrontations psychiatriques*, 13, pp. 7-17.

Deschamps, J-L (2011) « Tendance à la porosité des concepts politiques afférents aux 'malades médico-légaux', aux 'malades difficiles' et aux 'malades détenus' : la perspective fusionnelle de l'accueil de ces trois catégories de patients en unités de malades difficiles : un mirage dans le travail parlementaire ou un nouvel horizon juridique ? » *Revue droit & santé*, n°44, pp. 704-714.

Deschamps, J-L (2010) « L'attention portée par les autorités ministérielles à la notion juridique des sorties d'essai des patients hospitalisés d'office », *Revue droit et santé* n°35, pp. 306-315.

Deschamps, J-L. & Guigue S. (2012) « Condamnation par la CEDH d'un usage abusif de la contention par un hôpital psychiatrique » *Revue droit & santé*, n°51, pp. 120-121.

Deschamps, J-L. & Guigue, S. (2013) « L'appréciation de la faute de surveillance lors du suicide d'un patient en chambre d'isolement » *Revue droit & santé* n°52, pp. 256-257.

Devers, G. (2011) « Hospitalisation sous contrainte, les bonnes pratiques sont conformes à la Constitution », *Droit, Déontologie et Soins*, 2011 :11, pp. 2-14.

Dimon, M-L (2001) « La folie au risque des discours institutionnels » *Topique*, 2001/3, n°76, pp. 141-157.

Divry, P., Bobon, J., Collard, J., Pinchard, A. & Nols, E. (1958) « Le R 1625 : nouvelle thérapeutique symptomatique de l'agitation psychomotrice » *Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica*, pp. 878-888.

Divry, P., Bobon, J., Collard, J., Pinchard, A. & Nols, E. (1959) « Etudes et expérimentations cliniques du R 1625 ou halopéridol, nouveau neuroleptique et 'neurodysleptique' » *Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica*, pp. 317-366.

Dodier, N. & Camus, A. (1997) « L'admission des malades. Histoire et pragmatique de l'accueil à l'hôpital » *Annales – Histoire, Sciences sociales*, 1997, n°4, pp. 733-763.

Dolder, B. (2007) « L'espace spirituel et l'art-thérapie en soins palliatifs » *Médecine & Hygiène*, 2007/3, n°22, p. 82.

Dopchie, C. (2013) « Aider à mourir en douceur sans recours à l'euthanasie, un travail qui n'est pas de tout repos » in *Histoires d'euthanasies*, sous la direction de J-M Longneaux, *Ethica Clinica, Revue francophone d'éthique des soins de santé*, trimestriel n°69, p. 13.

Dubec, M. & Andronikof, A. (2003) "Expertise psychologique et médicopsychologique" *Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Psychiatrie*, vol. 115, n°37 903 A 10, pp. 1-11.

Dubois, A. M. (2010) « Art-thérapie et addiction, l'exemple des troubles du comportement alimentaire » *Annales médico-psychologiques*, 168 : 538-541.

Dubois, J. et al (2006) « La réhabilitation : Une problématique mondiale » *L'Information Psychiatrique*, 2006/4, vol. 82, pp. 321-330.

Dubret, G. (2008) "UHSA : Un formidable effort dans la mauvaise direction" *L'Information Psychiatrique*, 84, 543-550.

Dubreucq, J-L (2008) "Santé mentale des sans-abris : Faut-il intervenir davantage ?" *Psychiatrie & Violence*, 8(1) : <https://doi.org/10.7202/018663ar>.

Dubreucq, J-L, Joyal, C. & Millaud, F. (2005) "Risque de violence et troubles mentaux graves" *Annales Médicales Psychologiques*, 163 : 852-865.

Dujardin, V. (2014) « Psychiatrie : est-il interdit de réfléchir avant d'agir ? » in *Mélanges en l'honneur de Jean-Marie Clément, Enseignement, Hôpital, Médecine, Les Etudes Hospitalières*, p. 1612-1625.

Dujardin, V. & Péchillon, E. (2017) « Le juge judiciaire et le contrôle de la légalité des décisions prises par le psychiatre : les limites du dualisme juridictionnel en matière psychiatrique » *Revue droit et santé* n°75, pp. 121-125.

Dupuy, O. (2006) « Consentement aux soins : le rôle de l'entourage du patient » *Revue droit & santé* n°6, pp. 338-341.

Duthé, C., Hazard, A., Kensey, A. & Pan Ke Shon, J-L (2009) « Suicide en prison : La France comparée à ses voisins européens », *Population et sociétés*, n° 462, décembre 2009.

Evin, C. (2009) « Le secret médical dans le cadre hospitalier » *Dalloz (Recueil)*, p. 2639.

Eyraud, B. & Moreau, D. (2013) « Forme et régulation de l'enfermement psychiatrique : de la création de l'asile aux nouvelles unités sécurisées, l'exemple de l'hôpital du Vinatier » *Cultures et conflits*, été 2013, n°90, p. 123.

Fabre-Magnan, M. (2009) « Controverse sur l'autonomie personnelle et la liberté du consentement » *Droits*, n°48, p. 3.

Falla, W. (2013) « Le fétiche et la procédure » *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 2013/2, vol. 61, pp. 89-104.

Fernandez, F. *et al* (2010) « Comment évaluer une personne ? L'expertise judiciaire et ses usages moraux » *Cahiers Internationaux de sociologie*, 2010/1, n°128-129, pp. 177-204.

Feys, J-L (2017) « Les fondements constructivistes de l'antipsychiatrie », *L'Information Psychiatrique*, 2017/6, vol. 93, pp. 457-463.

Floch, M. (2011) « Effectivité de la personne de confiance et des directives anticipées : évaluation de procédures institutionnelles au CHRU de Brest » *Revue générale de droit médical*, n°39, pp. 7-22.

Fontaine, C. & Touzellier, M. (2017) « Personnels soignants et violences volontaires commises sur des patients atteints de troubles mentaux sévères : prologue », *Revue droit et santé* n°78, pp. 524-527.

Fortini, C. & Daepfen, J-B. (2011) « L'entretien motivationnel : Développements récents » *Médecine & Hygiène*, 2011/3, pp. 159-165.

Fouché, A. (2011) « La légalisation de l'euthanasie, un droit à la mort ? Non. Le droit de choisir pour soi-même les conditions de sa propre fin de vie » *Revue générale de droit médical*, n°39, p. 38.

Fournier, V. & Trarieux, S. (2005) « Les directives anticipées en France », in *Médecine et droit*, 2005, p. 147.

Foville, A. (1865) « Discussion sur les modes d'assistance des aliénés » *Annales médico-psychologiques*, 4^e série, t. V, pp. 341-357.

Frénette, M. (2012) « Taser : un risque pour la santé contraire à l'éthique » *Ethique et santé*, 9, pp. 107-112.

Gaté, J. (2013) « Régime juridique du détenu malade psychiatrique : double peine ou double protection ? » *Revue générale de droit médical* n°47, p. 51-52.

Génicot, G. (2010) « Le grand âge en droit médical : entre ombres et lumières » in *Le droit des seniors. Aspects civils, sociaux et fiscaux*, Louvain-la-Neuve, Anthémis, Liège, éd. Jeune Barreau de Liège, pp. 323-357.

Gilbert, F. (2010) ""Une justice exclusivement rétributive est-elle adaptée à la lutte contre le crime pédophile ?" *Psychiatrie & Violence*, 10(1) : <https://doi.org/10.7202/1005715ar>.

Giloux N. & Primevert, M. (2015) « Le psychiatre et le juge face à la protection de la personne dans les soins contraints » *RDSS* 2015, p. 973.

Girard, V., Bonin, J. P., Tinland, A., Farnarier, C., Pelletier, J. F., Delphin, M., Rowe, M. & Simeoni, M. C. (2014) "Mental health outreach and street policing in the downtown of a large French city" *International Journal of Law and Psychiatry*, 37, 376-382.

Girolami, P. (2011) « La médecine en milieu carcéral et la construction de l'homme nouveau – Enjeux éthiques et juridiques », *Revue générale de droit médical*, n°40, p. 121.

Gori, R. (2005) « La surmédicalisation de la souffrance psychique au profit de l'économie de marché » *Psychiatrie Française*, 4, pp. 76-92.

Glasson, G. (2012) « Fin de vie : sauvons le triple 'ni' de la France ! » *Revue générale de droit médical*, n°44, septembre 2012, pp. 267-279.

Gori, R. (2008) « Malaise dans la psychiatrie ? » *Cliniques méditerranéennes*, 2008/2, n°78, pp. 49-64.

Gori, R. (2010) « Flexibilité du diagnostic en psychiatrie » *L'information psychiatrique*, 2010/4, vol. 86, pp. 329-337.

Gori, R. (2010) « Le DSM : un dispositif de normalisation idéologique ? Commentaire » *Sciences sociales et santé*, 2010/1, vol. 28, pp. 109-117.

Goulier, G., Andlauer, O. & Sechter, D. (2013) « Politique et psychiatrie, quelle place dans la formation ? » *L'information Psychiatrique*, 2013/8, vol. 89, pp. 685-693.

Gravier, B., Moulin, V. & Senon, J-L (2012), « L'évaluation actuarielle de la dangerosité : impasses éthiques et dérives sociétales », *L'information Psychiatrique*, 2012/8, vol. 88, pp. 599-604.

Grenouilloux, A. (2011) « Ethique et normes en psychiatrie et santé mentale » *L'Information*

Psychiatrique, 87 ; 6, pp. 479-486.

Grillo, E. (2007) « L'autonomie : dimensions et paradoxes », *Ethique et Santé*, vol. 1, p. 180.

Grit, M. (2017) « Sanction de la Cnil suite au refus d'un praticien de transmettre à son patient son dossier médical » *Revue droit & santé* n°79, pp. 716-717.

Guattari, F. (1987) "La 'grille' – Exposé fait au stage de formation de l'hôpital de La Borde le 29 janvier 1987" *Chimères*, 1-14.

Gueibe, R. (2013) « Malgré tout, grande est la solitude du soignant devant l'acte d'euthanasie » in *Histoires d'euthanasies*, sous la direction de J-M Longneaux, *Ethica Clinica – Revue francophone des soins de santé*, trimestriel n°69, p. 21-22.

Guigue, M. (2006) « Le problème majeur et persistant de l'accès aux soins dans les prisons françaises dénoncé par l'avis du Comité consultatif national d'éthique du 26 octobre 2006 », *Revue droit & santé*, n° 17, pp. 369-374.

Guigue, M. & Ponselle, A. (2010) « Injonction de soins et traçabilité des personnes ayant fait l'objet d'une déclaration d'irresponsabilité pour cause de trouble mental », *Revue droit & santé* n°36, pp. 358-364.

Guigue, S. (2014) « La position du Conseil d'Etat sur les dispositions réglementaires relatives aux UMD » *RDS*, n°32, novembre 2014, p. 1741-1743.

Guigue, S. (2014) « L'article L 3222-3 du Code de la santé publique, relatif aux UMD, est conforme à la Constitution » *RDS* n°59, mai 2014, p. 1334.

Guigue, S. (2016) « Présentation du décret du 1^{er} février 2016 sur les UMD et le programme de soins » *Revue droit & santé* n°71, pp. 457-460.

Guyomar, M. (2009) « La justiciabilité des mesures pénitentiaires devant le juge administratif », *AJDA*, p. 415.

Haag, G., Tordjman, S. *et al* (1995) « Grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile traité » *La Psychiatrie de l'Enfant*, n°38-2, pp. 495-527.

Harcourt, B. (2011) "Surveiller et punir à l'âge actuariel. Généalogie et critique" *Déviance et société*, 35(1), 5-33.

Havet, J-M (2000) « La question du diagnostic en thérapie familiale » *Généralisations*, n° 10, p. 47.

Hazif-Thomas, C., Thomas, P. & Walter, M. (2010) « Refus de soins, décision médicale et interdisciplinarité » *La revue francophone de gériatrie et de gérontologie*, septembre 2010, t. XVII, n° 167, pp. 338-347.

Henckes, N. (2009) « Un tournant dans les régulations de l'institution psychiatrique : La trajectoire de la réforme des hôpitaux psychiatriques en France de l'avant-guerre aux années 1950 », *Genèses*, n°76, pp. 76-98.

- Henry, V. A. (2010) « Un suicide qui dérange : le suicide en prison » *AJ Pénal* 2010, p. 437.
- Herzog-Evans, M. (2008) "La loi n°2008-174 du 25 février 2008 ou la mise à mort des principes cardinaux de notre droit" *Actualité Juridique Pénale*, Ed. Dalloz 4/2008, p. 161.
- Herzog-Evans, M. (2010) « La loi pénitentiaire n°2009-1436 du 24 novembre 2009 : Changement de paradigme pénologique et de toute-puissance administrative » *Recueil Dalloz*, 2010, p. 31.
- Hilger, G. (2016) « La force du secret médical en droit pénal » *Revue générale de droit médical*, n°61, pp. 81-95.
- Hivert, P. (1982) « Psychiatrie en milieu carcéral », *Encyclopédie médico-chirurgicale*, n° 37889, septembre 1982, pp. 1-4.
- Houssaye, C., Paraire, F., Rambant, C. & Durigon, M. (2007) « Deux armes non létales en France : le flashball – le TASER x26 » *Revue des Samu Médecine d'urgence*, XXIX, pp. 290-293.
- Hoven, H. (1939) « L'azoman dans la thérapeutique de la schizophrénie » *Journal belge de neurologie et de psychiatrie*, 39, pp. 614-615.
- Janody, P. (2007) "Où va l'hôpital psychiatrique ?" *Essaim*, 2007/2, n°19, pp. 169-182.
- Januel, P. (2017) « Le Sénat se penche sur les soins des personnes détenues » Commission des finances, rapport sur les dépenses pour la santé des personnes détenues, *Dalloz actualité*, 4 octobre 2017, p. 1.
- Joyal, C. & Dumais, A. (2013) "Impulsivité et psychiatrie : De nouveaux outils pour mieux la définir, l'évaluer, la prévenir et la traiter" *Psychiatrie & Violence*, 12(1) : <https://doi.org/10.7202/1025226ar>.
- Kahn, A. (2009) « Le secret médical : d'Hippocrate à Internet » *Recueil Dalloz* 2009, p. 2623.
- Kannas, S. (2001) "Thérapies familiales et schizophrénies" *Cahiers critiques de thérapie familiale et pratiques de réseaux*, n°26, janvier 2001, pp. 138-145.
- Katz, D. (2013) « Peut-on interdire les relations sexuelles aux patients d'un hôpital psychiatrique ? » *AJDA*, p. 115.
- Keller, C., Louazel, M., Moquet-Anger, M-L (2013) « Les outils de coopération issus de la loi HPST : des instruments au service de la restructuration hospitalière » *RDSS* 2013, p. 687.
- Kierzek, G., Bécour, B., Rey Salmon, C. & Pourriat, J-L (2007) « Implications cliniques de l'utilisation du TASER » *Revue des Samu Médecine d'urgence*, XXIX, pp. 286-289.
- Kinoo, P. (2006) « Psychothérapie institutionnelle : le paradigme multifonctionnel interactif » *Médecine et Hygiène*, 2006/1, vol. 27, pp. 47-59.

Klein, J.-P. (2012) « L'ar-thérapie, de l'inconnu à soi que l'on est vers l'inconnu de soi que l'on crée » *Les Cahiers Jujgiens de Psychanalyse*, 135, p. 75.

Laborit, H. *et al* (1952) « Un nouveau stabilisateur neurovégétatif (le 4560 RP) » *Presse médicale*, 60, pp. 206-208.

Lambert, C-E., Bied, C., Meunier, F. & Massoubre, C. (2011-2012) "Les Unités Hospitalières Spécialement Aménagées : Perspectives et appréhensions face à une nouvelle institution psychiatrique dans le paysage pénitentiaire français" *Psychiatrie & Violence*, 11(1), p. 28.

Lameyre, X. (2001) « Une justice pénale 'psychopathique' ? » in *Les psychopathies graves. L'évolution psychiatrique*, vol. 66, n°4, Paris : Elsevier, pp. 655-664.

Lamothe, P. (2010) « Loi pénitentiaire et santé des détenus » *Gazette du Palais*, 27 et 28 janvier 2010.

Langlois, E. (2007) « Mémoire et maladie. Une lecture sociologique de l'observance thérapeutique » *Sociologie et Santé*, 2007, n°26, pp. 89-103.

Langlois, E. (2014) « Quand l'hôpital fait de la résistance : La prise en charge hospitalo-dépendante des usagers de drogues » *Les Sciences de l'éducation – Pour l'ère nouvelle*, 2014/3, vol. 47, pp. 63-83.

Languette, M-A & Katchadourian, F. (2014) « Consentir à la dépendance ? Pratique de l'art-thérapie en psychiatrie » *ERES – Cliniques*, 2014/2, n8, pp. 168-187.

Launay, C. (2002) "Les différents dispositifs d'accueil des urgences psychiatriques" *Annales Médico-Psychologiques*, 160, 191-193.

Le Bihan, P., Salvetti, M., Bénézech, M. (2012) « Application de la loi du 5 juillet 2011 en unité pour malades difficiles » *Annales médico-psychologiques*, p. 714.

Leclerc, H. (2011) « La loi du 5 juillet 2011 : le juge et le fou », *Journal français de la psychiatrie*, 2010/3, pp. 22-24.

Le Gall, G. & Le Gall, F. (2007) « Le respect absolu de la volonté du patient pose un véritable problème de société : aspects éthiques et juridiques » in *Revue fondamentale des questions hospitalières*, n°14, 2007, p. 416.

Le Gag-Pech, S. (2014) « Pour un amendement de la loi sur la fin de vie » *RGDM*, n°52, pp. 65-78.

Legrand, P. (2012) « Secret médical et expertise psychiatrique » *Revue générale de droit médical* n°43, juin 2012, pp. 61-63.

Leguay, D. (2009) « Soins sans consentement : Y a-t-il un sens de l'histoire ? », *Perspectives Psy*, 2009 ; 48, pp. 13-21.

Lelièvre, N. (2009) *La fin de vie face au droit*, Guides d'exercice professionnel des établissements sanitaires et médico-sociaux, éd. Heures de France, p. 47.

Léonard, T., Foulon, C. & Guelfi, J. D. (2005) « Troubles du comportement alimentaire chez l'adulte » *EMC-Psychiatrie*, 37-105-D-10 : 1-21.

Le Poulichet, S. (2011) "L'addiction est un traitement de substitution" *L'évolution Psychiatrique*, n°3, vol. 76, 486-491.

Leroy, A. (1937) « Le traitement convulsivant de la démence précoce » *Journal belge de neurologie et de psychiatrie*, 37, p. 658.

Lesain-Delabarre J-M & Colignon, M. (2015) « Art-thérapie, médiations artistiques : Quelles différences pour quels enjeux ? » *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, 4(72), pp. 295-315.

Leuzzi-Louchart, C. (2015) « Vulnérabilités et fin de vie : De la protection de la dignité du mourant aux limites de l'encadrement juridique de la fin de vie » *RDS*, n°67, pp. 665-677.

Ley, J. (1954) « La tentation psychochirurgicale » *Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica*, 54, pp. 317-330.

Lossignol, D. (2013) « Liberté de conscience, clause de conscience » in *Histoires d'euthanasie* sous la direction de J-M Longneaux, *Ethica Clinica, Revue francophone d'éthique des soins de santé*, trimestriel n°69, p. 38.

Maebe, R. (2003) « Vigilance et présence dans le soin : pour une psychothérapie institutionnelle en Belgique » *Cahiers de psychologie clinique*, 2003/2, n°21, pp. 167-174.

Maere R. (1923) « Les bons remèdes dans l'excitation maniaque » *Journal belge de neurologie et de psychiatrie*, pp. 53-56.

Maillard-Déchénans, N. (2013) « Loi du 5 juillet 2011 : un toilettage bienvenu », *Santé Mentale*, n°180, pp. 6-8.

Malaurie, P. (2002) « Euthanasie et droit de l'Homme : quelle liberté pour le malade ? » *Défrénois*, 30 septembre 2002, n°18, p. 1131.

Maldiney, H. (2001) « L'homme dans la psychiatrie », *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, n°36, p. 31.

Manaouil, C. (2016) « Le secret partagé entre professionnels depuis la loi santé du 26 janvier 2016 » *Revue générale de droit médical* n°61, p. 55.

Marandon de Montyel, E. (1896) "L'open door et le congrès de Nancy", *Annales médico-psychologiques*, novembre-décembre 1896, éditions Masson, t. II, p. 390-391.

Maria, I. (2012) « Hospitalisation d'office, des dispositions encore insatisfaisantes », *Droit de la famille*, n°7, juillet 2012, comm. 128., pp. 7-8.

Martin, E. (2008) « Le CCNE, le 'dossier médical personnel' (DMP) et l'informatisation des données de santé (Avis n°104 du CCNE) » *Revue droit & santé* n°26, p. 696.

- Masse, G. (2011) « La réforme de la psychiatrie : il faut garder raison », *Nervure*, 3 : éditorial.
- Massion, J. (2013) « La demande d'euthanasie en institution dix ans après la loi » in *Histoires d'euthanasie*, sous la direction de J-M Longneaux, *Ethica Clinica – Revue francophone d'éthique des soins de santé*, trimestriel n°69, pp. 70-71.
- Massion-Verniory, L. & Dumont, E. (1954) « Considérations sur la leucotomie unilatérale » *Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica*, pp. 331-350.
- Matei, M. (2009) « Droits de l'homme et droits des malades détenus » *Gazette du Palais*, 12 mars 2009, n°71, p. 42.
- Maugue, C. & Thiellay, J-F. (2010) *La responsabilité du service public hospitalier*, LGDJ, p. 34.
- Mbanzoulou, P. (2008) "Quelles incidences possibles de la loi de rétention de sûreté sur les pratiques professionnelles pénitentiaires ?" *Actualité Juridique Pénale*, Ed. Dalloz, 6/2008, p. 400.
- Melleray, F. (2010) « Avancée de l'obligation *in solidum* en matière de responsabilité extracontractuelle de la puissance publique », *Dr adm.*, n°10, comm. 135, p. 265.
- Ménasé, S. (2009) « Rapport créatif au monde » *Revue Art & Thérapie*, n°102-103, nov. 2009, p. 51.
- Mettetal, A. & Sautel, O. (2004) « Prise en charge médicale et privation de liberté », *Revue droit & santé*, n° 2, pp. 143-145.
- Miermont, J. (1994) « Schizophréniques et thérapies familiales » *Généralisations*, n°1, octobre 1994, pp. 49-60.
- Mijuskovic, V. (2018) « Une décennie de rapport annuel d'activité pour le CGLPL » *Revue droit & santé* n°84, pp. 685-687.
- Milly, B. (2003) « L'accès aux soins des détenus en France : un droit bafoué », *Droit et Société*, éd. Juridiques associées, pp. 745-765.
- Monnier, A. (2009) « Le dossier médical personnel : Histoire, encadrement juridique et perspectives » *RDSS*, p. 625.
- Montero, E. (2000) « Le droit à l'autonomie dans le débat sur la légalisation de l'euthanasie volontaire : un argument en trompe-l'œil ? » *Revue générale de droit médical*, n°3, p. 88.
- Moreau, D. (2011) « Conjurer la qualification de violence dans l'usage professionnel de la contrainte : le recours à la chambre d'isolement dans un service de psychiatrie », *Revue Sociologie Santé*, n°33, mars 2011.
- Moreau-Ricaud, M. (2004) « Une 'utopie' à la croisée de la psychiatrie et de la psychanalyse : la psychothérapie institutionnelle » *L'Esprit du Temps – Topique*, 2004/3, n°88, pp. 195-108.

Morel, K. (2007) « Un centre hospitalier face à la fugue de son patient », *Revue droit et santé* n°19, pp. 663-664.

Moro, F. (2016) « La loi dans son contexte » in Loi de modernisation de notre système de santé, *Revue de droit & santé*, pp. 7-10.

Neyrand, G. (2007) « La prévention psychique précoce, une démarche controversée » *Contraste*, 2007/1, pp. 21-54.

Nieto, A. (2015) « Amis médecins, le secret pèse sur vous : méfiez-vous des informations amicales ! » *Revue de droit & santé*, n°68, pp. 830-831.

Nuns, N. (2005) "Les urgences psychiatriques à l'hôpital général" *Annales Médico-Psychologiques*, 163, 607-610.

Olech, V. (2012) « Soins médicaux en milieu carcéral : Confusion des rôles et partage des secrets », *Revue droit & santé* n°63, pp. 96-99.

Olech, V. (2014) « Quand le Conseil d'Etat fragilise le secret professionnel médical au nom de la sécurité carcérale », *Revue droit & santé*, n° 60.

Oury, J. (2003) « Transfert multiréférentialité et vie quotidienne dans l'approche thérapeutique de la psychose » *Cahier de psychologie clinique*, 2, n°21, p. 161.

Oury, J. (2007) « Psychanalyse, psychiatrie et psychothérapie institutionnelles » *Vie sociale et traitements*, 2007/3, n°95, pp. 110-125.

Panfili, J-M (2014) « Les traitements médicamenteux forcés en soins psychiatriques sans consentement et le risque d'atteinte à la dignité » *RDS* 2014, n°58, pp. 1004-1015.

Pastre-Belda, B. (2015) « Le double jeu de la Cour européenne des droits de l'Homme sur le droit équivoque de disposer de sa vie » *Revue droit & santé* n°68, pp. 766-777.

Paulet, C. (2006) "Réflexions sur les objectifs et les conditions du soin psychiatrique en milieu pénitentiaire" *Perspectives Psy*, 45(4), 373-379.

Péchillon, E. (2012) « Le pouvoir médical face au refus de consentement : Un savant dosage effectué par le juge des référés » *JCP Adm et CT*, n°40, 8 octobre 2012.

Péchillon, E. (2012) « Censure partielle de la loi du 5 juillet 2011 relative aux soins sous contrainte : vers une réforme en profondeur de la psychiatrie avant octobre 2013 ? » *JCP A* 2012, n°2230.

Pena, A. (2011) « Internement psychiatrie, liberté individuelle et dualisme juridictionnel : la nouvelle donne » *RFDA* 2011, p. 951.

Perrin, J. (2009) « Présentation du principe de l'accès au soin des détenus consacré par la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 » *Revue droit & santé* n°35, pp. 258-260.

Perriraz Bourry, M. & Barbe, R. (2012) « Du modelage au Land Art, un cheminement créatif du dedans au dehors » *Médecine & Hygiène*, 2012/2, vol. 32, pp. 85-98.

Poncela, P. (2005) « La question de la récidive » *RSC*, pp. 25-36.

Ponseille, A. (2011) « Plaidoyer pour la création de la suspension de détention provisoire pour raison médicale : entre nécessité et inutilité... » *Revue droit & santé* n°42, pp. 415-422.

Ponseille, A. (2015) « Avis du 16 juin 2015 du CGLPL relatif à la prise en charge des personnes détenues au sein des établissements de santé », *Revue droit & santé*, n°68, pp. 797-800.

Poupart, J., Dozois, J., Lalonde, M. (1982) « L'expertise de la dangerosité » *Criminologie*, vol. 15, n°2, pp. 7-25.

Pous, G. (1974) « Le pack » *L'information psychiatrique*, vol. 50, n°1, pp. 23-32.

Przygodski-Lionet, N. & Noël, Y. (2004) "Individu dangereux et situations dangereuses : Les représentations sociales de la dangerosité chez les citoyens, les magistrats et les surveillants de prison" *Psychologie Française*, 49, 409-424.

Py, B. (2012) « Le secret professionnel et le signalement de la maltraitance sexuelle. L'option de conscience : un choix éthique » *Archives de politique criminelle*, 2012/1, n°34, p. 71.

Py, B. (2012) « Urgence médicale, état de nécessité et personne en péril » *AJ Pénal*, 2012, p. 384.

Py, B. (2013) « Réquisitoire contre l'expression de secret médical : Plaidoyer pour l'expression de secret professionnel » *Revue de droit & santé*, n°1, pp. 161-166.

Py, B. (2015) « Secret professionnel médical et risque grave et imminent de mise en danger d'autrui » *Revue droit & santé* n°67, pp. 717-719.

Py, B. (2018) « Faut-il interdire les relations sexuelles entre médecins et patients ? Quand une pétition rappelle que l'enfer est pavé de bonnes intentions », *Revue droit et santé*, n°83, pp. 440-444.

Py, B. (2018) « Ficher les fous. Au sujet du traitement automatisé de données à caractère personnel dénommé 'Redex' (répertoire des expertises) », *Revue droit & santé*, n°84, pp. 611-614.

Rabaux, J. (2008) « La rétention de sûreté ou la 'période sombre de notre justice' » *Journal du droit des jeunes*, 2008/4, n°274, pp. 36-48.

Renard, S. (2010) « Secret médical. Faute dans l'organisation et le fonctionnement du service » note sous CAA Nantes, 15 octobre 2009, n° 09NT00165, Gadouche, *JCP A*, n°23, p. 23.

Renard, S. & Péchillon, E. (2018) « L'accès au dossier médical, un droit fondamental du patient », *Santé Mentale*, Acte Presse, p. 10.

Rhenter, P. (2011) « La réforme des hospitalisations psychiatriques sans consentement : un

éclairage historique », *Journal français de la psychiatrie*, n°38, pp. 12-15.

Roelandt, J-L (2003) « Pour en finir avec la confusion entre psychiatrie et justice, hôpital psychiatrique et prisons, soins et enfermement » *L'Information psychiatrique*, 2009(6), vol. 85, pp. 525-535.

Rogeaux, Y. (2016) « Le secret médical : Une approche déontologique et éthique » *Revue générale de droit médical*, n°61, décembre 2016, p. 24.

Roger, H. (1934) « Pyrothérapie et affections du système nerveux » *Journal belge de neurologie et de psychiatrie*, 34, pp. 560-564.

Roman, D. (2005) « Le respect de la volonté du malade : une obligation limitée » *RDSS*, p. 423.

Romanens, J-L (2012) « Le DMP : Un dossier médical personnel encore peu partagé » *Revue droit & santé* n°47, pp. 258-263.

Romanens, J-L (2016) « Loi de modernisation de notre système de santé : chronique d'une naissance dévoyée » *Revue de droit & santé* n°69, p. 24.

Rousset, I., Kipman, A., Adès, P. & Gorwood, P. (2004) « Personalité, tempérament et anorexie mentale » *Annales médico-psychologiques*, 162 : 180-188.

Saint-Martin, A. (2010) « Le secret médical et le patient (I) : Le patient (a priorité) maître du secret professionnel médical » *Revue droit & santé* n°34, pp. 109.

Saint-Martin, A. (2010) « Le secret médical et le patient (II) » *Revue droit & santé* n°36, pp. 326-330.

Santiago Delefosse, M. (2011) « Actualité de la pensée critique en psychologie de la santé somatique et mentale dans le monde anglo-saxon », *Bulletin de psychologie*, n°511, pp. 5-13.

Sargos, P. (1999) « L'obligation d'informer le patient », *LPA*, 22 septembre 1999, n°189, p. 9.

Sargos, P. (2004) « Les principes d'immunité et de légitimité en matière de secret professionnel médical » *JCP*, I, p. 187.

Sautejean, A. & Roudeix, M. H. (1979) « Packs et traitement institutionnel d'une psychose autistique » *L'Information Psychiatrique*, vol. 55, n°7, 785-789.

Sautereau, M., Leca, H., Vittoz, A., Meunier, F. & Lamothe, P. (2009) "Les évolutions législatives françaises : Un pas de plus vers la confusion justice / psychiatrie" *Psychiatrie & Violence*, 9(1), <https://doi.org/10.7202/038871ar>.

Schaller, J-J (2011) « Des espaces institutionnels : Lieux à vie ou lieux à vivre ? » *Le sujet dans la cité*, 2011/1, n°2, pp. 75-89.

Schamps, G. (2013) « La fin de vie – soins palliatifs et euthanasie – en droit belge » *Revue générale de droit médical*, n°48, p. 149.

Schwartz, R. (1991) « La responsabilité hospitalière et le juge administratif : Une remarquable évolution » *La Gazette du Palais*, p. 526.

Seletti, B. (2002) "Situations psychiatriques dans un service d'urgence" *Annales médico-psychologiques*, 160, 187-190.

Seletti, B., Launey, C., Garnier, B., Brun-Ney, D., Boulard, J. C. & Petitjean, F. (2001) "Accueil des urgences psychiatriques' au sein d'un centre hospitalier universitaire. Intérêt de l'intégration dans un réseau de soins sectorisé" *Annales Médico-Psychologiques*, 159, 160-166.

Seltensperger, B. (2010) « L'application de la loi du 5 juillet 2011 par les juges des libertés et de la détention depuis le 1^{er} août 2011 », *Journal français de la psychiatrie*, 2010/3, n°38, pp. 36-42.

Senon J-L. (2005) « Soins ambulatoires sous contrainte : Une mise en place indispensable pour préserver une psychiatrie publique moderne », *L'Information Psychiatrique*, 2005 : 81, pp. 627-634.

Senon, J-L & Manzanera, C. (2005) « Psychiatrie et justice pénale : à la difficile recherche d'un équilibre entre soigner et punir » *AJ Pénal*, 10/2005, pp. 353-357.

Senon, J. L. & Manzanera, C. (2008) "Psychiatrie et justice : De nécessaires clarifications à l'occasion de la loi relative à la rétention de sûreté" *Actualité Juridique Pénale*, éd. Dalloz 4/2008, 176.

Sferlazzo, K. (2017) « L'irrégularité d'une procédure d'isolement entraîne *ipso facto* la mainlevée d'une mesure d'hospitalisation », *Revue droit et santé*, n°80, pp. 921-923.

Sicard, D. (2009) « Quelles limites au secret médical partagé » *Recueil Dalloz*, p. 2634.

Spiers, E. & Combaluzier, S. (2009) « Stigmatisation perçue en fin d'hospitalisation et réinsertion sociale des sujets malades mentaux » *Recherche en soins infirmiers*, 2009/2, n°97, pp. 98-103.

Stitelmann, J. (2002) « Entre cristal et compost, une réflexion théorique à partir de la clinique » *Art & Thérapie*, n°94-95, pp. 69-81.

Stitelmann, J. (2012) « Développements thérapeutiques des phénomènes transitionnels, les formes essentielles en psychothérapie expressive » *Médecine & Hygiène*, 2012/2, vol. 32, pp. 99-113.

Sudres, J-L. (2009) « Art-thérapie : pour qui et comment ? » *Réalités pédiatriques*, 142: 19-26.

Sudres, J-L. (2012) « Anorexie et art-thérapie : Eléments pour une pratique » *Médecine & Hygiène*, 2012/2, vol. 21, pp. 73-83.

Tessier, J-F. *et al* (2003) « La psychiatrie a-t-elle sa place aujourd'hui dans la prise en charge médicale du sujet âgé ? Réflexions faites au travers de l'évolution des pratiques de soins »

Gérontologie et Société, 2003/1, vol. 26, n°104, pp. 45-62.

Théron, S. (2014), « Les urgences psychiatriques en établissement », *Revue de droit sanitaire et social (RDSS)*, Dalloz, N° 4, p. 707-719.

Théron, S. (2014) « La loi du 27 septembre 2013 : une révision partielle du régime des soins psychiatriques », *Revue de droit sanitaire et social (RDSS)*, N° 1, p. 133.

Thierry, J-B. (2011) « La sexualité des personnes handicapées » in PY, B. *et al*, *La pudeur et le soin*, p. 83-84.

Thomas, L-V (1976) « Euthanasie, approche conceptuelle et perspective anthropologique » *BST*, n°31, 10^e année, p. 37.

Tourmente, D. (2016) « Les groupements hospitaliers de territoire : missions et gouvernance de ces nouvelles structures de coopération » *JCP A*, 2016 n° 2333, 1-7.

Turpin, D. (2010) « La loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 » *La Semaine Juridique – Administrations et Collectivités territoriales*, n°13, mars 2010, pp 82-88.

Truchet, D. (1995) « La décision médicale et le droit », *AJDA*, p. 611.

Vacheron M-N. & Laqueille, X. (2012) « L'admission en soins psychiatriques sous contrainte : apports et limites de la loi du 5 juillet 2011 », *Centre Laennec*, 2012/1, pp. 10-23.

Varnier, F. & Trépreau, M. (2016) « La coopération hospitalière au service de la modernisation de notre système de santé » *RDSS*, 2016, p. 620.

Vasseur-Lambry, F. (2018) « Le secret professionnel / médical : Une protection forte dans l'intérêt du patient » *Revue générale de droit médical*, n°69, décembre 2018, p. 109.

Vialla, F. & Morel, K. (2007) « De l'opportunité du recours à la contention sur un malade psychiatrique suicidaire », *Revue droit & santé*, n°18, pp. 568-569.

Vialla, F. (2013) « Suicide assisté, vers un acte médico-légal – A propos du rapport 'penser solidairement la fin de vie' remis au président de la République par la 'commission Sicard' le 18 décembre 2012, *JCP* 2013, éd. G, 68, p. 114 et s.

Vauthier, J-F. (2016) « Contention, quand tu nous (re)tiens ! », *Revue droit & santé*, n°71, éditorial, pp. 333-335.

Veit, C. (2018) « L'institution pour soigner... l'établissement » *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 2018/1 (n°70), pp. 179-189.

Vermorel, H. & Vermorel, M. (1966) « Essai sur l'évolution de l'hôpital psychiatrique » *L'information psychiatrique*, 1966/2, pp. 117-142.

Vermorel, H. & Vermorel, M. (2012) « De l'asile à la politique de secteur : l'évolution des institutions et des soins psychiatriques à Bassens » *L'information psychiatrique*, 2012/9, vol. 88, pp. 759-770.

Vialla, F. (2008) « Fin de vie et euthanasie : entre instrumentalisation et euphémisation » *Revue droit & santé* n°23, éditorial, pp. 304-307.

Vialla, F. (2012) « Sentiments, vie privée, vie affective, vie sexuelle et institution sanitaire ou médico-sociale » *Revue droit & santé*, n45, chron. p. 23 et s.

Vialla, F. (2013) « Privée de vie privée : ‘Vol retour’ au-dessus d’un nid de coucou » *Revue droit & santé*, n°52, chron., pp. 141-151.

Vioujas, V. (2011) « Les soins psychiatriques aux détenus : Des modifications mineures pour une problématique de santé publique majeure », *RDSS*, p. 1071-1084.

Vioujas, V. (2014) « La justiciabilité des décisions médicales devant le juge administratif », *La Semaine Juridique*, ACT n°23, 9 juin 2014.

Vioujas, V. (2016) « Les unités pour malades difficiles : de l’ombre au clair-obscur » *RDSS*, 2016, p. 499-511.

Vioujas, V. (2016) « La résurrection du service public hospitaliers » *AJDA*, 2016, p. 1272.

Viriot-Barrial, D. (2013) La responsabilité pénale du psychiatre dans sa mission d’évaluation de la dangerosité, revue générale de droit médical, n°46, mars 2013, éd. LEH.

Von Buelzingsloewen, I. (2002) « Les ‘aliénés’ morts de faim dans les hôpitaux psychiatriques français sous l’Occupation » *Vingtième-Siècle, Revue d’Histoire*, 2002/4, n°76, p. 184.

Von Meduna, L. (1939) « La thérapeutique de la schizophrénie par les convulsions (compte rendu) » *Journal belge de neurologie et de psychiatrie*, 39, p. 232.

Von Mundy, J. (1865) « Discussion sur les différents modes d’assistance des aliénés » *Annales médicopsychologiques*, 4^e série, t. V, pp. 275-302.

Articles et chroniques juridiques en anglais

Abarshi, E., Echteld, M. A., Van den Block, L. *et al* (2011) "Use of palliative care services and general practitioner visits at the end of life in The Netherlands and Belgium" *Journal of Pain and Symptom Management*, 41(2), 436-448.

Abbott, P. (2002) "Reconfiguration of the high-security hospitals: some lessons from the mental hospital retraction and reprovision programme in the United Kingdom 1960-2000" *The Journal of Forensic Psychiatry*, Vol 12, No 1 April 2002, 107-122.

Abrams, S. (1983), 'The multiple personality: a legal defence', *American Journal of Clinical Hypnosis*, 25 (2): 225-231.

Absalom, V., McGovern, J., Gooding, P. A. & Tarrier, N. (2010) "An assessment of patient need for family interventions in forensic services and staff skill implementing family interventions" *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, Vol. 21, No. 3, June 2010, 350-365.

Adamson, V., Gibbs, M. & McLaughlin, D. (2015) "Evaluation of the improving access to psychological therapies for offenders' programme at HMP Lincoln: a three-year prospective cohort study" *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, Vol. 26, No. 2, 185-201.

Adshead, G. (2000) "Care of custody: Ethical dilemmas in forensic psychiatry" *Journal of Medical Ethics*, 26, 302-304.

Adshead, G. (2002) "Three degree of security: Attachment and forensic situations" *Criminal Behaviour & Mental Health*, 12, S31-S45.

Akuffo, K. (2004) "The involuntary detention of persons with mental disorder in England and Wales – A human rights critique" *International Journal of Law and Psychiatry*, 27, 109-133.

Alcock, D. & White, T. (2009) "Study of the clinical and forensic outcome of admission to a forensic psychiatry day hospital at one, two and three years" *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, Vol. 20, No. 1, February 2009, 107-119.

Alemi, F., Stephens, R., Parran, T., Llorens, S., Bhatt, P., Ghadiri, A. & Eisenstein, E. (1994) "Automated monitoring of patients: Application to treatment of drug abuse" *Medical Decision Making*, 14, 180-187.

Alexander, F., (1930), "The neurotic character', *International Journal of Psychoanalysis*, 11: 291-311.

Allam, J., Middleton, D. and Browne, K. (1997) 'Different clients, different needs? Practice issues in community-based treatment for sex offenders', *Criminal Behaviour & Mental Health* 7: 69-84.

Allen, J. (1997) "Assessing and managing risk of violence in the mentally disordered" *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 4: 369-378.

Allen, N. (2013) "The right to life in a suicidal state" *International Journal of Law and Psychiatry*, 36, 350-357.

Akhtar, S., Crocker, E., Dickey, N. et al. (1977) "Overt sexual behaviour among psychiatric inpatients" *Archives of General Psychiatry*, 30, 180-182.

Akintunde, A. A. & Caruso K. A. (2008) "On pain of death: Forensic psychiatry and capital punishment" *The Journal of Psychiatry & Psychology*, Vol. 19, No. 1, Mars 2008, 127-136.

Allan, A. & Grisso, T. (2014) "Ethical principles and the communication of forensic mental health assessments" *Ethics & Behaviour*, 24, 467-477.

Al-Khafaji, K., Loy, J. & Kelly, A. M. (2014) "Characteristics and outcome of patients brought to an emergency department by police under the provisions (Section 10) of the Mental Health Act in Victoria, Australia" *International Journal of Law and Psychiatry*, 37, 415-419.

Alzheimer's Association (2013) 'Alzheimer's disease facts and figures' *Alzheimer's & Dementia*, 9(2), 208-245.

Amaral, D. (2011) « Against the packing: A consensus statement » *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, n°50(2), pp. 191-192.

Ambrosino, S. V. (1974), 'Depressive reactions associated with Reserpine', *New York State Journal of Medicine*, 74(5) : 860-864.

Amore, M., Menchetti, M., Tonti, C., Scarlatti, F., Lundgren, E., Esposito, W. & Berardi, D. (2008) "Predictors of violent behaviour among acute psychiatric patients: Clinical study" *Psychiatry & Clinical Neurosciences*, 62(3), 247-255.

Andersen, H. S., Sestoft, D. Lillebaek, T., Gabrielsen, G. and Kramp, P. (1996) 'Prevalence of ICD-10 Psychiatric Morbidity in Random Samples of Prisoners on Remand', *International Journal of Law & Psychiatry* 19: 61-74.

Andersohn, F., Schade, R., Suissa, S. & Garbe, E. (2009) "Long-term use of antidepressants for depressive disorders and the risk of diabetes mellitus" *The American Journal of Psychiatry*, 166(5), 591-598.

Anderson, A. E. (2007) "Eating disorders and coercion" *The American Journal of Psychiatry*, 164(1), 9-11.

Anderson, C. A. & Bushman, B. J. (2002) "Human aggression" *Annual Review of Psychology*, 53, 27-51.

Anderson, K. H., Ford, S., Robson, D., Cassis, J., Rodrigues, C. & Gray, R. (2010) "An exploratory, randomized controlled trial of adherence therapy for people with schizophrenia" *International Journal of Mental Health Nursing*, 19, 340-349.

Andover, M. S. & Gibb, B. E. (2010) 'Nonsuicidal self-injury, attempted suicide and suicidal intent among psychiatric inpatients' *Journal of Psychiatric Research*, 178, 101-105.

Andrews, D. A., Bonta, J. L. & Hoge, R. D. (1990) "Classification for effective rehabilitation: Rediscovering psychology" *Criminal Justice and Behaviour*, 17, 19-52.

Andrews, D. A., Bonta, J. & Wormith, J. S. (2011) "The Risk-Need-Responsivity (RNR) model: Does adding the good lives model contribute to effective crime prevention?" *Criminal Justice and Behaviour*, 38, 735-755.

Anfang, S. A. & Applebaum, P. S. (1996) "Twenty years after Tarasoff: Reviewing the duty to protect" *Harvard Review of Psychiatry*, 4(2): 67-76.

Angell, B., Mahoney, C. A. & Martinez, N. I. (2006) "Promoting treatment adherence in assertive community treatment" *The Social Service Review*, 80, 485-526.

Angermeyer, M. C. and Matschinger, H. (1994) "Lay beliefs about schizophrenic disorder: the results of a population survey in Germany" *Acta Psychiatrica Scandinavica* 89: 39-45.

Angold, A. (1989) « Seclusion », *The British Journal of Psychiatry*, n°154, pp. 437-444.

Anton, R. F., O'Malley, S. S., Ciraulo, D. A., Cisler, R. A., Couper, D., Donovan, M. *et al* (2006)

"Combined pharmacotherapies and behavioural interventions for alcohol dependence. The COMBINE study: A randomized controlled trial" *Journal of the American Medical Association*, 295(17), 2003-2017.

Anton-Stephens, D. (1954) «Preliminary observations on the psychiatric use of Chlorpromazine (Largactil)» *Journal of Mental Science*, 100, p. 550.

Antonuccio, D., Thomas, M. & Danton, W. (1997) "A cost effectiveness analysis of cognitive behaviour therapy and fluoxetine (Prozac) in the treatment of depression" *Behaviour Therapy*, 28, 187-210.

APA Work Group on Alzheimer's Disease and other Dementias, Rabins, P. V., Blacker, D., Rovner, B. W., Rummans, T., Schneider, L. S. *et al* (2007) "American Psychiatric Association practice guideline for the treatment of patients with Alzheimer's disease and other dementias. Second edition" *American Journal of Psychiatry*, 164(12 Suppl), 5-56.

Appelbaum, K. L. & Appelbaum, P. S. (1991) "A model hospital policy on prosecuting patients for presumptively criminal acts" *Hospital & Community Psychiatry*, 42(12), 1233-1237.

Appelbaum, P. S. (1986) "Outpatient commitment: the problems and the promise" *American Journal of Psychiatry* 158: 792-793.

Appelbaum, P. S. (1990), 'The parable of the forensic psychiatrist: ethics and the problem of doing harm', *International Journal of Law and Psychiatry*, 13: 249-259.

Appelbaum, P. S. (1997) "Almost a revolution: An international perspective on the law of involuntary commitment" *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 25(2), 135-147.

Appelbaum, P. S. (1997) "A theory of ethics for forensic psychiatry" *Journal of American Academy of Psychiatry and the Law*, 25(3), 233-247.

Appelbaum, P. S. & Redlich, A. (2006) "Impact of decisional capacity on the use of leverage to encourage treatment adherence" *Community Mental Health Journal*, 42, 121-130.

Arboleda-Florez J. (2006) "The ethics of forensic psychiatry" *Current Opinion in Psychiatry*, 19, 544-546.

Arboleda-Florez J. and Stuart H. L. (2000), "The future for risk research" *The Journal of Forensic Psychiatry* Vol 11 No 3 December 2000, 506-509.

Arkowitz, S., Shale J. & Carabello K. (2008) "Conditional release programs for civilly committed sex offenders" *Journal of Psychiatry & Law*, 36, 485-513.

Arlt, S., Lindner, R., Rösler, A. & Von Renteln-Kruse, W. (2008) "Adherence to medication in patients with dementia: Predictors and strategies for improvement" *Drugs Aging*, 25(12), 1033-1047.

Atkins, K. (2000) "Autonomy and the subjective character of experience" *Journal of Applied Philosophy*, 17(1), 71-80.

Atkison J. M., Gilmour W. H., Dyer, J. A. T., Hutcheson, F. and Patterson, L. (1997) "Consultants' views of leave of absence and community care orders in Scotland" *Psychiatric Bulletin* 56(6): 871-877.

Atkison, J. M., Gilmour, W. H., Dyer, J. A. T., Hutcheson, F. and Patterson, L. (1999) "Retrospective evaluation of extended leave of absence in Scotland 1988-1994" *Journal of Forensic Psychiatry* 10(1): 131-147.

Atkinson J. M., Garner H. C., Gilmour W. H. (2004) "Models of advance directives in mental health care: Stakeholder views" *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 673-680.

Atkinson J. M., Garner H. C., Gilmour W. H. and Dyer J. A. T. (2002) "The end of indefinitely renewable leave of absence in Scotland: the impact of the Mental Health (Patients in the Community) Act 1995" *The Journal of Forensic Psychiatry*, Vol 13, No 2, September 2002 298-314.

Austin, W., Goble, E. & Kelecevic, J. (2009) "The ethics of forensic psychiatry: moving beyond principles to a relational ethics approach" *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, Vol. 20, No. 6, December 2009, 835-850.

Azuonye, I. O. (2007) "Medical evidence for the purposes of recall to hospital under section 42(3) of the Mental Health Act 1983" *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, December 2007; 18(4): 443-451.

Bach, L. & Gudjonsson, G. H. (1999) "Evaluation study of lawyers (satisfaction with expert witness reports" *Expert Evidence*, 6, 261-271.

Backlar, P. (1999) "A choice of one's own research advance directives: anticipatory planning for research subjects with fluctuating or prospective decision-making impairments" *Accountability in Research*, 7, 117-128.

Backlar, P., McFarland, B. H., Swanson, J. W. & Mahler, J. (2001) "Consumer, provider and informal caregiver opinions on psychiatric advance directives" *Administration and Policy in Mental Health*, 28, 609-618.

Baecht, L. A. P. (2009) "Federal courts' interpretations of *Sell v. U.S.*" *Journal of Psychiatry & Law*, 37, 413-430.

Bailey, S. (2006) "Decision making in acute care: A practical framework supporting the 'best interests' principle" *Nursing Ethics*, 13, 284-285.

Baillargeon, J., Binswanger, I. A., Penn, J. V., Williams, B. A. & Murray, O. J. (2009) "Psychiatric disorders and repeat incarcerations: The revolving prison door" *The American Journal of Psychiatry*, 166(1), 103-109.

Bairan, A., Boeri, M. & Morian, J. (2012) "Methamphetamine use among suburban women: Implications for nurse practitioners" *Journal of American Association of Nurse Practitioners*, 26, 620-628.

Bairan, A., Taylor, G. J., Blake, B. J., Akers, T., Sowell, R. & Mendiola, R. (2007) "A model of HIV disclosure: Disclosure and types of social relationships" *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 19(5), 242-250.

Baird, C. & Sands, L. (2004) "A pilot study of the effectiveness of guided imagery with progressive muscle relaxation to reduce chronic pain and mobility difficulties of osteoarthritis" *Pain Management Nursing*, 5, 97-104.

Baker, A. A. (1968) "What is wrong with the mental health service?" *World Medicine* (26 March): 28, 360-367.

Baker, E. (1997) "The introduction of supervision registers in England and Wales: a risk communications analysis" *Journal of Forensic Psychiatry* 8(1): 15-35.

Baker, J. O. & Gutheil, T. G. (2011) "'Are you kidding?': Effects of funding cutbacks in the mental health field on patient care and potential liability issues" *Journal of Psychiatry & Law* 39, 425-432.

Baker, M., Van Hasselt, V. & Sellers, A. (2008) "Validation of the Novaco Anger Scale in an incarcerated population" *Criminal Justice & Behaviour*, 35, 741-754.

Baldessarini, R. J., Cohen, B. M. and Teicher, M. H. (1988) "Significance of antipsychotic dose and plasma level in the pharmacological treatment of psychoses" *Archives of General Psychiatry* 45: 79-91.

Banks, L. (2012) "Free to talk about violence: A description of art therapy with a male service user in a low security unit" *International Journal of Art Therapy: Formerly Inscape*. 17(1), 13-24.

Barkley, R. A., Fischer, M., Smallish, L. & Fletcher, K. (2006) "Young adult outcome of hyperactive children: Adaptive functioning in major life activities" *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(2), 196-202.

Baron R. C. & Salzer M. S. (2002) "Accounting for unemployment among people with mental illness" *Behavioural Sciences and the Law*, 20, 585-599.

Barrett, B., Byford, S., Seivewright, H., Cooper, S., Duggan, C. & Tyrer, P. (2009) "The assessment of dangerous and severe personality disorder: Service use, cost and consequences" *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 20, 120-131.

Barrowclough, C., Haddock, G., Beardmore, R., Conrod, P., Craig, T., Davies, L. & et al. (2009) "Evaluating integrated MI and CBT for people with psychosis and substance misuse: Recruitment, retention and sample characteristics of the MIDAS trial" *Addictive Behaviours*, 34, 859-866.

Barrowclough, C., Haddock, G., Lowens, I., Connor, A., Pidliswyj, J., & Tracey N., (2001) "Staff expressed emotion and causal attributions for client problems on a low secure unit: An exploratory study" *Schizophrenia Bulletin*, 27, 517-526.

Bartels, S. J., Teague, G. B., Drake, R. E. et al. (1993), 'Service utilization and costs associated

with substance use disorder among severely mentally ill patients', *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181 : 227-232.

Bartlett A. Cohen, H., Backhouse, A., Highet, N. and Eastman, N. (1996), 'Security Needs of South West Thames Special Hospital Patients: 1992 et 1993. No way out?', *Journal of Forensic Psychiatry*, 7: 256-270.

Bartlett, A., Somers, N., Reeves, C. & White, S. (2012) "Women prisoners: An analysis of the process of hospital transfers" *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 23, 538-553.

Bartlett P., (2000) "Duties of local authorities and health authorities to provide s. 117 aftercare" *The Journal of Forensic Psychiatry* Vol 11 No 2 September 2000, 419-428.

Bartlett, P. (2012) "The United Nations Convention of the Rights of Persons with Disabilities and mental health law" *Modern Law Review*, 75, 752-778.

Bartlett, P. & Watchirs, H. (2005) "Editorial: Introduction to special edition on law and rights" *International Journal of Law and Psychiatry*, 28, 97-98.

Bateman, A. & Fonagy, P. (1999) "Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: A randomized controlled trial" *The American Journal of Psychiatry*, 156, 1563-1569.

Batstra, L., Hadders-Algra, M., Nieweg, E., Van Tol, D., Pijl, S. J. & Frances, A. (2012) "Childhood emotional and behavioural problems: reducing overdiagnosis without risking undertreatment" *Developmental Medicine and Child Neurology*, 54, 492-494.

Bauer, M. S. (2001) "The collaborative practice model for bipolar disorder: Design and implementation in a multi-site randomized control trial" *Bipolar Disorders*, 3, 233-244.

Bauml, J., Frobose, T., Kraemer, S., Rentrop, M. & Pitschel-Walz, G. (2006) "Psychoeducation: A basic psychotherapeutic intervention for patients with schizophrenia and their families" *Schizophrenia Bulletin*, 32, 1-9.

Baxter R., Rabe-Hesketh S., and Parrott J. 'Characteristics, needs and reoffending in a group of patients with schizophrenia formerly treated in medium security' *The Journal of Forensic Psychiatry* Vol 10, No 1, Avril 1999 69-83.

Beach, C., Dykema, L., Appelbaum, P. S., Deng, L., Leckman-Westin, E., Manuel, J. L., Finnerty, M. T. (2013) "Forensic and non-forensic clients in assertive community treatment: a longitudinal study" *Psychiatric Services*, 64, 437-444.

Bean, P. & Mounser, P. (1994) "The community treatment order: Proposals and prospects" *Journal of Social Policy*, 23, 71-80.

Beauchamp, T. I. (2006) "The right to die as the triumph of autonomy" *The Journal of Medicine and Philosophy*, 31, 643-654.

Beck, A. T., Kovacs, M. & Weissman, A. (1979) "Assessment of suicidal ideation: The scale for suicidal ideation" *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 343-352.

Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D. *et al* (1974) "The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale" *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 861-865.

Becker, A., Grinspoon, S., Klibanski, A. & Herzog, D. (1999) "Eating disorders" *The New England Journal of Medicine*, 340, 1092-1098.

Beck-Sander A. (1995) 'Childhood abuse in adult offenders: the role of control in perpetuating cycles of abuse' *Journal of Forensic Psychiatry* 6(3) : 486-498.

Beck-Sander A. and Clark A. (1998) 'Psychological models of psychosis: implications for risk assessment', *The Journal of Forensic Psychiatry*, Vol 9 No 3, December 1998, 659-671.

Bedell, S., Jabbour, S., Goldberg, R., Glaser, H., Gobble, S., Young-Xu, Y. *et al* (2000) 'Discrepancies in the use of medications' *Archives of Internal Medicine*, 160(14), 21-29.

Beer, D., Spiller M. J., Pickard M., Gravestock S., McGovern P., Leese M., Turk V., Brooks D. & Bouras N. (2005) "Low secure units: factors predicting delayed discharge" *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology* December 2005; 16(4) : 621-637.

Beech, A. R. & Fisher, D. D. (2002) "The rehabilitation of child sex offenders" *Australian Psychologist* 37, 206-214.

Beecham, J., Slead, M., Knapp, M., Chiesa, M. & Drahorad, C. (2006) "The costs and effectiveness of two psychosocial treatment programmes for personality disorder: A controlled study" *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 21, 102-109.

Bell, J. (2008) 'Propranolol, post-traumatic stress disorder and narrative identity' *Journal of Medical Ethics*, 34(11), 23-27.

Bell, S. (1992) "The Mental Health (Compulsory Assessment and Treatment) Act" *Community Mental Health in Zealand*, 6(2), 16-22.

Bellack, A. (2006) "Scientific and consumer models of recovery in schizophrenia: Concordance, contrasts and implications" *Schizophrenia Bulletin*, 32, 432-442.

Belmaker, R. H. (2004) "Medical progress: Bipolar disorder" *The New England Journal of Medicine*, 351(5), 476-486.

Benedetti F., Sforzini L., Colombo, C., Maffrei, C. and Smeraldi, E. (1998) "Low dose clozapine in acute and continuation treatment of severe borderline personality disorder" *Journal of Clinical Psychiatry* 59: 103-107.

Bengtsson-Tops, A. & Hansson, L. (2001) "Quantitative and qualitative aspects of the social network in schizophrenic patients living in the community" *Relationship to sociodemographic characteristics and clinical factors and subjective quality of life, International Journal of Social Psychiatry*, 47(3), 67-77.

Bennett, D. M., Skilling, G., Brown, K. & Thomson, L. D. G. (2013) "Appeals against detention

in conditions of excessive security in Scotland" *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, Vol. 24, No. 3, 386-402.

Berg, A. T. & Shinnar, S. (1994) "The contributions of epidemiology to the understanding of childhood seizures and epilepsy" *Journal of Child Neurology*, 9(s2), 19-26.

Berg, L., Danziger, W., Storandt, M., Cohen, L., Gado, M., Hughes, C., Knesevich, J. & Botwinick, J. (1984) "Predictive features in mild senile dementia of the Alzheimer type" *Neurology*, 34, 563-569.

Berghmans, R., Dickenson, D. & Meulen, R. T. (2004) "Mental capacity: In search of alternative perspectives" *Health Care Analysis*, 12, 251-263.

Berghmans, R., Molewijk, B. & Widdershoven, G. (2009) "Alzheimer's disease and life termination: The Dutch debate" *Bioethics Forum*, 2, 33-34.

Berghmans, R. & Van der Zanden, M. (2012) "Choosing to limit choice: Self-binding directives in Dutch mental health care" *International Journal of Law and Psychiatry*, 35, 11-18.

Berghmans, R., Widdershoven, G. & Widdershoven-Heerding, I. (2013) "Physician-assisted suicide in psychiatry and loss of hope" *International Journal of Law and Psychiatry*, 36, 436-443.

Berk, M., Dodd, S. & Berk, L. (2005) "The management of bipolar disorder in primary care: A review of existing and emerging therapies" *Psychiatric and Clinical Neurosciences*, 59, 229-239.

Berry A., Duggan C., Larkin E. (1999) "The treatability of psychopathic disorder: how clinicians decide" *The Journal of Forensic Psychiatry* Vol 10, No 3 December 1999, 710-719.

Beumont, P. (1993) "Phenomenology and the history of psychiatry" *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 26, 532-545.

Beumont, P. & Carney, T. (2003) "Conceptual issues in theorising anorexia nervosa: Mere matters of semantics?" *International Journal of Law and Ethics*, 26, 585-598.

Bhatia, S. C. & Bhatia, S. K. (1997) "Major depression: Selecting safe and effective treatment" *American Family Physician*, 55, 1683-1694.

Biederman, J., Faraone, S. V. and Chen, W. J. (1993) "Social adjustment inventory for children and adolescents: concurrent validity in ADHD children" *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 32(5): 1059-1064.

Biederman, J., Faraone, S. V., Spencer, T. J., Mick, E., Monuteaux, M. C & Aleardi, M. (2006) "Functional impairments in adults with self-reports of diagnosed ADHD: A controlled study of 1001 adults in the community" *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 524-540.

Biederman, J., Monuteaux, M. C., Mick, E., Spencer, T., Wilens, T. E., Silva, J. M. *et al* (2006) "Young adult outcome of attention deficit hyperactivity disorder: A controlled 10-year follow-up study" *Psychological Medicine*, 36(2), 167-179.

- Biggam F. H. and Power K. G. (1998) "A comparison of the problem-solving abilities and psychological distress of suicidal, bullied and protected prisoners" *Criminal Justice and Behaviour* 25: 177-197.
- Birks, J. & Harvey, R. J. (2006) "Donepezil for dementia due to Alzheimer's disease" *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2006(1), 1-174.
- Birmingham, L. (2003) "The mental health of prisoners" *Advances in Psychiatric Treatment*, 9, 191-199.
- Birmingham, L. (2004) "Mental disorder and prisons" *Psychiatric Bulletin* 28, 393-397.
- Birmingham, L., Mason, D. and Grubin D. (1996) 'Prevalence of Mental Disorder in Remand Prisoners: Consecutive Case Study', *British Medical Journal* 313: 1521-1524.
- Birmingham, L. & Mullee, M. (2005) "Development and evaluation of a screening tool for identifying prisoners with severe mental illness" *Psychiatric Bulletin*, 29, 334-338.
- Birnbacher, D. (2012) "Fatale Klarheit" *Ethik in der Medizin*, 24, 1-3.
- Bisson, J. & Andrew, M. (2007) 'Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD)' *Cochrane Database System Review*, 18, CD003388.
- Björkqvist, K., Österman, K. and Lagerspetz, K. M. J (1994) "Sex differences in covert aggression among adults" *Aggressive Behaviour* 20: 27-33.
- Black, S. E., Doody, R., Li, H., McRae, T., Jambor, K. M., Xu, Y. *et al* (2007) "Donepezil preserves cognition and global function in patients with severe Alzheimer disease" *Neurology*, 69(5), 459-469.
- Blackburn R. (1968) 'Emotionality, extraversion and aggression of paranoid and non-paranoid schizophrenic offenders' *British Journal of Psychiatry* 115: 1301-1302.
- Blackburn R., (1975), 'An empirical classification of psychopathic personality', *British Journal of Psychiatry*, 127: 456-60.
- Blackburn, R. (2007) "Personality disorder and antisocial deviance: Comments on the debate on the structure of the Psychopathy Checklist – Revised" *Journal of Personality Disorders*, 21, pp.142-159.
- Blake, C.S. & Hamrin, V. (2007) "Current approaches to the assessment and management of anger and aggression in youth: A review" *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 20, 209-221.
- Blanchard R., Lykins, A. D., Wherrett, D., Kuban, M. E., Cantor, J. M., Blak, T. & Klassen, P. E. (2009) "Paedophilia, hebephilia and the DSM-V" *Archives of Sexual Behaviour*, 38(3), 335-350.
- Bland, A., Tudor, G. & Whitehouse, D. M. (2007) 'Nursing care of inpatients with borderline

- personality disorder” *Perspectives in Psychiatric Care*, 43(4), 204-212.
- Bland J., Mezey G. and Dolan B. 'Special women, special needs: a descriptive study of female Special Hospital patients' *The Journal of Forensic Psychiatry* Vol 10 No 1 Avril 1999, 34-45.
- Bloom, J. D., Williams, M. H. and Bigelow, D. A. (1991) "Monitored conditional release of persons found not guilty by reason of insanity" *American Journal of Psychiatry* 148: 444-448.
- Blount G., (1986) 'Dangerousness of patients with capgras syndrome' *Nebraska Medical Journal* 71: 207-216.
- Bloye D., Ramzan A., Leach C., Davies L. and Hilton R. (2003) "Substance use disorders in patients admitted to a medium secure unit: a comparison of three assessment measures" *The Journal of Forensic Psychiatry*, Vol 14, No 3, December 2003, 585-599.
- Blum, R. & Bearinger, L. (1990) "Knowledge and awareness of health professionals toward adolescent health care" *Journal of Adolescent Health Care*, 11, 289-294.
- Boardman, J., Grove, B., Perkins, R. & Shepherd, G. (2003) "Work and employment for people with psychiatric disabilities" *The British Journal of Psychiatry*, 182, 467-468.
- Boccaccini, M. T. & Brodsky, S. L. (2002) "Believability of expert and lay witnesses: Implications for trial consultations" *Professional Psychology*, 33, 384-388.
- Boeri, M., Harbry, L. & Gibson, D. (2009) ‘A qualitative exploration of trajectories among suburban users of methamphetamine’ *Journal of Ethnographic & Qualitative Research*, 3(3), 139-151.
- Boeri, M. W., Tyndall, B. D. & Woodall, D. R. (2011) ‘Suburban poverty: Barriers to services and injury prevention among marginalized women who use methamphetamine’ *Western Journal of Emergency Medicine*, 12(3), 284-292.
- Boiteux, C., Clostre, M., Querel, C. & Gallarda, T. (2004) "Psychiatric emergency" *Encyclopédie Médico-Chirurgicale-Psychiatrie*, vol.1, 87-104.
- Bonfine, N., Ritter, C. & Munetz, M. R. (2014) "Police officer perceptions of the impact of Crisis Intervention Team" *International Journal of Law and Psychiatry*, 37, 341-350.
- Bonnie, R. J. & Monahan, J. (2005) "From coercion to contract: Reframing the debate on mandated community treatment for people with mental disorders" *Law and Human Behaviour*, 29, 485-503.
- Bonner, L. T. & Peskinf, E. R. (2002) "Pharmacological treatments of dementia" *Medical Clinics of North America*, 86(3), 657-674.
- Boorse, C. (1977) "Health as a theoretical concept" *Philosophy of Science*, 44(4), 542-573.
- Boothroyd, R., Poythress, N., McGaha, A. & Petrila, J. (2003) "The Broward Mental Health Court: Process, outcomes and service utilization" *International Journal of Law & Psychiatry*, 26, 55-71.

Borkosky, B. & Smith, D. M. (2015) "The risks and benefits of disclosing psychotherapy records to the legal system: What psychologists and patients need to know for informed consent" *International Journal of Law and Psychiatry*, 42-43, 19-30.

Borum, R. (1996) "Improving the clinical practice of violence risk assessment: technology, guidelines and training" *American Psychologist* 51: 945-956.

Boshears, P., Boeri, M. W. & Harbry, L. (2011) "Addiction and sociality: Perspectives from methamphetamine users in suburban USA" *Addiction Research and Theory*, 19(4), 289-301.

Bosworth, H. B., Granger, B. B., Mendys, P., Brindis, R., Burkholder, R., Czajkowski, M. ... & Grandner, C. B. (2011) "Medication adherence: A call for action" *American Heart Journal*, 162(3), 412-424.

Bottalico, B. & Bruni, T. (2012) "Post traumatic stress disorder, neuroscience and the law" *International Journal of Law and Psychiatry*, 35, 112-120.

Board, B. J. & Fritzon, K. (2005) "Disordered personalities at work" *Psychology, Crime and Law*, vol. 11, n°1, pp.17-32.

Boult, C. & Wieland, D. (2010) "Comprehensive primary care for older patients with multiple chronic conditions" *The Journal of the American Medical Association*, 304(17), 1936-1943.

Bouman, Y. H. A., De Ruiter C., Schene, A. H. (2008) "Quality of life of violent and sexual offenders in community-based forensic psychiatric treatment" *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, Vol. 19, No. 4, December 2008, 484-501.

Boumans, C. E., Egger, J. I. M., Bouts, R. A. and Hutschemaekers G. J. M. (2015) "Seclusion and the importance of contextual factors: An innovation project revisited" *International Journal of Law and Psychiatry*, 41, 1-11.

Bower, D. L. & Pettit, W. G. (2001) "The Albuquerque Police Department's crisis intervention team: A report card" *FBI Law Enforcement Bulletin*, 70(2), 1-6.

Bowers, L. (2003) "Manipulation: search for an understanding" *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, 323-328.

Bozeman, W. P. & Winslow, J. E. (2005) "Medical aspects of less lethal weapons" *The Internet Journal of Rescue and Disaster Medicine*, 5 (1), 1-7.

Bradshaw, T., Butterworth, A., & Mairs, H. (2007) "Does structured clinical supervision during psychosocial intervention educate enhance outcome for mental health nurses and the service users they work with?" *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14, 4-12.

Brahams, D. (1994) 'Detention and enforced feeding' *Lancet* 344: 1697-1698.

Brakel, S. J. and Cavanaugh, J. L. (1996) "Crime, psychiatry and the insanity defence: a report on some recent reforms in the United States" *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 30: 134-41.

Breakey, W. R., Goodell, H., Lorenz, P. C. et al, (1974) 'Hallucinogenic drugs as precipitants of schizophrenia', *Psychological Medicine*, 4: 255-261.

Brems, E. (2005) "Conflicting human rights: An exploration in the context of a right to a fair trial in the European Convention on Human Rights and Fundamental Freedoms" *Human Rights Quarterly*, 27 (1), 294-326.

Breslau, N., Kessler, R. C., Chilcoat, H. D., Schultz, L. R., David, G. C. and Andreski, P. (1998) "Trauma and post-traumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area survey of trauma" *Archives of General Psychiatry* 148: 626-632.

Bressington, D., Gray, R., Lathlean, J. & Mills, A. (2008) "Antipsychotic medication in prisons: Satisfaction with and adherence to treatment" *Mental Health Practice*, 11(10), 18-21.

Brick, S. S. and Chu, J. A. (1991) 'The simulation of multiple personalities: a case report'. *Psychotherapy* 28 (2): 267-272.

Bridges, K., Davenport, S. and Goldberg, D. (1994) "The need for hospital-based rehabilitation services" *Journal of Mental Health* 3: 205-212.

Brindle, N. & Holmes, J. (2005) "Capacity and coercion: Dilemmas in discharge of older people with dementia from general hospital settings" *Age and Ageing*, 34, 16-20.

Brinkley, C. A. & DeMier, R. L. (2009) "Implications of the *Sell* decision for treatment administration" *Journal of Psychiatry & Law*, 37, 373-412.

Brkanac, Z., Pastor, J. & Storck, M. (2003) "Prazosin in PTSD" *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42, 335-384.

Brock, D. (2000) "Misconceived sources of opposition to physician-assisted suicide" *Psychology, Public Policy and the Law*, 6, 305-313.

Broeckaert, B., Claessens, P., Schotsmans, P. et al (2011) "What's in a name? Palliative sedation In Belgium. Reply to a Chambaere et al." *Journal of Pain and Symptom Management*, 41(6), e2-e5.

Brook R., Dolan M. et Coorey P. (1999)'Absconding of patients detained in an English Special Hospital' *The Journal of Forensic Psychiatry* Vol 10, No 1 Avril 1999, 46-58.

Brooks D. & Bouras N., "Low secure units: Factors predicting delayed discharge" (2005), *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, December 2005; 16 (4): 621-637.

Brotman, A. W. and McCormick S. III (1990) "A role for high dose antipsychotics" *J. Clin. Psychiatry* 35: 486-491.

Brown, B., Crawford, P. & Darongkamas, J. (2000) "Blurred roles and permeable boundaries: The experience of multidisciplinary working in community mental health" *Health & Social Care in the Community*, 8(6), 425-435.

Brown, J. (2016) "The changing purpose of mental health law: From medicalism to legalism to new legalism" *International Journal of Law and Psychiatry*, 47, 1-9.

Brown, K. W. & Ryan, R. M. (2003) "The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being" *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822-848.

Brown, K. W., Ryan, R. A. & Creswell, J. D. (2007) "Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects" *Psychological Inquiry*, 18(4), 211-237.

Brown, R. P. and Kocsis, J. H. (1984) "Sudden death and antipsychotic drug" *Hospital Community Psychiatry* 35: 486-491.

Browne, W. A. F. (1864) « The moral treatment of the insane; A lecture » *Journal of Mental Science*, vol. 10, pp. 309-337.

Brunt, D. & Rask, M. (2005) "Patient and staff perceptions of the ward atmosphere in a Swedish maximum-security forensic psychiatry hospital" *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology* 16, 263-276.

Brunton, S. A. (2011) "Improving medication adherence in chronic disease management" *Journal of Family Practice*, 60(4 Suppl. Improving), S1-S8.

Bryden, P., Steinegger, C. & Jarvis, D. (2010) "The Ontario experience of involuntary treatment of paediatric patients with eating disorders" *International Journal of Law and Psychiatry*, 33, 138-143.

Buchanan, A. (1997) "The investigation of acting on delusions as a tool for risk assessment in the mentally disordered" *British Journal of Psychiatry* 170 (suppl. 32): 12-14.

Buchanan, A. (2004) "Mental capacity, legal competence and consent to treatment" *Journal of the Royal Society of Medicine*, 97, 415-420.

Buchanan, A. (2015) "Who needs capacity?" *International Journal of Law and Psychiatry*, 40, 1-5.

Buchanan, A. & Leese, M. (2001) "Detention of people with dangerous severe personality disorders: A systematic review" *Lancet*, 23, 721-725.

Bulat, T., Castle, S. C., Rutledge, M. & Quigley, P. (2008) "Clinical practice algorithms: Medication management to reduce fall risk in the elderly – Part 3, benzodiazepines, cardiovascular agents and antidepressants" *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 20, 55-62.

Burda, C., Haack, M., Duarte, A. C. & Alemi F. (2012) "Medication adherence among homeless patients: A pilot study of cell phone effectiveness" *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 24, 675-681.

Burnier, M. (2006) "Medication adherence and persistence as the cornerstone of effective antihypertensive therapy" *American Journal of Hypertension*, 19(11), 1190-1196.

Burns, P. J., Hiday, V. A. & Ray, B. (2013) "Effectiveness 2 years post-exit of a recently established mental health court" *American Behavioural Scientist*, 57(2), 189-208.

Burns T. (2001) "To outreach or not to outreach" *The Journal of Forensic Psychiatry*, Vol 12 No 1 Avril 2001, 13-17.

Burns T. & Dawson, J. (2009) "Community treatment orders: How ethical without experimental evidence?" *Psychological Medicine*, 6, 1-4.

Burns, T., Yeeles, K., Molodynski, A., Nightingale, H., Vazquez-Montes, M., Sheehan, K., *et al.* (2011) "Pressures to adhere to treatment ('leverage') in English mental health care" *The British Journal of Psychiatry*, 199, 145-150.

Burti, L. (2001) "Italian psychiatric reform 20 plus years after" *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplement*, 410, 41-46.

Burton, D. C., Stanley, D. & Ireson, C. L. (2002) "Child advocacy outreach: Using telehealth to expand child abuse services in rural Kentucky" *Journal of Telemedicine and Telecare*, 8 (suppl. 2), 10-12.

Burrows, D. & Posner, G. J. (1994) "Do we want a more inquisitorial court system?" *Family Law*, 24, 150-152.

Bursten B. (1975) 'Using mechanical restraints on acutely disturbed psychiatric patients' *Hospital and Community Psychiatry* 26: 757-758.

Busch, A. & Redlich, A. (2007) "Patients' perception of possible child custody or visitation loss if not adherent to psychiatric treatment" *Psychiatric Services*, 58, 999-1002.

Butwell, M., Jamieson, E., Leese, M., & Taylor, P. (2000). "Trends in special (high security) hospitals, 2: Residency and discharge episodes", *British Journal of Psychiatry*, 176, 260-265.

Butzlaff, R L. & Hooley, J. M. (1998) "Expressed emotion and psychiatric relapse: A meta-analysis" *Achieves of General Psychiatry*, 55, 547-552.

Cahill, S. J., Macijauskiene, A-M, Nygard, J-P, Kaulkner and I. Hagen (2007) "Technology in dementia care" *Technology and Disability*, 19, 55-60.

Calderon-Larranaga, A., Poblador-Plou, B., Gonzales-Rubio, F., Gimeno-Fellu, L. A., Abad-Diez, J. M. & Prados-Torres, A. (2012) "Multimorbidity, polypharmacy, referrals and adverse drug events: Are we doing things well?" *The British Journal of Medical Practice*, 62(605), 821-826.

Caldwell, M., Skeem, J., Saleskin, R., & Van Rybroek, G. (2006) "Treatment response of adolescent offenders with psychopathy features: A 2-year follow-up" *Criminal Justice and Behaviour*, 33, 571-596.

Callaghan, S. & Ryan, C. (2011) "Refusing medical treatment after attempted suicide: Rethinking capacity and coercive treatment in light of the Kerrie Woollorton case" *Journal of Law and Medicine*, 18(4), 811-819.

Callahan, D. J. (2010) "Combat-related mental health disorders: The case for resiliency in the long war" *Journal of the American Osteopathic Association*, 110(9), 520-527.

Calsyn, R. J., Yonker, R. D., Lemming, M. R., Morse, G. A. & Klinkenberg, W. D. (2005) "Impact of assertive community treatment and client characteristics on criminal justice outcomes in dual disorder homeless individuals" *Criminal Behaviour and Mental Health*, 15, 236-248.

Campbell, J. (2008) "Stakeholders' views of legal and advice services for people admitted to psychiatric hospital" *Journal of Social Welfare and Family Law*, 30 (3), 219-232.

Campbell, L. A. & Kisely, S. R. (2009) "Advance treatment directives for people with severe mental illness" *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 21(1), CD005963.

Campinha-Bacote, J. (2017) "Cultural considerations in forensic psychiatry: The issue of forced medication" *International Journal of Law and Psychiatry*, 50, 1-8.

Canada, K. E. & Epperson, M. (2014) "The working relationship and its association with outcomes among mental health court participants" *Community Mental Health Journal*, 35, 120-127.

Canada, K. E. & Hiday V. A. (2014) "Procedural justice in mental health court: An investigation of the relation of perception of procedural justice to non-adherence and termination" *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, Vol 25, No. 3, 321-340.

Canada, K. E. & Watson, A. C. (2013) "'Cause everybody likes to be treated good': Perceptions of procedural justice among mental health court participants" *American Behavioural Scientist*, 57, 209-230.

Caniato, R. N., Gundabawady, A., Baune, B. T. and Alvarenga, M. E. (2009) "Malingered psychotic symptoms and quetiapine abuse in a forensic setting" *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, Vol. 20, No. 6, December 2009, 928-935.

Cant, R. & Standen, P. (2007) "What professionals think about offenders with learning disabilities in the criminal justice system" *British Journal of Learning Disabilities*, 35, 174-180.

Cantab, M. D. (1872) « The Hanwell asylum » *The Lancet*, vol. 99, n°2538, p. 558.

Cantor, J. M., Blanchard, R., Christensen, B. K., Dickey, R., Klassen, P. E., Beckstead, A. L. *et al* (2004) "Intelligence, memory and handedness in paedophilia" *Neuropsychology*, 18, 3-14.

Cantwell, R., Brewin, J., Glazebrook, C., Dalkin, T., Fox, R., Medley I. and Harrison, G. (1999) "The prevalence of substance misuse in first episode psychosis" *British Journal of Psychiatry* 174: 150-153.

Carlier, I. V. E. and Gersons, B. P. R. (1995) "Partial post-traumatic stress disorder (PTSD): the issue of psychological scars and the occurrence of PTSD symptoms" *Journal of Nervous and Mental Disease* 183: 107-109.

Carlson, C. R. & Hoyle, R. H. (1993) "Efficacy of abbreviated progressive muscle relaxation training: A quantitative review of behavioural medicine research" *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 1059-1067.

Carney, T. (2003) "Mental health law in postmodern society: Time for new paradigms?" *Psychiatry, Psychology and Law*, 10(1), 12-32.

Carney, T., Crim, D., Wakefield, A., Tait, D. & Touyz S. (2006) "Reflections on coercion in the treatment of severe anorexia nervosa" *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 43, p. 159-165.

Carney, T., Tait, D. & Beaupert, F. (2008) "Pushing the boundaries: Realising rights through mental health tribunal processes?" *Sydney Law Review*, 30, 329-332.

Carr, V. J., Lewin, T. J., Sly, K. A., Conrad, A. M., Tirupati, S., Cohen, M. *et al* (2008) "Adverse incidents in acute psychiatric inpatient units: Rates, correlates and pressures" *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 42(4), pp. 267-282.

Carrick, R., Mitchell, A., Powell, R. A. & Lloyd, K. (2004) "The quest for well-being: A qualitative study of the experience of taking antipsychotic medication" *Psychology and Psychotherapy*, 77, 19-33.

Carroll, A., Lyall M., Forrester A. (2004) "Clinical hopes and public fears in forensic mental health" *The Journal of Forensic Psychiatry*, Vol 15, N 3 September 2004, 407-425.

Carroll, A., Pantelis, C. & Harvey, C. (2004) "Insight and hopelessness in forensic patients with schizophrenia" *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 38, 169-173.

Carroll, K. M., Ball, S. A., Nich, C., Martino, S. ... (2006) « Motivational interviewing to improve treatment engagement and outcome in individuals seeking treatment for substance abuse: A multisite effectiveness study » *Drug and Alcohol Department*, 81: 43-56.

Cartwright, C. & Hollander, E. (1998) "SSRIs in the treatment of obsessive-compulsive disorder" *Depression and Anxiety*, 8 (Suppl. 1), 105-113.

Carvalho, A. F., Cavalcante, J. L., Castelo, M. S. & Lima, M. C. O. (2007) "Augmentation strategies for treatment-resistant depression: A literature review" *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 32, 412-428.

Cascardi, M., Poythress, N. & Hall, A. (2000) "Procedural justice in the context of civil commitment: An analogue study" *Behavioural Science and the Law*, 18, 731-740.

Castille, K., Prout, M., Marczyk, G., Shmidheiser, M., Yoder, S. & Howlett, B. (2007) "The early maladaptive schemas of self-mutilators: Implications for therapy" *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 21(1), 58-71.

Cathcart, S., Galatis, N., Immink, M., Proeve, M. & Petkov, J. (2013) "Brief mindfulness-based therapy for chronic tension-type headache: A randomized controlled pilot study" *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 1-15.

Caton, C. L. (1995) "Mental health service use among homeless and never-homeless men with schizophrenia" *Psychiatric Services*, 46(11), 1139-1143.

Cauffman, E. & Steinberg, L. (2000) "(Im)maturity of judgment in adolescence: Why adolescents may be less culpable than adults" *Behavioural Science and the Law*, 18, 741-760.

Cavadino, M., (1998) 'Death to the psychopath', *The Journal of Forensic Psychiatry*, vol. 9, n°1, May 1998, 5-8.

Cavadino M., (1999) "The psychiatrist as gaoler" *The Journal of Forensic Psychiatry*, Vol 10 No 3 December 1999, 525-537.

Cavezza, C., Aurora, M. & Ogloff J. R. P. (2013) "The effects of an adherence therapy approach in a secure forensic hospital: a randomised controlled trial" *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, Vol. 24, No. 4, 458-478.

Cerletti, U. (1950) « Old and new information about electroshock » *American Journal of Psychiatry*, 107, 87-94.

Chae, D. H., Takeuchi, D. T., Barbeau, E. M., Bennett, G. G., Lindsey, J. & Krieger, N. (2008) "Unfair treatment, racial/ethnic discrimination, ethnic identification and smoking among Asian Americans in the National Latino and Asian American Study" *American Journal of Public Health*, 18(8), 485-492.

Chakhssi, F., De Ruiter, C. & Bernstein D. (2010) "Change during forensic treatment in psychopathic versus nonpsychopathic offenders" *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, Vol. 21, No. 5, October 2010, 660-682.

Chakrabati, A., Whicher, E. V., Morrison, M. & Douglas-Hall, P. (2007) "'As required' medication regimens for seriously mentally ill people in hospital" *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, art. No.: CD003441.

Chally, P. (1998) "Eating disorders prevention program" *Journal of Child & Adolescent Psychiatric Nursing*, 11, 51-60.

Chandler, D. & Spicer, G. (2006) "Integrated treatment for jail recidivists with co-occurring psychiatric and substance use disorders" *Community Mental Health Journal*, 42, 405-425.

Chaplin C. and McGuigan, S. (1996) "Antipsychotic dose: from research to clinical practice" *Psychiatric Bulletin* 20: 452-454.

Chen, S. L., Richard, C. K., Murthy, R. C. & Lauer, A. K. (2006) "Perforating ocular injury by Taser" *Clinical and Experimental Ophthalmology*, 34 (4), 378-380.

Chen, Y. W. & Dilsaver, S. C. (1996) "Lifetime rates of suicide attempts among subjects with bipolar and unipolar disorders relative to subjects with other axis I disorders" *Biological Psychiatry*, 39(10), 896-899.

Chevreur, K., Prigent, A., Bourmaud, A., Leboyer, M. & Durand-Zaleski, I. (2013) "The cost

of mental disorders in France" *European Neuropsychopharmacology*, 23(8), 879-886.

Chiesa, A., Brambilla, P. & Serretti, A. (2010) "Functional neural correlates of mindfulness meditations in comparison with psychotherapy, pharmacotherapy and placebo effects. Is there a link?" *Acta Neuropsychiatrica*, 22(3), 104-117.

Chiesa, M. and Fonagy, P. (1999) "From the efficacy to the effectiveness model in psychotherapy research: the APP multi-centre project" *Psychoanalytic Psychotherapy* 13(3): 259-272.

Ching, H., Daffern, M., Martin, T. & Thomas, S. (2010) "Reducing the use of seclusion in a forensic psychiatric hospital: assessing the impact of aggression, therapeutic climate and staff confidence" *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, Vol. 21, No. 5, October 2010, 737-760.

Chiswick, D. (1992) "Compulsory treatment of patients with psychopathic disorder: an abnormally aggressive or seriously irresponsible exercise" *Criminal Behaviour and Mental Health* 2: 106-113.

Choi, Y-J. (2009) "Efficacy of treatments for patients with obsessive-compulsive disorder: A systematic review" *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 21, 207-213.

Cholbi, M. J. (2013) "The terminal, the futile and the psychiatrically disordered" *International Journal of Law and Psychiatry*, 36, p. 498-505.

Choudhary, R., Sabri, I. & Sabri, S. K. A. (2012) "Using Taser gun on patients: A critical review" *Medico-Legal Update*, 12 (2), 149-151.

Chu J. A., and Dill D. L. (1990) 'Dissociative symptoms in relation to childhood physical and sexual abuse' *American Journal of Psychiatry* 147: 887-892.

Chung, M. C., Cumela, S., Wensley, J. & Easthope, Y. (1998) "Quality of life and psychological well-being of mentally disordered offenders after court diversion: A 6-month follow-up" *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 42, 164-173.

Citrome, L., Green L. and Fost R. (1994) "Length of stay and recidivism on a psychiatric intensive care unit" *Hospital and Community Psychiatry* 45(1): 74-76.

Clark, R., Teague, G., Ricketts, S., Bush, P., Xie, H., McGuire, T. *et al* (1998) "Cost-effectiveness of assertive community treatment versus standard case management for persons with co-occurring severe mental illness and substance use disorders" *Health Services Research*, 33(5), 1285-1307.

Clarke, D. M., Layard, R., Smithies, R., Richards, D. A., Suckling, R. & Wright, B. (2009) "Improving access to psychological therapy: Initial evaluation of two UK demonstration sites" *Behaviour Research and Therapy*, 47, 910-920.

Clarke, M., Fardouly, P. & McMurrin, M. (2013) "A survey of how clinicians in forensic personality disorder services engage their service users in treatment" *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, Vol. 24, No. 6, 772-787.

- Claxton, N., Husain S. & Tomison A. (2006) "Monitoring leave in a secure unit: a clinical performance indicator?" *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology* Mars 2006; 17(1) : 32-36.
- Cocozza Martins, D. (2008) "Experiences of homeless people in the health care delivery system: A descriptive phenomenological study" *Public Health Nursing*, 25(5), 420-430.
- Coddington, J. A. & Sands, L. P. (2008) "Cost of health care and quality outcomes of patients in nurse-managed clinics" *Nursing Economics*, 26(2), 75-83.
- Coggins, M. H. & Pynchon, M. R. (1998) "Mental health consultation to law enforcement: Secret service development of a mental health liaison program" *Behavioural Sciences & the Law*, 16(4), 407-422.
- Cohen, A. & Eastman, N. (2000) "Needs assessment for mentally disordered offenders: Measurement of 'ability to benefit' and outcome" *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 177, 493-498.
- Cohen, D., Hays, T. & Molinari, V. (2011) "State policies for the residency of offenders in long-term care facilities: Balancing right to care with safety" *Journal of American Medical Directors Association*, 12(7), 481-486.
- Cohen, E. & Henkin, I. (1995) "Substance abuse and lifestyle among an urban schizophrenic population: Some observations" *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 58, 113-120.
- Cohen-Almagor, R. (1996) "The patient's right to die in dignity and the role of their beloved people" *Annual Review of Law and Ethics*, 4, 213-232.
- Cohen-Almagor, R. (2001) "'Culture of death' in the Netherlands: Dutch perspectives" *Issues in Law & Medicine*, 17(2), 167-179.
- Cohen-Almagor, R. (2002) "Dutch perspectives on palliative care in The Netherlands" *Issues in Law & Medicine*, 18(1), 111-126.
- Cohen-Almagor, R. (2009) "Euthanasia policy and practice in Belgium: Critical observations and suggestions for improvement" *Issues in Law & Medicine*, 24(3), 187-218.
- Cohen-Almagor, R. (2013) "First do not harm: pressing concerns regarding euthanasia in Belgium" *International Journal of Law and Psychiatry*, 36, 515-521.
- Cohen-Mansfield, J., Marx, M. S., Dakheel-Ali, M., Regier, N. G., Thein, K. & Freedman, L. (2010a) "Can agitated behaviour of nursing home residents with dementia be prevented with the use of standardized stimuli?" *Journal of the American Geriatrics Society*, 58, 1459-1464.
- Cohen-Mansfield, J., Thein, K., Dakheel-Ali, M. & Marx, M. S. (2010b) "'Engaging nursing home residents with dementia in activity: The effect of modelling, presentation order, time of day and setting characteristics" *Aging & Mental Health*, 14, 471-480.

Coid, J., Kahtan, N., Gault, S., Cook, A. & Jarman, B. (2000) "Women admitted to secure forensic psychiatric services: I. Comparison of women and men" *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 11, 275, 295.

Coid, J., Kahtan, N., Gault, S., Cook, A. & Jarman, B. (2001) "Medium secure forensic psychiatry services: Comparison of seven English health regions" *British Journal of Psychiatry*, 178, 55-61.

Coid J., Fazel S. and Kahtan N. (2002) "Elderly patients admitted to secure forensic psychiatry services" *The Journal of Forensic Psychiatry*, Vol 13, No 2 September 2002, 416-427.

Coid J. and Kahtan N. (2000) "Are Special Hospitals needed?" *The Journal Of Forensic Psychiatry* Vol 11 No 1 April 2000 17-35.

Coid, J., Kahtan, N., Gault, S., Cook, A. & Jarman, B. (2001) "Medium secure forensic psychiatry services: comparison of seven English health regions" *British Journal of Psychiatry* 178, 55-61.

Coles E. M. (2000) "The emperor in the courtroom: psychology and pseudo-science" *The Journal of Forensic Psychiatry* Vol 11 NO 1 Avril 2000, 1-6.

Collins, M. & Davies, S. (2005) "The security needs assessment profile: A multi-dimensional approach to measuring security needs" *International Journal of Forensic Mental Health*, 4, 39-52.

Collins, P. (1991) 'The treatability of psychopaths', *Journal of Forensic Psychiatry* 2(1): 103-10.

Collins, T. D., Mebed, A. A. K. and Mortimer, A. L. (1978) "Patient-therapist sex: consequences for subsequent treatment" *McLean Hospital Journal* 3: 24-36.

Colom, F., Vieta, E., Tacchi, M. J., Sanchez-Moreno, J. & Scott, J. (2005) "Identifying and improving non-adherence in bipolar disorders" *Bipolar Disorders*, 7 (Suppl. 5), 24-31.

Combalbert, N., Andronikof, A., Armand, M., Robin, C. & Bazex, H. (2014) "Forensic mental health assessment in France: Recommendations for quality improvement" *International Journal of Law and Psychiatry*, 37, 628-634.

Comella, C. (2003) "Sleep disturbances in Parkinson's disease" *Current Neurology and Neuroscience Reports*, 3, 173-180.

Comerci, G. (1995) "Setting standards of care for diagnosis and treatment of adolescents with eating disorders" *Journal of Adolescent Health*, 16, 416-417.

Commons, M. L., Bohn, J. T., Godon, L. T., Hauser, M. J. & Gutheil, T. G. (1999) "Professionals' attitudes toward sex between institutionalized patients" *American Journal of Psychotherapy*, 46(4), 571-580.

Compton, M. T., Badora, M., Watson, A. & Oliva, J. (2008) "A comprehensive review of extant research on crisis intervention team (CIT) programs" *The Journal of the American Academy of*

Psychiatry and the Law, 36, 47-55.

Compton, M. T., Broussard, B., Hankerson-Dynson, D., Krishan, S., Stewart, T., Oliva, J. R. et al. (2010) "System- and policy-level challenges to full implementation of the crisis intervention team (CIT) model" *Journal of Police Crisis Negotiations*, 10, 72-85.

Connell A. and Farrington, D. (1996) "Bullying among incarcerated young offenders: developing an interview schedule and some preliminary results" *Journal of Adolescence* 19: 75-93.

Conrad, P. & Barker, K. (2010) "The social construction of illness: Key insights and policy inspirations" *Journal of Health and Social Behaviour*, 51, 67-79.

Conroy, M. A. (2006) "Risk management of sex offenders: a model for community intervention" *The Journal of Psychiatry & Law*, 34, p. 5-25.

Cooper, J., Carty, J. & Creamer, M. (2005) "Pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder: Empirical review and clinical recommendations" *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 674-682.

Copas, J., O'Brien, M., Roberts, J. and Whiteley, S. (1984), 'Treatment outcome in personality disorder', *Personality and Individual Differences*, 5: 565-573.

Cope, R. and Ward M. (1993) 'What happens to special hospital patients admitted to medium security?' *Journal of Forensic Psychiatry* 4: 13-24.

Corey-Bloom, J., Anand, R. & Veach, J. for the ENA 713 B352 Study Group (1998) "A randomized trial evaluating the efficacy and safety of ENA 713 (rivastigmine tartrate), a new acetylcholinesterase inhibitor, in patients with mild to moderate severe Alzheimer's disease" *International Journal of Geriatric Psychopharmacology*, 1, 55-65.

Correll, C. U. & Schenk, E. M. (2008) "Tardive dyskinesia and new antipsychotics" *Current Opinion in Psychiatry*, 21, 151-156.

Corrigan, P. W. (2004) "How stigma interferes with mental health care" *American Psychologist*, 59, 614-625.

Corrigan, P. W. & Shapiro, J. R. (2010) "Measuring the impact of programs that challenge the public stigma of mental illness" *Clinical Psychology Review*, 30, 907-922.

Corvinelli, A. (2005) "Alleviating boredom in adult males recovering from substance use disorder" *Occupational Therapy in Mental Health*, 21, 1-11.

Cosgrove, L., Bursztajn, H. J., Krinsky, S., Anaya, M. & Walker, J. (2009) "Conflicts of interest and disclosure in the American Psychiatric Association's clinical practice guidelines" *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78, 228-232.

Council on Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association (1995) "Physician participation in capital punishment" *Journal of the American Medical Association* 270 (21 July) : 223-225.

- Cournos, F. (1993) "Do psychiatric patients need greater protection than medical patients when they consent to treatment?" *Psychiatric Quarterly* 64, 319-329.
- Couture, S. M. & Penn, D. L. (2003) "Interpersonal contact and the stigma of mental illness: A review of the literature" *Journal of Mental Health*, 12, 291-305.
- Coyne, A. (2002) "Should patients who assault staff be prosecuted?" *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9, 139-145.
- Craigie, J. (2015) "Against a singular understanding of legal capacity: Criminal responsibility and the Convention of the Rights of Persons with Disabilities" *International Journal of Law & Psychiatry*, 40, 6-14.
- Cramer, J. A., Roy, A., Burrell, A., Fairchild, C. J., Fuldeore, M. J., Ollendorf, D. A. & Wong, P. K. (2008) "Medication compliance and persistence: Terminology and definitions" *Value in Health*, 11, 44-47.
- Crawford, M. J., Gibbon, R., Ellis, E. & Waters, H. (2004) "In hospital, at home, or not at all. A cross-sectional survey of patient preferences for receipt of compulsory treatment" *Psychiatric Bulletin*, 28, 360-363.
- Cree, A. & Hodgins, S. (2007) "Services for the treatment of mentally disordered offenders – From reaction to pro-action" *Mental Health Review*, 12, 7-15.
- Crespo, V. R. (2003) "Art therapy as an approach for working with schizophrenic patients" *International Journal of Psychotherapy*, Vol. 8, November 2003, 183-193.
- Crichton J. (2000) "Mental incapacity and consent to treatment: the Scottish experience" *The Journal of Forensic Psychiatry*, Vol 11 No 2 September 2000 457-464.
- Crichton J. (2001) "Confidentiality: guidance from the General Medical Council and the Royal College of Psychiatrists" *The Journal of Forensic Psychiatry*, Vol 12, No 3, December 2001, 671-676.
- Crichton, J. (2009) "Defining high, medium and low security in forensic mental healthcare: the development of the Matrix of Security in Scotland" *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, Vol. 20, No. 3, June 2009, 333-353.
- Crichton J., Darjee R., McCall-Smith A. and Chiswick D. (2001), "Mental Health (Public safety and Appeals) (Scotland) Act 1999: detention of untreatable patients with psychopathic disorder" *The Journal of Forensic Psychiatry*, vol 12, No 3, December 2001, 647-661.
- Crow, M. S. & Adrion, B. (2011) "Focal concerns and police use of force: Examining the factors associated with use of TASER devices" *Police Quarterly*, 14(4), 366-387.
- Crews, F. T. & Boettinger, A. (2009) "Impulsivity, frontal lobes and risk for addictions" *Pharmacology, Biochemistry & Behaviour*, 93(3), 237-247.
- Crino, R., Slade, T., Andrews, G. (2005) "The changing prevalence and severity of obsessive-

compulsive disorder criteria from DSM-III to DSM-IV" *American Journal of Psychiatry*, 162, 876-882.

Crowe, M. & Bunclark, J. (2000) "Repeated self-injury and its management" *International Review of Psychiatry*, 12, 48-53.

Cuca, R. (1993) "Ulysses in Minnesota: First steps toward a self-binding psychiatric advance directive statute" *Cornell Law Review*, 78, 1152-1186.

Cuddeback, G. S., Morrisey, J. P., Cusack, K. J. & Meyer, P. S. (2009) "Challenges to developing forensic assertive community treatment" *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 12, 225-246.

Cuffel, B., (1992) 'Prevalence estimates of substance abuse in schizophrenia and their correlates', *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180: 589-592.

Cunningham, M. D. & Reidy, T. J. (1998) "Anti-social personality disorder and psychopathy: Diagnostic dilemmas in classifying patterns of antisocial behaviour in sentencing evaluations" *Behavioural Sciences and the Law*, 16, 333-351.

Curran, H. V. (1991) "Benzodiazepines, memory and mood: a review" *Psychopharmacology* 105: 1-8.

Curtis, J. R., Wenrich, M. D., Carline, J. D., Shannon, S. E., Ambrozy, D. M. & Ramsey, P. G. (2001) "Understanding physicians' skills at providing end of life care" *Journal of General Internal Medicine*, 16(1), 41-49.

Cusack, P., Mc Andrew, S., Cusack, F. & Warne, T. (2016) "Restraining good practice: reviewing evidence of the effects of restraint from the perspective of service users and mental health professionals in the United Kingdom (UK)" *International Journal of Law and Psychiatry*, 46, 20-26.

Cusson, R. M. & Strange, S. N. (2008) "Neonatal nurse practitioner role transition: The process of reattaining expert status" *Journal of Perinatal and Prenatal Nursing*, 22(4), 329-337.

Daffern, M., Mayer, M. M. & Martin, T. (2003) "A preliminary investigation into patterns of aggression in an Australian forensic psychiatric hospital" *The Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 14(1): 67-84.

Daiski, I. (2007) "Perspectives of homeless people on their health and health needs priorities" *Journal of Advanced Nursing*, 58(3), 273-281.

Dalal, B., Larkin, E., Leese M. & Taylor, P. J. (1999) "Clozapine treatment of long-standing schizophrenia and serious violence: A two-year follow-up study of the first 50 patients treated with clozapine in Rampton high security hospital" *Criminal Behaviour and Mental Health*, 9, 168-178.

Dallam, S. J. (1997) "The identification and management of self-mutilating patients in primary care" *Nurse Practitioner*, 22(5), 151-153.

Daniel, A. E. (2006) "Preventing suicide in prison: A collaborative responsibility of administrative, custodial and clinical staff" *Journal of American Academy of Psychiatry and Law*, 34, 165-175.

Dannowski, U., Baune, B. T., Bockerman, I., Domschke, K., Evers, S., Arolt, V., *et al.* (2008) "Adjunctive antidepressant treatment with quetiapine in agitated depression: Positive effects on symptom reduction, psychopathology and remission rates" *Human Psychopharmacology*, 23(7), 587-593.

Darjee, R., McCall Smith A., Crichton J., Chiswick D. (1999) "Detention of patients with psychopathic disorder in Scotland: 'Canons Park' called into question by House of Lords" *The Journal of Forensic Psychiatry* Vol 10 No 3 December 1999, 649-658.

Darjee, R. & Crichton J. (2005) "*Reid v. the United Kingdom*: restricted patients and the European Convention on Human Rights" *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology* September 2005; 16(3) : 508-522.

Darjee R., Crichton J. and Thomson L. (2000) "Crime and Punishment (Scotland) Act 1997: a survey of psychiatrists' views concerning the Scottish 'hybrid order'" *The Journal of Forensic Psychiatry*, Vol 11, No 3, December 2000, 608-620.

Dattilio, F. M., Sadoff R. L. & Gutheil, T. G. (2003) "Board certification in forensic psychiatry and psychology: separating the chaff from the wheat" *The Journal of Psychiatry & Law*, 31, 5-19.

Davies, A., Mallows, L., Easton, R., Morrey, A. & Wood, F. (2014) "A survey of the provision of family therapy in medium secure units in Wales and England" *Journal of Psychiatry & Psychology*, Vol. 25, No. 5, 520-534.

Davies, S. J. C., Lennard, M. S., Ghahramani, P., Pratt, P., Robertson, A. & Potokar, J. (2007) "PRN prescribing in psychiatric inpatients – Potential for pharmacokinetic drug interactions" *Journal of Psychopharmacology*, 21, 153-160.

David, H. P. (1954) « A critique of psychiatric and psychological research on insulin treatment in schizophrenia » *American Journal of Psychiatry*, 90, pp. 774-776.

David S. (1991) "Violence by Psychiatric Inpatients: a review" *Hospital and Community Psychiatry* 42 (6) : 585-590.

Davis J. M., Dysken, M. W., Haberman, S. J. *et al* (1980) "Use of survival curves in analysis of antipsychotic relapse studies with long term effects of neuroleptics" *Advances in Biochemical Pharmacology* 24: 471-481.

Davis, K. M., Peterson-Badali M. & Skilling, T. A. (2016) "A theoretical evaluation of a youth mental health court program model" *International Journal of Law & Psychiatry*, 45, 17-24.

Davidson, G., Kelly, B., Macdonald, G., Rizzo, M., Lombard, L., Abogunrin, O., Clift-Matthews, V. & Martin, A. "Supported decision-making: A review of the international literature" (2015) *International Journal of Law and Psychiatry*, 38, 61-67.

Davidson, K. M., Norrie, J., Tyrer, P., Gumley, A., Tata, P., Murray, H. & Palmer, S. (2006a) "The effectiveness of cognitive behaviour therapy for borderline personality disorder: Results from the borderline personality disorder study of cognitive therapy (BOSCOT) trial" *Journal of Personality Disorders*, 20, 450-465.

Davidson, K. M., Tyrer, P., Gumley, A., Tata, p., Norrie, J., Palmer, S. *et al* (2006b) "A randomised controlled trial of cognitive behaviour therapy for borderline personality disorder: Rationale for trial, method and description of sample" *Journal of Personality Disorders*, 20(5), 431-449.

Davidson, R. J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S. F. ... Sheridan, J. F. (2003) "Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation" *Psychosomatic Medicine*, 65(4), 564-570.

Dawson, J. (2006) "Fault-lines in community treatment order legislation" *International Journal of Law and Psychiatry*, 29(6), 482-494.

Dawson, J., Romans, S., Gibbs, A. & Ratter, N. (2003) "Ambivalence about community treatment orders" *International Journal of Law and Psychiatry*, 26(3), 243-255.

Dawson, J. & Szmukler, G. (2006) "Fusion of mental health and incapacity legislation" *British Journal of Psychiatry*, 188, 504-509.

Dedlichen, H. H. (1947) « Ten years of shock treatment » *Acta Psychiatrica and Neurologia*, suppl. 47, pp. 368-398.

Deegan, P. (1996) "Recovery as a journey of the heart" *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 19, 91-102.

Dein, K. E. & Williams, P. S. (2008) "Relationships between residents in secure psychiatric units: Are safety and sensitivity really incompatible?" *The Psychiatrist*, 32, 284-287.

Dein, K. E., Williams, P. S., Volkonskaia, I., Kanyeredzi, A., Reavey, P. & Leavey, G. (2016) "Examining professionals' perspectives on sexuality for services users of a forensic psychiatry unit" *International Journal of Law and Psychiatry*, 44, 15-23.

Delion, P., Labreuche, J., Deplanque, D. & Cohen, D. (2018) « Therapeutic body wraps (TBW) for treatment of severe injurious behavior in children with autism spectrum disorder (ASD): A 3-month randomized controlled feasibility study » *PLOS ONE*, n°13, n°6, e0198726.0.

Dell, S. (1980). "Transfer of special hospital patients to the NHS", *British Journal of Psychiatry*, 136, 222-234.

Dell, S., Robertson, G., James K. and Grounds, A. (1993) "Remands and psychiatric assessments in Holloway Prison". *British Journal of Psychiatry* 163: 640-644.

DellBello, M. P., Schwiers, M. L., Rosenberg, H. L. & Strakowski, S. M. (2002) "A double-blind, randomized, placebo-controlled study of quetiapine as adjunctive treatment for adolescent mania" *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(10), 1216-1223.

DeMier, R. L. & Sarrazin R. G. (2009) "The *Sell* decision: An argument for judicial restraint" *Journal of Psychiatry & Law*, 37, 335-342.

Deniker, P., (1989) 'From chlorpromazine to tardive dyskinesia (brief history of the neuroleptics)'. *Psychiatric Journal of the University of Ottawa*, 14 (1): 253-259.

Denmark, J. C. (1985) "A study of 250 patients referred to a department of psychiatry for the deaf" *British Journal of Psychiatry* 146: 282-286.

De Pauw, K. W. and Szulecka, T. K. (1988) 'Dangerous delusion: violence and the misidentification syndromes' *British Journal of Psychiatry* 152: 91-96.

Deschepper, R. *et al* (2006) "Communication on end-of-life decisions with patients wishing to die at home: The making of a guideline for Gps in Flanders, Belgium" *British Journal of General Practice*, 56, 14-19.

Deuschl, G., Schade-Brittinger, C., Krack, P., Volkmann, J., Schäfer, H. *et al* (2006) "A randomized trial of deep-brain stimulation for Parkinson's disease" *New England Journal of Medicine*, 355, 896-906.

De Zuleika, F. (1999) "Borderline personality disorder as seen from an attachment perspective: a review" *Criminal Behaviour and Mental Health* 9: 237-253.

Dharmendra, M. S. & Eagles, J. M. (2002) "Factors associated with patients' knowledge of and attitudes towards treatment with lithium" *Journal of Affective Disorders*, 75(1), 29-33.

Dichter, J. R., Cohen, J. & Connolly, P. M. (2002) "Bulimia nervosa: Knowledge, awareness and skill levels among advanced practice nurses" *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 14(6), 269-275.

Dickman, S. J. (1990) "Functional and dysfunctional impulsivity: Personality and cognitive correlates" *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(1), 95-102.

Di Clemente, C. C., Schlundt, D. & Gemmell, L. (2004) "Readiness and stages of change in addiction treatment" *American Journal on Addictions/American Academy of Psychiatrists in Alcoholism and Addictions*, 13(2), 103-119.

Dierckx de Casterlé, B., Verpoort, C., De Bal, N. *et al* (2006) "Nurses' views on their involvement in euthanasia: A qualitative study in Flanders (Belgium)" *Journal of Medical Ethics*, 32, 187-192.

Diesfeld, K. & Sjostrom, S. (2006) "Interpretive flexibility: Why doesn't insight incite controversy in Mental Health Law?" *Behavioural Sciences and the Law*, 25, 85-101.

Dillner L. (1993) "Inquiry says depot injections can kill" *British Medical Journal* 307: 641.

Dinwiddie S. & Briska, W. (2004) "Prosecution of violent psychiatric inpatients: Theoretical and practical issues" *International Journal of Law and Psychiatry*, 27, 17-29.

Dishion, T. J., McCord, J. & Poulin, F. (1999) "When interventions harm: Peer groups and problem behaviour" *American Psychologist*, 54, 755-764.

Dixon L., Haas, G., Weiden, P., Sweeney, J., et al. (1990) 'Acute effects of drug abuse on schizophrenic patients: clinical observations and patients' self-reports', *Schizophrenic Bulletin*, 16: 69-79.

Dluzen, D. & Liu, B. (2008) "Gender differences in methamphetamine use and responses: A review" *Gender Medicine*, 5(1), 24-35.

Dodrill C. B. (1978) "A neuropsychological battery for epilepsy" *Epilepsia*, 19(6), 611-623.

Dodrill, C. B. (1986) "Correlates of generalized tonic-clonic seizures with intellectual, neuropsychological, emotional and social functions in patients with epilepsy" *Epilepsia*, 27, 399-411.

Doggrell, S. A. (2010) "Adherence to medicines in the older-aged with chronic conditions: Does intervention by an allied health professional help?" *Drugs & Aging*, 27(3), 239-254.

Dolan B. (2000a) "Legal digest: a summary of recent case-law" *The Journal of Forensic Psychiatry* Vol 11 No 1 Avril 2000, 158-165.

Dolan B. (2000b) "Legal digest: a summary of recent case-law" *The Journal of Forensic Psychiatry* Vol 11 No 2 September 2000 429-438.

Dolan B. (2000c) "Violence risk prediction: clinical and actuarial measures and the rose of the psychopathy checklist" *British Journal of Psychiatry* 177 (October): 303-311.

Dolan, M. and Lawson A. (2001) "A psychiatric intensive care unit in a medium-security unit" *The Journal of Forensic Psychiatry*, Vol 12, No 3, December 2001, 684-693.

Dolan, M. and Snowden, P. (1994) 'Escapes from a medium secure unit' *Journal of Forensic Psychiatry* 5 : 275-286.

Dolan, B., Warren, F. and Norton, K. (1997) "Change in borderline symptoms one year after therapeutic community treatment for severe personality disorder" *British Journal of Psychiatry* 171: 274-279.

Dolan, B., Warren, F., Norton K. and Menzies, D. (1996) "Cost off-set following therapeutic community treatment of personality disorder" *Psychiatric Bulletin* 20: 1-5.

Donnelly, M. (2001) "Decision-making for mentally incompetent people: The empty formula of best interests?" *Medicine & Law*, 20, 405.

Donovan, E. (2010) "Propranolol use in the prevention and treatment of posttraumatic stress disorder in military veterans: Forgetting therapy revisited" *Perspectives in Biology and Medicine*, 53(1), 61-74.

Doody, R. S., Geldmacher, D. S., Gordon, B., Perdormo, C. A. & Pratt, R.D for the Donepezil Study Group (2001) "Open-label, multicentre, phase 3 extension study of the safety and

- efficacy of donepezil in patients with Alzheimer disease" *Archives of Neurology*, 58, 427-433.
- Douard, J. (2007) "Loathing the sinner, medicalizing the sin: Why sexually violent predator statutes are unjust" *International Journal of Law and Psychiatry*, 30, 36-48.
- Double, D. (2002) "The limits of psychiatry" *British Medical Journal*, 324, pp. 900-904.
- Douglas, K. & Skeem, J. (2005) "Violence risk assessment: getting specific about being dynamic" *Psychology, Public Policy and Law* 11, 347-383.
- Douzenis, A. & Michopoulos, I. (2015) "Involuntary admission: The case of anorexia nervosa" *International Journal of Law and Psychiatry*, 39, 31-35.
- Dowson, J. H., Butler, J. & Williams, O. (1999) "Management of psychiatric inpatient violence in the Anglia region" *Psychiatric Bulletin*, 23, 486-489.
- Doyle, M., Khanna, T., Lennox, C., Shaw, J., Hayes, A., Taylor J., Roberts, A. & Dolan M. (2013) "The effectiveness of an enhanced thinking skills programme in offenders with antisocial personality traits" *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, Vol. 24, No. 1, 1-15.
- Draine, J. & Solomon, P. (2000) "Anxiety and depression symptoms and quality of life among clients of a psychiatric probation and parole service" *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24, 38-45.
- Drake, G. (2013) "The trans-institutionalisation of people living in licensed boarding houses in Sydney" *Australian Social Work*, 67(2), 240-255.
- Drake, R. E., Goldman, H. H., Leff, H.S., Lehman, A. F., Dixon, L., Mueser, K.T., *et al.* (2001) "Implementing evidence-based practices in routine mental health settings" *Psychiatric Services*, 52, 179-182.
- Draper, H. (2000) "Anorexia nervosa and respecting a refusal of life-prolonging therapy: A limited justification" *Bioethics*, (14)2, 120-133.
- Draycott, S., Kirkpatrick, T. & Askari, R. (2012) "An idiographic examination of patient progress in the treatment of dangerous and severe personality disorder: a reliable change index approach" *The Journal of Psychiatry & Psychology*, Vol. 23, No. 1, February 2012, 108-124.
- Dresser, R. S. (1982) "Ulysses and the psychiatrists: A legal and policy analysis of the voluntary commitment contract" *Harvard Civil Rights – Civil Liberties Law Review*, 16, 777-854.
- Dressing, H. & Salize, H. J. (2009) "Pathways to psychiatric care in European prison systems" *Behavioural Sciences and the Law*, 27, 801-810.
- Drew, N., Funk, M., Tang, S., Lamichhane, J., Chavez, E. & Katontoka, S. (2011) "Human rights violation of people with mental and psychosocial disabilities: An unresolved global crisis" *Lancet*, 378, 1664-1675.
- Drieschner, K.H., Lammers, S. M. M. & Van der Staak, C. P. F. (2004) "Treatment motivation:

An attempt for clarification of an ambiguous concept" *Clinical Psychology Review*, 23, 1115-1137.

Driver-Dunckley, E., Samanta, J. & Stacy, M. (2003) "Pathological gambling associated with dopamine agonist therapy in Parkinson's disease" *Neurology*, 61(3), 422-423.

Duckworth, K. S., Kahn, M. W., Gutheil, T. G. (1994) "Roles, quandaries and remedies: Teaching professional boundaries to medical students" *Harvard Review of Psychiatry* 1: 266-270.

Duffy, J. (2011) "Problem-solving courts, therapeutic jurisprudence and the constitution: If two is company, is three a crowd?" *Melbourne University Law Review*, 35, 394-425.

Duggan, C. (2007) "To move or not to move – that is the question! Some reflections on the transfer of DSPD patients in the face of uncertainty" *Psychology, Crime & Law*, 113-121.

Dunn, C. & Seymour, A. (2008) "Forensic psychiatry and vocational rehabilitation: Where are we at?" *British Journal of Occupational Therapy*, 71, 448-450.

Dunn, M., Clare, I. C. H., Holland, A. J. & Gunn, M. J. (2007) "Constructing and reconstructing 'best interests': An interpretative examination of substitute decision-making under the Mental Capacity Act 2005" *Journal of Social Welfare and Family Law*, 29, 117-133.

Dunn, M., Maughan, D., Hope, T., Canvin, K., Rugkasa, J., Sinclair, J. *et al.* (2012) "Threats and offers in community mental health care" *Journal of Medical Ethics*, 38(4), 204-209.

Dupont, R. & Cochran, S. (2000) "Police response to mental health emergencies: Barriers to change" *Journal of American Academy of Psychiatry and the Law*, 28(3), 338-344.

Durand, M. A., Lelliott, P. & Coyle, N. (2006) "Availability of treatment for substance misuse in medium secure psychiatric care in England: a national survey" *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology* December 2006, 17(4) : 611-625.

Duxbury, J. (2002) "An evaluation of staff and patient views of and strategies employed to manage inpatient aggression and violence on one mental health unit: A pluralistic design" *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9(3), 325-337.

Dymek, M., Atchison, P., Harrell, L. & Marson, D. (2001) "Competency to consent to treatment in cognitively impaired patients with Parkinson's disease" *Neurology*, 56(1), 17-24.

D'Silva, K., Dugan, C. & McCarthy, L. (2004) "Does treatment really make psychopaths worse? A review of the evidence" *Journal of Personality Disorders*, 18, 163-177.

Earley, P. C. (1993) "East meets west meets Mideast: Further explorations of collectivists and individualistic work groups" *Academy of Management Journal*, 36, 319-348.

Eastman N. (1996) "Hybrid orders: an analysis of their Likely effects on sentencing practice and on forensic psychiatric practice and services" *Journal of Forensic Psychiatry* 7 : 481-494.

Eastman N. (1997) "Hybrid justice: proposals for the mentally disordered in the Crime

(Sentences) Bill" *Psychiatric Bulletin* 21: 129-131.

Eastman, N. & Dhar, R. (2000) "The role and assessment of mental capacity: a review" *Current Opinion in Psychiatry* 13, 557-561.

Eastman, N. & Hope, R. A. (1988) "The ethics of enforced medical treatment: the balance model" *Journal of Applied Philosophy* 5, 49-59.

Eastman N. and Mullins M. (1999) "Prosecuting the mentally disordered" *The Journal of Forensic Psychiatry*, Vol 10 No 3, December 1999: 497-501.

Eaton, S., Ghannan, M. and Hunt, N. (2000) "Study of prediction of violence on a psychiatric intensive care unit" *Medicine, Science and the Law* 40: 143-146.

Elbogen, E. B., Sarah, M., Van Dorn, R., Swanson, J. W. & Swartz, M. S. (2007) "The impact of perceived need for treatment on risk of arrest and violence among people with severe mental illness" *Criminal Justice and Behaviour*, 34, 197-210.

Elbogen, E., Swartz, M. S., Van Dorn, R., Swandon, J. W., Kim, M. & Scheyett, A. (2006) "Clinical decision-making and views about psychiatric advance directives" *Psychiatric Services*, 57, 350-355.

Elixhauser, A., Eisen, S. A., Romeis, J. C. & Homan, S. M. (1990) "The effects of monitoring and feedback on compliance" *Medical Care*, 28, 882-893.

Elkin, I., Shea, M. T., Watkins, J. T., Imber, S. D., Sotsky, S. M., Collins, J. F. *et al* (1989) "NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program: 1. General effectiveness of treatments" *Archives of General Psychiatry*, 46(11), 971-983.

Elsom, S. J., Happell, B. & Manias, E. (2005) "Mental health nurse practitioner: Expanded or advanced?" *International Journal of Mental Health Nursing*, 14, 181-186.

Emanuel, E. J. & Emanuel, L. L. (1992) "Proxy decision making for incompetent patients: An ethical and empirical analysis" *Journal of the American Medical Association*, 267(15), 2067-2071.

Emmett, C., Poole, M., Hughes, J. C. (2013) "Homeward bound or bound for a home? Assessing the capacity of dementia patients to make decisions about hospital discharge: Comparing practice with legal standards" *International Journal of Law and Psychiatry*, 36, 73-82.

Enticott, P. G. & Ogloff, J. R. P. (2006) "Elucidation of impulsivity" *The Australian Psychologist*, 41(1), 3-14.

Epstein, R. S. & Simon, R. I. (1990) "The Exploitation Index: An early warning indicator of boundary violations in psychotherapy" *Bulletin of the Menninger Clinic*, 54: 450-465.

Erickson, S. K., Campbell, A. & Lamberti, S. J. (2006) "Variations in mental health courts: Challenges, opportunities and a call for caution" *Community Mental Health Journal*, 42, 335-344.

Erickson, S. K., Ciccone, J. R., Schwarzkopf, S. B., Lamberti, S. & Vitacco, M. J. (2007) "Legal fallacies of antipsychotic drugs" *Journal of American Academy of Psychiatry & Law*, 35, 235-246.

Estroff, S. (1989) "Self, identity and subjective experiences of schizophrenia: In search of the subject" *Schizophrenia Bulletin*, 15, 189-196.

Estroff, S., Zimmer, C., Lachiotte, W. and Benoit, J. (1994) "The influence of social networks and social support on violence by persons with serious mental illness" *Hospital and Community Psychiatry* 45: 669-679.

Estryn-Behar, M., Van der Heijden, B., Camerino, D., Fry, C., Le Nezet, O., Conway, P. M. *et al* (2008) "Violence risks in nursing-results from the European 'NEXT' study" *Occupational Medicine*, 58(2), 107-114.

Evidente, V. G. H., Premkumar, A. P., Adler, C. H., Caviness, J. N., Driver-Dunckley, E. & Lyons, M. K. (2011) "Medication dose reductions after pallidal versus subthalamic stimulation in patients with Parkinson's disease" *Acta Neurobiologica Scandinavia*, 124: 211-214.

Exworthy T., (1998) "Institutions and services in forensic psychiatry", *The Journal of Forensic Psychiatry*, vol. 9, n°2, September 1998, 395-412.

Exworthy T., Mohan D., Hindley N. and Basson J. (2001) "Seclusion: punitive or protective?" *The Journal of Forensic Psychiatry* Vol 12, No 2, September 2001, 423-433.

Fabian, J. M. (2007) "Methamphetamine motivated murder: Forensic psychological / psychiatric & legal applications in criminal contexts" *The Journal of Psychiatry & Law*, 35, p. 443-476.

Factor, S. A., Feustel, P. J., Friedman, J. H., Comella, C. L., Goetz, C. G., Kurlan, R. *et al* (2003) "Longitudinal outcome of Parkinson's disease patients with psychosis" *Neurology*, 60(11), 1756-1761.

Fagan, P. J., Wise, T. N., Schmidt Jr., C. W. *et al* (2002) "Paedophilia" *Journal of the American Medical Association*, 288(19), 2458-2465.

Fahy, T. (1988), "The diagnosis of multiple personality disorder. A critical review", *British Journal of Psychiatry* 153: 597-606.

Falissard, B., Loze, J-Y., Gasquet, I., Duburc, A., De Beaurepaire, C., Fagnani, F. et Rouillon, F. (2006) « Prevalence of mental disorders in French prisons for men », *BMC Psychiatry*, 6: 33.

Fallowfield L. *et al.* (1990) "Psychological outcomes of different treatment policies in women with early breast cancer outside a clinical trial" *British Medical Journal*, 575-580.

Faraone, S. V., Biederman, J. & Mick, E. (2006) "The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: A meta-analysis of follow-up studies" *Psychological Medicine*, 36, 159-165.

- Farnham, F. and James D. (2001) "'Dangerousness' and dangerous law" *Lancet* 358: 1926.
- Fayyad, J., De Graff, R., Kessler, R. Alonso, J., Angermeyer, M., Demyttenaere, K. *et al* (2007) "Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder" *British Journal of Psychiatry*, 190, 402-409.
- Fazel, S., Cartwright, J., Norman-Nott, A. & Hawton, K. (2008) "Suicide in prisoners: A systematic review of risk factors" *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 1721-1731.
- Fazel, S., Hope, T., O'Donnell, I., Piper, M. and Jacoby, R. (2001) "Health of elderly male prisoners: worse than the general population, worse than younger prisoners" *Age and Ageing* 30: 403-407.
- Fazel, S., Langstrom, N., Hjern, A., Grann, M. & Lichtenstein, P. (2009) "Schizophrenia, substance abuse and violent crime" *JAMA*, 301(19), 2016-2023 (20).
- Feczko A. (2014) "Dementia in the incarcerated elderly adult: Innovative solutions to promote quality care" *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 26(12), 640-648.
- Fee, R. A. & Girdano, D. A. (1978) "The relative effectiveness of three techniques to induce the trophotropic response" *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 3, 145-157.
- Felthous, A. R. (2008) "Schizophrenia and impulsive aggression: A heuristic inquiry with forensic and clinical implications" *Behavioural Sciences and the Law*, 26(6), 735-758.
- Felthous, A. R. (2011) "The 'untreatability' of psychopathy and hospital commitment in the USA" *International Journal of Law and Psychiatry*, 34, 400-405.
- Fennell P. (1992) "The Criminal Procedure (Insanity and Unfitness to Plead) Act 1991", *The Modern Law Review*, 55:4 July 1992, 7926-7961.
- Fenner, D. (2007) "Is the institutionalization and legalization of assistance to suicide dangerous? A critical analysis of counterarguments" *Ethik in der Medizin*, 19, 200-214.
- Fenton, W. S., Blyler, C. R. & Heinssen, R. K. (1997) "Determinants of medication compliance in schizophrenia: Empirical and clinical findings" *Schizophrenia Bulletin*, 23, 637-651.
- Ferguson, G., Conway, C., Endersby, L. & MacLeod, A. (2009) "Increasing subjective well-being in long-term forensic rehabilitation: evaluation of well-being therapy" *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, Vol 20, No. 6, December 2009, 906-918.
- Fick, D. M. & Cooper, J. W., Cade, W. E., Waller, J. L., Maclean, J. R. & Beers, M. H. (2003) "Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults" *Archives of Internal Medicine*, 163, 2716-2724.
- Finniss, D. G., Kaptchuk, T. J., Miller, F., Benedetti, F. (2010) "Biological, clinical and ethical advances of placebo effects" *Lancet*, vol. 375, pp. 686-695.
- Fisher, W. A. (1994) 'Restraint and seclusion: a review of the literature' *American Journal of*

Psychiatry 151 (11): 1584-1591.

Fincke, B. G., Snyder, K., Cantillon, C., Gaehde, S., Standring, P., Fiore, L., Brophy, M. & Gagnon, D. R. (2005) "Three complementary definitions of polypharmacy: Methods, application and comparison of findings in a large prescription database" *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 14(2), 121-128.

Fineberg, N. A., Tonnoir, B., Lemming, O. & Stein, D. J. (2007) "Escitalopram prevents relapse of obsessive-compulsive disorder" *European Neuropsychopharmacology*, 17, 430-439.

Fink, M. (2000) « Electroschock revisited » *American Scientist*, 88, pp. 162-167.

Fisler, C. (2005) "Building trust and managing risk: A look at a felony mental health court" *Psychology, Public Policy and the Law*, 11, 587-604.

Fistein, E. C., Clare, I. C. H., Redley, M. & Holland, A. J. (2016) "Tensions between policy and practice: A qualitative analysis of decisions regarding compulsory admission to psychiatric hospital" *International Journal of Law & Psychiatry*, 46, 50-57.

Fitch, W. L. (2003) "Sexual offender commitment in the United States: Legislative and policy concerns" *Annals of the New York Academy of Science*, 989, 489-501.

Fitch, W. L. & Ortega, R. (2000) "Law and confinement of psychopaths" *Behavioural Sciences and the Law*, 18(5), 663-678.

Fletcher, J., Bower, P. J., Gilbody, S., Lovell, K., Richards, D. & Gask, L. (2007) "Collaborative care for depression and anxiety problems in primary care (protocol)" *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, art. No.: CD006525.

Flood, M. A. (2005) "Treatment of the 'vegetative' patient: The legacies of Karen Quilan, Nancy Cruzan and Terri Schiavo" *Journal of Health and Biomedical Health Informatics*, 1, 303-310.

Flynn, E. & Arstein-Kerslake, A. (2014) "Legislating personhood: Realising the right to support in exercising legal capacity" *International Journal of Law in Context*, 10, 81-104.

Folson, D., Hawthorne, W., Lindamer, L. *et al* (2005) "Prevalence and risk factors for homelessness and utilization of mental health services among 10,340 patients with serious mental illness in a large public mental health system" *American Journal of Psychiatry*, 162: 370-376.

Fondacaro, K. M., Holt, J. C. and Powell, T. A. (1999) "Psychological impact of childhood sexual abuse on male inmates: the importance of perception" *Child Abuse and Neglect* 23: 361-369.

Fontenelle, L. F. & Hasler, G. (2008) "The analytical epidemiology of obsessive-compulsive disorder: Risk factors and correlates" *Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry*, 32(1), 1-15.

Forrester A. (2002) "Preventive detention, public protection and mental health" *The Journal of Forensic Psychiatry*, Vol 13 No 2 September 2002, 329-344.

- Forrester, A., Ozdural, S., Muthukumaraswamy, A. and Carroll A. (2008) "The evolution of mental disorder as a legal category in England and Wales" *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, Vol. 19, No. 4, December 2008, 543-560.
- Fossati, P., Ergis, A. M. & Allilaire, J. F. (2002) "Executive functioning in unipolar depression: A review" *L'Encéphale*, 28(2), 97-107.
- Foster, C., Bowers, L. & Nijman, H. (2007) "Aggressive behaviour on acute psychiatric wards: Prevalence, severity and management" *Journal of Advanced Nursing*, 58(2), p. 140-149.
- Foster T. 'When will they ever work?' *The Journal of Forensic Psychiatry* Vol 10 No 2 September 1999, 245-248.
- Frailing, K. (2010) "How mental health courts function: Outcomes and observations" *International Journal of Law and Psychiatry*, 33(4), 207-213.
- Franchitto, N., Mathur, A., Franchitto, L., Gavarrì, L., Telmon, N., Rougé, D. (2007) "Emergency suicide care in France: The psychiatrist's liability as seen in case law" *International Journal of Law and Psychiatry*, 30, 472-479.
- Frank, E., Kupfer, D. J., Thase, M. E., Mallinger, A. G., Swartz, H. A., Fagiolini, A. M. *et al* (2005) "Two-year outcomes for interpersonal and social rhythm therapy in individuals with bipolar disorder" *Archives of General Psychiatry*, 62, 996-1004.
- Frankenburg, F. R. (1994) 'History of the Development of Antipsychotic medication', *Psychiatric Clinics of North America*, 17 (3): 531-540.
- Frazier, S C. (2005) "Health outcomes and polypharmacy in elderly individuals: An integrated literature review" *Journal of Gerontological Nursing*, 31(9), 4-11.
- Freedman, D. (2001) "False prediction of future dangerousness: Error rates and psychopathy check-list – Revised" *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 29(1), 89-95.
- Freeman, A. M. (1949) « Transorbital lobotomy » *American Journal of Psychiatry*, 105, pp. 734-739.
- Friedman, R. A. (2006) "Violence and mental illness – How strong is the link?" *New England Journal of Medicine*, 355(20), 2064-2066.
- Friedman, S., Festinger, D. S., Nezu, C. M., McGuffin, P. W. & Nezu, A. M. (1999) "Group therapy for mentally retarded sex offenders: a behavioural approach" *Behaviour Therapist* 22, 32-33.
- Friendship, C., Mann, R. E. & Beech, A. (2003) "Evaluation of a national prison-based treatment program for sexual offenders in England and Wales" *Journal of Interpersonal Violence*, 18, 744-759.
- Gallagher, C. A., Wilson, D. B., Hirschfield, P., Coggeshall, M. B. & MacKenzie, D. L. (1999)

"A quantitative review of the effects of sex offender treatment on sexual re-offending" *Corrections Management Quarterly*, 3, 19-29.

Gallagher, E. M. (1998) "Advance directives for psychiatric care: A theoretical and practical overview for legal professionals" *Psychology, Public Policy and Law*, 4, 746-787.

Gallagher, E. M. Skubby, D., Bonfine, N., Munetz, M. R. & Teller, J. L. S. (2011) "Recognition and understanding of goals and roles: The key internal features of mental health court teams" *International Journal of Law and Psychiatry*, 34, 406-413.

Gallagher, S. & Doherty, D. (2009) "A comparative analysis of users and non-users of prescribed psychotropic medication among individuals who reported mental health problems" *The Internet Journal of Mental Health*, 6(2), 1-10.

Gallegos, A. M., Hoerger, M., Talbot, N. L., Moynihan, J. A. & Duberstein, P. R. (2013) "Emotional benefits of mindfulness-based stress reduction in older adults: The moderating roles of age and depressive symptom severity" *Aging & Mental Health*, 17, 823-829.

Galon, P. A. & Wineman, N. M. (2010) "Coercion and procedural justice in psychiatric care: State of the science and implications for nursing" *Archives of Psychiatric Nursing*, 24(5), 307-316.

Gans, M. & Gunn Jr W. B. (2003) "End stage anorexia: Criteria for competence to refuse treatment" *International Journal of Law and Psychiatry*, 26, 677-695.

Ganzini, L., Fenn, D. S., Lee, M. A., Heintz, R. T. & Bloom, J. D. (1996) "Attitudes of Oregon psychiatrists toward physician-assisted suicide" *The American Journal of Psychiatry*, 153(11), 1469-1475.

Ganzini, L., Leong, G. B., Fenn, D. S., Silva, J. A. & Weinstock, R. (2000) "Evaluation of competence to consent to assisted suicide: Views of forensic psychiatrists" *The American Journal of Psychiatry*, 157, 595-600.

Gara, M., Rosenberg, S. & Cohen, B. (1987) "Personal identity and the schizophrenic process: An integration" *Psychiatry*, 50, 267-279.

Gardner, J. (1998) "The gist of excuses" *Buffalo Criminal Law Review*, 1, 575-598.

Garrido, V. & Morales, L. A. (2007) "Serious (violent or chronic) juvenile offenders: A systematic review of treat" *Campbell Systematic Reviews*, 7, 1-47.

Garske, G. G. & Stewart, J. R. (1999) "Stigmatic and mythical thinking: Barriers to vocational rehabilitation services for persons with severe mental illness" *Journal of Rehabilitation*, 65, 4-8.

Gartlehner, G., Hansen, R. A., Morgan, L. C., Thaler, K., Lux, L., Van Noord, M. *Et al* (2011) "Comparative benefits and harms of second-generation antidepressants for treating major depressive disorder: An updated meta-analysis" *Annals of Internal Medicine*, 155(11), 772-785.

Gartrell, N., Herman, J., Olarte, S. Feldstein, M. and Localio, R. (1986) "Psychiatrist-patient

sexual contact: results of a national survey, I: Prevalence" *American Journal of Psychiatry* 143(9): 1126-1131.

Gather, J. & Vollmann, J. (2013) "Physician-assisted suicide of patients with dementia. A medical ethical analysis with a special focus on patient autonomy" *International Journal of Law and Psychiatry* 36, 444-453.

Gault, I. (2009) "Service-user and carer perspectives on compliance and compulsory treatment in community mental health services" *Health & Social Care in the Community*, 17(5), 504-513.

Gavaghan, C. (2007) "A *Tarasoff* for Europe? A European Human Rights perspective on the duty to protect" *International Journal of Law and Psychiatry*, 30, 155-267.

Gaynes, B. N., Rush, A. J., Trivedi, M. H., Wisniewski, S. R., Spencer, D. & Fava, M. (2008) "The STAR*D study: Treating depression in the real world" *Cleveland Journal of Medicine*, 75(1), 57-65.

Geelan S. and Nickford C., (1999) "A survey of the use of family therapy in medium secure units in England and Wales" *The Journal of Forensic Psychiatry* Vol 10 No 2 September 1999, 317-324.

Geelan S., Griffin N., Briscoe J. and Haque S. (2000) "A bail and probation hostel for mentally disordered defendants" *The Journal of Forensic Psychiatry*, Vol 11 No 1 Avril 2000, 93-104.

Geldmacher, D. S., Provenzano, G., McRae, T., Mastey, V. & Ieni, J. R. (2003) "Donepezil is associated with delayed nursing home placement in patients with Alzheimer's disease" *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(7), 937-944.

Gelfand, M. J., Nishil, L. H., Holcombe, K., Dyer, N., Ohbuchi, K. & Fukumo, N. (2001) "Cultural influences on cognitive representation of conflict episodes in the US and Japan" *Journal of Applied Psychology*, 86, 1059-1074.

Gellad, W. F., Grenard, J. L. & Marcum, Z. A. (2011) "A systematic review of barriers to medication adherence in the elderly: Looking beyond cost and regimen complexity" *American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, 9(1), 11-23.

Geller, J. L. (1990) "Clinical guidelines for the use of involuntary outpatient treatment" *Hospital and Community Psychiatry* 41: 749-755.

Geller, J. L. (1991) "A tincture of coercion in outpatient treatment?" *Hospital and Community Psychiatry*, 42(10), 1068-1070.

Geller, J. L., Fisher, W. H., Grudzinskas Jr, A. J., Clayfield, J. C. & Lawlor, T. (2006) "Involuntary outpatient treatment as 'deinstitutionalized coercion': The net-widening concerns" *International Journal of Law and Psychiatry*, 29, 551-562.

Georgieva, I., Mulder, C. & Noorthoorn, E. (2013) "Reducing seclusion through involuntary medication: A randomized clinical trial", *Psychiatry Research*, n°205, pp. 48-53.

Georgieva, I., Mulder, C. & Wierdsma, A. (2012) "Patients' preference and experiences of

forced medication and seclusion”, *The Psychiatric Quarterly*, n°83, pp. 1-13.

Gerber, G. J., Prince, P. N., Duffy, S., McDougall, L., Cooper, J. & Dowler, S. (2003) "Adjustment, integration and quality of life among forensic patients receiving community outreach services" *International Journal of Forensic Mental Health*, 2, 129-136.

Gergel, T. & Owen, G. S. (2015) "Fluctuating capacity and advance decision-making in Bipolar Affective Disorder – Self-binding directives and self-determination" *International Journal of Law and Psychiatry*, 40, 92-101.

Gerhart, U. C. (1990) *Caring for the chronic mentally ill*. Itasca, IL: F.E. Peacock, Publishers.

Gevers, S. (1995) "Physician assisted suicide: New developments in The Netherlands" *Bioethics*, 9, 309-312.

Gevers, S. (2002) "Advance directives in psychiatry" *European Journal of Health Law*, 9, 19.

Gherman, A., Schnur, J., Montgomery, G., Sassu, R., Veresiu, I. & David, D. (2011) ‘‘How are adherent people more likely to think? A meta-analysis of health beliefs and diabetes self-care’’ *Diabetes Educator*, 37(3), 392-408.

Gibbens, T. C. N. (1971) 'Female offenders' *British Journal of Hospital Medicine* 6 : 279-286.

Gibson, L. E., Holt, J. C., Fondacaro, K. M., Tang, T. S., Power, T. A. and Turbitt, E. L. (1999) "An examination of antecedent traumas and psychiatric comorbidity among male inmates with PTSD" *Journal of Traumatic Stress* 12: 473-484.

Giesen, P. (2012) "Hoe ondraaglijk is psychiatrisch lijden ? [How unbearable is psychiatric suffering?]" *Medisch Contact*, 67(19), 1154-1157.

Gilbert, D. G., Gilbert, B. O. and Schultz, V. L. (1998) "Withdrawal symptoms: individual differences and similarities across addictive behaviours" *Personality and Individual Differences* 24: 151-356.

Gillett, G. (2009) "Intention, autonomy and brain events" *Bioethics*, 23(6), 330-339.

Giugliano, D. & Esposito, K. (2011) "Clinical inertia as a clinical safeguard" *The Journal of the American Medical Association*, 305(15), 1591-1592.

Glaser, B. (2009) "Treaters or punishers? The ethical role of mental health clinicians in sex offender programs" *Aggression & Violent Behaviour*, 14(4), 248-255.

Gledhill K. (2000) "Managing dangerous people with severe personality disorder" *The Journal of Forensic Psychiatry*, Vol 11 No 2 September 2000, 439-447.

Glenn, C. H. & DeNisco, S. (2006) "Self-mutilation in adolescents: Recognizing a silent epidemic" *American Journal for Nurse Practitioners*, 10(11), 167-172.

Glick, I. D., Burti, L., Okonogi, K. & Sacks, M. (1994) "Effectiveness in psychiatric care: Psychoeducation and outcome for patients with major affective disorder and their families"

British Journal of Psychiatry, 164, 104-106.

Goldbeck, R., Mackenzie, D. & Bennie, P. (1997) "Detained patient's knowledge of their legal status and rights" *Journal of Forensic Psychiatry*, 8, 57-582.

Goldberg, R. J., Dubin, W. R. & Fogel, B. S. (1989) "Behavioral emergencies. Assessment and psychopharmacologic management" *Clinical Neuropharmacology* 12, 233-248.

Goldberg, S. C., Schulz, S. C., Schulz, P. M., Resnick, R. J., Hamer, R. M. and Friedel, R. O. (1986) "Borderline and schizotypal personality disorders treated with low dose thiothixene vs placebo" *Archives of General Psychiatry* 43 : 680-686.

Golden, A., Preston, R., Barnett, S., Llorente, M., Hamdan, K. & Silverman, M. (1999) "Inappropriate medication prescribing in homebound older adults" *Journal of the American Geriatric Society*, 47(8), 948-953.

Goldstraw, D. and Salib E. (1998) "The supervision register: another exercise in paperwork that does not work?" *Psychiatric Care* 5(1): 26-29.

Goodman, M., Roiff, T., Oakes, A. & Paris, J. (2012) "Suicidal risks and management in borderline personality disorder" *Current Psychiatry Report*, 14(1), 79-85.

Gopal, A. A., Cosgrove, L., Shuv-Ami, I., Wheeler, E. E., Yerganian, M. J. & Bursztajn, H. J. (2012) "Dynamic informed consent processes vital for treatment with antidepressants" *International Journal of Law and Psychiatry*, 35, 392-397.

Gordon H., Hammond S. and Veeramani R. (1998) 'Special care units in Special hospitals', *The Journal of Forensic Psychiatry*, vol. 9, no 3, December 1998, 571-587.

Gordon H., Lader M., Shivayogi M., Vermeulen J., 'Treatment-resistant schizophrenia. Tetrabenazine and Reserpine: a case-study' (1998), *The Journal of Forensic Psychiatry*, vol 9, No 2, September 1998, 440-445.

Gordon H., Hindley N., Marsden A. and Shivayogi M., "The use of mechanical restraint in the management of psychiatric patients: is it ever appropriate?" *The Journal of Forensic Psychiatry*, vol. 10 No 1, Avril 1999 173-186.

Goren, S., Singh, N. N., & Best, A. M. (1993) "The aggression-coercion cycle: Use of seclusion and restraint in a child psychiatric hospital" *Journal of Child and Family Studies*, 2, 61-73.

Gorman, J. M. (1997) "Comorbid depression and anxiety spectrum disorder" *Depression and Anxiety*, 4, 160-168.

Gorsuch N. "Disturbed female offenders: helping the 'untreatable'" *The Journal of Forensic Psychiatry* Vol 10 No 1 Avril 1999, 98-118.

Gostin, L. O. (2000) "Human rights of persons with mental disabilities" *International Journal of Psychiatry and Law* 23: 125-159.

Gould, E. & Mitty, E. (2010) "Medication adherence is a partnership, medication compliance

is not" *Geriatric Nursing*, 31(4), 290-298.

Grace J., Steels, M. and Baruah, R. (1996) "General Practitioners' knowledge of and views on the care program approach". *Psychiatric Bulletin* 20: 643-644.

Gradillas, V., Williams, A., Walsh, E. & Fahy, T. (2007) "Do forensic psychiatric inpatient units pose a risk to local communities?" *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, Juin 2007 ; 18(2) : 261-265.

Gralton E., James A. and Crocombe J. (2000) "The diagnosis of schizophrenia in the borderline learning-disabled forensic population: six case-reports" *The Journal of Forensic Psychiatry*, vol 11 no 1 April 2000, 185-197.

Grant, B., Chou, S., Goldstein, R., Huang, B., Stinson, F., Saha, T. & Ruan, W. (2008) "Prevalence, correlates, disability and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: Results from the wave 2 national epidemiologic survey on alcohol and related conditions" *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(4), 533-545.

Grant, V. J. & Briscoe, J. (2002) "Everyday ethics in an acute psychiatric unit" *Journal of Medical Ethics*, 28(3), 173-176.

Gray, J. E. & O'Reilly R. L. (2005) "Canadian compulsory community treatment laws: Recent forms" *International Journal of Law and Psychiatry*, 28, 13-22.

Gray, J. E. & O'Reilly R. L. (2009) "Supreme Court of Canada's Beautiful Mind case" *International Journal of Law and Psychiatry*, 32, 315-322.

Gray, R., Bressington, D., Lathlean, J. & Mills, A. (2008) "Relationship between adherence, symptoms, treatment attitudes, satisfaction and side effects in prisoners taking antipsychotic medication" *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 19, 335-351.

Gray, R., Wykes, T. & Gournay, K. (2002) "From compliance to concordance: A review of the literature on interventions to enhance compliance with antipsychotic medication" *Journal of Psychiatry & Mental Health Nursing*, 9, 277-284.

Green G., Gray N. and Willner P. (2002) "Factors associated with criminal convictions for sexually-inappropriate behaviours in men with learning disabilities" *The Journal of Forensic Psychiatry* 13(3): 578-607.

Green G., Gray N. and Willner P. (2003) "Management of sexually inappropriate behaviours in men with leaning disabilities" *The Journal of Forensic Psychiatry* Vol 14, No 1, April 2003, 85-110.

Green, T., Batson, A. & Gudjonsson, G. (2011) "The development and initial validation of a service-user led measure for recovery of mentally disordered offenders" *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 22, 252-265.

Green T. and Moore E. (2001) "Bullying: uniting offender patients and staff in solutions" *Forensic Update* 65: 10-15.

Greenberg, S. A. & Shuman, D. W. (2007) "When worlds collide: Therapeutic and forensic roles" *Professional Psychology: Research and Practice*, 38, 129-132.

Greenfield, D. P. (2006) "Organic approaches to the treatment of paraphilics and sex offenders" *The Journal of Psychiatry & Law*, 34, 437-454.

Greenhalgh, N. M., Wylie K. J. B. and Tamlyn D. (1996) 'Pilot mental health assessment and diversion scheme for an English metropolitan petty sessional division', *Medicine, Science & the law*, 36: 52-58.

Gremmen, I. Widdershoven, G., Beekman, A., Zuijderhoudt, R. & Sevenhuijsen, S. (2008) "Ulysses arrangements in psychiatry: A matter of good care?" *Journal of Medical Ethics*, 34 (2), 77-80.

Gretton, H. M., McBride, M., Hare, R. D., O'Shaughnessy, R. & Kumka, G. (2001) "Psychopathy and recidivism in adolescent sex offenders" *Criminal Justice and Behaviour*, 28, 428-449.

Grisso, T. & Appelbaum, P. S. (1995) "The MacArthur Treatment Competence Study. III: Abilities of patients to consent to psychiatric and medical treatments" *Law and Human Behaviour*, 19(2), 149-174.

Grisso, T., Appelbaum, P. S., Mulvey, E. P. & Fletcher, K. (1995) "The MacArthur Treatment Competence Study. II. Measures of abilities related to competence to consent to treatment" *Law and Human Behaviour*, 19, 127-148.

Groenewoud, J. H., Van der Heide, A., Onwuteaka-Philipsen, B. D., Willems, D. L., Van der Maas, P. J., & Van der Wal, G. (2000) "Clinical problems with the performance of euthanasia and physician-assisted suicide in the Netherlands" *The New England Journal of Medicine*, 342(8), 551-556.

Grounds, A. (2000) "The future of prison health care" *The Journal of Forensic Psychiatry*, Voll 11 No 2 September 2000, 260-267.

Grove, W. M. & Meehl, P. (1996) "Comparative efficiency of informal (subjective, impressionistic) and formal (mechanical, algorithmic) prediction procedures: The clinical-statistical controversy" *Psychology, Public Policy and Law*, 2, 293-323.

Grubin, D. H. (1991) "Unfit to Plead in England and Wales 1976-1988, a survey" *British Journal of Psychiatry* 158: 540-548.

Grubin, D. H. (1993) "What constitutes fitness to plead" *Criminal Law Review*, 748, 749-750.

Guarda, A. S. (2008) "Treatment of anorexia nervosa: Insights and obstacles" *Physiology and Behaviour*, 94, 113-120.

Guarda, A. S., Pinto, A. M., Coughlin, J. W., Hussain, S., Haug, N. A. & Heinberg, L. J. (2007) "Perceived coercion and change in perceived need for admission in patients hospitalized for eating disorders" *The American Journal of Psychiatry*, 164, 108-114.

Guay, D. R. P. (2009) "Drug treatment of paraphilic and nonparaphilic sexual disorders" *Clinical Therapeutics*, 31(1), 1-31.

Guedj, M., Sorum, P. C. & Mullet, E. (2012) "French lay's people views regarding the acceptability of involuntary hospitalization of patients suffering from psychiatric illness" *International Journal of Law and Psychiatry*, 35, 50-56.

Gudjonsson, G. H. (1993) "Confession evidence, psychological vulnerability and expert testimony" *Journal of Community and Applied Social Psychology* 3: 117-129.

Gudjonsson, G. H. (1995) "'Fitness for Interview' during police detention: a conceptual framework for forensic assessment" *The Journal of Forensic Psychiatry* 6: 185-197.

Gudjonsson, G. H., Hannesdottir, K., Petursson, H. and Tyrfingsson, T. (2002) "The effects of alcohol withdrawal on memory, confabulation, suggestibility and compliance" *Nordic Journal of Psychiatry* 54: 213-220.

Gudjonsson, G. H., Hannesdottir, K., Agustsson, T. P., Sigurdsson, J. F., Gudmundsdottir, A., Pordardotti, P. *et al.* (2004) "Personality predictors of the failure of alcoholics to come for follow-up treatment" *Personality and Individual Differences* 37, 805-813.

Gudjonsson G. H., Hayes G. D. and Rowlands P. (2000) "Fitness to be interviewed and psychological vulnerability: the views of doctors, lawyers and police officers" *The Journal of Forensic Psychiatry* Vol 11 No 1 April 2000, 74-92.

Gudjonsson G. H., Rabe-Hesketh S. and Wilson C. (2000) "Violent incidents on a medium secure unit: the target of assault and the management of incidents" *The Journal of Forensic Psychiatry* Vol 11 No 1 April 2000, 105-118.

Gudjonsson G., Rabe-Hesketh, S. & Szmukler, G. (2004) "Management of psychiatric inpatient violence: patient ethnicity and use of medication, restraint and seclusion" *British Journal of Psychiatry* 184, 258-262.

Gudjonsson, G. H. & Young, S. (2007) "The role and scope of forensic clinical psychology in secure unit provisions: A proposed service model for psychological therapies" *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 18(4), 534-556.

Gudjonsson, G. H., Young, S. & Yates M. (2006) "Motivating mentally disordered offenders to change: instruments for measuring patients' perception and motivation" *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology* Mars 2007; 18(1): 74-89.

Gullhaugen, A. S. & Nottestad, J. A. (2012) "Testing theoretical models for future clinical practice in the treatment of psychopathy" *The Journal of Psychiatry & Psychology*, Vol. 23, Nos 5-6, October-December 2012, 635-653.

Gunn, J. (1977) "Management of the mentally abnormal offender" *Proceedings of the Royal Society of Medicine* 70: 877-880.

Gussak, D. *et al* (2012) "Creating an art therapy Anger Management protocol for male inmates through a collaborative relationship" *International Journal of Offender Therapy and*

Comparative Criminology, 56(7), 1124-1143.

Gussak, D. & Ploumis-Devick, E. (2004) "Creating wellness in a forensic population through the arts: A proposed interdisciplinary model" *Visual Arts Research*, 29(1), 35-43.

Gut-Fayand, A., Dervaux, A., Olié, J-P, Lôo, H., Poirier, M-F, Krebs, M-O (2001) "Substance abuse and suicidality in schizophrenia: A common risk factor linked to impulsivity" *Psychiatry Research*, 102, 65-72.

Gutheil, T. G. (2012) "Reflections on ethical issues in psychopharmacology: An American perspective" *International Journal of Law and Psychiatry*, 35, 387-391.

Guze, S. Woodruff R. and Clayton, P. (1974) 'Psychiatric disorders and criminality' *Journal of the American Medical Association* 227: 641-642.

Haas, L. J., Malouf, J. L. & Mayerson, N. H. (1988) "Personal and professional characteristics as factors in psychologists' ethical decision making" *Professional Psychology Research Practice*, 19, 35-42.

Haber, R & Haber, L. (2013) "The culture of science: Bias and forensic evidence" *Journal of Applied Research in Memory and Cognition*, 2, 65-67.

Hafner, R. J., Lammersma, J., Ferris, R. and Cameron, M. (1989) "The use of seclusion; a comparison of two psychiatric intensive care units" *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 23: 235-239.

Haider, S. I., Johnell, K., Weitoft, G. R., Thorslund, M. & Fastborn, J. (2009) "The influence of educational level on pharmacotherapy and inappropriate drug use: A register-based study of more than 600,000 older people" *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(1), 62-69.

Hale, B. (2007) "Justice and equality in mental health law: The European experience" *International Journal of Law and Psychiatry*, 30, 18-28.

Hall, R. C. W. & Hall, R. C. W. (2007) "A profile of paedophilia: Definition, characteristics of offenders, recidivism, treatment outcomes and forensic issues" *Mayo Clinical Proceedings*, 82(4), 457-471.

Hall, L. & Long, C. G. (2009) "Back to basics: progressive muscle relaxation (PMR) training for women detained in conditions of medium security" *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, Vol. 20, No. 3, June 2009, 481-492.

Halleck., S. L. (1990) "Which patients are responsible for their illnesses?" *American Journal of Psychiatry* 150 (7): 1126-1127.

Halpern, J. (2011) "Emotions, autonomy and decision-making capacity" *American Journal of Bioethics / Neuroscience*, 2(3), 62-63.

Hammond, D. C. (2003) "QEEG-guided neurofeedback in the treatment of obsessive-compulsive disorder" *The Journal of Neurotherapy*, 7, 25-52.

Hanson, R. K. (1998) "What do we know about sex offender risk assessment?" *Psychiatry, Public Policy and Law*, 4, 50-72.

Hanson, R. K., Gordon, A., Harris, A. J. R., Marques, J. K., Murphy, W. D., Quinsey, V. L. *et al.* (2002) "First report of the collaborative outcome data project on the effectiveness of psychological treatment for sex offenders" *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment* 14: 167-192.

Hanson, R. K. & Harris, A. J. R. (2000) "Where should we intervene? Dynamic predictors of sexual offence recidivism" *Criminal Justice and Behaviour*, 27, 6-35.

Hanson, R. K. & Harris, A. J. R. (2001) "A structured approach to evaluating change among sexual offenders" *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 13, 105-122.

Happell, B., Pinikahana, J. & Martin, T. (2003) "Stress and burnout in forensic psychiatric nursing" *Stress and Health*, 19, 63-68.

Hardie, T. (1999) "Influence of patient density on violence and self-harming behaviour at a medium secure unit" *Medicine, Science and the Law* 39: 161-166.

Harrington, S. (2011) 'Mentoring new nurse practitioners to accelerate their development as primary care providers: A literature review' *Journal of American Academy of Nurse Practitioners*, 23(4), 168-174.

Harris, G. T., Rice, M. E. & Quinsey, V. L. (1998) "Appraisal and management of risk in sexual aggressors: Implications for criminal justice policy" *Psychology, Public Policy and Law*, 4, 73-115.

Harrison, A. G., Edwards, M. J. & Parker, K. C. (2007) "Identifying students faking ADHD: Preliminary findings and strategies for detection" *Archives of Clinical Neuropsychology*, 22, 577-588.

Harrison, G., Holton, A., Neilson, D., Owens, D., Boot, D. and Cooper J. (1989) 'Severe mental disorder in Afro-Caribbean patients: some social, demographic and service factors', *Psychological Medicine* 19: 683-696.

Hart, B. G. (2007) "Cutting: Unravelling the mystery behind the marks" *Journal of the American Association of Occupational Health Nurses*, 55(4), 161-166.

Hart, S. D., Michie, C. & Cooke, D. J. (2007) "Precision of actuarial risk assessment instruments: Evaluating the 'margins of error' of group v. individual predictions of violence" *British Journal of Psychiatry*, 190 (suppl. 49), s.60-s65.

Harty, M. A., Somers N. & Bartlett, A. (2012) "Women's secure hospital services: National bed numbers and distribution" *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 23, 590-600.

Harty, M. A., Tighe, J., Leese M., Parrott, J. and Thornicroft G. (2003) "Inverse care for mentally ill prisoners: unmet needs in forensic mental health services" *The Journal of Forensic Psychiatry*, Vol 14, No 3, December 2003, 600-614.

- Hasson-Ohayon, I., Kravetz, S., Roe, D., David, A. S. & Weiser, M. (2006) "Insight into psychosis and quality of life" *Comprehensive Psychiatry*, 47, 267-271.
- Hatfield, A. B. (1979) "The family as a partner in the treatment of mental illness" *Hospital Community Psychiatry*, 30, 338-340.
- Haugvaldstad M. J. & Husum, T. L. (2016) "Influence of staff's emotional reactions on the escalation of patient aggression in mental health care" *International Journal of Law and Psychiatry*, 49, 130-137.
- Hauser, W. A., Rich, S. S., Lee, J. R., Annegers, J. F. & Anderson, V. E. (1998) "Risk of recurrent seizures after two unprovoked seizures" *New England Journal of Medicine*, 338, 429-434.
- Haw, C. & Stubbs, J. (2011) "Medication for borderline personality disorder: A survey as a secure hospital" *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 15, 280-285.
- Haw C., Stubbs, J. & Irons A. (2005) "A survey of treatment for unclassified disorder among detained general and forensic patients at a large psychiatric hospital" *The Journal of Forensic Psychiatry*, September 2005 16(3): 494-507.
- Haw, C., Stubbs, J., Bickle A. & Stewart, I. (2011) "Coercive treatments in forensic psychiatry: a study of patients' experiences and preferences" *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, Vol. 22, No. 4, August 2011, 546-585.
- Haw, C. & Wolstencroft, L. (2014) "A study of the use of sedative PRN medication in patients at a secure hospital" *Journal of Psychiatry & Psychology*, Vol. 25, No. 3, 307-320.
- Hawthorne, W. B., Folsom, D. P., Sommerfeld, D. H., Lanouette, N. M., Lewis, M., Aarons, G. A. *et al* (2012) "Incarceration among adults who are in the public mental health system: Rates, risk factors and short-term outcomes" *Psychiatric Services (Washington D. C.)* 63(1), 26-32.
- Hay D., and Cromwell R. (1980) 'Reducing the use of full-leather restraints on an acute adult inpatient ward' *Hospital and Community Psychiatry* 31: 198-200.
- Hayden, L. J. S. M., Glynn, T. J., Hahn, F., Randall, and E. Randolph (2012) "The use of Internet technology for psychoeducation and support with dementia caregivers" *Psychological Services*, 9(2), 215-218.
- Hayes, S. C., Masuda, A., Bissett, R., Luoma, J. & Guerrero, L. F. (2004) "DBT, FAP and ACT: how empirically oriented are the new behaviour therapy technologies?" *Behaviour Therapy*, 35, 35-54.
- Hayler, S. E. & Gangure, D. P. (2003) "A review of the costs of telepsychiatry" *Psychiatric Services*, 54, 976-980.
- Hays, J. R. (1989) "The role of *Addington v Texas* on involuntary commitment" *Psychological Reports* 65: 1211-1215.
- Hawton, K., Linsell, L., Andenijji, T., Sariaslan, A. & Fazel, S. (2014) "Self-harm in prisons in

England and Wales: An epidemiological study of prevalence, risk factors, clustering and subsequent suicide" *Lancet*, 29:383, pp. 1147-1154.

Heather, N. (2005) 'Motivational interviewing: is it all our clients need?' *Addiction Research & Theory*, 13(1), 1-18.

Heisler, M., Bouknight, R., Haywood, R., Smith, D. & Kerr, E. (2002) "The relative importance of physician communication, participatory decision making, and patient understanding in diabetes self-management" *Journal of General Internal Medicine*, 17, 243-252.

Heisler, M., Cole, I., Weir, D., Kerr, E. & Hayward, R. (2007) "Does physician communication influence older patients' diabetes self-management and glycaemic control? Results from the Health and Retirement Study (HRS)" *Journal of Gerontology Medical Sciences*, 62, 1435-1442.

Helbig, K. & McKay, E. (2003) "An exploration of addictive behaviours from an occupational perspective" *Journal of Occupational Science*, 10, 140-145.

Helfgott J. B., Hickman, M. J. & Labossiere, A. P. (2016) "A descriptive evaluation of the Seattle Police Department's team officer/mental health professional partnership pilot program" *International Journal of Law & Psychiatry*, 44, 109-122.

Hemingway, S., Rogers, M. & Elson, S. (2014) "Measuring the influence of a mental health training module on the therapeutic optimism of advanced nurse practitioner students in the United Kingdom" *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 26, 155-162.

Hettema, J., Steele, J. & Miller, W. R. (2005) « Motivational interviewing » *Annual Review of Clinical Psychology*, 1: 91-111.

Henderson, C., Bindman J. & Thornicroft, G. (1998) "Can deinstitutionalised care be provided for those at risk of violent offending?" *Epidemiologia E Psichiatria Sociale* 7, 42-51.

Hensley, C., Tewksbury, R. & Castle, T. (2003) "Characteristics of prison sexual assault targets in male Oklahoma correctional facilities" *Journal of Interpersonal Violence*, 18(6), 595-606.

Herman, S. T. (2004) "Single unprovoked seizures. Current treatment options" *Neurology*, 6, 243-255.

Hermanns, M. (2013) "The invisible and visible stigmatization of Parkinson's disease" *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 25, 563-566.

Herrmann, R. H. (2000) "Use of SSRIs in the elderly: Obvious benefits but unappreciated risks" *The Canadian Journal of Clinical Pharmacology*, 7(2), 91-95.

Herpertz S. (1995) "Self-injurious behaviour: psychopathological and nosological characteristics in subtypes of self-injurers" *Acta Psychiatrica Scandinavica* 91: 57-68.

Hertogh, C. M. P. M., Boer, M. E. D, Dröes, R-M., & Eefsting, J. A. (2007) "Would we rather lose our life than lose our self? Lessons from the Dutch debate on euthanasia for patients with dementia" *The American Journal of Bioethics*, 7, 48-56.

- Hertz, M. I. & Melville, C. (1980) "Relapse in schizophrenia" *American Journal of Psychiatry*, 137, 801-808.
- Herzog-Evans, M. (2016) "What on earth can this possibly mean? French re-entry court stand experts' risk assessment" *International Journal of Law and Psychiatry*, 44, 98-108.
- Hewitt, J. (2008) "Dangerousness and mental health policy" *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 151(3), 86-94.
- Hewitt, J. (2013) "Why are people with mental illness excluded from the rational suicide debate?" *International Journal of Law and Psychiatry*, 36, 358-365.
- Hickman, C. (2009) « Cheerful prospects and tranquil restoration: the visual experience of landscape as part of the therapeutic regime of the British asylum, 1800-1860 » *History of Psychiatry*, n°20, pp. 425-441.
- Hickman, M. J., Piquero, A. R. & Garner, J. H. (2008) "Toward a national estimate of police use of nonlethal force" *Criminology & Public Policy*, 7, 563-604.
- Hicks, K. M. & Hinck, S. M. (2009) "Best-practice intervention for care of clients who self-mutilate" *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 21(8), 430-436.
- Hiday, V. A. (1997) "Understanding the connection between mental illness and violence" *International Journal of Law and Psychiatry*, 20, 339-417.
- Hiday, V. A. (2003) "Outpatient commitment. The state of empirical research on its outcomes" *Psychology, Public Policy and Law*, 9(1-2), 8-32.
- Hiday, V. A., Wales, H. W. & Ray, B. (2013) "Effectiveness of a short-term mental health court: Criminal recidivism one-year post-exit" *Law and Human Behaviour*, 37, 401-411.
- Higgins, J. (1981) "Four years' experience of an interim secure unit" *British Medical Journal* 282: 889-893.
- Higgins, J. (1996), 'Future of the Special Hospitals', *Criminal Behaviour & Mental Health* 6 (supplement): 65-72.
- Hill, A., Briken, P., Kraus, C., Strohm, K. & Berner, W. (2003) "Differential pharmacological treatment of paraphilias and sex offenders" *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 47, 407-421.
- Hilty, D. M., Weiling, L., Marks, S. & Callahan, E. (2003) "The effectiveness of telepsychiatry: A review" *Canadian Psychiatric Association Bulletin*, 35, 10-17.
- Himmelstein, S., Hastings, A., Shapiro, S. & Heery, M. (2012) "A pilot study of Mindfulness training for self-regulation and stress with incarcerated youth" *Probation Journal*, 59, 151-165.
- Hirschfeld, R. M. A., Williams, B. W. J., Spitzer, R. L., Calabrese, J. R., Flynn, L., Keck, P. E. *et al* (2000) "Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum

disorder: The mood disorder questionnaire" *American Journal of Psychiatry*, 157(11), 1873-1875.

Hobson, J., Shine, J. & Roberts, R. (2000) "How do psychopaths behave in a prison therapeutic community?" *Psychology, Crime and Law*, 6, 139-154.

Hofmann, S. G., Grossman, P. & Hinton, D. E. (2011) "Loving-kindness and compassion meditation: Potential for psychological interventions" *Clinical Psychology Review*, 31(7), 1126-1132.

Hinsby, K. & Baker, M. (2004) "Patient and nurse accounts of violent incidents in a medium secure unit" *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11, 341-347.

Ho, J. D., Dawes, D. M., Johnson, M. A., Lundin, E. J. & Miner, J. R. (2007) "Impact of conducted electrical weapons in a mentally ill population: A brief report" *The American Journal of Emergency Medicine*, 25(7), 780-785.

Hodgins, S., Cree, A., Alderton, J. & Mak, T. (2007) "From conduct disorder to severe mental illness: Associations with aggressive behaviour, crime and victimization" *Psychological Medicine*, 8, 1-13.

Hogarty, G. E. and Ulrich, R. F. (1977) "Temporal effects of drug and placebo in delaying relapse in schizophrenic outpatients" *Archives of General Psychiatry* 34: 297-301.

Hoge, R. D., Andrews, D. A. & Leschied, A. (1996) "An investigation of risk and protective factors in a sample of youthful offenders" *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 37, 419-424.

Holloway, F. (1997) "The assessment and management of risk in psychiatry: can we do better?" *Psychiatric Bulletin* 21, 283-285.

Holloway, F. (2002) "The 5-year report of the National Confidential Inquiry into suicide and homicide by people with mental illness. I: Clinical practice" *The Journal of Forensic Psychiatry* Vol 13, No 1, Avril 2002, p. 131-137.

Holloway F., Murray E. K., Squire, C. and Carson, J. (1996) "Intensive case management: putting it into practice" *Psychiatric Bulletin* 20: 395-397.

Holmes, D. (2005) "Governing the captives: Forensic psychiatric nursing in corrections" *Perspectives in Psychiatric Care*, 41(1), 3-13.

Holm, A. L., Begat, I. & Severinsson, E. (2009) "Emotional pain: Surviving mental health problems related to childhood experiences" *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(7), 636-645.

Holm, J. S., Brixen, K., Andries, A., Horder, K. & Stoving, R. K. (2012) "Reflections on involuntary treatment in the prevention of fatal anorexia nervosa: A review of five cases" *International Journal of Eating Disorders*, 45, 93-100.

Honneth, A. (1997) "Recognition and moral obligation" *Social Research*, 64(1), 16-35.

Hoogsteder, L. M., Stams, G. J. J. M., Figge, M. A., Changoe, K., Van Horn J. E. & Wissink, I. B. (2015) "A meta-analysis of the effectiveness of individually oriented Cognitive Behavioural Treatment (CBT) for severe aggressive behaviour in adolescents" *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, Vol. 26, No. 1, 22-37.

Hopkinson, G. and Kenny F. (1975) 'Treatment with Reserpine of patients resistant to tricyclic antidepressants: a double-blind trial', *Psychiatria Clinica*, 8: 109-114.

Hopko, D. R., Averill P. M., Cowan K. and Shah N. (2002) "Self-reported symptoms and treatment outcome among non-offending involuntary inpatients" *The Journal of Forensic Psychiatry* Vol 13, No 1 Avril 2002, 88-106.

Hopman, M. J., Volavka, J., Johnson, G., Weiss, E., Bilder, R. M., Lim, K. O. (2002) "Frontal white matter microstructure, aggression and impulsivity in men with schizophrenia: A preliminary study" *Biological Psychiatry*, 52, 9-14.

Hornsveld, R. H. J. & Nijman, H. L. I. (2005) "Evaluation of a cognitive-behavioural program for chronically psychotic forensic inpatients" *International Journal of Law and Justice*, 28, 246-254.

Horsfall, J. Cleary, M., Hunt, G. E. & Walter G. (2009) "Psychosocial treatments for people with co-occurring severe mental illnesses and substance use disorders (dual diagnosis): A review of empirical evidence" *Harvard Review of Psychiatry*, 17, 24-34.

Hospital and Community Psychiatry (1991) 'News and Notes: Montana State Court establishes constitutional requirements for use of seclusion and restraint' *Hospital and Community Psychiatry* 42(12): 1266-1267.

Hovstadius, B., Astrand, B. & Petersson, G. (2009) "Dispensed drugs and multiple medications in the Swedish population: An individual-based register study" *BMC Clinical Pharmacology*, 9, 11.

Hoult, J. (1986) "Community care of the acutely mentally ill" *British Journal of Psychiatry* 149: 137-144.

Houston, R. J. & Stanford, M. S. (2006) "Characteristics of aggressive behaviour and phenytoin response" *Aggressive Behaviour*, 32, 38-43.

Houttekier, D., Cohen, J., Bilsen, J., Addigton-Hall, J., Onwuteaka-Philipsen, B. D. & Deliëns, L. (2010) "Place of death of older persons with dementia. A study in five European countries" *Journal of American Geriatrics Society*, 58, 751-756.

Howard, M. N. (1991) 'The neutral expert: a plausible threat to justice' *Criminal Law Review*, 98-105.

Howland, R. H. (2006) "Pharmacotherapy strategies for treatment-resistant depression" *Journal of Psychosocial Nursing*, 44(11), 11-14.

Hoyer, P. & Fernis, B. (2001) "Out-patient commitment: Some reflections on ideology practice

and implications for research" *Journal of Mental Health Law*, 1, 56-62.

Hulsheger, U. R., Alberts, H. J., Feinholdt, A. & Lang, J. W. (2013) "Benefits of mindfulness at work: The role of mindfulness in emotion regulation, emotional exhaustion and job satisfaction" *Journal of Applied Psychology*, 98(2), 310-325.

Hser, Y., Evans, E. & Huang, Y. (2005) "Treatment outcomes among women and men methamphetamine abusers in California" *Journal of Substance Abuse Treatment*, 28(1) 77-85.

Huband, N. & Tantam, D. (2004) "Repeated self-wounding: Women's recollection of pathways to cutting and the value of different interventions" *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 77, 413-428.

Hunt, I. M., Bickley, H., Windfuhr, K., Shaw, J., Appleby, L. & Kapur, N. (2012) "Suicide in recently admitted psychiatric in-patients: A case-control study" *Journal of Affective Disorders*, 144, 123-128.

Hunter, R. A. & Bennett, D. (1967) « One hundred years after John Conolly », *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, vol. 60, n°1, pp. 85-92.

Huntley, D. A., Cho, D. W. and Christman, J. (1998) "Predicting length of stay in an acute psychiatric hospital" *Psychiatric Services* 49: 1049-1053.

Hussain, M. Z., Waheed, W. & Hussein, S. (2005) "Intravenous quetiapine abuse" *American Journal of Psychiatry*, 162(9), 1755-1756.

Huws R. and Shubsachs A. (1993) "A study of absconding by special hospital patients: 1976 to 1988" *Journal of Forensic Psychiatry* 4 : 464-471.

Hyde, C. E. & Harrower-Wilson, C. (1995) "Resource consumption in psychiatric intensive care: The costs of aggression" *Psychiatric Bulletin*, 19, 73-76.

Hyde, C. E. and Harrower-Wilson, C. (1996) "Psychiatric intensive care in acute psychosis" *International Clinical Psychopharmacology* 11 (supplement 2): 61-65.

Imel, Z. E., Malterer, M. B., McKay, K. M. & Wampold, B. E. (2008) "A meta-analysis of psychotherapy and medication in unipolar depression and dysthymia" *Journal of Affective Disorders*, 110(3), 197-206.

Inghelbrecht, E., Bilsen, J., Mortier, F. & Deliens, L. (2010) "The role of nurses in physician-assisted deaths in Belgium" *Canadian Medical Association Journal*, 182(9), 905-910.

Ingleby, D. (2005) "The origins of critical psychiatry" *Journal of the Cambridge Society for Psychotherapy*, 8, pp. 18-23.

Innes, M. (2005) "Why 'soft' policing is hard: On the curious development of reassurance policing, how it became neighbourhood policing and what this signifies about the politics of police reform" *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 15(3), 156-169.

Innes, M. (2010) "A 'mirror' and a 'motor': Researching and reforming policing in an age of

austerity" *Policing*, 4(2), 127-134.

Insanity Defence Work Group (1983) "American Psychiatric Association statement on the insanity defence" *American Journal of Psychiatry*, 140, 681-688.

Inskip, H. M., Harris, C. and Barraclough B. (1998) "Lifetime risk of suicide for affective disorder, alcoholism and schizophrenia" *British Journal of Psychiatry* 172: 312-319.

Ireland, C. A., Halpin, L. & Sullivan, C. (2014) "Critical incidents in a forensic psychiatric population: An exploratory study of motivational factors" *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, Vol. 25, No. 6, 714-732.

Ireland J. L. (1999) "Bullying among prisoners: a study of adults and young offenders" *Aggressive Behaviour* 25: 162-178.

Ireland J. L. and Snowden P. (2002) "Bullying in secure hospitals" *The Journal of Forensic Psychiatry*, Vol 13, No 3, December 2002, 538-554.

Irwin, A. (2006) "The nurse's role in the management of aggression" *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13(3), 309-318.

Isherwood J., "Supervision registers and medium secure units" *Psychiatric Bulletin* 20: 198-200.

Ivanoff, A., Jang, S. J., Smyth, N. J. & Linehan, M. (1994) 'Fewer reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: The brief reasons for living inventory' *Journal of Psychopathology and Behavioural Assessment*, 16(1), 1-13.

Jackson, R. L. (2008) "Sex offender civil commitment: Recommendations for empirically guided evaluations" *Journal of Psychiatry & Law*, 36, 389-429.

Jaeger, M. & Rossler, W. (2010) "Enhancement of outpatient treatment adherence: Patients' perceptions of coercion, fairness and effectiveness" *Psychiatry Research*, 180, 48-53.

Jalbert, S., Rhodes, W., Flygare, C. & Kane, M. (2010) "Testing probation outcomes in an evidence-based practice setting: Reduced caseload size and intensive supervision effectiveness" *Journal of Offender Rehabilitation*, 49, 233-253.

James D., (1998) 'Multiple personality disorder in the courts: a review of the North American experience' *The Journal of Forensic Psychiatry*, vol. 9, No 2, September 1998, 339-361.

James D. (1999) "Court diversion at 10 years: can it work, does it work and has it a future?" *The Journal of Forensic Psychiatry* Vol 10 No 3 December 1999 507-524.

James, D. (2000) "Police station diversion schemes: Role and efficacy in central London" *Journal of Forensic Psychiatry*, 11(3), 532-555.

James, D. (2010) "Diversion of mentally disordered people from the criminal justice system in England and Wales: An overview" *International Journal of Law and Psychiatry*, 33, 241-248.

James, D., Duffield, G., Blizard, R. & Hamilton, I. W. (2001) "Fitness to plead. A prospective study of the inter-relationships between expert opinion, legal criteria and specific symptomatology" *Psychological Medicine*, 31(1), 139-150.

James D. et Schramm M. "'Multiple personality disorder' presenting to the English courts: a case-study", *The Journal of Forensic Psychiatry*, vol. 9 No 3 December 1998, 615-628.

James, W., Preston, N. J., Koh, G., Spencer, C., Kisely, S. R. & Castle, D. J. (2004) "A group intervention which assists patients with dual diagnosis reduce their drug use: a randomised controlled trial" *Psychological Medicine*, 34, 983-990.

Janca, A. (2000) "Telepsychiatry: An update on technology and its applications" *Current Opinion in Psychiatry*, 13, 591-597.

Jancin, B. (1995) "Two-thirds of eating disorders undiagnosed" *Family Practice News*, 32-33.

Janus, E. S. (2000) "Sexual predator commitment laws: Lessons for law and the behavioural sciences" *Behavioural Sciences and the Law*, 18, 5-21.

Janus, E. S. & Logan, W. A. (2003) "Substantive due process and the involuntary confinement of sexually violent predators" *Connecticut Law Review*, 35, 319-384.

Jarrett, M., Craig, T., Parrott, J., Forrester, A., Winton-Brown, T., Maguire, H. *et al.* (2012) "Identifying men at ultrahigh risk of psychosis in a prison population" *Schizophrenia Research*, 136, 1-6.

Jason J., Thomas-Peter B., Warren S. and Leadbeater C., "An investigation of the personality characteristics of mentally disordered offenders detained under the Mental Health Act", *The Journal of Forensic Psychiatry*, vol. 9, n°1, Mai 1998, 58-73.

Jeste, D. V., Depp C. A. & Palmer B. W. (2006) "Magnitude of impairment in decisional capacity in people with schizophrenia compared to normal subjects: An overview" *Schizophrenia Bulletin*, 32(1), 121-128.

Johansson, H. & Eklund, M. (2004) "Helping alliance and ward atmosphere in psychiatric inpatient care" *Psychology & Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 77, 511-523.

Johnson, P., Wistow, G., Schulz, R. & Hardy, B. (2003) "Interagency and interprofessional collaboration in community care: The interdependence of structures and values" *Journal of Interprofessional Care*, 17(1), 70-83.

Jones, K. (1980) "The limitations of the legal approach to mental health law" *International Journal of Law and Psychiatry*, 3(1), 1-15.

Jones, M. (2005) "Can international law improve mental health? Some thoughts on the proposed convention on the rights of people with disabilities" *International Journal of Law and Psychiatry*, 28, 183-205.

Jones, P. & Kroese, B. S. (2006) "Service users' views of physical restraint procedures in secure settings for people with learning disabilities" *British Journal of Learning Disabilities*, 35, 50-

Jones, R. M., Arlidge, J., Gilham, R., Reagu, S., Van den Bree, M., Taylor, P. J. (2011) "Efficacy of mood stabilisers in the treatment of impulsive or repetitive aggression: Systematic review and meta-analysis" *The British Journal of Psychiatry*, 198: 93-98.

Jordan, K., Fromberger, P., Stolpmann, G. & Müller, J. L (2011) "The role of testosterone in sexuality and paraphilia – A neurobiological approach. Part I: Testosterone and sexuality" *The Journal of Sexual Medicine*, 8, 2993-3007.

Joseph P. 'He who pays the piper', *The Journal of Forensic Psychiatry*, vol. 9 No 3 December 1998, 509-512.

Joseph, P. and Potter M. (1992) "Diversion from custody I: Effect of hospital and prison resources" *British Journal of Psychiatry* 162: 330-334.

Joyal, C., Dubreucq, J. L., Grendon, C. & Mllaud, F. (2007) "Major mental disorders and violence: A critical update" *Current Psychiatry Review*, 3, 33-50.

Joyce, P. R., Light, K. J., Rowe, S. L., Cloninger, R. C. & Kennedy, M. A. (2010) "Self-mutilation and suicide attempts: Relationships to bipolar disorder, borderline personality disorder, temperament and character" *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(3), 250-257.

Judge J., Harty M. A. and Fahy T. (2003) "Survey of community forensic psychiatry services in England and Wales" *The Journal of Forensic Psychiatry*, Vol 15, No 2 June 2004, 244-253.

Judge, J., Harty, M. A. & Fahy, T. (2004) "Survey of community forensic psychiatry services in England and Wales" *Journal of Forensic Psychiatry*, 15, 244-253.

Jureidini, J. N., Doecken C. J., Mansfield, P. R., Haby, M. M., Menkes, D. B. & Tonkin, A. L. (2004) "Efficacy and safety of antidepressants for children and adolescents" *British Journal of Medicine*, 328(744), 879-883.

Kaasa, S. & Loge, J. H. (2003) "Quality of life in palliative care: Principles and practice" *Palliative Medicine*, 17, 11-20.

Kaladjian, A. Jeanningros, R., Azorin, J. M., Anton, J. L. & Mazzola-Pomietto, P. (2011) "Impulsivity and neural correlates of response inhibition in schizophrenia" *Psychological Medicine*, 41, 291-299.

Kalichman, S. C., Greenberg, J. & Abel, G. G. (1997) "HIV-seropositive men who engage in high-risk sexual behaviour: Psychological characteristics and implications for prevention" *AIDS Care*, 9(4).

Kalichman, S. C. & Rompa, D. (2001) "The sexual compulsivity scale: Further development and use with HIV-positive persons" *Journal of Personality Assessment*, 65, 379-395.

Kalifa, N., Saleem, Y. and Stankard P. (2008) "The use of telepsychiatry within forensic practice: A literature review on the use of video-link" *The Journal of Forensic Psychiatry &*

Psychology, Vol 19, No 1, Mars 2008, 2-13.

Kaloostian, P. E. & Tran, H. (2012) "Intracranial Taser dart penetration: Literature review and surgical management" *Journal of Surgical Case Reports*, 2012(6), 10-29.

Kameg, K. M., Woods, A. S., Szpak, J. L. and McCormick, M. (2013) "Identifying and managing nonsuicidal self-injurious behaviour in the primary care setting" *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 25, 167-172.

Kaminski, R. J., Digiovanni, C. & Downs, R. (2004) "The use of force between the police and persons with impaired judgment" *Police Quarterly*, 7, 311-318.

Kane, J. M. (1987) "Treatment of schizophrenia" *Schizophrenia Bulletin* 13: 133-156.

Kane, J. M., Rifkin, A., Woerner, M. *et al* (1983) "Low-dose neuroleptic treatment of outpatient schizophrenics" *Archives of General Psychiatry* 40: 893-896.

Kaney, S., Wolfenden, M., Dewey, M. E. & Bentall, R. P. (1992) "Persecutory delusions and recall of threatening propositions" *British Journal of Clinical Psychology*, 31, 85-87.

Kaplan, M. S. & Krueger, R. B. (2010) "Diagnosis, assessment and treatment of hypersexuality" *Journal of Sex Research*, 47, 181-198.

Kapp, M. B. (2010) "Medical decision-making for incapacitated elders: A 'therapeutic interests' standard" *International Journal of Law and Psychiatry*, 33, 369-374.

Karlawish, J. H. T., Casarett, D. J., James, B. D., Xie, S. X. & Kim, S. Y. H. (2005) "The ability of persons with Alzheimer disease (AD) to make a decision about taking an AD treatment" *Neurology*, 64, 1514-1519.

Karver, M. S., Hadelsman, J. B., Fields, S. & Bickman, L. (2006) "Meta-analysis of therapeutic relationship variables in youth and family therapy: The evidence for different relationship variables in the child and adolescent treatment outcome literature" *Clinical Psychology Review*, 26, 50-65.

Katsakou, C., Rose, D., Amos, T., Bowers, L., McCabe, R., Oliver, D. *et al* (2011) "Psychiatric patients' views on why their involuntary hospitalisation was right or wrong: A qualitative study" *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(7), pp. 1169-1179.

Katschnig, H. (2000) "Schizophrenia and quality of life" *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102 (suppl. 407), 33-37.

Kaufman, D., Kelly, J., Rosenberg, L., Anderson, T. & Mitchell, A. (2002) "Recent patterns of medication use in the ambulatory adult population of the United States: The Stone survey" *Journal of the American Medical Association*, 287(3), 337-344.

Kawabata, Y., Alink, L.R., Tseng, W.L., Van Ijzendoorn, M. H. & Crick, N. R. (2011) "Maternal and paternal parenting styles associated with relational aggression in children and adolescents: A conceptual analysis and meta-analytic review" *Developmental Review*, 31, 240-278.

- Kaye, W. (2008) "Neurobiology of anorexia and bulimia nervosa" *Physiology and Behaviour*, 94, 121-135.
- Keane, T. M. and Kaloupek, D. G. (1997) "Comorbid Psychiatric Disorders in PTSD. Implications for Research" in R. Yehuda and A. C. McFarlane (eds) *Psychobiology of Post-Traumatic Stress Disorder*. New York: Annals of the New York Academy of Sciences, 24-34.
- Keck, P. E. & Susman, J. (2003) "Introduction" *Journal of Family Practice (Supplement)*, 3(6), 4-5.
- Keel, P. & Mitchell, J. (1997) "Outcome in bulimia nervosa" *American Journal of Psychiatry*, 154, 313-321.
- Keeling J. A., Rose J. L. & Beech A. R. (2006) "An investigation into the effectiveness of a custody-based cognitive-behavioural treatment for special needs sexual offenders" *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology* September 2006; 17(3): 372-392.
- Kelvin, P. (1980) "If you can't find any work to do, you have the feeling you're not human, you're out of place" *Social Work Today* 12(4): 8-10.
- Kendler, K., Bulik, S., Silberg, J., Hettema, J., Myers, J. & Prescott, C. (2000) "Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women" *Archives of General Psychiatry*, 57, 953-959.
- Kennedy, H. G. (2002) "Therapeutic uses of security: Mapping forensic mental health services by stratifying risk" *Advances in Psychiatric Treatment*, 8, 433-443.
- Kennedy, J., Wilson C. and Cope R. (1995) "Long-stay patients in a regional secure unit" *Journal of Forensic Psychiatry* 6: 541-551.
- Kenny, A. (1984) "The Psychiatric Expert in Court" *Psychological Medicine* 14(2): 291-302.
- Kent, A. (1988) "Deaf people, the courts and prison" *Criminal Justice* 6, p. 4.
- Keown, J. (2009) "Dangerous guidance" *New Law Journal*, 159, p. 7397.
- Keown, P., Mercer, G. & Scott, J. (2008) "Retrospective analysis of hospital episode statistics, involuntary admissions under the Mental Health Act 1983, and number of psychiatric beds in England, 1996-2006" *British Medical Journal*, 337, a1837.
- Kerr, I. B. & Taylor D. (1997) "Acute disturbed or violent behaviour: principles of treatment" *Journal of Psychopharmacology* 11, 271-277.
- Kerr, P. L., Muehlenkamp, J. J. & Turner, J. M. (2010) "Nonsuicidal self-injury: A review of current research for family medicine and primary care physicians" *Journal of the American Board of Family Medicine*, 23(2), 240-259.
- Kesic, D., Thomas, S. D. & Ogloff, J. R. (2013) "Use of nonfatal force on and by persons with apparent mental disorder in encounters with police" *Criminal Justice and Behaviour*, 40, 321-337.

- Keski-Valkama, A., Koivisto, A. M., Eronen, M. & Kaltiala-Heino R. (2010) "Forensic and general psychiatric patients' view of seclusion: A comparison study" *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, Vol. 21, No. 3, June 2010, 446-461.
- Kessler, R. C., Adler, L., Gruber, M. J., Sarawate, C. A., Spencer, T. & Van Brunt, D. L. (2007) "Validity of the World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) Screener in a representative sample of health plan members" *International Journal of Methods in Psychological Research*, 16(2), 52-65.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R. *et al* (1993) "The epidemiology of major depressive disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R)" *Journal of the American Medical Association*, 289(23), 3095-3105.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S. *et al*. (1994) "Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey" *Archives of General Psychiatry*, 51(1), 8-19.
- Kety, S. (1980) « The syndrome of schizophrenia: Unresolved questions and opportunities for research" *British Journal of Psychiatry*, 136, pp. 421-436.
- Khazaal, Y., Richard, C., Matthieu-Darekar, S., Qument, B., Kramer, U. & Preisig, M. (2008) "Advance directives in bipolar disorder, a cognitive behavioural conceptualization" *International Journal of Law and Psychiatry*, 31, 1-8.
- Khoury, B., Lecomte, T., Fortin, G., Masse, M., Therten, P., Bouchard, V. ... Hofmann, S. G. (2013) "Mindfulness-based therapy: A comprehensive meta-analysis" *Clinical Psychology Review*, 33(6), 763-771.
- Kinderman, P. & Tai, S. (2006) "Clinical implications of a psychological model of mental disorder" *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35, 1-14.
- Kinderman, P. & Tai, S. (2008) "Psychological models of mental disorder, human rights and compulsory mental health care in the community" *International Journal of Law and Psychiatry*, 31, 479-486.
- King, J. S. & Moulton, B. W. (2006) "Rethinking informed consent: The case for shared medical decision-making" *American Journal of Law & Medicine*, 32, 429-501.
- King, R. & Robinson, J. (2011) "Obligatory dangerousness criteria in the involuntary commitment and treatment provisions of Australian mental health legislation" *International Journal of Law and Psychiatry*, 34, 64-70.
- Kirsch, I., Moore, T. J., Scoboria, A. & Nicholls, S. (2002) "The emperor's new drugs: An analysis of antidepressant medication data submitted to the U.S. Food and Drug Administration" *Prevention and Treatment*, 5, article 23, p. 1-10.
- Kisely, S. R., Campbell, L. A. & Preston, N. J. (2011) "Compulsory community and involuntary

outpatient treatment for people with severe mental disorders [Meta-analysis review]" *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2), CD004408.

Kissane, D. W. (2002) "How to treat existential distress with requests for assisted suicide" *Psychology, Public Policy and Law*, 6, 416-433.

Kissane, D. W. (2004) "The contribution of demoralization to end of life decision-making" *The Hastings Centre Report*, 34(4), 21-31.

Kissane, D. W., Clarken D. M. & Street, A. F. (2001) "Demoralization syndrome – A relevant psychiatric diagnosis for palliative care" *Journal of Palliative Care*, 17(1), 12-21.

Kissane, D. W. & Kelly, B. J. (2000) "Demoralisation, depression and desire for death: Problems with the Dutch guidelines for euthanasia of the mentally ill" *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 325-333.

Klassen D. and O'Connor, W. (1988) 'A prospective study of predictors of violence in adult male mental patients' *Law and Human Behaviour* 11: 143-148.

Klinitz, H. (2006) "Psychoeducation in schizophrenic disorders-psychotherapy or 'infiltration'?" *Psychiatric Practice*, 33, 379-382.

Klimstra, T. A., Akse, J., Hale, W. W., Raaijmakers, Q. A. W. & Meeus, W. H. J. (2010) "Longitudinal associations between personality traits and problem behaviour symptoms in adolescence" *Journal of Research in Personality*, 44, 273-284.

Kline, N. S. (1965) « The practical management of depression » *Journal of the American Medical Association*, 190, pp. 84-85.

Klozowski-Gibson, M. (2016) "The struggle for schizophrenia treatment: A case study" *International Journal of Law and Psychiatry*, 49, 124-129.

Knutson, K. C. & O'Malley, M. (2010) "Adult attention-deficit / hyperactivity disorder: A survey of diagnosis and treatment practices" *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 22, 593-601.

Kopelovich, S., Yanos, P., Pratt, C. & Koerner, J. (2013) "Procedural justice in mental health courts: Judicial practices, participant perceptions and outcomes related to mental health recovery" *International Journal of Law and Psychiatry*, 36, 113-120.

Kopelowicz, A. and Liberman R. P. (1995) "Behavioural treatment and rehabilitation of schizophrenia" *Harvard Review of Psychiatry* 3(2): 55-64.

Korr, W. S., Encandela, J. A. & Brieland, D. (2005) "Independence or autonomy: Which is the goal?" *International Journal of Law and Psychiatry*, 28, 290-299.

Koscove, E. M. (1985) "The Taser weapon: A new emergency medicine problem" *Annals of Emergency Medicine*, 14, 1205-1208.

Kowatch, R. A., Fristad, M., Birmaher, B., Wagner, K. D., Findling, R. L. & Hellander, M.

(2005) "Treatment guidelines for children and adolescents with bipolar disorder" *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(3), 213-235.

Koyama, A., O'Brien, J., Weuve, J., Blacker, D., Metti, A. L. & Yaffe, K. (2013) "The role of peripheral inflammatory markers in dementia and Alzheimer's disease: A meta-analysis" *Journal of Gerontological, Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 68(4), 433-440.

Krawowski, M., Czobor, P., Citrome, L., Bark, N. & Cooper, T. B. (2006) "Atypical psychosis agents in the treatment of schizophrenia and schizoaffective disorder" *Archives of General Psychiatry*, 63, 622-628.

Krakowski, M., Kunz, M., Czobor, P. and Volavka J. (1993) "Long-term high dose neuroleptic treatment: who gets it and why?" *Hospital Community Psychiatry* 44(7): 640-644.

Krakowski M., Volavka J. and Brizer D., (1986) 'Psychopathology and violence: a review of the literature' *Comprehensive Psychiatry* 27(2): 131-148.

Kravitz, H. M., Haywood, T. W., Kelly, J., Walhstrom, C., Liles, S. & Cavanaugh, J. L. (1995) "Medroxyprogesterone treatment for paraphilics" *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 23, 19-33.

Kress, V. & Hoffman, R. (2008) "Non-suicidal self-injury and motivational interviewing: Enhancing readiness for change" *Journal of Mental Health Counselling*, 30(4), 311-329.

Krishnan-Sarin, S., Reynolds, B., Duhig, A. M., Smith, A., Liss, T. *et al* (2007) "Behavioural impulsivity predicts treatment outcome in a smoking cessation program for adolescent smokers" *Drug & Alcohol Dependence*, 88(1), 79-82.

Krongard, M. L. (2002) "A population at risk: Civil commitment of substance abusers after *Kansas v. Hendricks*" *California Law Review*, 90, 111-163.

Kuhn, J., Gaebel, W., Klosterkoetter, J. & Woopen, C. (2009) "Deep brain stimulation as a new therapeutic approach in therapy-resistant mental disorders: Ethical aspects of investigational treatment" *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 259 (suppl. 2), 135-141.

Kuhn, R. (1958) «The treatment of depressive states with G22335 (imipramine hydrochloride)» *American Journal of Psychiatry*, 115, pp. 464-495.

Kuipers, E., Onwuwere, J. & Bebbington, P. (2010) "Cognitive model of caregiving in psychosis" *The British Journal of Psychiatry*, 196, 259-265.

Kumar, S, Fischer, J., Ng, B., Clarke, S. & Robinson, E. (2006) "Prosecuting psychiatric patients who assault staff: A New Zealand perspective" *Australasian Psychiatry*, 14(3), 251-255.

Kunz, S. N., Grove, N. & Fischer, R. (2012) "Acute pathophysiological influences of conducted electrical weapons in humans: A review of current literature" *Forensic Science International*, 221 (1-3), 1-4.

- Kumar, S., Guite, H. & Thornicroft, G. (2001) "Service users' experience of violence within a mental health system: a study using grounded theory approach" *Journal of Mental Health* 10, 597-611.
- Kwan, P. & Brodie, M. J. (2000) "Epilepsy after the first drug fails: Substitution or add-on?" *Seizure*, 9, 464-468.
- Labhardt, F. (1954) « Die Largactiltherapie bei Schizophrenien und anderen psychotischen Zuständen » *Schweizerische Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 73, pp. 309-338.
- Ladds, B. (1995) "Homicide in psychiatric in-patient facilities: A review, a six-year study and a case report" *Journal of Forensic Sciences* 40, 440-452.
- LaFleche, G. & Albert, M. (1995) "Executive function deficits in mild Alzheimer's disease" *Neuropsychology*, 9, 313-320.
- LaFond, J. Q. (1998) "The costs of enacting a sexual predator law", *Psychology, Public Policy and Law*, 4, 468-474.
- LaFond, J. Q. (2003) "Outpatient commitment's new frontier: Sexual predators" *Psychology, Public Policy and Law*, 9, 159-167.
- LaFond, J. Q. (2008) "Sexually violent predator laws and the liberal state: An ominous threat to individual liberty" *International Journal of Law and Psychiatry*, 31, 158-171.
- LaFond, J. Q. & Srebnik, D. (2002) "The impact of mental health advance directives on patient perceptions of coercion in civil commitment treatment decisions" *International Journal of Law and Psychiatry*, 25, 537-555.
- LaFond, J. Q. & Winick, B. J. (2004) "Sex offender re-entry courts: A proposal for managing the risk of returning sex offenders to the community" *Seton Hall Law Review*, 34, 1173-1212.
- Lagios, K. & Deane, F. P. (2007) "Severe mental illness is a new risk marker for blood-borne viruses and sexually transmitted infections" *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 31(6), 562-566.
- Laishes, J. (1997) "Inmate suicides in the Correctional Service of Canada" *Crisis*, 18, 157-162.
- Lam, D. H. (1991) "Psychosocial family intervention in schizophrenia: a review of empirical studies" *Psychological Medicine* 21: 423-441.
- Lam, D. H., Bright, J., Jones, S., Hayward, P., Schuck, N., Chilsholm, D. & Sham, P. (2000) "Cognitive therapy for bipolar illness: A pilot study for relapse prevention" *Cognitive Therapy Research*, 24, 503-520.
- Lamb, H. R., Weinberger, L. E. and Reston-Parham, C. (1996) 'Court Intervention to address the mental health needs of mentally ill offenders in Austria', *International Journal of Law & Psychiatry*, 19: 87-91.

- Lamph, G. (2011) "Raising awareness of borderline personality disorder and self-injury" *Nursing Standard*, 26(5), 35-40.
- Landenberger, N. A. & Lipsey, M. W. (2005) "The positive effects of cognitive-behavioural programs for offenders: A meta-analysis of factors associated with effective treatment" *Journal of Experimental Criminology*, 1, 451-476.
- Large, M., Niessen, O., Ryan, C. & Hayes, R. (2008) "Mental health laws that require dangerousness for involuntary admission may delay the initial treatment of schizophrenia" *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(3), 251-256.
- Larkin, E., Murtagh, S., and Chiles, J. (1987) 'A preliminary study of violent incidents in a special hospital (Rampton)' *British Journal of Psychiatry* 5(1): 14-19.
- Laurie, G. M. & Mason, J. K. (2000) "Negative treatment of vulnerable patients: Euthanasia by any other name" *The Juridical Review*, 3, 159-178.
- Lawton-Smith, S., Dawson, J. & Burns, T. (2008) "Community treatment orders are not a good thing" *The British Journal of Psychiatry*, 193, 96-100.
- Laye-Gindhu, A. & Schonert-Reichl, K. (2005) "Nonsuicidal self-harm among community adolescents: Understanding the 'whats' and 'whys' of self-harm" *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 11, 284-291.
- Leach, A. M., Hardy, D. W. & Dinwiddie, S. H. (1998) "Management of forensic patients with addictive disorders" *Psychiatric Annals*, 28, 709-713.
- Lecomte, T., Spidel, A., Leclerc C., Greaves C., Bentall, R. P. & MacEwan, G. W. (2008) "Predictors and profiles of treatment non-adherence and engagement in services problems in early psychosis" *Schizophrenia Research*, 102, 295-302.
- Lecrubier, Y., Azorin, M., Bottai, T., Dalery, J., Garreau, G., Lempérière, T. *et al* (2001) "Consensus on the practical use of amisulpiride, an atypical antipsychotic, in the treatment of schizophrenia" *Neuropsychobiology*, 44, 41-46.
- Lende, D. H., Leonard, T., Sterk, C. & Elifson, K. (2007) "Functional methamphetamine use: The insiders' perspective" *Addiction Research and Theory*, 15(5), 465-477.
- Lera-Calatayud, G., Hernandez-Viadel, M., Bellido-Rodriguez, C., Canete-Nicolas, C., Asensio-Pascual, P., Calabuig-Crespo, R. & Leal-Cercos, C. (2014) "Involuntary outpatient treatment in patients with severe mental illness: A one-year follow-up study" *International Journal of Law and Psychiatry*, 37, 267-271.
- Lees, S., Gray, R., Gournay, K., Wright, S., Parr, A. M. & Sayer, J. (2003) "Views of nursing staff on the use of restraint" *Journal of Psychiatry and Mental Health Nursing*, 10, 425-430.
- Leff, J. P. and Wing, J. K. (1971) "Trial of maintenance therapy in schizophrenia" *British Medical Journal* 3: 599-604.
- Leff, J., Trieman, N., Knapp, M. and Hallam, A. (2000) "The TAPS project: a report on 13

years of research, 1985-1998" *Psychiatric Bulletin* 24(5): 165-168.

Leifer, B. P. (2009) "Alzheimer's disease: Seeing the signs early" *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 21, 588-595.

Lelliott, P., Paton, C., Harrington, M., Konsolaki, M., Sensky, T. & Okocha, C. (2002) "The influence of patient variables on polypharmacy and combined high dose of antipsychotic drugs prescribed for inpatients" *Psychiatric Bulletin*, 26, 411-414.

Lelliott, P., Wing, J., and Clifford, P. (1994) "A national audit of new long-stay patients" *British Journal of Psychiatry*, 165: 160-169.

Leonard, S. (2004) "The development and evaluation of a telepsychiatry service for prisoners" *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11, 461-468.

Lesage, A., Morissette, R., Fortier, L., Reinhartz, D., Contandriopoulos, A.-P (2000) "Downsizing psychiatric hospitals: Needs for care and services of current and discharged long stay patients" *The Canadian Journal of Psychiatry*, 45, 536-531.

Leslie, O., Young, S., Valentine T. & Gudjonsson G. (2007) "Criminal barristers' opinions and perceptions of mental health expert witnesses" *Journal of Psychiatry & Psychology* September 2007; 18(3): 394-410.

Lewis, D. O., and Bard, J. S., (1991) 'Multiple personality and forensic issues', *Psychiatric Clinics of North America* 14(3): 605-629.

Lewis, G. & Appleby, L. (1988) "Personality disorder: the patient psychiatrists dislike" *British Journal of Psychiatry* 153, 44-49.

Lhermitte, A., Teresa Munoz Sastre, M., Sorum, P. C. & Mullet, E. (2015) "French lay people's and health professionals' view regarding the acceptability of involuntary treatment of nursing home residents" *International Journal of Law and Psychiatry*, 38, 38-43.

Librun, G. (1998) "Donaldson revisited: Is dangerousness a constitutional requirement for civil commitment?" *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 26(3), 343-351.

Lidz, C. W., Mulvey, E. P., Hoge, S. K., Kirsch, B. L., Monahan, J., Eisenberg, M., Gardner, W. & Roth, L. H. (1998) "Factual sources of psychiatric patients' perceptions of coercion in the hospital admission process" *American Journal of Psychiatry*, 155, 1254-1260.

Lieb, K., Völlm, B., Rücker, G., Timmer, A. & Stoffers, J. M. (2010) "Pharmacotherapy for borderline personality disorder: Cochrane systematic review of randomised trials" *British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 196(1), 4-12.

Lieberman, J. A., Stroup, T. S., McEvoy, J. P., Swartz, M. S., Rosenheck, R. A., Perkins, D. O., Hsiao, J. K. (2005) "Clinical antipsychotic trials of intervention effectiveness (CATIE) investigators. Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia" *New England Journal of Medicine*, 353, 1209-1223.

Lightfoot, J. (1998) "Striking the balance-abolition of the Victorian Governor's pleasure system" *Psychiatry, Psychology and Law* 19: 87-91.

Lim, L. & Day, A. (2016) "An examination of stakeholder attitudes and understanding of therapeutic jurisprudence in a mental health court" *International Journal of Law & Psychiatry*, 46, 27-34.

Lin, S. C., Su, C. Y., Chou, F. H. C., Chen, S. P., Huand, J. J., Wu, G. T. E. & Chen, C. C. (2009) "Domestic violence recidivism in high-risk Taiwanese offenders after the completion of violence treatment programs" *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 20, 458-472.

Lincoln, T. M., Lullman, E. & Rief, W. (2007) "Correlates and long-term consequences of poor insight in patients with schizophrenia: A systematic review" *Schizophrenia Bulletin*, 33(6), 1324-1342.

Linden, M. & Westram, A. (2011) "What do psychiatrists talk about with their depressed patients parallel to prescribing an antidepressant?" *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 15(1), 35-41.

Lindgren, B. M., Wilstrand, C., Hilje, F. & Olofsson, B. (2004) "Struggling for hopefulness: A qualitative study of Swedish women who self-harm" *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 11, 284-291.

Lindsay, W. R. & Smith, A. H. W. (1998) "Responses to treatment for sex offenders with intellectual disability; a comparison of men with 1- and 2-year probation sentences" *Journal of Intellectual Disability Research* 42, 437-451.

Linjakumpu, T., Hartkainen, S., Klaukka, T., Veijola, J., Kivela, S. & Isoaho, R. (2002) "Use of medications and polypharmacy are increasing among the elderly" *Journal of Clinical Epidemiology*, 55(8), 809-817.

Link, B. & Phelan, J. (2001) "Conceptualizing stigma" *Annual Review of Sociology*, 72, 363-385.

Link, B., Phelan, J., Bresnahan, M., Stueve, A. & Pescolido, B. (1999) "Public perceptions of mental illness: Labels, causes, dangerousness and social distance" *American Journal of Public Health*, 89, 1328-1333.

Little, J. D., Hogbin, I. & Burt, M. (2013) "TASER devices and psychiatry: Some thoughts and observations" *Journal of Psychiatric Intensive Care*, 9 (1), 49-55.

Livingstone, J. D., Desmarais, S. L., Verdun-Jones, S., Parent, R., Michalak, E. & Brink, J. (2014) "Perceptions and experiences of people with mental illness regarding their interactions with police" *International Journal of Law and Psychiatry*, 37(4), 334-340.

Livingston, J. D., Nijdam-Jones, A. & Brink, J. (2012) "A tale of two cultures: examining patient centered-care in a forensic mental health hospital" *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, Vol. 23, No. 3, June 2012, 345-360.

Livingstone, J. D. & Rossiter, K. R. (2011) "Stigma perceived and experienced by people with

mental illness who receive compulsory community treatment: A qualitative study" *Stigma Research & Action*, 1, 1-8.

Llewellyn-Jones S. (2002) "Forensic psychiatry on the Internet" *The Journal of Forensic Psychiatry* Vol 13, No 3 December 2002, 697-700.

Lloyd-Richardson, E. (2010) "Non-suicidal self-injury in adolescents" *Prevention Researcher*, 17(1), 3-7.

Loeng, G. B. & Silva, A. (1988) "The right to refuse treatment: An uncertain future" *Psychiatric Quarterly*, 59, 284-292.

Loftus, E. F. (1986) "Experimental psychologist as advocate or impartial educator" *Law and Human Behaviour*, 10, 63-78.

Lokshin, P., Lerner, V., Miodownik, C., Dobrusin, M. & Belmaker, R. H. (1999) "Parenteral clozapine: Five of experience" *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 19, 479-480.

Long, C. G., Anagnostakis, K., Fox, E., Silaule, P., Somers, J., West, R. & Webster, A. (2011) "Social climate along the pathway of care in women's secure mental health service: Variation with level of security, patient motivation, therapeutic alliance and level of disturbance" *Criminal Behaviour and Mental Health*, 21, 202-214.

Looman, J., Abracen, J. & Nicholaichuk, T. (2000) "Recidivism among treated sexual offenders and matched controls" *Journal on Interpersonal Violence*, 15(3), 279-290.

Looper, K. J. (2007) "Potential medical and surgical complications of serotonergic antidepressant medications" *Psychosomatics*, 48(1), 1-9.

Loring, D. W. & Meador, K. J. (2001) "Cognitive and behavioural effects of epilepsy treatment" *Epilepsia*, 42(s8), 24-32.

Loughnan, A. (2011) "'In a kind of mad way' : A historical perspective on evidence and proof of mental incapacity" *Melbourne University Law Review*, 35, 1049-1070.

Low, G., Jones, D., Duggan, C., MacLeod, A. & Power, M. (2001) "The treatment of deliberate self-harm in borderline personality disorder using dialectical behaviour therapy: a pilot study in a high security hospital" *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 29, 85-92.

Luetgen, J., Chrapko, W. E. and Reddon, J. R. (1998) "Preventing violent reoffending in no criminally responsible patients" *International Journal of Law and Psychiatry* 21: 89-98.

Lutz, J., Herwig, U., Opialla, S., Hittmeyer, A., Jancke, L., Rufer, M. ... Bruhl, A. B. (2013) "Mindfulness and emotion regulation – An fMRI study" *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 9(6), 776-785.

Lyall, M. & Bartlett, A. (2010) "Decision making in medium security: Can he have leave?" *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, Vol. 21, No. 6, December 2001, 887-901.

MacDonald, C. (2002) "Treatment resistance in anorexia nervosa and the pervasiveness of

ethics in clinical decision making" *Canadian Journal of Psychiatry*, 47(3), 267-270.

Macgregor-Morris, R., Ewbank, J. & Birmingham, L. (2001) "Potential impact of the Human Rights Act on psychiatric practice: the best of British values" *British Medical Journal* 322, 848-850.

MacKay, R. D., Mitchell, B. J. & Howe, L. (2007) "A continued upturn in unfitness to plead – More disability in relation to the trial under the 1991 Act" *Criminal Law Review*, 532.

Maden, A., Curle, C., Meux, C., Burrow, S. and Gunn, J. (1995) "The treatment and security needs of patients in special hospitals" *Criminal Behaviour and Mental Health* 3: 290-306.

Maden A., Scott, F., Burnett, R., Lewis, G. H., & Skapinakis, P. (2004) "Offending in psychiatric patients after discharge from medium secure units: prospective national cohort study" *British Medical Journal* 328, 1354.

Maden A., Williams J., Wong S. C. P. and Leis T. A. (2004) "Treating dangerous and severe personality disorders in high security: lessons from the Regional Psychiatric Centre, Saskatoon, Canada" *The Journal of Forensic Psychiatry*, Vol 15, No 3, September 2004, 375-390.

Maeve, M. K. & Vaughn, M. S. (2001) "Nursing with prisoners: The practice of caring, forensic nursing of penal harm nursing?" *Advances in Nursing Science*, 24(2), 47-64.

Magura, S., Laudet, A. B., Mahmood, D., Rosenblum, A. & Knight, E. (2002) "Adherence to medication regimens and participation in dual-focus self-help groups" *Psychiatric Services*, 53, 310-316.

Mahapatra, P. (2003) "Classification under Mental Health Act 1983 and consent to treatment" *Psychiatric Bulletin* 27, 395.

Maier, G. J. (1986) "Relationship security: The dynamics of keeper and kept" *Journal of Forensic Sciences* 31: 603-608.

Maier, G. J., Bernstein, M. & Musholt, E. A. (1989) "Personal coping mechanisms for prison clinicians: Toward transformation" *Journal of Prison & Jail Health* 8: 28-39.

Main N. & Gudjonsson G. H. (2006) "An investigation into the factors that are associated with non-compliance in medium secure units" *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology* June 2006; 17(2): 181-191.

Majeroni, B. A. & Hess, A. (1998) "The pharmacological treatment of depression" *Journal of the American Board of Family Practice*, 11(2), 127-139.

Malamud, W. & Malamud, Jr. (1958) « Somatic therapy in psychiatry » *Journal of Clinical and Experimental Psychopathology*, 19, pp. 181-194.

Maniglio, R. (2009) "Severe mental illness and criminal victimization: A systematic review" *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 119(3), 180-191.

Mangnall, J. & Yurkovich, E. (2008) "A literature review of deliberate self-harm" *Perspectives*

in Psychiatric Care, 44(3), 175-184.

Mann, R. E., Hanson, R. K. & Thornton, D. (2010) "Assessing risk for sexual recidivism: Some proposals on the nature of psychologically meaningful risk factors" *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 22, 191-217.

Mann, S. A. and Cree, W. (1996) "New long-stay psychiatric patients: a national sample survey of fifteen mental hospitals in England and Wales 1972/3" *Psychological Medicine* 6: 603-606.

Manning, J. S. (2003) "Bipolar disorder in primary care" *Journal of Family Practice (Supplement)*, 3(6), 6-9.

Manson, A. (2006) "Fitness to be sentenced: A historical, comparative and practical review" *International Journal of Law and Psychiatry*, 29, 262-280.

March, J. S., Biederman, J., Wolkow, R., Saferman, A. Mardekian, J., Cook, E. H. et al (1998) "Sertraline in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. A multicentre randomized controlled trial" *Journal of the American Medical Association*, 280(20), 1752-1757.

Margolis, L. H. (1957) « Pharmacotherapy in psychiatry : A review » *Annals of the New York Academy of Sciences*, 66, pp. 698-717.

Mari, J. J. and Streiner, D. L. (1994) "An overview of family interventions and relapse on schizophrenia meta-analysis of research findings". *Psychol Med*, 24(3): 565-578.

Maria, B., Sophia, S., Michalis, M., Charalampos, L., Andreas, P., John, M. E. et al (2003) "Sleep breathing disorders in patients with idiopathic Parkinson's disease" *Respiratory Medicine*; 97(10), 1151-1157.

Markham, P. & Beeney, E. (1990) "DNA rates and the effect of 'opting in' to a clinical psychology service" *Clinical Psychology Forum* 29, 9-10.

Marques, J. K., Wiederanders, M., Day, D. M., Nelson, C. & Van Ommeren, A. (2005) "Effects of a relapse prevention on sexual recidivism: Final results from California' Sex Offender Treatment and Evaluation Project (SOTEP)" *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 17, 79-107.

Marshall, B. L. & Werb, D. (2010) "Health outcomes associated with methamphetamines use among young people: A systematic review" *Addiction*, 105(6), 991-1002.

Marshall, J., (1998), "Dual diagnosis: co-morbidity of severe mental illness and substance misuse", *The Journal of Forensic Psychiatry*, vol. 9, n° 1, Mai 1998, 9-15.

Marshall, L. E., Marshall, W. L., Moulden, H. M. & Serran, G. A. (2008) "The prevalence of sexual addiction in incarcerated sexual offenders and matched community non-offenders" *Sexual Addiction and Compulsivity: The Journal of Treatment and Prevention*, 15, 271-283.

Marshall, L. E., Marshall, W. L. & Serran, G. A. (2006) "Strategies in the treatment of paraphilias: A critical review" *Annual Review of Sex Research*, 17, 162-182.

- Marson, D. (2001) "Loss of competency in Alzheimer's disease: Conceptual and psychometric approaches" *International Journal of Law and Psychiatry*, 267-283.
- Marson, D., Schmitt, F., Ingram, K. K. & Harrell, L. E. (1994) "Determining the competency of Alzheimer's patients to consent to treatment and research" *Alzheimer's Disease and Associated Disorders*, 8 (Suppl. 4), 5-18.
- Martin, T. (2001), "Something special: Forensic psychiatric nursing" *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8, 25-32.
- Martinez-Jarreta B. (2004) "Forensic medicine: a lesson to be learned by twenty-first century Spain" *The Journal of Forensic Psychiatry*, Vol 14, No 1, Avril 2003, 4-6.
- Marziali, E., Munroe-Blum, H. & McCleary, L. (1999) "Effects of the therapeutic alliance on the outcomes of individual and group psychotherapy with borderline personality disorder" *Psychotherapy Research*, 9(4), 424-436.
- Marzuk, P. M., Hartwell, N., Leon, A. C. & Portera, L. (2005) "Executive functioning in depressed patients with suicidal ideation" *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 112(4), 294-301.
- Masand, P. & Narasimhan, M. (2006) "Improving adherence to antipsychotic pharmacotherapy" *Current Clinical Pharmacotherapy*, 1, 21-28.
- Maslow, A. H. (1943) "A theory of human motivation" *Psychological Review*, 50, 370-396.
- Mason, D., Murray, K., Taylor, P. and Steed, P. (1997a), 'Developments in the use of regional secure unit beds over a 12-year period', *Journal of Forensic Psychiatry*, 8: 321-335.
- Mason, T. (2000) "Managing protest behaviour: From coercion to compassion" *Journal of Psychiatry & Mental Health Nursing*, 7, 269-275.
- Mason T. (2002) "Forensic psychiatric nursing: A literature review and thematic analysis of role tensions" *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 9(5), 511-521.
- Massie J., Lewis S., (1999) "Duration of treatment in schizophrenia" *The Journal of Forensic Psychiatry* Vol 10 No 3, December 1999, 491-496.
- Matthews, E. (1998) "Choosing death. Philosophical observations on suicide and euthanasia" *Philosophy, Psychiatry & Psychology*, 5, 107-111.
- Mazzuca, S. A. (1982) "Does patient education in chronic disease give therapeutic value?" *Journal of Chronic Disease*, 35, 521-529.
- McAllister, M., Creedy, D., Moyle, W., & Farrugia, C. (2002) "Nurses' attitudes towards clients who self-harm" *Journal of Advanced Nursing* 40, 578-586.
- McCain, N. L., Lyon, D. E., Higginson, R., Settle, J., Robins, J. L. & Fisher, E. J. (1998) "Revision of HIV centre medical staging scale" *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 9(5), 19-23.

McCary, J. M. & McConnell, J. J. (2005) "Health, housing and the heart: Cardiovascular disparities in homeless people" *Circulation*, 111, 256-257.

McCarthy, A., Roy D., Holloway F. et al (1995) "Supervision registers and the care programme approach: a practical solution" *Psychiatric Bulletin* 19: 195-199.

McCarthy, M. and Thompson, D. (1996) "A prevalence study of sexual abuse of adults with learning disabilities referred for sex education" *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 10(2): 105-124.

McConaghy, N. (1999) "Methodological issues concerning evaluation of treatment for sexual offenders: Randomization, treatment dropouts, untreated controls, and within-treatment studies" *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 11, 183-194.

McCreath A. (2001) "Sentencing and the perception of risk" *The Journal of Forensic Psychiatry* Vol 12, No 3 December 2001, 495-499.

McDermott, B. E. & Sokolov, G. (2009) "Malingering in a correctional setting: The use of the Structured Interview of Reported Symptoms in a jail sample" *Behavioural Sciences & the Law*, 27, 753-765.

McDonald, C. (2006) "Self-mutilation in adolescents" *Journal of School Nursing*, 22, 193-200.

McEvoy, J. P., Hogarty, G. E. and Steingard, S. (1991) "Optimal dose of neuroleptic in acute schizophrenia" *Arch. Gen. Psychiatry* 48: 739-745.

McGorry, P. D. et al (1998) «The feasibility and effectiveness of early intervention in psychotic disorders: The Australian experience» *International Clinical Psychopharmacology*, vol. 13 (suppl. 1), pp. 547-552.

McGrew J. H., Bond, G. R., Dietzen, L., McKasson, M. and Miller L. D. (1995) "A multisite study of client outcomes in assertive community treatment" *Psychiatric Services* 46(7): 696-701.

McGuire, J. (2008) "A review of effective interventions for reducing aggression and violence" *Philosophical Transactions of the Royal Society B*, 363, 2577-2597.

McHale J., 'Liability for psychiatric injury', *The Journal of Forensic Psychiatry*, vol. 9, no 2 September 1998, 379-385.

McHale, J. (2000) "Confidentiality and psychiatry: dilemmas of disclosure" *The Journal of Forensic Psychiatry*, Vol 11 No 2 September 2000, 255-259.

McHorney, C. (2009) "The adherence estimator: A brief proximal screener for patient propensity to adhere to prescription medications for chronic disease" *Current Medical Research and Opinion*, 25, 215-238.

McIvor, R. (1998) "The community treatment order: Clinical and ethical issues" *Australian &*

New Zealand Journal of Psychiatry, 32, 223-228.

McKenna, B. G., Simpson, A. I. F. & Coverdale, J. H. (2006) "Outpatient commitment and coercion in New Zealand: A matched comparison study" *International Journal of Law and Psychiatry*, 29, 145-158.

McKenna, B. G., Simpson, A. I. F., Coverdale, J. H. & Laidlaw, T. M. (2001) "An analysis of procedural justice during psychiatric hospital admission" *International Journal of Law and Psychiatry*, 24, 573-581.

McKenna J. (1996) "Inpatients characteristics in a regional secure unit" *Psychiatric Bulletin* 20: 264-268.

McKhann, G. M., Knowpam, D. S., Chertkow, H., Hyman, B. T., Jack, C. R., Kawas, C. H ... & Phelps, C. H. (2011) "The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease" *Alzheimer Dementia*, 7(3), 263-269.

McKnight, J. Y. & Fehmi, L. G. (2001) "Attention and neurofeedback synchrony training: Clinical results and their significance" *Journal of Neurotherapy*, 5, 45-61.

McLaren, S., Browne, F. W. A. & Taylor, P. J. (1990) "A study of psychotropic medication given 'as required' in a regional secure unit" *British Journal of Psychiatry* 156, 732-735.

McMillan, J. & Gillett, G. (2005) "Moral responsibility, consciousness and psychiatry" *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 1018-1021.

McMurran, M., Cox, W. M., Whitham, D. & Hedges, L. (2013) "The addition of a goal-based motivational interview to treatment as usual to reduce dropouts in a personality disorder treatment service: Results of a feasibility study for a randomized controlled trial" *Trials*, 14, p. 50.

McMurran M., Egan V. and Ahmadi S. (1998) 'A retrospective evaluation of a therapeutic community for mentally disordered offenders', *The Journal of Forensic Psychiatry*, vol. 9, n°1, Mai 1998, 103-113.

McMurran M., Egan V., Richardson C., Street H., Ahmadi S. and Cooper G. (2000) "Referrals for anger and aggression in forensic psychology outpatient services" *The Journal of Forensic Psychiatry* Vol 11 No 1 Avril 2000, 206-213.

McMurran, M. & Jinks, M. (2012) "Making your emotions work for you: A pilot brief intervention for alexithymia with personality disordered offenders" *Personality and Mental Health*, 6, 45-49.

McNiel, D. E. & Binder, R. L. (2007) "Effectiveness of a mental health court in reducing criminal recidivism and violence" *American Journal of Psychiatry*, 164, 1395-1403.

Mead, N. & Bower, P. (2000) "Patient-centredness: A conceptual framework and review of the empirical literature" *Social Science & Medicine*, 51, 1087-1110.

- Meador, K. J., Gilliam, F. G., Kanner, A. M. & Pellock, J. M. (2001) "Cognitive and behavioural effects of antiepileptic drugs" *Epilepsy & Behaviour*, 2, SS2-SS17.
- Meadus, J. E. (2001) "Will you respect me in the morning? The effect of Bill 68 on competent consent" *Health Law in Canada*, 21, 57-63.
- Medori, R., Ramos-Quiroga, J. A., Casas, M., Kooij, J. J., Niemela, A., Trott, G. et al (2008) "A randomized, placebo-controlled trial of three fixed dosages of prolonged-release OROS methylphenidate in adults with attention-deficit / hyperactivity disorder" *Biological Psychiatry*, 63, 981-989.
- Meehan, T., McIntosh, W. & Bergen, H. (2006) "Aggressive behaviour in the high-secure forensic setting: The perceptions of patients" *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7, 269-275.
- Meehan, T., Vermeer, C. & Windsor, C. (2000) "Patients' perceptions of seclusion: A qualitative investigation" *Journal of Advanced Nursing*, 47(1), 33-38.
- Meeussen, K., Van den Block, L. Bossuyt, N. et al. (2010) "Physician reports of medication use with explicit intention of hastening the end of life in the absence of explicit patient request in general practice in Belgium" *British Medical Council Mental Health*, 10, p. 186.
- Melamed, Y., Mester, R., Margolin, J. & Kalia, M. (2003) "Involuntary treatment of anorexia nervosa" *International Journal of Law and Psychiatry*, 26, 617-626.
- Melle, I., Friis, S., Hauff, E., Island, T. K., Lorentzen, S. & Vaglum, P. (1996) "The importance of ward atmosphere in inpatient treatment of schizophrenia on short-term units" *Psychiatric Services*, 47, 721-726.
- Mellett, D. J. (1981) « Bureaucracy and mental illness: The Commissioners in lunacy, 1845-1890 » *Medical History*, vol.25, pp. 221-250.
- Melzer, D., Tom, B. D. M., Brugha, T., Fryers, T., Gatwald, R., Grounds, A. et al. (2004) "Access to medium secure psychiatric care in England and Wales. 3: The clinical needs of assessed patients" *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 15, 50-65.
- Mendelson, D. (2007) "Roman concept of mental capacity to make end-of-life decisions" *International Journal of Law and Psychiatry*, 30, 201-212.
- Mendelson, D. & Bagaric M. (2013) "Assisted suicide through the prism for the right to life" *International Journal of Law and Psychiatry* 36, 406-418.
- Menezes, P. R., Johnson, S., Thornicroft, G., Marshall, J., Prosser, D. Bebbington, P. and Kuipers, E. (1996) "Drug and alcohol problems among individuals with severe mental illnesses in South London" *British Journal of Psychiatry* 168: 612-619.
- Mercado, C. C. & Ogloff, J. R. P. (2007) "Risk and the preventive detention of sex offenders in Australia and the United States" *International Journal of Law and Psychiatry*, 30, 49-59.
- Merideth, P. (1999) "Forensic applications of telepsychiatry" *Psychiatric Annals*, 29, 429-431.

- Metin, O., Yazici, K., Tot, S. & Yazici, A. E. (2003) "Amisulpiride augmentation in treatment resistant obsessive-compulsive disorder: An open trial" *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 18, 463-467.
- Metraux, S. Culhane, D., Raphael, S., White, M., Pearson, C., Hirsch, E. ... & Cleghorn, J. (2001) 'Assessing homeless population size through the use of the analysis of administrative data from nine U.S. jurisdictions' *Public Health Reports*, 116, 344-352.
- Meyer, W. J., Molett, M., Richards, C. D., Arnold, L. & Latham, J. (2003) "Outpatient civil commitment in Texas for management and treatment of sexually violent predators: A preliminary report" *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 47, 396-406.
- Miethe, T. D., Lu, H. & Reese, E. (2000) "Effectiveness of a mental health court in reducing criminal recidivism and violence" *The American Journal of Psychiatry*, 164(9), 1395-1403.
- Miles, H., Duteil, L., Welsby, I. & Haider, D. (2007) "'Just Say No': a preliminary evaluation of a three-stage model of integrated treatment for substance use problems in conditions of medium security" *Journal of Psychiatry & Psychology*, June 2007, 18(2): 141-159.
- Miller, D. L. & Bolla, L. R. (1998) "Patient values: The guide to medical decision making" *Clinics in Geriatric Medicine*, 14, 813-829.
- Miller, K. (2006) "Bipolar disorder: Aetiology, diagnosis and management" *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 18, 368-373.
- Miller, R. D. (1998) "Forced administration of sex drive reducing medication to sex offenders: Treatment or punishment?" *Psychology, Public Policy and Law*, 4, 175-199.
- Miller, R. D. & Maier, G. J. (2002) "Nonsexual boundary violations: sauce for the gander" *The Journal of Psychiatry & Law*, 30, 309-329.
- Miller, R. D., Maier, G. J. & Kaye M. (1988) "Orienting the staff of a new maximum-security forensic facility" *Hospital & Community Psychiatry* 39: 780-781.
- Miller, R. J., Zadolinsky, K. & Hafner, R. J. (1993) "Profiles and predictors of assaultiveness for different psychiatric ward populations" *The American Journal of Psychiatry*, 150(9), pp. 1368-1373.
- Miller, R. S. & Maier, G. J. (1987) "Factors affecting the decision to prosecute mental patients for criminal behaviour" *Hospital & Community Psychiatry*, 38(1), 50-54.
- Miller, T. W., Burton, D. C., Hill, K., Luftman, G., Veltkamp, L. J. & Swope, M. (2005) "Telepsychiatry: Critical dimensions for forensic services" *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 33, 539-546.
- Miller, W. (1983) « Motivational interviewing with problem drinkers » *British Journal of Behavioural Psychotherapy*, 11: pp. 174-172.

- Mills, J. F. & Kroner, D. G. (2006) "Impression management and self-report among violent offenders" *Journal of Interpersonal Violence*, 21, 178-192.
- Minkowitz, T. (2007) "The United Nations Convention of the Rights of Persons with Disabilities and the right to be free from non-consensual psychiatric interventions" *Syracuse Journal of International Law and Commerce*, 34, 405-428.
- Mirkes, R. (2010) "Does pharmacologically-altered memory change personal identity?" *Ethics and Medicine*, 26(3), 175-187.
- Mishara, B. L. & Weisstub, D. N. (2005) "Ethical and legal issues in suicide research" *International Journal of Law and Psychiatry*, 28, 23-41.
- Mitchell, G., Monahan, J. & Walker, L. (2011) "The ASA's missed opportunity to promote sound science in court" *Sociological Methods & Research*, 40(4), 605-620.
- Miyasaki, J. M., Martin, W., Suchowersky, O., Weiner, W. J. & Lang, A. E. (2002) "Practice parameter: Initiation of treatment for Parkinson's disease: An evidence-based review. Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology" *Neurology*, 58(1), 11-17.
- Mogg, A. and Bartlett A. (2005) "Refusal of treatment in a patient with fluctuating capacity" *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, Mars 2005, 16(1): 60-69.
- Mohan R. & Fahy T. (2006) "Is there a need for community forensic mental health services?" *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology* September 2006; 17(3) : 365-371.
- Molassiotis, A., Yung, H. P., Yam, B.M., Chan, F. Y. & Mok, T. (2002) "The effectiveness of progressive muscle relaxation training in managing chemotherapy-induced nausea and vomiting in Chinese breast cancer patients: A randomised controlled trial" *Supportive Care in Cancer*, 10, 237-246.
- Moeller, F. G., Barratt, E. S., Dougherty, D. M., Schmitz, J. M., Swann, A. C. (2001) "Psychiatric aspects of impulsivity" *American Journal of Psychiatry*, 158, 1783-1793.
- Moos, R. H. & Houts, P. S. (1968) "Assessment of the social atmospheres of psychiatric wards" *Journal of Abnormal Psychology*, 73, 595-604.
- Moore, L. D. & Elkavich, A. (2008) "Who's using and who's doing time: Incarceration, the war on drugs and public health" *American Journal of Public Health*, 98(5), p. 782.
- Moore, M. E. & Hiday, V. A. (2006) "Mental health court outcomes: A comparison of re-arrest and re-arrest severity between mental health court and traditional court participants" *Law and Human Behaviour*, 30(6), 659-674.
- Monahan J., (1992) 'Mental disorder and violent behaviour: Perceptions and Evidence' *American Psychologist* 47: 511-521.
- Moncrieff, J. & Smyth, A. (1999) "Community treatment order – A bridge too far" *Psychiatric Bulletin*, 23, p. 644.

Monnelly, E. P., Ciraulo, D. A., Knap, C., Locastro, J. & Sepulveda, I. (2004) "Quetiapine for treatment of alcohol dependence" *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 24(5), 532-535.

Monnier, J., Knapp, R., & Frueh, C. (2003) "Recent advances in telepsychiatry: An updated review" *Psychiatric Services*, 54, 1604-1609.

Montejo-Gonzales, A. L., Llorca, G., Izquierfo, J. A., Ledesma, A., Bousono, M., Calcedo, A. *Et al* (1997) "SSRI-induced sexual dysfunction: Fluoxetine, sertraline and fluvoxamine in a prospective, multicentre and descriptive clinical study of 344 patients" *Journal of Sex and Marital Therapy*, 23(3), 176-194.

Moore E. (2000) "A descriptive analysis of incidents of absconding and escape from the English high-security hospitals, 1989-94" *The Journal of Forensic Psychiatry* Vol 11, No 2, September 2000, 344-358.

Morabito, M. S. (2007) "Horizons of context: Understanding the police decision to arrest people with mental illness" *Psychiatric Services*, 58(12), 1582-1587.

Morant N., Dolan B., Fainman D. and Hilton M. (1999) "An innovation outreach service for people with severe personality disorders: patient characteristics and clinical activities" *The Journal of Forensic Psychiatry*, Vol 10 No 1, Avril 1999, 84-97.

Morant N. and King J. (2003) "A multi-perspective evaluation of a specialist outpatient service for people with personality disorders" *The Journal of Forensic Psychiatry* Vol 14, No 1, Avril 2003, 44-66.

Morgan, J. (1999) "Eating disorders and gynaecology: Knowledge and attitudes among clinicians" *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 78, 233-239.

Morgan, R. (1992) "The European Torture Committee", *Journal of Forensic Psychiatry* 3(3) 405-408.

Morgan, R. D., Flora, D. B., Kroner, D. G., Mills, J. F., Varghese, F. & Steffan, J. S. (2012) "Treating offenders with mental illness: A research synthesis" *Law and Human Behaviour*, 36, 37-50.

Morisky, D. E., Ang, A., Krousel-Wood, M. A. & Ward, H. (2008) "Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting" *The Journal of Clinical Hypertension*, 10, 348-354.

Moritz, F., Jenvrin, J., Canivet, D. & Gerault, D. (2004) "Management of agitated patients in emergency departments" *Resuscitation*, 13, 500-506.

Morris, C. & Moore, E. (2009) "An evaluation of group work as an intervention to reduce the impact of substance misuse for offender patients in a high security hospital" *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, Vol. 20, No 4, August 2009, 559-576.

Morrison, A. & Sadler, D. (2001) "Death of a psychiatric patient during physical restraint – a case report" *Medicine, Science and the Law* 41, 46-50.

- Morse, S. J. (1978) "Crazy behaviour, morals and science: An analysis of mental health law" *Southern California Law Review*, 51, 527-654.
- Morse, S. J. (1998) "Fear of danger, flight from culpability" *Psychology, Public Policy & Law*, 4, 250-267.
- Moss, K. R., Green, C. M. and Naismith, L. J. (1996) 'A study of admissions to an independent medium secure hospital', *Medicine, Science & The Law* 36: 242-248.
- Mossman, D., Perlin, M. L. & Dorfman, D. A. (1997) "Sex on the wards: Conundrum for clinicians" *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 25(4), 441-460.
- Moussavi, S., Chatterji, S., Verdes, E., Tandon, A., Patel, V. & Ustun, B. (2007) « Depression, chronic diseases and decrements in health: Results from the World Health Surveys », *Lancet*, 370, pp. 851-858.
- Mrad, D. F. (2009) "The pre-*Sell* medication controversy: Restoring competency at the end of the 20th century" *Journal of Psychiatry & Law*, 37, 341-372.
- Mudathikundan, F., Chao, O & Forrester, A. (2014) "Mental health and fitness to plead proposals in England and Wales" *International Journal of Law and Psychiatry*, 37, 135-141.
- Muehlenkamp, J. (2005) "Self-injurious behaviour as a separate clinical syndrome" *American Journal of Orthopsychiatry*, 75(2), 324-333.
- Mueser, K. T., Corrigan, P. W., Hilton, D. W., Tanzman, B., Schaub, A., Gingerich, S. *et al.* (2002) "Illness management and recovery: A review of the research" *Psychiatric Services*, 53, 1272-1284.
- Mukherjee, S. & Shah, A. (2001) "Capacity to consent: issues and controversies" *Hospital Medicine* 62, 351-354.
- Mullen, P. E. (1999) "Dangerous people with severe personality disorder: British proposals for managing them are glaringly wrong and unethical" *British Medical Journal*, 319, 1146-1147.
- Mullen, R., Dawson, J. & Gibbs, A. (2006) "Dilemmas for clinicians in use of Community Treatment Orders" *International Journal of Law and Psychiatry*, 29, 535-550.
- Müller, M. (1937) « The insulin therapy of schizophrenia » *American Journal of Psychiatry*, 94, mai 1938, suppl., p. 17.
- Müller S. & Christen, M. (2011) "Deep brain stimulation in Parkinsonian patients – Ethical evaluation of cognitive, affective and behavioural sequelae" *American Journal of Bioethics Neuroscience*, 2(1), 3-13.
- Muller-Isberner, J. R. (1996) "Forensic psychiatric aftercare following hospital order treatment" *International Journal of Law and Psychiatry* 19: 81-86.
- Mullin, K. A. & Ambrosia, T. (2005) "Role of the nurse practitioner in providing health care

for the homeless” *American Journal for Nurse Practitioners*, 9(9), 37-44.

Mundo, E., Rouillon, F., Figuera, M. L. & Stigler, M. (2001) "Fluvoxamine in obsessive-compulsive disorder: Similar efficacy but superior tolerability in comparison with clomipramine" *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 16, 461-468.

Murphy, E. (1997), "The future of Britain's High Security Hospitals", *British Medical Journal*, 314: 1292-1293.

Murphy, D. (2000) "Brief psychoses in forensic psychiatry" *The Journal of Forensic Psychiatry*, Vol 11 No 2 September 2000, 328-343.

Murray Lindsay, J. (1877) « Lunatic asylum management » *The British Medical Journal*, 8 décembre 1877, p. 828.

Myers, K., Valentine, J., Morgenthaler, R. & Melzer, S. (2006) "Telepsychiatry with incarcerated youth" *Journal of Adolescent Health*, 38, 643-648.

Mynatt, S., Cunningham, P. & Manning, J. S. (2002) "Identifying bipolar spectrum disorders" *Nurse Practitioner*, 27(6), 15-25.

Natalwala, A., Potluri, R., Uppal, H. K. & Heun, R. (2008) "Reasons for hospital admission in dementia patients in Birmingham, UK, during 2002-2007" *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 26(6), 499-505.

Nanthakumar, K., Billingsley, I., Masse, S., Dorian, P., Cameron, D., Chauhan, V. *et al.*, (2006) "Cardiac electrophysiological consequences of neuromuscular incapacitating device discharges" *Journal of the American College of Cardiology*, 798-804.

Ncama, B. P. McInerney, P. A., Bhengu, B. R., Corless, I. B., Wantland, D. J., Nicholas, P. K. ... Davis, S. M. (2008) "Social support and medication adherence in HIV disease in KwaZulu-Natal, South Africa" *International Journal of Nursing Studies*, 45(12), 1757-1763.

Neale, M. S. & Rosenheck, R. A. (2000) "Therapeutic limit setting in an assertive community treatment program" *Psychiatric Services*, 51, 499-505.

Nedopil N. (2002) "The boundaries of courtroom expertise" *The Journal of Forensic Psychiatry* Vol 13 No 3 December 2002, 494-498.

Nee C. & Farman, S. (2005) "Female prisoners with borderline personality disorder: some promising treatment developments" *Criminal Behaviour and Mental Health* 15, 2-16.

Nee C. & Farman S. (2007) "Dialectical behaviour therapy as a treatment for borderline personality disorder in prisons: three illustrative case studies" *The Journal of Psychiatry & Psychology*, June 2007; 18(2) : 160-180.

Neff, K. D. (2003) "Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself" *Self Identity*, 2(2), 85-101.

Neiheisel, M. B., Wheeler, K. J. & Roberts, M. E. (2014) “Medication adherence part one:

Understanding and assessing the problem” *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 26, 49-55.

Nelson, R. J., Trainor, B. C. (2007) "Neural mechanisms of aggression" *Nature Reviews Neuroscience*, 7, 536-546.

Nestor, P. G. (2002) "Mental disorder and violence: Personality dimensions and clinical features" *American Journal of Psychiatry*, 31, 30-37.

Newman, J. C., Des Jarlais, D. C., Turner, C. F., Gribble, J., Cooley, P. & Paone, D. (2002) "The differential effects of face-to-face and computer interview modes" *American Journal of Public Health*, 92(2), 294-297.

Nicholls, T. L., Ogloff, J. R. P. & Douglas, K. S. (2004) "Assessing risk for violence among male and female civil psychiatric patients: The HCR-20, PCL-SV and VSC" *Behavioural Sciences and the Law*, 22, 127-158.

Nicholson, R. A., Ekenstam, C. & Norwood, S. (1996) "Coercion and the outcome of psychiatric hospitalization" *International Journal of Law and Psychiatry*, 19, 201-217.

Nickasch, B. & Marnocha, S. K. (2009) ‘‘Healthcare experiences of the homeless’’ *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 21, 39-46.

Nickel, M., Muehlbacher, M., Nickel, C., Kettler, C., Pedrosa-Gil, F., Bachler, E. ... & Kaplan, P. (2006) ‘‘Aripiprazole in the treatment of patients with borderline personality disorder: A review of the literature’’ *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 7(4), 172-173.

Nijman, H. L., Bowers, L., Oud, N. & Jansen, G. (2005) "Psychiatric nurses' experiences with inpatient aggression" *Aggressive Behaviour*, 31, 217-227.

Nijman, H. L., Campo, J. M. L. G., Ravelli, D. P. & Merckelbach, H. L. G. J. (1999) "A tentative model of aggression on inpatient psychiatric wards" *Psychiatric Services*, 50, 832-834.

Nijman, H. L., Merckelbach, H. L., Allertz, W. F. & A Campo, J. M. (1997) "Prevention of aggressive incidents" *Psychiatric Services* 48, 694-698.

Nishimura, A., Carey, J., Erwin, P. J., Tilburt, J. C., Murad, M. H. & McCormick, J. B. (2013) "Improving understanding in the research informed consent process: A systematic review of 54 interventions tested in randomized control trials" *BMC Medical Ethics*, 14(1), p. 28.

Noce, R. H., Williams, D. B. and Rapaport, W. (1954), 'Reserpine (Serpasil) in the management of the mentally ill and mentally retarded', *Journal of the American Medical Association*, 156: 821-824.

Noffsinger, S. G. (2001) "Restoration to competency practice guidelines" *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 45, 356-362.

Nolan P. & Smojkis, N. (2003) "The mental health of nurses in the UK" *Advances in Psychiatric Treatment*, 9, 374-379.

- Norko, M. A., Zonana, H. V. & Phillips, R. T. M. (1992) "Prosecuting assaultive psychiatric patients" *Journal of Forensic Sciences*, 37, p. 923.
- Norton, K. (2004) "Re-thinking acute psychiatric inpatient care" *International Journal of Social Psychiatry*, 50, 274-284.
- Norton, K. & Dolan, B. (1995) "Acting out and the institutional response" *Journal of Forensic Psychiatry*, 6, 317-332.
- Nose, M., Barbui, C., Gray, R. & Tansella, M. (2003) "Clinical interventions for treatment non-adherence in psychosis: Meta-analysis" *British Journal of Psychiatry*, 183, 197-206.
- Novaco, R. (1997) "Remediating anger and aggression with violent offenders" *Legal and Criminological Psychology* 2: 77-88.
- Novick, D., Haro, J. M., Suarez, D., Perez, V., Dittmann, R. W. & Haddad, P. M. (2010) "Predictors and clinical consequences of non-adherence with antipsychotic medication in the outpatient treatment of schizophrenia" *Psychiatry Research*, 176, 109-113.
- Nussbaum, M. (2009) "The capabilities of people with cognitive disabilities" *Metaphilosophy*, 40, 331-351.
- Nutt, D. J. (1997) "Management of patients with depression associated with anxiety symptoms" *Journal of Clinical Psychiatry*, 58 (Suppl. 8), 11-16.
- Nutt, D. J. (1999) "Care of depressed patients with anxiety symptoms" *Journal of Clinical Psychiatry*, 60(Suppl. 17), 23-27.
- O'Brien, A. J. & Farrell, S. (2005) "Community treatment order: Profile of a Canadian experience" *Canadian Journal of Psychiatry*, 50, 27-30.
- O'Brien, A. J., McKenna, B. G., Thorn, K., Diesfeld, K. & Simpson, A. I. F. (2011) "Use of TASER on people with mental illness. A New Zealand database study" *International Journal of Law and Psychiatry*, 34, 39-43.
- O'Connor, W. (1996) "A problem-solving intervention for sex offenders with an intellectual disability" *Journal of Intellectual and Developmental Disability*. 21, 219-235.
- O'Donoghue, B., Roche, E., Shannon, S., Lyne, J., Madigan, K. & Feeney, L. (2014) "Perceived coercion in voluntary hospital admission" *Psychiatry Research*, 215(1), 120-126.
- O'Keeffe G. (1999) "Management of imminent violence: guidelines issued by the Research Unit of the Royal College of Psychiatrists" *The Journal of Forensic Psychiatry* Vol 10, No 2, September 1999, 391-398.
- O'Keeffe G. and Scott-Moncrieff L. (2000) "The Mental Health Act: from review to reform" *The Journal of Forensic Psychiatry* Vol 11 No 3 December 2000, 667-681.
- O'Reilly, R. L. (2008) "The capacity to execute an advance directive for psychiatric treatment"

International Journal of Law and Psychiatry, 31, 66-71.

O'Rourke S. & Grewer G. (2005) "Assessment of deaf people in forensic mental health settings: a risky business" *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology* December 2005; 16(4) : 671-684.

Odeh, B. A., Zeiss, R. A. & Huss, M. T. (2006) "Cues they use: Clinicians endorsement of risk cues in prediction of dangerousness" *Behavioural Science & the Law*, 24, 147-156.

Ogloff, J. R. P. & Davis, M. R. (2004) "Advances in offender assessment and rehabilitation: Contributions of the risk-need-responsivity approach" *Psychology, Crime & Law*, 10, 229-242.

Okin, R. L. (1985) 'Variation among State Hospitals in use of seclusion and restraint' *Hospital and Community Psychiatry* 36(6): 648-652.

Olanow, C. W. (2002) "The role of dopamine agonists in the treatment of early Parkinson's disease" *Neurology*, 58(4, Suppl. 1), 33-44.

Oldham, J. (1991) "Borderline personality disorder: An introduction" *Hospital and Community Psychiatry*, 42(10), 1014.

Olfson, M., Mechanic, D. Hansell S., Boyer, C. A., Walkup, J. & Weiden, P. J. (2000) "Predicting medication noncompliance after hospital discharge among patients with schizophrenia" *Psychiatric Services*, 51, 216-222.

Oliver, J. E. (1993) 'Intergenerational transmission of child abuse rates, research and clinical implications' *American Journal of Psychiatry* 150: 1315-1324.

Onwuteaka-Philipsen, B. D., Rurup, M. L., Buitig, H M., Van Delden, J. M. M., De-Wolf, J. E. H., Janssen, A. G. J. M. *et al* (2007) "End-of-life practices in the Netherlands under the Euthanasia Act" *The New England Journal of Medicine*, 356, 1957-1965.

Orbanic, S. (2001) "Understanding bulimia" *American Journal of Nursing*, 98, 22-24.

Orne, M. T., Dinges, D. F. and Orne E. C. (1984) 'On the differential diagnosis of multiple personality in the forensic context', *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 32(2) : 118-169.

Osborne, L. L. & McComish, J. F. (2006) "Borderline personality disorder nursing interventions using dialectical behavioural therapy" *Journal of Psychosocial Nursing*, 44(6), 40-47.

Otahbachi, M., Cevik, C., Bagdure, S. & Nugent, K. (2010) "Excited delirium, restraints and unexpected death: A review of pathogenesis" *American Journal of Forensic Medicine and Pathology*, 31, 107-112.

Overholser, W. (1956) « Has chlorpromazine inaugurated a new era in mental hospitals? » *Journal of Clinical and Experimental Psychopathology*, 17, pp. 197-201.

Overton, S. L. & Medina, S. L. (2008) "The stigma of mental illness" *Journal of Counselling*

& *Development*, 86, 143-151.

Oxburgh, L., Gabbert, F., Milne, R. & Cherryman, J. (2016) "Police officers' perceptions and experiences with mentally disordered suspects" *International Journal of Law & Psychiatry*, 49, 138-146.

Owen, G. S., Szmukler, G., Richardson, G., David, A. S., Hayward, P., Rucker, J. *et al* (2009) "Mental capacity and psychiatric in-patients: Implications for the new mental health law in England and Wales" *British Journal of Psychiatry*, 195, 257-263.

Owens, D. K., Qaseem, A., Chou, R., Shekelle, P. (2011) "High-value, cost-conscious health care: Concepts for clinicians to evaluate the benefits, harms and costs of medical interventions" *Annual of Internal Medicine*, 2011(154), pp. 174-180.

Oyekan, E., Nimalasuriya, A., Martin, J., Scott, R., Dudl, R. J. & Green, K. (2009) "The SMART appropriate medication-use process: A guide for clinicians to help patients – Part I: Barriers, solutions and motivation" *Permanente Journal*, 13, 62-69.

Paciullo, C. A. (2008) "Evaluating the association between clozapine and venous thromboembolism" *American Journal of Health-System Pharmacy*, 65, 1825-1829.

Padfield, N. (2000) "Detaining the dangerous" *The Journal of Forensic Psychiatry*, Vol 11 No 3 December 2000, 497-500.

Page, A. R. (2009) "What' the cost of living in Oregon these days? - A fresh look at the need for judicial protections in the Death with Dignity Act" *Regent University Law Review*, 233, p. 249.

Pager, D. (2003) "The mark of a criminal record" *American Journal of Sociology*, 108, 937-975.

Paris, J. (2005) "Understanding self-mutilation in borderline personality disorder" *Harvard Review of Psychiatry*, 13(3), 179-185.

Parker C., (1998) 'Detention and treatment', *The Journal of Forensic Psychiatry*, vol. 9 No 3, December 1998, 609-614.

Parker J., De Villiers J., Churchward S. (2002) "High-dose antipsychotic drug use in a forensic setting" *The Journal of Forensic Psychiatry* Vol. 13, No 2, September 2002, 407-415.

Paruch, D. (2009) "The psychotherapist-patient privilege in the family court: An exemplar of disharmony between social policy goals, professional ethics, and the current state of the law" *Northern Illinois University Law Review*, 29(3), 499-570.

Patel, K. R. & Weinrieb, R. M. (2012) "Ethical and legal aspects of psychosomatic medicine" *Journal of Psychiatry & Law*, 40, 63-76.

Paterson, B., Bradley, P. & Stark, C. (2003) "Deaths associated with restraint use in health and social care: the results of a preliminary survey" *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 10, 3-16.

- Paterson, B., Turnbull, J. & Aiken, I. (1992) "An evaluation of a training course in the short-term management of violence" *Nurse Education Today* 12, 368-375.
- Patterson, S., Debate, J., Anju, S., Walter, D. & Crawford, M. J. (2011) "Provision and practice of art therapy for people with schizophrenia: Results of a national survey" *Journal of Mental Health*, 20, 328-335.
- Pawlicki, C. & Gaumer, C. (1993) "Nursing care of the self-mutilating patient" *Bulletin of the Menninger Clinic*, 57, 380-389.
- Pawlikowska, T., Zhang, W., Griffiths, F., Van Dalen, J. & Van der Vleuten, C. (2012) "Verbal and non-verbal behaviour of doctors and patients in primary care consultations – How this related to patient enablement" *Patient Education and Counselling*, 86(1), 70-76.
- Pawlow, L. A., & Jones, G. E. (2002) "The impact of abbreviated progressive muscle relaxation on salivary cortisol" *Biological Psychology*, 60, 1-16.
- Pearson, V. & Tsang, H. (2004) "Duty, burden & ambivalence: Families of forensic psychiatric patients in Hong Kong" *International Journal of Law and Psychiatry*, 27, 361-374.
- Pekkala, E. & Merinder, L. (2002) "Psychoeducation for schizophrenia" *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002, Issue 2, Art. No. CD002831.
- Pennington, V. M. (1957) « Summary of Second International Congress for Psychiatry » 1-7 septembre 1957, *American Journal of Psychiatry*, 114, pp. 563-564.
- Peralta, V., Cuesta, M. J., Caro, F. and Martinez-Larrea, A. (1994) "Neuroleptic dose and schizophrenic symptoms: a survey of prescribing practices" *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 90: 354-357.
- Perenyi, A., Goswami, U., Bela, A., Freoska, E., Arato, M. and Hegedus, I. (1988), 'Addition of Reserpine to ongoing Neuroleptic Exposure in chronic schizophrenia', *Schizophrenia Research* 1(4): 307-308.
- Perkins, D. O., Johnson, J. L., Hamer, R. M., Zipursky, R. B., Keefe, R. S., Centorrino, F. & Lieberman, J. A. (2006) "Predictors of antipsychotic medication adherence in patients recovering from a first psychotic episode" *Schizophrenia Research*, 83, 53-63.
- Perkins, E., Prosser, H., Riley, D. & Whittington, R. (2012) "Physical restraint in a therapeutic setting: a necessary evil?" *International Journal of Law and Psychiatry*, 35, 43-49.
- Perlin, M. J. (1991) "Power imbalances in therapeutic and forensic relationships" *Behavioural Sciences and the Law*, 9, 111-128.
- Perlman, B. P., Kentera, A., Thornton, J. C. and Griffith, B. (1988) "Involuntary and voluntary psychiatric patients: a pilot study of resource consumption" *American Journal of Public Health* 78: 1347-1348.
- Petrila, J. (2008) "Because they do horrible things: Fear, science and the erosion of civil

liberties in sexually violent predator proceedings" *Journal of Psychiatry & Law*, 36, 359-389.

Pezzani, R. (2003) "Changing the burden of proof in mental health review tribunals: The Mental Health Act 1983 (Remedial) Order 2001" *The Journal of Forensic Psychiatry* Vol 14, No 1 Avril 2003, 194-202.

Philipsen, A. (2006) "Differential diagnosis and comorbidity of attention-deficit / hyperactivity disorder (ADHD) and borderline personality disorder (BPD) in adults" *European Archives Psychiatry Clinical Neuroscience*, 256 (Suppl. 1), 42-46.

Phillips, L. S., Branch, W. T., Cook, C. B. *Et al.* (2001) "Clinical inertia" *Annals of Internal Medicine*, 135(9), 825-834.

Phillips, M., Zhang, J., Shi, Q., Song, Z., Ding, Z., Pang, S. & Wang, Z. (2009) "Prevalence, treatment and associated disability of mental disorders in four provinces in China during 2001-2005: An epidemiological survey" *Lancet*, 373, 2041-2053.

Phillips, P. (2000) "Substance misuse, offending and mental illness: A review" *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 7, 483-489.

Phillips, P. and Nasr S. J. (1983), 'Seclusion and restraint and prediction of violence', *American Journal of Psychiatry*, 140 (2): 229-232.

Pierre, J. M., Shnayder, I., Wirshing, D. A. & Wirshing, W. C. (2004) "Intranasal quetiapine abuse" *American Journal of Psychiatry* 161(9), p. 1718.

Pierzchniak, P., Purchase, N., Kennedy, H. G., Farnham, F., DeTaranto, N. *et al.* (1999) "Assessing the needs of patients in secure settings: A multidisciplinary approach" *Journal of Forensic Psychiatry*, 23, 343-354.

Pietz, C. A. (2009) "Whither *Sell v. U.S.*? Involuntary medication for competency restoration treatment" *The Journal of Psychiatry & Law*, 37, 331-333.

Pilowski, L. S., Ring, H., Shine, P. J., Battersby, M. & Lader, M. (1992) "Rapid tranquilisation, a survey of emergency prescribing in a general psychiatric hospital" *British Journal of Psychiatry* 160, 831-835.

Pinals, D. A. (2005) "Where two roads meet: Restoration of competence to stand trial from a clinical perspective" *Journal of Criminal and Civil Confinement*, 31, 81-108.

Pinta, E. R., & Taylor, R. E. (2007) "Quetiapine addiction?" *American Journal of Psychiatry*, 164(1), 174-175.

Pinto, R. M., Campbell, A. N. C., Hien, D. A., Yu, G. & Gorroochurn, P. (2011) "Retention in the National Institute on Drug Abuse Clinical Trials Network Women and Trauma Study: Implications for posttrial implementation" *American Journal of Orthopsychiatry*, 81(2), 211-217.

Piper, A., (1994) 'Multiple personality disorder', *British Journal of Psychiatry* 164: 600-612.

Pitts, K., Pudney, K., Zachos, K., Maiden, N., Krogstie, B., Jones, S., Rose, M., MacManus, J. & Turner, I. (2015) "Using mobile devices and apps to support reflective learning about older people with dementia" *Behaviour and Information Technology*, 34(6), 613-631.

Pope, C. & Mays, N. (1995) "Qualitative research: Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health services research" *British Medical Journal*, 311, 42-45.

Pope, K. S. and Vetter, V. A. (1991) "Prior therapist-patient sexual involvement among patients seen by psychologists" *Psychotherapy* 28(3): 429-438.

Poplawska, R., Czernikiewicz, A., Szulc, A., Galinska, B., Konarzewska, B. & Rudnik-Szalaj, I. (2004) "The effectiveness of psychoeducation in schizophrenic and depressive patients – preliminary report" *Psychiatria Polska*, 38, 433-442.

Poronsky, C. B. (2012) "A literature review of mentoring for RN-to-FNP transition" *Journal of Nursing Education*, 15(11), 623-631.

Poulsen, H. D. (1999) "Perceived coercion among committed, detained and voluntary patients" *International Journal of Law and Psychiatry*, 22, 167-175.

Poulsen, H. D. (2002) "The prevalence of extra-legal deprivation of liberty in a psychiatric hospital population" *International Journal of Law and Psychiatry*, 25, 29-36.

Poulter, M. O., Brown, L. A., Tynan, S., Willick, G., William, R. & McIntyre, D. C. (1999) "Differential expression of alpha1, alpha2, alpha3 and alpha5 GABAA receptor subunits in seizure-prone and seizure-resistant rat models of temporal lobe epilepsy" *The Journal of Neuroscience*, 19, 4654-4661.

Pouncey, C. & Lukens, J. (2010) "Madness versus badness: The ethical tension between the recovery movement and forensic psychiatry" *Theoretical Medicine and Bioethics*, 31, 93-105.

Powell, J. L., Gunn, P., Lowe, B., Sheehan, F. Griffiths, and A. Clarke (2010) "New networked technologies and carers of people with dementia: An interview study" *Ageing and Society*, 30(6), 1073-1088.

Power P. "Community treatment orders: the Australian experience" (1999) *The Journal of Forensic Psychiatry* Vol 10 No 1, Avril 1999, 9-15.

Praissman, S. (2008) "Mindfulness-based stress reduction: A literature review and clinician's guide" *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 20(4), 212-216.

Prentky, R. A., Janus, E., Barbaree, H., Schwartz, B. K. & Kafka, M. P. (2006) "Sexually violent predators in the courtroom: Science on trial" *Psychology, Public Policy and Law*, 12, 357-386.

Preston, T. A. & Mero, R. (1996) "Observations concerning terminally-ill patients who choose suicide" *Journal of Pharmaceutical Care in Pain & Symptom Control*, 4 (1-2), 183-192.

Priebe, S., Badesconyi, A., Fioritti, A., Hansson, L., Killian, R., Torres-Gonzales, F. et al. (2005) "Re-institutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision

from six European countries" *British Medical Journal* 330, 123-126.

Priebe, S., Frottier, P., Gaddini, A., Kilian, R., Lauber, C., Martinez-Leal, R. & Wright, D. (2008) "Mental health care institutions in nine European countries, 2002 to 2006" *Psychiatric Services*, 59, 570-573.

Prins, H. (1995) "I got a little list. But is it any use?" *Medicine, Science & the Law*, 35, 218-224.

Prins, H. (2002) "Cui bono? Withholding treatment from violent and abusive patients in NHS trusts: 'we don't have to take this'" *The Journal of Forensic Psychiatry* Vol 13 No 2, September 2002 391-406.

Prinsen, E. J. D. & Van Delden, J. J. M. (2009) "Can we justify eliminating measures in psychiatry?" *Journal of Medical Ethics*, 35(1), 69-73.

Prior, P. M. (2007) "Mentally disordered offenders and the European Court of Human Rights" *International Journal of Law and Psychiatry*, 30, 546-557.

Psarra, V., Sestrini, M., Santa, Z., Petsas, D., Gerontas, A., Garnetas, C. & Kontis, K. (2008) "Greek police officers' attitudes towards the mentally ill" *International Journal of Law and Psychiatry*, 31, 77-85.

Pullen G. P., (1986), 'The Eric Burden Community', *International Journal of Therapeutic Communities*, 7: 504-524.

Pullen G. P., (1998) 'Special Hospital transfers', *The Journal of Forensic Psychiatry*, vol N°9, n° 2, September 1998, 241-244

Qiu, C., Ronchi, D. D. & Fratiglioni, L. (2007) "The epidemiology of the dementias: An update" *Current Opinion in Psychiatry*, 20, 380-385.

Quanbeck, C. (2006) "Forensic psychiatric aspects of inpatient violence" *Psychiatric Clinics of North America*, 29, 743-760.

Quanbeck, C., McDermott, B., Lam J., Eisenstark, H., Sokolov, G. & Skott, C. (2007) "Categorisation of aggressive acts committed by chronically assaultive state hospital patients" *Psychiatric Services*, 58(4), 521-528.

Quill, T. E. (1991) "Death and dignity" *The New England Journal of Medicine*, 324(10), 691-694.

Quinsey V. L. "Report of the Committee of Inquiry into the personality disorder unit, Ashworth Special Hospital, Vol. 1" (1999) *The Journal of Forensic Psychiatry*, Vol 10 No 3, December 1999, 635-648.

Rabe, K. (2012) "Prison structure, inmate mortality and suicide risk in Europe" *International Journal of Law and Psychiatry*, 35, 222-230.

Rajendran, P. R., Thompson, R. E. & Reich, S. G. (2001) "The use of alternative therapies by

patients with Parkinson's disease" *Neurology*, 57(5), 790-794.

Ramsay, H., Roche, E. & O'Donoghue, B. (2013) "Five years after implementation: A review of the Irish Mental Health Act 2001" *International Journal of Law and Psychiatry*, 36, 83-91.

Ramsay, J. R. & Rostain, A. L. (2007) "Psychosocial treatments for attention-deficit / hyperactivity disorder in adults: Current evidence and future directions" *Professional Psychology: Research and Practice*, 38, 338-346.

Rashid, T. & Ostermann, R. F. O. (2009) "Strength-based assessment in clinical practice" *Journal of Clinical Psychology: In Session* 65, 488-498.

Rasmussen, K. and Levander, S. (1996) "Symptoms and personality characteristics of patients in a maximum-security psychiatric unit" *International Journal of Law and Psychiatry* 19: 27-37.

Raven, C. (2009) "Borderline personality disorder: Still a diagnosis of exclusion?" *Mental Health Today*, 26-31.

Ray, B. (2014) "Long-term recidivism of mental health court defendants" *International Journal of Law and Psychiatry*, 37, 448-454.

Ray, B., Brooks Dollar, C. & Thames, K. M. (2011) "Observations of reintegrative shaming in a mental health court" *International Journal of Law and Psychiatry*, 34, 49-55.

Raymont, V., Buchanan, A., David, A. S., Hayward, P., Wessely, S. & Hotopf, M. (2007) "The inter-rata reliability of mental capacity assessments" *International Journal of Law and Psychiatry*, 30, 112-117.

Redlich, A. D. (2005) "Voluntary, but knowing and intelligent? Comprehension in mental health courts" *Psychology, Public Policy and Law*, 11, 605-619.

Redlich, A. D., Steadman, H., Monahan, J., Robbins, P. & Petrila, J. (2006) "Patterns of practice in mental health courts: A national survey" *Law and Human Behaviour*, 30, 347-362.

Reed, J. L. and Lyne, M. (1997) "The quality of health care in prisons: results of a year's programme in semi-structured inspections" *British Medical Journal* 315: 1420-1424.

Reed, J. L. & Lyne, M. (2000) "Inpatient care of mentally ill people in prison" *British Medical Journal*, 320, 1031-1034.

Regier, D., A., Farmer, M., E., Rae, D. S. et al. (1990), "Comorbidity of mental disorders with alcohol and other substances: results from the epidemiological catchment area", *Journal of the American Medical Association*, 164: 2511-2518.

Reilly, J. & Atkinson J. M. (2010) "The content of mental health advance directives: Advance statements in Scotland" *International Journal of Law and Psychiatry*, 33, 116-121.

Reisberg, B., Doody, R., Stöfler, A., Schmitt, F., Ferris, S., Möbius, H. J. & the Memantine Study Group (2003) *New England Journal of Medicine*, 348(14), 1333-1341.

Reiss, D., Grubin, D., and Meux C., (1996) "Young 'psychopaths' in Special Hospital: treatment and outcome" *British Journal of Psychiatry* 168: 99-104.

Reiss D. and Meux C. (2000) "Education and training in forensic psychiatry" *The Journal of Forensic Psychiatry*, Vol 11, No 3, December 2000, 501-505.

Reitan T. (2016) "Commitment without confinement. Outpatient compulsory care for substance abuse, and severe mental disorder in Sweden" *International Journal of Law & Psychiatry*, 45, 60-69.

Remington, G., Pollock, B., Voineskos, G., Reed, K. and Coulter, K. (1993) "Acutely psychotic patients receiving high-dose haloperidol therapy". *J. Clin. Psychopharmacology* 13: 41-45.

Resnick, P. J. & Soliman, S. (2012) "Planning, writing and editing forensic psychiatric reports" *International Journal of Law and Psychiatry*, 35, 412-417.

Reuter, I., Engelhardt, M., Stecker, K. & Bass, H. (1999) "Therapeutic value of exercise training in Parkinson's disease" *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 3(11), 1544-1549.

Rice, M. E., Harris, G. T. & Cormier, C. A. (1992) "An evaluation of a maximum-security therapeutic community for psychopaths and other mentally disordered offenders" *Law and Human Behaviour*, 16, 399-416.

Richardson, G. (2002) "The 5-year report of the National Confidential Inquiry into suicide and homicide by people with mental illness. II: Law and policy" *The Journal of Forensic Psychiatry* Vol 13, No 1 Avril 2002, 138-143.

Richardson, G. (2008) "Coercion and human rights: A European perspective" *Journal of Mental Health*, 17, 245-254.

Richardson, G. (2012) "Mental disabilities and the law: From substitute to supported decision-making?" *Current Legal Problems*, 65, 333-354.

Richardson, G. (2013) "Mental capacity in the shadow of suicide: What can the law do?" *International Journal of Law in Context*, 9, 87-105.

Richman J., Mercer D., and Mason T. "The social construction of evil in a forensic setting" *The Journal of Forensic Psychiatry* Vol 10 No 2 September 1999, 300-308.

Richmond, J. S., Berlin, J. S., Fishkind, A. B., Holloman, G. H. Jr., Zeller, S. L., Wilson, M. P. et al. (2012) "Verbal de-escalation of the agitated patients: Consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA de-escalation workgroup" *The Western Journal of Emergency Medicine*, 13(1), 17-25.

Richter, E., Hyer, L., Noorani, S. P. & Toole, M. (2008) "To treat or not to treat: Ethical deliberation on epilepsy treatment" *Journal of Psychiatry & Law*, 36, 543-576.

Riegel, B. & Carlson, B. (2002) "Facilitators and barriers to heart failure self-care" *Patient*

Education and Counselling, 46(4), 285-287.

Rinaldi, M., Perkins, R., Glynn, E., Montibeller, T., Clenaghan, M. & Rutherford, J. (2008) "Individual placement and support: From research to practice" *Advances in Psychiatric Treatment*, 14, 50-60.

Rippon, T. J. (2000) "Aggression and violence in health care professions" *Journal of Advanced Nursing*, 31(2), 452-460.

Ritchie, J., Sklar, R. & Steiner, W. (1998) "Advance directives in psychiatry. Resolving issues of autonomy and competence" *International Journal of Law and Psychiatry*, 21, 245-260.

Rittmannsberger, H., Pachinger, T., Keppelmuller, P. & Wancata, J. (2004) "Medication adherence among psychotic patients before admission to inpatient treatment" *Psychiatric Services*, 55, 174-179.

Rizzo, M. & Smith, S. (2012) "Risk assessment and risk management among severely mentally ill patients requiring hospitalisation" *Journal of Psychiatry & Psychology*, Vol. 23, No. 4, August 2012, 497-509.

Robert S. P. (1996) 'Will you stand up in court? On the admissibility of psychiatric and psychological evidence', *Journal of Forensic Psychiatry* 7: 63-78.

Robins, J. L. W., Kiken, L. Holt, M. & McCain, N. L. (2014) "Mindfulness: An effective coaching tool for improving physical and mental health" *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 26, 511-518.

Robinson, B. E, Sucholeiki, R. and Schocken D. D. (1993) 'Sudden death and resisted mechanical restraint: a case-report' *Journal of American Geriatrics Society* 41(4): 424-425.

Robinson, S. (1999) "Learning about violence: experiences and views of psychiatric nursing students" *Nursing Times Research* 4, 101-115.

Roe, D. & Ronen, Y. (2003) "Hospitalization as experienced by the psychiatric patient: A therapeutic jurisprudence perspective" *International Journal of Law and Psychiatry*, 26, 317-322.

Roebuck, M. C., Libeman, J., Gemmill-Toyama, J. & Brennan, T. (2011) "Medication adherence leads to lower health care use and despite increased drug spending" *Health Affairs*, 30(1), 91-99.

Rogers, A. (1993) "Coercion and 'voluntary' admission: An examination of psychiatric patient views" *Behavioural Sciences and the Law*, 11, 259-236.

Rogers, A., Day, J. C., Williams, B., Randall, F., Wood, P., Healy, D., & Bentall, R. P. (1998) "The meaning and management of neuroleptic medication: A study of patients with a diagnosis of schizophrenia" *Social Science and Medicine*, 47, 1313-1323.

Rogers, M. (2011) "Managing depression in primary care" *Independent Nurse*, April 31-33.

Rogers, P., Ghroum, P., Benson, R., Forward L. & Gournay K. (2006) "Is breakaway training effective? An audit of one medium secure unit" *The Journal of Psychiatry & Psychology* December 2006; 17(4): 593-602.

Rogers, R. & Jackson, R. L. (2005) "Sexually violent predators: The risky enterprise of risk assessment" *Journal of the American Academy of Psychiatry & Law*, 33:4, 523-528.

Rollin H. R. (2006) "The mentally ill should be in hospital, not in jail" *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology* June 2006; 17(2): 326-329.

Rosack, J. (2003) "Prescription data on youth raise important questions" *Psychiatric News*, Feb. 7, 2003, p. 1.

Rose, J., Jenkins, R., O'Connor, C., Jones, C. & Felce, D. (2002) "A group treatment for men with intellectual disabilities who sexually offend or abuse" *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 15, 138-150.

Rosenblatt, L. & Block, S. D. (2001) "Depression, decision-making and the cessation of life-sustaining treatment" *The Western Journal of Medicine*, 301(23), 2462-2471.

Rosenheck, R. (2005) "The growth of psychopharmacology in the 1990s: Evidence-based practice or irrational exuberance" *International Journal of Law and Psychiatry*, 28, 467-483.

Rosenheck, R., & Dennis, D. (2001) "Time-limited assertive community treatment for homeless persons with severe mental illness" *Archives of General Psychiatry*, 58(11), 1073-1080.

Rosberg, J. I. & Friis, S. (2004) "Patients' and staff's perceptions of the psychiatric ward environment" *Psychiatric Services*, 55, 798-803.

Rowe, M. & Baranoski, M. (2011) "Citizenship, mental illness and the criminal justice system" *International Journal of Law and Psychiatry*, 34, 303-308.

Royal, S. W., Kidder, D. P., Patrabansh, S., Wolitski, R. J., Holtgrave, D. R., Aidala, A. ... Stall, R. (2009) "Factors associated with adherence to highly active antiretroviral therapy in homeless or unstably housed adults living with HIV" *AIDS Care*, 21(4), 448-455.

Rozelle, S. (2007) "Criminal defendants and the short end of the science stick" *Tulsa Law Review*, 43, 597-598.

Ruane, J. & Hayter, M. (2008) "Nurses' attitudes towards sexual relationships between patients in high security psychiatric hospitals in England: An exploratory qualitative study" *International Journal of Nursing Studies*, 45(12), 1731-1741.

Rubin, M. S., Colen, C. G. & Link, B. G. (2010) "Examination in inequalities in HIV/AIDS mortality in the United States from a fundamental cause perspective" *American Journal of Public Health*, 100(6), 1053-1059.

Rudd, M. D., Mandrusiak, M. & Joiner, T. E. (2006) "The case against no suicide contracts: The commitment to treatment statement as a practice alternative" *Journal of Clinical*

Psychology, 62, 243-251.

Ruddy, R. & Milnes, D. (2005) "Art therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses" *Cochrane Database of Systematic Review 2005*, Issue 4. Art. No. CD003728.

Rugkasa, J. & Dawson, J. (2013) "Community treatment orders: Current evidence and the implications" *British Journal of Psychiatry*, 203(6), 406-408.

Rumme-Kluge, C., Pitschel-Walz, G., Bauml, J. & Kissling, W. (2006) "Psychoeducation in schizophrenia – results of a survey of all psychiatric institutions in Germany, Austria, and Switzerland" *Schizophrenia Bulletin*, 32, 765-775.

Rüsch, N., Angermeyer, M. C. & Corrigan, P. W. (2005) "Mental illness stigma: Concepts, consequences and initiatives to reduce stigma" *European Psychiatry*, 20, 529-539.

Russel, D. (1998) « Hanwell lunatic asylum 1831-1844 : The golden years » *International History of Nursing Journal*, vol. 4, n°1, pp. 4-9.

Russel, G. F. (2001) "Involuntary treatment in anorexia nervosa" *The Psychiatric Clinics of North America*, 24, 337-349.

Russell, B. J. (2011) "How research ethics' protections can contribute to public policy: The case of community treatment orders" *International Journal of Law and Psychiatry*, 34, 349-353.

Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2000) "The darker and brighter sides of human existence: Basic psychological needs as a unifying concept" *Psychological Inquiry*, 11, 319-338.

Ryan, R. M., Plant, R. W. & O'Malley, S. (1995) "Initial motivation for alcohol treatment: relations with patient characteristics, treatment involvement, and dropout" *Addictive Behaviours* 20, 279-297.

Sabey, M. & Gafner, G. (1996) "Boundaries in the workplace" *Health Care Supervisor*, 15: 36-40.

Sadoff R. (2001) "Education and training in forensic psychiatry in the United States" *The Journal of Forensic Psychiatry*, Vol 12, No 2 September 2001, 263-267.

Saha, S., Chant, D. & McGrath, J. (2007) "A systematic review of mortality in schizophrenia: Is the differential mortality gap worsening over time?" *Archives of General Psychiatry*, 64(10), 1123-1131.

Sakel, M. (1936) « New treatment of schizophrenia » *American Journal of Psychiatry*, 93, pp. 829-841.

Saks, E. R. (1992) 'Multiple personality disorder and criminal responsibility', *U. C. Davis Law Review* 25: 383-461

Saks, E. R. (1994) "Does multiple personality exist? The beliefs, the data and the law". *International Journal of Law of Psychiatry* 17(1): 43-78.

Salekin, R. T. & Worley C. (2010) "Treatment of psychopathy: A review and brief introduction to mental models' approach for psychopathy" *Behavioural Sciences and the Law*, 18(1), 235-266.

Salmoirago-Blotcher, E., Crawford, S. L., Carmody, J., Rosenthal, L., Yeh, G., Stanley, M. ... Ockene, I. S. (2013) "Phone-delivered mindfulness training for patients with implantable cardioverter defibrillators: Results of a pilot randomized controlled trial" *Annals of Behavioural Medicine*, 46, 243-250.

Samalin, L., Blanc, O. & Llorca, P. M. (2010) "Optimizing treatment of schizophrenia to minimize relapse" *Expert Review of Neurotherapeutics*, 10, 147-150.

Sankey, W. H. O. (1856) « Do the public asylums of England, as at the present constructed, afford the greatest facilities for the care and treatment of the insane ? » *Journal of Mental Science*, vol. 2, pp. 466-479.

Sansone, R. & Sansone, L. (2010) "Measuring self-harm behaviour with the Self-Harm Inventory" *Psychiatry*, 7(4), 16-20.

Sargent, L. & Olmedo, M. (2013) "Meeting the needs of new-graduate nurse practitioners: A model to support transition" *Journal of Nursing Administration*, 43(11), 603-610.

Sarin, A. (2012) "On psychiatric wills and the Ulysses clause: The advance directive in psychiatry" *Indian Journal of Psychiatry*, 54, 206-207.

Sajatovic, M., Davies, M., Bauer, M. S., McBride, L., Hays, R. W., Safavi, R. *et al* (2005) "Attitudes regarding the collaborative practice model and treatment adherence among individuals with bipolar disorder" *Comprehensive Psychiatry*, 46, 272-277.

Sayegh, R. R., Madsen, K. A., Adler, J. D., Johnson, M. A. & Mathews, M. K. (2011) "Diffuse retinal injury from a non-penetrating TASER dart" *Documenta Ophthalmologica*, 123 (2), 135-139.

Schalast, N., Redies, M., Collins, M., Stacey, J. & Howells, K. (2008) "EssenCES, a short questionnaire for assessing the social climate of forensic psychiatric wards" *Criminal Behaviour and Mental Health*, 18, 49-58.

Schapira, A. H. (2005) "Present and future drug treatment for Parkinson's disease" *Journal of Neurology, Neurosurgical and Psychiatry*, 76(11), 1472-1478.

Schneider, R. D. (2010) "Mental health courts and diversion programs: A global survey" *International Journal of Law and Psychiatry*, 33, 201-206.

Schulte, P. F. J., Stienen, J. J., Bogers, J., Cohen, D., Van Dijk, D., Lionarons, W. H., Sanders, S. S. & Heck, A. H. (2007) "Compulsory treatment with clozapine: A retrospective long-term cohort study" *International Journal of Psychiatry*, 30, 539-545.

Schwartz, B. & Sharpe, K. E. (2006) "Practical wisdom: Aristotle meets Positive Psychology" *Journal of Happiness Studies*, 7, 377-395.

- Schwartz, H. I., Vingiano, W. & Perez, C. B. (1988) "Autonomy and the right to refuse treatment: Patients' attitudes after involuntary medication" *Hospital & Community Psychiatry*, 39 (10), 1049-1054.
- Scott, F., Whyte, S., Burnett, R., Hawley, C. and Maden, A. (2004) "A national survey of substance misuse and treatment outcome in psychiatric patients in medium security" *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology* 15: 595-605.
- Scott, J. (2001) "Cognitive therapy as an adjunct to medication in bipolar disorder" *British Journal of Psychiatry*, Supplement, 41, s164-s168.
- Scott-Moncrieff L. (2002) "The law relating to conditional discharge and recall in the UK" *The Journal of Forensic Psychiatry* Vol 13, No 3 December 2002, 637-661.
- Seiler, A. J. & Moss, V. A. (2014) "The experiences of nurse practitioners providing health care to the homeless" *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 24, 303-312.
- Sequeira, H. & Halstead, S. (2002) "Control and restraint in the UK: Service user perspectives" *British Journal of Forensic Practice* 4(1), 9-18.
- Serretti, A. & Mandelli, L. (2010) "Antidepressants and body weight: A comprehensive review and meta-analysis" *The Journal of Clinical Psychiatry*, 71, 1259-1272.
- Seto, M. C. & Barbaree, H. E. (1999) "Psychopathy, treatment behaviour and sexual offender recidivism" *Journal of Interpersonal Violence*, 14, 1235-1248.
- Shah, A. (2010) "The concept of 'best interests' in the treatment of mentally incapacitated adults" *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, Vol. 21, No. 2, April 2010, 306-316.
- Shary, J. & Owens, C. (2000) "'The rules of engagement': A case study of a group with 'angry' adolescents" *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 5, 53-62.
- Shaw J. (2002) "Needs assessment for mentally disordered offenders is different" *The Journal of Forensic Psychiatry*, Vol 13, No 1 April 2002, 14-17.
- Shaw J., Davies J., Morey H. (2001) "An assessment of the security, dependency and treatment needs of all patients in secure services in a UK health region" *The Journal of Forensic Psychiatry* Vol 12 No 3 December 2001, 610-637.
- Shaw, J., McFarlane, A. & Bookless, C. (1997) "The phenomenology of traumatic reactions to psychotic illness" *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 185, 434-441.
- Shaw J., Silver A., Pearson A., Amos T. (1999) "An evaluation of a new low-secure service, the High Dependency Network, in the North-West" *The Journal of Forensic Psychiatry*, Vol 10 No 3, December 1999, 696-709.
- Shaw J., Tomenson B., and Creed F. (2003) "A screening questionnaire for the detection of serious mental illness in the criminal justice system" *The Journal of Forensic Psychiatry* Vol 14, No 1 April 2003, 138-150.

Shaw J., Tomenson B., Creed F. and Perry A. (2001) "Loss of contact with psychiatric services in people diverted from the criminal justice system" *The Journal of Forensic Psychiatry* Vol 12, No 1, Avril 2001, 203-210.

Shaw, J., Creed F., Price, J., Huxley P. and Tomenson, B. (1999) "Prevalence and detection of serious psychiatric disorder in defendants attending court" *Lancet* 353: 1053-1056.

Shaw, S. N. (2006) "Certainty, revision and ambivalence: A qualitative investigation into women's journeys to stop self-injuring" *Women and Therapy*, 29, 153-175.

Schildmann, J., Hoetzel, J., Mueller-Busch, C. & Vollmann, J. (2010) "Ärztliche Assistenz zur Selbsttötung – ethische, rechtliche und klinische Aspekte" *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 131, 1405-1408.

Schmitz-Luhn, B., Katzenmeier, C. & Woopen, C. (2012) "Law and ethics of deep brain stimulation" *International Journal of Law and Psychiatry*, 35, 130-136.

Schneider, J., Bosley, J. T., Ferguson, G. & Main, M. (2006) "The challenges of sexual offense treatment programs in correctional facilities" *The Journal of Psychiatry & Law*, 34, 169-196.

Schober, J. M., Kuhn, P. J., Kovacs, P. G., Earle, J. H., Byrne, P. M. & Fries, R. A. (2005) "Leuprolide acetate suppresses paedophilia urges and arousability" *Archives of Sex Behaviour*, 34, 691-705.

Scholes, J. & Vaughan, B. (2002) "Cross-boundary working: Implications for the multi-professional team" *Journal of Clinical Nursing*, 11(3), 399-408.

Schubert, C. A., Mulvey, E. P., Loughran, T. A. & Losoya, S. H. (2012) "Perceptions of institutional experience and community outcomes for serious adolescent offenders" *Criminal Justice and Behaviour*, 39, 71-93.

Schulberg, H. C., Wayne, K., Simon, G. & Rush, A. J. (1998) "Treating major depression in primary care practice: An update of the agency for healthcare policy and research practice guidelines" *Archives of General Psychiatry*, 55, 1121-1127.

Schulenberg, J. L. (2016) "Police decision-making in the grey zone the dynamics of police-citizen encounters with mentally ill persons" *Criminal Justice and Behaviour*, 43(4), 459-482.

Schwarz, C. J. & Greenfield, G. P. (1978) "Charging a patient with assault of a nurse on a psychiatric unit" *Canadian Psychiatric Association Journal*, 23: 197.

Scull, A. (1979) « Moral treatment reconsidered: Some sociological comments on an episode in the history of British psychiatry » *Psychological Medicine*, vol. 9, n°3, pp. 421-428.

Scull, A. (1988) « Insanity in the 18th and 19th centuries. John Connolly: a reconsideration » *Journal of the Royal Society of Medicine*, vol. 81, n°2, pp. 67-70.

Sehgal, V., Bajwa, S. J., Sehgal, R., Bajaj, A., Khaira, U. & Kresse, V. (2013) "Polypharmacy and potentially inappropriate medication use as the precipitating factor in readmissions to the hospital" *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 2(2), 194-199.

Sekula, L. K., DeSantis, J. & Gianetti, V. (2003) "Considerations in the management of the patient with comorbid depression and anxiety" *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 15(1), 23-33.

Seligman, M. E. P. (1995) "The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Reports Study" *American Psychologist*, 50, 965-974.

Shea, S. C. (2008) "The 'medication interest model': An integrative clinical interviewing approach for improving medication adherence – part I – Clinical applications" *Professional Case Management*, 13(6), 305-315.

Sheetz, B. M. (2006) "Choice to limit choice: Using psychiatric advance directives to manage the effects of mental illness and support self-responsibility" *The University of Michigan Journal of Law Reform*, 40, 401.

Sheldrick C., (1998), 'Child psychiatrists in court: their contribution as experts in child care proceedings', *The Journal of Forensic Psychiatry*, vol. 9, No 2, September 1998, 249-266.

Shook, J. J. & Sarri, R. C. (2007) "Structured decision making in juvenile justice: Judges and probation officers' perceptions and use" *Children and Youth Services Review*, 29, 1335-1351.

Shope, J. T. (1988) "Compliance in children and adults: Review of studies" *Epilepsy Research – Supplements*, 1, 23-47.

Shopland, S. and Vande Creek L. (1991) "Sex with ex-clients: theoretical relations for prohibition" *Ethics and Behaviour* 1(1) : 35-44.

Shore, D., Matthews, S., Cott, J. & Lieberman, J. A. (1995) "Clinical implications of clozapine discontinuation: Report of a NIMH workshop" *Schizophrenia Bulletin*, 21(2), 333-338.

Shortell, S. M. (1998) "Physicians as double agents: Maintaining trust in an era of multiple accountabilities" *Journal of the American Medical Association*, 280(12), 1102-1108.

Sibitz, I., Scheutz, A., Lakeman, R., Schrank, B., Schaffer, M. & Amering, M. (2011) "Impact of coercive measures on life stories: Qualitative study" *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 199, 239-244.

Siddle, R., Jones, F. & Awenat, F. (2003) "Group cognitive behaviour therapy for anger: A pilot study" *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 31, 69-83.

Siegel, A. & Victoroff, J. (2009) "Understanding human aggression: New insights from neuroscience" *International Journal of Law and Psychiatry*, 32(4), 209-215.

Siev, J. & Chambers, D. L. (2007) "Specificity of treatment effects: Cognitive therapy and relaxation for generalised anxiety and panic disorders" *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 513-522.

Sijbrandij, M., Olf, M., Reitsma, J., Carlier, I., deVries, M. & Gersons, B. (2007) "Treatment of acute posttraumatic stress disorder with brief cognitive behavioural therapy: A randomized

controlled trial" *American Journal of Psychiatry*, 164, 82-90.

Silber, T. J. (2011) "Treatment of anorexia nervosa against the patient's will: Ethical considerations" *Adolescent Medicine: State of the Art Reviews*, 22, 283-288 (x).

Simon, J. (1998) "Managing the monstrous: Sex offenders and the new penology" *Psychology, Public Policy and the Law*, 4, 452-458.

Sizemore, R. (2006) "Separating medical and ethical: Helping families determine the best interests of loved ones" *Dimensions of critical care nursing*, 25, 216.

Sjöström, S. (2006) "Invocation of coercion context in compliance communication – power dynamics in psychiatric care" *International Journal of Law and Psychiatry*, 29, 36-47.

Skelly, C. (1994a) "From special hospital to regional secure unit: A qualitative study of the problems experienced by patients" *Journal of Advances Nursing*, 20, 1056-1063.

Skelly, C. (1994b) "The experience of special hospital patients in regional secure units" *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 1, 171-177.

Slobogin, C. (2015) "Eliminating mental disability as a legal criterion in deprivation of liberty cases: The impact of the Convention on the Rights of Persons with Disability on the insanity defence, civil commitment and competency law" *International Journal of Law and Psychiatry*, 40, 36-42.

Slovenko R., (1989) 'The multiple personality: a challenge to legal concepts', *Journal of Psychiatry and Law* 17: 681-715.

Slovenko R. (1993) 'The multiple personality and the criminal law', *Medicine and Law* 12: 329-340.

Slovenko, R. (1994) "Tort liability of the mentally incompetent and their caretakers" *Journal of Psychiatry and Law*, 22, p. 455.

Slovenko, R. (2003) "Changing personality by medication?" *The Journal of Psychiatry & Law*, 31, 121-127.

Slovenko, R. (2005) "The evolution of standards for experimental treatment or research" *The Journal of Psychiatry & Law*, 33, 129-174.

Slovenko, R. (2006a) "Patient and non-patient spouse lawsuits for undue familiarity" *The Journal of Psychiatry & Law*, 34, 567-578.

Slovenko, R. (2006b) "Violent attacks in psychiatric and other hospitals" *The Journal of Psychiatry & Law*, 34, 249-270.

Smets, T., Bilsen, J., Cohen, J., Rurup, M. L. & Deliëns, L. (2010) "Legal euthanasia in Belgium: Characteristics of all reported euthanasia cases" *Medical Care*, 48(2), 187-192.

Smets, T., Bilsen, J., Cohen, J., Van Wesemael, Y., Rurup, M. L. & Deliëns, L. (2011) "The

labelling and reporting of euthanasia by Belgian physicians: A study of hypothetical cases" *European Journal of Public Health*, 21(6).

Smith A., (1998) 'Psychiatric evidence and discretionary life sentences', *The Journal of Forensic Psychiatry*, vol. 9, n°1, Mai 1998, 17-38.

Smith, A. (2008) "Control, responsibility and moral assessment" *Philosophical studies*, 138, 367-392.

Smith, C., Cowan, C., Sensenig, A., Catlin, A. & the Health Accounts Team (2005) "Health spending growth slows in 2003" *Health Affairs*, 24(1), 185-194.

Smith, D. M. (2008) "An uncertain privilege: Implied waiver and the evisceration of the psychotherapist-patient privilege in the federal courts" *DePaul Law Review*, 58, 79-151.

Smith H., and Humphreys M. (1997) 'Changes in laws are necessary to allow patients detained under the Mental Health Act to Vote', *British Medical Journal* 315, p. 431.

Smith H. and Humphreys M. (1998) 'Mental disorder and voting', *The Journal of Forensic Psychiatry* vol. 9, No 2, September 1998 447-451.

Smith, H. & White, T. (2004) "A comparison of special hospital patients and other admissions to a regional law security hospital" *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 15(4), 660-668.

Smith, J. Parker, J. and Donovan M., (1991) 'Female admissions to a regional secure unit' *Journal of Forensic Psychiatry* 2(1): 95-102.

Snowden, P. (2001) "Substance misuse and violence: the scope and limitations of forensic psychiatry's rôle" *Advances in Psychiatric Treatment*, 7, 189-197.

Snowden P., McKenna J. and Jasper A. (1999) "Management of conditionally discharged patients and others who present similar risks in the community: integrated or parallel?" *The Journal of Forensic Psychiatry*, vol 10, no 3, December 1999, 583-596.

Snyder, C. H. & Adler, C. H. (2007) "The patient with Parkinson's disease: Part II – Treating the nonmotor symptoms" *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 19, 179-197.

Sobczak, J. A. (2009) "Managing high-acuity-depressed adults in primary care" *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 21, 362-370.

Soliday, S. M. (1985) "A comparison of patient and staff attitudes toward seclusion" *Journal of Nervous and Mental Disease*, 173(5), 282-291.

Solomon, H. C. (1923) « General paralysis : What it is and its therapeutic possibilities » *American Journal of Psychiatry*, 79, pp. 623-646.

Sovner, R. (1986) "Limiting factors in the use of DSM III Criteria with mentally ill / mentally retarded persons" *Psychopharmacology Bulletin* 22(4): 1055-1059.

Souverein, F. A., Van Der Helm, G. H. P. & Stams, G.J.J.M. (2013) "Nothing works in secure residential youth care?" *Children and Youth Services Review*, 35, 1941-1945.

Spataro, J., Mullen, P., Burgess, P., Wells, D. & Moss, A. (2004) "Impact of child sexual abuse on mental health: Prospective study in males and females" *British Journal of Psychiatry*, 184, 416-421.

Spencer, T. J., Biederman, J., Ciccone, P. E., Madras, B. K., Dougherty, D. D., Bonab, A. A. *et al* (2006) "PET study examining pharmacokinetics, detection and likeability, and dopamine transporter receptor occupancy of short- and long-acting oral methylphenidate" *American Journal of Psychiatry*, 163, 387-395.

Spidel, A., Greaves, C., Yuille, J. & Lecomte, T. (2015) "A comparison of treatment adherence in individuals with a first episode of psychosis and inpatients with psychosis" *International Journal of Law & Psychiatry*, 39, 90-98.

Spivak, B., Mester, R., Wittenberg, N., Maman, Z., Weizman, A. (1997) "Reduction of aggressiveness and impulsiveness during clozapine treatment in chronic neuroleptic-resistant schizophrenic patients" *Clinical Neuropharmacology*, 20(5), 442-446.

Spitzer C., Dudeck M., Liss H., Orlob S., Gillner M. *et* Freyberger J. (2001) "Post-traumatic stress disorder in forensic inpatients" *The Journal of Forensic Psychiatry*, Vol 12, No 1 Avril 2001, 63-77.

Sprague, O. (2007) "The deployment of Taser weapons to UK law enforcement officials: An Amnesty International perspective" *Policing*, 1, 309-315.

Squires, N. (1996) 'Promoting health in prisons', *British Medical Journal* 313, p. 1161.

Srebnik, D. S. & LaFond, J. Q. (1999) "Advance directives for mental health treatment" *Psychiatric Services*, 50(7), 919-925.

Srebnik, D. S., Russo, J., Sage, J., Peto, T. & Zick, E. (2003) "Interest in psychiatric advance directives among high users of crisis services and hospitalization" *Psychiatric Services*, 54, 981-986.

Srivastava, A. (2009) "Limited evidence for the effectiveness of P.R.N. Medications among psychiatric inpatients" *Journal of Psychiatric Practice*, 15, 193-201.

St John, D. D. (2005) "Bipolar disorder: Diagnosing a devastating illness" *Supplement to the Clinical Advisor*, March 2005, 3-10.

Stake, J. E. and Oliver, J. (1991) "Sexual contact and touching between therapist and client: a survey of psychologists' attitudes and behaviour" *Professional Psychology: Research and Practice* 22(4): 297-307.

Stalans, L. J. (2004) "Adult sex offenders on community supervision: A review of recent assessment strategies and treatment" *Criminal Justice and Behaviour*, 31, 564-608.

Staring, A. B., Van der Gaag, M., Koopmans, G. T., Selten, J. P., Van Beveren, J. M., Hengeveld, M. W. et al (2010) "Treatment adherence therapy in people with psychotic disorders: Randomised controlled trial" *The British Journal of Psychiatry* 197(6), 448-455.

Starr, R. (2002) "A successful reintegration into the community: one NGRI acquitter's story" *Federal Probation Journal* 66: 59-63.

Starr, D. (2004) "Understanding those who self-mutilate" *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 42, 32-40.

Stathi, A., Fox, K. R. & McKenna, J. (2002) "Physical activity and dimensions of subjective well-being in older adults" *Journal of Aging and Physical Activity*, 10, 76-92.

Steadman, H. J. (1983) "Predicting dangerousness among the mentally ill – Art, magic and science" *International Journal of Law and Psychiatry* 6: 381-390.

Steadman, H. J., Davidson, S. & Brown, C. (2001) "Law and psychiatry: Mental health courts, their promise and unanswered questions" *Psychiatric Services*, 52(4), 457-458.

Steadman, H. J., Deane, M. W., Borum, R. & Morrissey, J. P. (2000) "Comparing outcomes of major models of police responses to mental health emergencies" *Psychiatric Services*, 51(5), 645-649.

Stein, L. I. & Test, M. A. (1980) "Alternative to mental health hospital. I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation" *Archives of General Psychiatry*, 37, 392-397.

Steinert, T. & Lepping, P. (2008) "Legal provisions and practice in the management of violent patients. A case vignette study in 16 European countries" *European Psychiatry*, 24, 135-141.

Steinert, T., Lepping, P., Bernhardsgrütter, R., Conca, A., Hatling, T., Janssen, W *et al* (2009) "Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: An international comparison" *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 17, 250-262.

Stengler-Wenzke, K., Müller, U., Barthel, H., Angermeyer, M. C., Sabri, O. & Hesse, S. (2006) "Serotonin transporter imaging with [123 I]- CIT SPECT before and after one year of citalopram treatment of obsessive-compulsive disorder" *Neuropsychobiology*, 53, 40-45.

Stenius, K. (2008) "Synliggör tvanget inom psykiatrin! [Make coercion within psychiatric health care visible!]" *Editorial. Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 25(5), p. 336.

Stevenson, G. S. & Anderson, T. R. S. (2009) "Principles, patient welfare and the Adults with Incapacity (Scotland) Act 2000" *International Journal of Law and Psychiatry*, 32, 120-126.

Stewart, C., Peisah, C. & Draper, B. (2011) "A test for mental capacity to request assisted suicide" *Journal of Medical Ethics*, 37, 34-39.

Stewart, J. G., McNulty, R., Griffin, M. T. & Fitzpatrick, J. J. (2010) "Psychological empowerment and structural empowerment among nurse practitioners" *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 22(1), 27-34.

- Stewart, R., Bartlett, P. & Harwood, R. (2005) "Mental capacity assessments and discharge decisions" *Age and Ageing*, 34, 549-550.
- Stine, S. M., Southwick, S. M., Petrakis, H., Kosten, T. R., Charney, D. S. & Krystal, J. H. (2002) "Yohimbine-induced withdrawal an anxiety symptom in opioid-dependent patients" *Biological Psychiatry*, 2002; 51(8), pp. 642-651.
- Stirpe, T. S., Wilson, R. J. & Long, C. (2001) "Goal attainment scaling with sexual offenders: A measure of clinical impact at posttreatment and at community follow-up" *SAGE Journals*, vol. 13 (2), pp. 65-77.
- Stoffers, J., Völlm, B., Rucker, G., Timmer, A., Huband, N. & Lieb, K. (2012) "Psychological therapies for people with borderline personality disorder" *Cochrane Database of Systematic Review*, 8, CD005652, pp. 258-279.
- Stone A. A. (1984) "The ethical boundaries of forensic psychiatry: A view from the ivory tower" *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 12, 209-219.
- Stone A. A. (2002) "Forensic ethics and capital punishment: is there a special problem?" *The Journal of Forensic Psychiatry* Vol 13, No 3 December 2002, 487-493.
- Strand, S., Belfrage, H., Franson, G. and Levander, S. (1999) "Clinical and risk management factors in risk prediction of mentally disordered offenders – more important than historical data?" *Legal and Criminological Psychology* 4: 67-76.
- Streeton, C. & Whelan, G. (2001) "Naltrexone, a relapse prevention maintenance treatment of alcohol dependence: A meta-analysis of randomized controlled trial" *Alcohol & Alcoholism*, 36(6), 544-552.
- Strote, J. & Huston, R. (2006) « Cardiac monitoring of human subjects exposed to the TASER » *Prehospitalisation Emergency Care*, 9;10(4): 447-450.
- Stroup, T. S. *et al* for the CATIE Investigators (2006) "Effectiveness of olanzapine, quetiapine, risperidone and ziprasidone in patients with chronic schizophrenia following discontinuation of a previous atypical antipsychotic" *American Journal of Psychiatry*, 163, 611-622.
- Strumpf, N. E. and Evans, L. K. (1989) "Tying down the elderly – a review of the literature on physical restraints" *Journal of American Geriatrics Society* 37: 65-74.
- Stuart, H. (2003) "Violence and mental illness: An overview" *World Psychiatry*, 2(2), 121-124.
- Stübner, S., Gross, G. & Nedopil, N. (2006) "Inpatient risk management with mentally ill offenders: results of a survey on clinical decision-making about easing restrictions" *Criminal Behaviour and Mental Health*, 16, 111-123.
- Studer, L. H. A. & Aylwin, S. A. S. (2006) "Paedophilia: The problem with diagnosis and limitations of CBT" *Treatment Medical – Hypotheses*, 67, 774-781.
- Sugarman P. A. (2002) "Persons of unsound mind, dangerousness and the Human Rights Act 1998" *The Journal of Forensic Psychiatry* Vol 13 No 3 December 2002, 569-577.

- Sugarman, P. A. & Oakley, C. (2012) "Editorial: The evolution on secure and forensic care" *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, Vol. 23, No. 3, June 2012, 279-284.
- Sullivan, M. (2001) "Finding pain between minds and bodies" *The Clinical Journal of Pain*, 17, 146-156.
- Surh, J., Anderson, S. & Tranel, D. (1999) "Progressive muscle relaxation in the management of behavioural disturbance in Alzheimer's disease" *Neuropsychological Rehabilitation*, 9, 31-44.
- Suto, W. M. I., Clare, I. C. H., Holland, A. J. & Watson, P. C. (2005) "Capacity to make financial decisions among people with mild intellectual disabilities" *Journal of Intellectual Disability Research*, 49, 199-209.
- Suzuki, A. (1995) « The politics and ideology of non-restraint : The case of the Hanwell asylum » *Medical History*, n°39, p. 11-17.
- Swann, A. C., Bjork, J. M., Moeller, F. G., Dougherty, D. M. (2002) "Two models of impulsivity: Relationship to personality traits and psychopathology" *Society of Biological Psychiatry*, 51, 988-994.
- Swanson, J., Borum, R., Swartz, M S., Hiday, V. A., Wagner, H. R. & Burns, B. J. (2001) "Can involuntary outpatient commitment reduce arrests among persons with severe mental illness?" *Criminal Justice and Behaviour*, 28, 156-189.
- Swanson, J., Holzer, C. and Ganju, V. and Jono R., (1990) 'Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the epidemiological catchment area survey', *Hospital and Community Psychiatry*, 41: 761-770.
- Swanson, J., McCrary, S. V., Swartz, M. S., Van Dorn, R. A. & Elbogen, E. B. (2007) "Overriding psychiatric advance directives: Factors associated with psychiatrists' decisions to pre-empt patients' advance refusal of hospitalization and medication" *Law & Human Behaviour*, 31, 77-90.
- Swanson, J., Swartz, M. S., Borum, R., Hiday, V. A., Wagner, H. R. & Burns, B. J. (2000) "Involuntary outpatient commitment and reduction of violent behaviour in persons with severe mental illness" *British Journal of Psychiatry*, 176, 324-331.
- Swanson, J., Swartz, M. S., Elbogen, E. B., Van Dorn, R. A., Wagner, H. R., Moser, L. A. *et al* (2008) "Psychiatric advance directives and reduction of coercive crisis interventions" *Journal of Mental Health*, 17, 255-267.
- Swanson, J, Tepper, M. C., Backlar, P. & Swartz, M. S. (2000) "Psychiatric advance directives: An alternative to coercive treatment?" *Psychiatry*, 63, 160-172.
- Swanson, J., Van Dorn, R. A., Swartz, M. S., Robbins, P. C., Steadman, H. J., McGuire, T. G. & Monahan, J. (2013) "The cost of assisted outpatient treatment: Can it save States money?" *American Journal of Psychiatry*, 170, 1423-1432.

Swartz, M. S., Burns, B. J., Hiday, V. A., George, L. K., Swanson, J. W. & Wagner H. R. (1995) "New directions in research of involuntary outpatient commitment" *Psychiatric Services*, 46, 381-385.

Swartz, M. S., Swanson, J. W. & Hannon, M. J. (2003) "Does fear of coercion keep people away from mental health treatment? Evidence from a survey of persons with schizophrenia and mental health professionals" *Behavioural Sciences and the Law*, 21(4), 459-472.

Swartz, M. S., Swanson, J. W., Wagner, H. R., Burns, B. J., Hiday, V. A. & Borum, R. (1999) "Can involuntary outpatient commitment reduce hospital recidivism? Findings from a randomized trial with severely mentally ill individuals" *American Journal of Psychiatry*, 156, 1968-1975.

Swartz, M., Wagner, R., Swanson, J. & Elbogen, E. (2004) "Consumers' perceptions of the fairness and effectiveness of mandated community treatment and related pressures" *Psychiatric Services*, 55(7), 780-785.

Swinton M. and Haddock A. (2000) "Clozapine in Special Hospital: a retrospective case-control study" *The Journal of Forensic Psychiatry*, Vol 11 No 3 December 2000, 587-596.

Swinton M. (2001) "Clozapine in severe borderline personality disorder" *The Journal of Forensic Psychiatry*, Vol. 12 No 3 December 2001, 580-591.

Symons, F. J., Thompson, A & Rodriguez, M. C. (2004) "Self-injurious behaviour and the efficacy of naltrexone treatment: A quantitative synthesis" *Mental Retardation & Developmental Disabilities Research Reviews*, 10(3), 193-200.

Szmukler, G., Daw, R. & Callard F. (2014) "Mental health law and the UN Convention on the rights of persons with disabilities" *International Journal of Law and Psychiatry*, 37, 245-252.

Szymanski, S., Munne, R., Gordon, M. F. and Lieberman J. (1993), 'A selective review of recent advantages in the management of tardive dyskinesia', *Psychiatric Annals* 23 (4) : 209-215.

Takkin, S., Suutama, T. & Ruopilla, I. (2001) "More meaning by exercising? Physical activity as a predictor of a sense of meaning in life and of self-rated health and functioning in old age" *Journal of Aging & Physical Activity*, 9, 128-141.

Tan, C., Yu, J., Wang, H., Tan, M., Meng, X., Wang, C. ... & Tan, L. (2014) "Efficacy and safety of donepezil, galantamine, rivastigmine and memantine for the treatment of Alzheimer's disease: A systematic review and meta-analysis" *Journal of Alzheimer's disease*, 41(2), 615-631.

Tan, J. O. & Fegert, J. M. (2004) "Capacity and competence in child and adolescent psychiatry" *Health Care Analysis*, 12(4), 285-294.

Tan, J. O. & Hope, T. (2006) "Mental health legislation and decision-making capacity: Capacity is more complex than it looks" *British Journal of Medicine*, 332, p. 119.

Tan, J., Hope, T. & Stewart, A. (2003) "Competence to refuse treatment in anorexia nervosa" *International Journal of Law and Psychiatry*, 26, 697-707.

Tan, J., Hope, T., Stewart, A. & Fitzpatrick, R. (2003) "Control and compulsory treatment in anorexia nervosa: The views of patients and parents" *International Journal of Law and Psychiatry*, 26, 627-645.

Tan, J. O., Stewart, A., Fitzpatrick, R. & Hope, T. (2010) "Attitudes of patients with anorexia nervosa to compulsory treatment and coercion" *International Journal of Law and Psychiatry*, 33, 13-19.

Tapp, J., Warren, F., Fife-Schaw, C., Perkins, D. & Moore E. (2013) "What do the expertise by experience tell us about 'what works' in high secure forensic inpatient hospital services?" *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, Vol. 24, No. 2, pp. 160-178.

Tarrier, N., Wittkowski, A., Kinney, C., McCarthy, E., Morris, J. & Humphreys, L. (1999) "Durability of the effects of cognitive-behavioural therapy in the treatment of chronic schizophrenia: 12-month follow-up" *British Journal of Psychiatry*, 174: 500-504.

Tavernor R., Swinton M. and Tavernor S. (2000) "High-dose antipsychotic medication in maximum security" *The Journal of Forensic Psychiatry* Vol 11 No 1 April 2000, 36-48.

Tawa, J. & Murphy, S. (2013) "Psychopharmacological treatment for military posttraumatic stress disorder: An integrative review" *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 25, 419-423.

Taylor, P. J. and Gunn, J. (1999) "Homicides by people with mental illness: myth and reality" *British Journal of Psychiatry* 174: 9-14.

Taylor, P. J., Leese M., Butwell M., Daly R. and Larkin E. (1998) "Mental disorder and violence: a Special (high security) Hospital Study" *British Journal of Psychiatry* 172: 218-226.

Teeson, M. and Gallagher, J. (1999) "Evaluation of a treatment programme for serious mental illness and substance use in an inner city area" *Journal of Mental Health* 8(1) : 19-28.

Temel, Y., Ackermans, L., Celik, H., Spincemaille, G H., Van der Linden, C., Walenkamp, G. H., Van der Kar, T. & Visser-Vandewalle, V. (2004) "Management of hardware infections following deep brain stimulation" *Acta Neurochirurgica*, 146(4), 355-361.

Teri-Lowe Player, C. (2015) "Outpatient commitment and procedural due process" *International Journal of Law and Psychiatry*, 38, 100-113.

Terkelsen, K. G. & Menikoff, A. (1995) "An economic review of compliance with medication therapy in the treatment of schizophrenia" *Psychiatric Services*, 54, 508-516.

Test, M. A., Wallisch, L. S., Allness, D. J. and Ripp, K. (1989) "Substance use in young adults with schizophrenic disorders" *Schizophrenia Bulletin* 15(3): 465-476.

Tetley, A. C., Evershed, S. & Krishnan, G. (2010) "Difficulties in the pathway from high to medium secure services for personality-disordered patients" *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, Vol. 21, No. 2 (April 2010), 189-201.

- Tetley, A. C., Evershed, S. & Krishnan, G. (2011) "The transition from high secure, services for people with personality disorder: Patients and clinicians experiences" *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, Vol. 22, No. 3, June 2011, 321-339.
- Tetley, A. C., Jinks, M., Huband, N. & Howells, K. (2011) "Barriers to and facilitators of treatment engagement for clients with personality disorder: A Delphi survey" *Personality and Mental Health*, 6, 97-110.
- Thapa, P. B., Palmer, S. L., Owen, R. R., Huntley, A. L., Clardy, J. A. & Miller, L. H. (2003) "P.R.N. (as needed) orders and expose of psychiatric inpatients to unnecessary psychotropic medications" *Psychiatric Services*, 54, 1282-1286.
- Thibaut, F., De La Barra, F., Gordon, H, Cosyns, P., Bradford, J. M. W. & The WFSBP Task Force on Sexual Disorders (2010) "The World Federation of societies of biological psychiatry (WFSBP) guidelines for the biological treatment of paraphilias" *World Journal of Biological Psychiatry*, 11, 604-655.
- Thieda, P., Beard, S., Richter, A. & Kane, J. (2003) "An economic review of compliance with medication therapy in the treatment of schizophrenia" *Psychiatric Services* 54, 508-516.
- Thomas, C., Bartlett, A. E. A. and Mezey, G. C. (1995) 'The extent of effects of violence amongst psychiatric inpatients' *Psychiatric Bulletin* 19: 600 -604.
- Thomas, C., Miller, G., Hartshorn, J. C., Speck, N. C., & Walker, G. (2005) "Telepsychiatry programme for rural victims of domestic violence" *Telemedicine and E-Health*, 11, 567-573.
- Thomas, L. & Trimble, M. (1996) "The effects of vigabatrin on attention, concentration and mood: An investigation in healthy volunteers" *Seizure*, 5, 205-208.
- Thomas, S. D., Daffern, M., Martin, T., Olgoff, J. R. P., Thomson, L. D., & Ferguson, M. (2009) "Factors associated with seclusion in a state-wide forensic psychiatric service in Australia over a two-year period" *International Journal of Mental Health Nursing*, 18, 2-9.
- Thomas, S. D., Dolan, M., Johnston, S., Middleton, H., Harty, M. A., Carlisle, J. et al. (2004) "Defining the needs of patients with intellectual disabilities in the high security psychiatric hospitals in England" *Journal of Intellectual Disability Research* 48, 603-610.
- Thomas-Peter B. and Garrett T. (2000) "Preventing sexual contact between professionals and patients in forensic environments" *The Journal of Forensic Psychiatry* Vol 11 No 1 Avril 2000, 135-150.
- Thompson, C. (1994) "The use of high-dose antipsychotic medication" *British Journal of Psychiatry* 164: 448-458.
- Thomson L. D. G. (1999) "Clinical management in forensic psychiatry" *The Journal of Forensic Psychiatry* Vol 10 No 2, September 1999, 367-390.
- Thomson, L. D. G. (1999) "The Crime and Punishment (Scotland) Act 1997: relevant provisions for people with mental disorders" *Psychiatric Bulletin* 23: 68-71.

- Thomson, L. D. G., Bogue, J. P., Humphreys, M. S., Owen D. C. and Johnstone E. C. (1997) "The state hospital survey: a description of psychiatric patients in conditions of special security in Scotland" *Journal of Forensic Psychiatry* 8: 263-284.
- Thomson, L. D. G., Gray, C. M. and Humphreys, M. S. (1999) "Medical students' perspective of maximum-security psychiatric care" *Psychiatric Bulletin* 23: 230-232.
- Toney, S. D. (2007) "Identifying and managing depression in women. Shrinking healthcare disparities in women: The depression dilemma" *Journal of Managed Care Pharmacy*, 13 (Suppl. 9), s21-s22.
- Thornicroft, G., Farrelly, S., Szumkler, G., Birchwood, M., Waheed, W., Flash, C. *et al.* (2013) "Clinical outcomes of Joint Crisis Plans to reduce compulsory treatment for people with psychosis: A randomised controlled trial" *Lancet*, 381, 1634-1641.
- Thornton, J. & Wahl, O. (1996) "Impact of a newspaper article on attitudes toward mental illness" *Journal of Community Psychology*, 24, 17-25.
- Thorpe, M., (1994) 'Conference by Council for family proceedings' *Family Law* 24: 533-535.
- Tidmarsh D., (1998) 'Asylums of crude cauldrons of containment? The future of the Special Hospitals', *The Journal of Forensic Psychiatry*, vol. 9 No 3 December 1998, 505-508.
- Tighe, J. & Gudjonsson, G. H. (2012) "See, Think, Act Scale: preliminary development and validation of a measure of relational security in medium and low secure units" *The Journal of Psychiatry & Psychology*, Vol. 23, No. 2, April 2012, 184-199.
- Toews, J., El-Guebaly, N., Leckie, A. & Harper, D. (1986) "Change with time in patients' reactions to committal" *Canadian Journal of Psychiatry*, 31, 413-415.
- Tony M. (1999) 'Seclusion' *The Journal of Forensic Psychiatry* Vol 10, No 2 September 1999, 242-244.
- Topiwala, A., Wang, X. & Fazel, S. (2012) "Chinese forensic psychiatry and its wider implications" *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, Vol. 23, No. 1, February 2012, 1-6.
- Topping-Morris (1995) "Break the lock" *Nursing Standard* 9, 23-55.
- Torrey, E. F. (1994) "Violent behaviour by individuals with serious mental illness" *Hospital & Community Psychiatry*, 45, 663-668.
- Torrey, E. F. and Kaplan, R. J. (1995) "A national survey of the use of outpatient commitment" *Psychiatric services* 46: 778-783.
- Tossebro, J., Bonfils, I., Teittinen, A., Tideman, M., Traustadottir, R. & Vesala, H. T. (2012) "Normalization fifty years beyond. Current trends in the Nordic countries" *Journal of Police & Practice in Intellectual Disabilities*, 9(2), 134-146.
- Treasure, J. & Wolff, G. (2008) "Treatment of anorexia nervosa in adults" *Psychiatry*, 7, 156-

Trull, T., Distel, M. & Carpenter, R. (2010) "DSM-5 borderline personality disorder: At the border between a dimensional and a categorical view" *Current Psychiatry Report*, 13(1), 43-49.

Tucker, W., Olfson, M., Simring, S., Goodman, W. & Bienenfeld, S. (2006) "A pilot survey of inmate preferences for on-site, visiting consultant, and telemedicine psychiatric services" *CNS Spectrums*, 11, 783-787.

Tuddenham L. & Logan J. (2005) "Psychotropic drugs given for aggressive incidents in a special hospital" *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology* 16(1): 85-91.

Tuohimäki, C., Kaltiala-Heino, R., Korkeila, J., Protshenko, J., Lehtinen, V. & Joukamaa, M. (2001) "Psychiatric inpatients' views on self-determination" *International Journal of Law and Psychiatry*, 24, 61-69.

Turner, T. & Salter, M. (2008) "Forensic psychiatry and general psychiatry: Re-examining the relationship" *Psychiatric Bulletin*, 32, 2-6.

Tyler, T. & Blader, S. (2003) "The group engagement model: Procedural justice social identity and cooperative behaviour" *Personality and Social Psychology Review*, 7, 349-361.

Tyrer P. (1992) "Flamboyant, erratic, dramatic, borderline, antisocial, sadistic, narcissistic, histrionic and impulsive personality disorders: who cares which?", *Criminal Behaviour and Mental Health*, 5: 85-104.

Tyrer P. (1998), "Feedback for the personality disordered", *The Journal of Forensic Psychiatry*, vol. 9 n°1, Mai 1998, 1-4.

Tyrer, P., Cooper, S., Rutter, D., Seivewright, H., Duggan, C., Maden, T, Barrett, B., Joyce, E., Rao, B., Nur, U., Cicchetti, D., Crawford, M. & Byford, S. (2009) "The assessment of dangerous and severe personality disorder: lessons from a randomised controlled trial linked to qualitative analysis" *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, Vol. 20, No. 1, February 2009, 132-146.

Ueki, A. & Otsuka, M. (2004) "Life style risks of Parkinson's disease: Association between decreased water intake and constipation" *Journal of Neurology*, 251(Suppl. 7), VII 18-VII 23.

Vachon M. (2013) "Quebec proposition of Medical Aid in Dying: A palliative care perspective" *International Journal of Law and Psychiatry*, 36 532-539.

Valdez, K. A., Maust, D. T. & Streim, J. E. (2012) "Training geriatric psychiatry fellows in the medicolegal aspects of psychiatric consultation in the nursing home" *Journal of Psychiatry & Law*, 40, 43-63.

Valenstein, M., Copeland, L. A., Blow, F. C., Zeber, J. E., Bingham, C. R., Stavenger, T. et al. (2002) "Pharmacy data identify poorly adherent patients with schizophrenia at increased risk of admission" *Medical Care*, 40, 630-639.

- Vallentine, V., Tapp, J., Dudley, A., Wilson, C. & Moore, E. (2010) "Psycho-educational groupwork for detained offender patients: understanding mental illness" *The Journal of Psychiatry & Psychology*, Vol. 21, No. 3, June 2010, 393-406.
- Van den Block, L., Deschepper, R., Bilsen, J. *et al* (2009) "Euthanasia and other end-of-life decisions: A mortality follow-back study in Belgium" *British Medical Journal Public Health*, 9, 79, pp. 1-10.
- Van der Helm, G. H. P., Boekee, I., Stams, G. J. J. M. & Van der Laan, P. H. (2011) "Fear is the key: Keeping the balance between flexibility and control in a Dutch youth prison" *Journal of Children's Services*, 4, 248-263.
- Van Dorn, R. A., Elbogen, E. B., Redlich, A. D., Swanson J. W., Swartz, M. S. & Mustillo, S. (2006) "The relationship between mandated community treatment and perceived barriers to care in persons with severe mental illness" *International Journal of Law and Psychiatry*, 29, 495-496.
- Van Leeuwen, M. E. & Harte, J. M. (2011) "Violence against care workers in psychiatry: Is prosecution justified?" *International Journal of Law and Psychiatry*, 34, 317-323.
- Van Nieuwenhuizen, C., Schene, A. H., & Koeter, M. W. J. (2002) "Quality of life in forensic psychiatry: An unreclaimed territory" *International Review of Psychiatry*, 14, 198-202.
- Van Outsem, R. (2011) "The applicability of neurofeedback in forensic psychotherapy': A literature review" *The Journal of Psychiatry and Psychology*, Vol. 22, No. 2, April 2011, 223-242.
- Van Ryn, M. & Burke, J. (2000) "The effect of patient race and socio-economic status on physicians' perceptions of patients" *Social Science & Medicine*, 50(6), 813-828.
- Van Tol, D., Rietjens, J. & Van der Heide, A. (2010) "Judgment of unbearable suffering and willingness to grant a euthanasia request by Dutch general practitioners" *Health Policy*, 97(2-3), 166-172.
- Van Vugt M., Kroon, H., Delespaul P. A. E. G., Dreef, F. G., Nugter, A., Roosenschoon, B. J., ... Mulder, C. L. (2011) "Assertive community treatment in the Netherlands: outcome and model fidelity" *Canadian Journal of Psychiatry*, 56, 154-160.
- Van Vugt M., Kroon, H., Delespaul P. A. E. G. & Mulder, C. I. (2016) "Assertive community treatment and associations with delinquency" *International Journal of Law and Psychiatry*, 49, 93-97.
- Van Wesemael, Y, Cohen, J., Bilsen, J. *et al* (2012) "Implementation of a service for physician's consultation and information in euthanasia requests in Belgium" *Health Policy*, 104(3), 272-278.
- Varghese, F. P., Hardin, E. E., Bauer, R. L. & Morgan, R. D. (2009) "Attitudes towards hiring offenders: The roles of criminal history, job qualifications and race" *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 54(5), 769-782.

Vaughan G. and John Done D. (2000) "Recent research relevant to discharge planning from medium secure psychiatric units: re-examining the literature" *The Journal of Forensic Psychiatry*, Vol 11 No 2 September 2000, 372-389.

Vaughan, K., McConaghy, N., Wolf, C., Myhir, C. & Black, T. (2000) "Community treatment orders: Relationship to medication compliance, behavioural disturbance and readmission" *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 801-808.

Vaughan P. J. (1999) "A consortium approach to commissioning services for mentally disordered offenders" *The Journal of Forensic Psychiatry*, Vol 10 No 3, December 1999, 553-566.

Vaughan P. J., Pullen N. and Kelly M. (2000) "Services for mentally disordered offenders in community psychiatry teams" *The Journal of Forensic Psychiatry*, Vol 11, No 3, December 2000, 571-586.

Vecchi, G. M. (2009) "Conflict & crisis communication: Workplace and school violence, Stockholm syndrome and abnormal psychology" *Annals of Behavioural Sciences*, 30-39.

Veehof, L., Stewart, R., Haaijer-Ruskamp, F. & Meyboom-de Jong, B. (2000) "The development of polypharmacy: A longitudinal study" *Family Practice*, 17(3), 261-267.

Veehof, L. J., Stewart, R. E., Meyboom de Jong, B. & Haaijer-Ruskamp, F. M. (1999) "Adverse drug reactions and polypharmacy in the elderly in general practice" *European Journal of Clinical Pharmacology*, 55(7), 533-536.

Velligan, D. I., Ereshefsky, L. & Miller, A. M. (2003) "Psychopharmacology: Perspectives on medication adherence and atypical antipsychotic medications" *Psychiatric Services*, 54(5), 665-667.

Velligan, D. I., Lam, Y. W., Glahn, D. C., Barrett, J. A., Maples, N. J., Ereshefsky, L., & Miller, A. L. (2006) "Defining and assessing adherence to oral antipsychotics: A review of the literature" *Schizophrenia Bulletin*, 32(4), 724-742.

Velligan, D. I., Weiden, P. J., Sajatovic, M., Scott, J., Carpenter, D., Ross, R. & Docherty, J. P. (2009) "The expert consensus guideline series: Adherence problems in patients with serious and persistent mental illness" *Journal of Clinical Psychiatry*, 70 (suppl. 4), 1-46.

Veltkamp, E., Nijman, H., Stolker, J. J, Frigge, K., Dries, P. & Bowers, L. (2008) "Patients' preferences for seclusion or forced medication in acute psychiatric emergency in the Netherlands" *Psychiatric Services*, 59(2), 209-211.

Verheul, R., Van Den Bosch, L. M. C., Koeter, M. W. J., De Ridder, M. A. J., Stijnen, T. & Van Den Brink, W. (2003) "Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder" *British Journal of Psychiatry* 182, 135-140.

Verhoeff, B. (2010) "Drawing borders of mental disorders: An interview with David Kupfer" *Biosocieties*, 5, 467-475.

Vernon, D., Frick, A. & Gruzelier, J. (2004) "Neurofeedback as a treatment for ADHD: A

methodological review with implications for future research" *Journal of Neurotherapy*, 8, 53-82.

Vernon, M. and Rich S. (1997) "Paedophilia and Deafness" *American Annals of the Deaf* 142(4): 300-310.

Vess, J. (2001) "Development and implementation of a functional skills measure for forensic psychiatric inpatients" *The Journal of Forensic Psychiatry*, Vol 12, No 3, December 2001, 592-609.

Veysey B. M., Steadman H. J., Morrissey, J. P., Johnsen, M. and Beckstead, J. W. (1998) "Using the referral decision scale to screen mentally ill jail detainees: validity and implementation issues" *Law and Human Behaviour* 22: 205-215.

Vilipen, J., Roesch, R. I. & Zapf, P. (2002) "An examination of the relationship between competency to stand trial, competency to waive interrogation rights and psychopathology" *Law and Human Behaviour*, 26(5), 497.

Vilke, G., Bozeman, W. P., Dawes, D., Demers, M. & Wilson, G. (2012) "Excited delirium syndrome (ExDS): Treatment options and considerations" *Journal of Forensic Legal Medicine*, 19(3), 117-121.

Vincent, C., Reinharz, D., Deaudelin, I., Garceau, M. & Talbot, L. R. (2006) "Public tele surveillance service for frail elderly living at home, outcomes and cost evolution: A quasi experimental design with two follow-ups" *Health and Quality of Life Outcomes*, 4(41), 120-134.

Vink, T. (2012) "Dementie en zelfeuthanasie, lessen uit de praktijk [Dementia and (self) euthanasia, lessons from practice]" *Tijdschrift voor Gezondheidszorg & Ethiek*, 22(2), 34-39.

Vogel, D. L. & Wade N. (2009) "Stigma and help-seeking" *The Psychologist*, 22(1), 20-23.

Vogel, D. L., Wade, N. & Haake, S. (2006) "Measuring the self-stigma associated with seeking psychological help" *Journal of Counselling Psychology*, 53, 325-337.

Vogel, T., Lanquillon, S. & Graf M. (2013) "When and why should mentally ill prisoners be transferred to secure hospitals: A proposed algorithm" *International Journal of Law and Psychiatry*, 36, 281-286.

Völlm, B., Panesar, K. & Carley, K. (2014) "Promoting work-related activities in a high secure setting: exploration of staff and patients' views" *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, Vol. 25, No. 1, 26-43.

Vollmann, J. (1997) "Die Selbstbestimmung von Patientinnen und Patienten in der sozialpsychiatrischen Praxis" *Ein medizinethisches Modell und seine praktische Umsetzung, Psychiatrische Praxis*, 24, 181-184.

Vollmann, J. (2012) "Advance directives in patients with mental disorders. Scope, prerequisites for validity and clinical implementation" *Nervenarzt*, 83, 25-30.

Vollmann, J., Bauer, A., Danker-Hopfe, H. & Helmchen, H. (2003) "Competence of mentally ill patients: A comparative empirical study" *Psychological Medicine*, 33, 1463-1471.

Vreugdenhil, C., Doreleijers, T. A. H., Vermeiren, R., Wouters, L.F.J.M., & Van Den Brink, W. (2004) "Psychiatric disorders in a representative sample of incarcerated boys in the Netherlands" *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 97-104.

Vuckovich, P. K. (2010) "Compliance versus adherence in serious and persistent mental illness" *Nursing Ethics*, 17, 77-85.

Wachenfeld, M. G. (1991) "The human rights of the mentally ill in Europe under the European Convention on Human Rights" (special issue in association with the Danish Center for Human Rights) *Nordic Journal of International Law*, 60, 107-292.

Wagner Von Jauregg, J. (1922) « The treatment of general paralysis by inoculation of malaria » *Journal of Nervous and Mental Disease*, 55, pp. 369-375.

Wahlbeck, K., Cheine, M., Essali, M. and Adams, C. (1999) "Evidence of Clozapine's effectiveness in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis of randomized trials" *American Journal of Psychiatry* 156: 990-999.

Waite, A., Carson, J., Cullen, D., Oliver, N., Holloway, F. & Missenden, K. (1997) "Case management: A week in the life of a clinical case management team" *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 4, 287-294.

Wales, H. W. & Hiday, V. A. (2006) "PLC or TLC: Is outpatient commitment the/an answer?" *International Journal of Law and Psychiatry*, 29, 451-468.

Wales, H. W., Hiday, V. A. & Ray, B. (2010) "Procedural justice and the mental health court judge's role in reducing recidivism" *International Journal of Law & Psychiatry*, 33, 265-271.

Walker, J. S. & Bright J. A. (2009a) "Cognitive therapy for violence; reaching the parts that anger management doesn't reach" *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, Vol. 20, No. 2, April 2009, 174-201.

Walker, J. S. & Bright J. A. (2009b) "False inflated self-esteem and violence: A systematic review and cognitive model" *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 20, 1-32.

Walker S. (2003) "Interprofessional work in child and adolescent mental health services" *Emotional & Behavioural Difficulties*, 8(3), 189-204.

Walkinshaw, G. & Waters, C. M. (1995) "Induction of apoptosis in catecholaminergic PC 12 cells by L-Dopa – Implications for the treatment of Parkinson's disease" *Journal of Clinical Investigation*, 95, 2458-2464.

Wallace, C., Mullen, P. & Burgess, P. (2004) "Criminal offending in schizophrenia over a 25-year period marked by deinstitutionalization and increasing prevalence of comorbid substance use disorders" *American Journal of Psychiatry*, 161, 716-727.

Waller, E. A., Kaplan, J. & Heckman, M. G. (2005) "Valvular heart disease in patients taking

pergolide" *Mayo Clinic Proceedings*, 80(8), 1016-1020.

Wallsten, T., Ostman, M., Sjoberg, R. & Kjellin, L. (2008) "Patients' and next-of-kins' attitudes towards compulsory psychiatric care" *Nordic Journal of Psychiatry*, 62(6), 444-449.

Walsh, B. (2007) "Clinical assessment of self-injury: A practical guide" *Journal of Clinical Psychology*, 63(11), 1057-1068.

Walsh, D. (2010) "Do we need community treatment orders in Ireland?" *Irish Journal of Psychological Medicine*, 27(2), 90-96.

Walsh, D. & Oxburgh, G. (2008) "Historical and contemporary developments in research" *Forensic Update*, 92, 41-45.

Walsh, E. & Fahy T. (2002) "Violence in society" *British Medical Journal* 325, 507-508.

Walter, M., Witzel, J., Wiebking, C., Gubka, U., Rotte, M., Schiltz, K., Bermpohl, R. *et al* (2007) "Paedophilia is linked to reduced activation in hypothalamus and lateral prefrontal cortex during visual erotic stimulation" *Biological Psychiatry*, 62, 698-701.

Wandzura, A. G. (2008) "Community treatment orders in Saskatchewan: What went wrong?" *Saskatchewan Law Review*, 71, 269-306.

Wang, Livingstone, J., Brink, J. & Murphy, E. (2006) "Persons found 'not criminally responsible on account of mental disorder': a comparison of British Columbia, Canada and Hunan, China" *Forensic Science International*, 164, 93-97.

Wang, Zhang, D., Jiang, S., Bai, Y., Ellis Cucolo, H. & Perlin, M. (2007) "Reassessing the aftercare treatment of individuals found not guilty due to a mental disability in Hunan, China: a supplemental study into the disposition of mentally ill offenders after forensic psychiatric assessment" *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41, 337-342.

Wannell, L. (2007) « Patients' relatives and psychiatric doctors : Letter writing in the York retreat, 1875-1910 » *Social History of Medicine*, vol. 20, n°2 , p. 297-313.

Ward, A. (1987) "Revival of tutors-dative" *Scottish Law Times* 69-72.

Ward, T. & Birgden, A. (2007) "Human rights and correctional practice" *Aggression & Violent Behaviour*, 12(6), 628-643.

Ward, T. & Brown, M. (2004) "The good lives model and conceptual issues in offender rehabilitation" *Psychology, Crime and Law*, 10, 243-257.

Ward, T., Mann, R. E. & Gannon, T. A. (2007) "The good lives model of offender rehabilitation: Clinical implications" *Aggression & Violent Behaviour*, 12(1), 87-107.

Ward, T. & Salmon, K. (2009) "The ethics of punishment: Correctional practice implications" *Aggression and Violent Behaviour*, 14, 239-247.

Ward, T. & Stewart, C. (2003) "Criminogenic needs and human needs: a theoretical model"

Psychology, Crime & Law 9, 125-143.

Warner, J., McCarney, R., Griffin, M., Hill, K. & Fisher, P. (2008) "Participation in dementia research: Rates and correlates of capacity to give informed consent" *Journal of Medical Ethics*, 34, 167-170.

Warner, R. (2010) "Does the scientific evidence support the recovery model?" *The Psychiatrist*, 34(1), 3-5.

Waters, B. M. & Joshi, K. G. (2007) "Intravenous quetiapine-cocaine use ('Q-ball')" *American Journal of Psychiatry*, 164(1), 173-174.

Watson, A. C., Morabito, M. S., Draine, J. & Ottati, V. (2008) "Improving police response to persons with mental illness: A multi-level conceptualization of CIT" *International Journal of Law and Psychiatry*, 31(4), 359-368.

Watson, A. C., Ottati, V. C., Morabito, M., Draine, L. M., Kerr, A. N. & Angell, B. (2010) "Outcomes of police contacts with persons with mental illness: The impact of CIT" *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 4, 302.

Watson W. (1998), 'Designed to cure: the clinician-led development of England's regional secure units', *The Journal of Forensic Psychiatry*, vol. 9 No 3 December 1998, 519-531.

Watt, B. D. & Howells, K. (1999) "Skills training for aggression control: Evaluation of an anger management programme for violent offenders" *Legal and Criminological Psychology*, 4, 285-300.

Watts, D. and Morgan, H. G. (1994) "Malignant alienation" *British Journal of Psychiatry* 164: 1-15.

Way, B. B. (1986) "The use of restraint and seclusion in New York State Psychiatric Centres". *International Journal of Law and Psychiatry* 8: 383-393.

Weber, W. (2001) "Belgian Euthanasia Bill gains momentum" *Lancet*, 357(9253), 372-376.

Wechsler, H. J., Kehn, A., Wise, R. A. & Cramer, R. J. (2015) "Attorney beliefs concerning scientific evidence and expert witness credibility" *International Journal of Law and Psychiatry*, 41, 58-66.

Wehbe-Alamah, H. & Wolgamott, S. (2014) "Uncovering the mask of borderline personality disorder: Knowledge to empower primary care providers" *The Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 26, 292-300.

Weiden, P. J. & Glazer, W. (1997) "Assessment and treatment selection for 'revolving door' inpatients with schizophrenia" *Psychiatric Quarterly*, 68, 377-392.

Weiden, P. J. & Olfson, M. (1995) "Cost of relapse in schizophrenia" *Schizophrenia Bulletin*, 21, 419-429.

Weisaeth, L. (1989) "Importance of high response rates in traumatic stress research" *Acta*

Psychiatrica Scandinavica (Supplement) 355: 131-137.

Weiss, D. S., Marmar, C. R., Schlenger, W. E., Fairbank, J. A., Jordan, B. K., Hough, R. L. and Kulka, R. A. (1992) "The prevalence of lifetime and partial post-traumatic stress disorder in Vietnam theatre veterans" *Journal of Traumatic Stress* 5: 365-376.

Wen, C., Hudak, P. & Hwang, S. (2007) 'Homeless people's perceptions of welcomeness and unwelcomeness in healthcare encounters' *Journal of General Internal Medicine*, 22(7), 1011-1017.

West, S. (2006) "A review of chemical castration and its use in the U.S. Penal system" *American Journal of Forensic Psychiatry*, 27(1): 55-70.

Wexler D. B. & Winick, B. J. (1991) "Therapeutic jurisprudence as a new approach to mental health law policy analysis and research" *University of Miami Law Review*, 45(5), 979-1004.

Wheatley M., (1998) 'The prevalence and relevance of substance use in detained schizophrenic patients', *The Journal of Forensic Psychiatry*, vol. 9, No 1, Mai 1998, 114-129.

Wheeler, K. J., Roberts, M. E. & Neiheisel, M. B. (2014) "Medication adherence part two: Predictors of nonadherence and adherence" *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 26, 225-232.

White J., Leggett J. and Beech A., "The incidence of self-harming behaviour in the male population of a medium-secure psychiatric hospital" *The Journal of Forensic Psychiatry* Vol 10, Avril 1999, 59-68.

White, M. D. & Ready, J. (2007) "The TASER as a less lethal force alternative. Findings on use and effectiveness in large metropolitan police agency" *Police Quarterly*, 10 (2), 170-191.

Whitlock, J. L. (2010) "Self-injurious behaviour in adolescents" *PloS Medicine*, 7(5), e1000240-e1000240.

Whitlock, J. L., Eells, G., Cummings, N. & Purington, A. (2009) "Non-suicidal self-injury on college campuses: Mental health provider assessment of prevalence and need" *Journal of College Student Psychotherapy*, 23(3), 172-183.

Whittington, C. J., Kendall, T., Fonagy, P., Cottrell, D., Cotgrove, A. & Boddington, E. (2004) "Selective serotonin reuptakes inhibitors in childhood depressions: Systematic review of published versus unpublished data" *Lancet*, 363(9418), 1341-1345.

Whittington, R., Lancaster G., Meehan, C., Lane, S. & Riley, D. (2006) "Physical restraint of patients in acute mental healthcare settings: patient, staff and environmental factors associated with the use of a horizontal restraint position" *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology* June 2006; 17(2): 253-265.

Whittington, R. & Wykes, T. (1994) "'Going in strong': confrontive coping by staff" *Journal of Forensic Psychiatry*. 5, 609-614.

Whyte, S. and Harrison, C. (2004) "Substance misuse services in secure psychiatric units"

Medicine, Science and the Law 44(1): 71-74.

Whyte, S., Scott F. and Maden T. (2004) "Editorial: substance misuse in secure psychiatric hospitals" *The Journal of Forensic Psychiatry* Vol 15, No 4, December 2004, 591-594.

Wiersma, D., Jenner, J. A., Van de Willige, G., Spakman, M. & Nienhuis, F. J. (2001) "Cognitive behaviour therapy with coping training for persistent auditory hallucinations in schizophrenia: A naturalistic study of the durability of effects" *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103(5), 393-399.

Wilkie A., Preston N., and Wesby R. (1997) "High-dose antipsychotics – who gives them and why?" *Psychiatric Bulletin* 25: 179-183.

Wilkinson, P. & Goodyer, I. (2011) "Non-suicidal self-injury" *European Child Adolescent Psychiatry*, 20, 103-108.

Williams, D. J. (2003) "'Quality of life' perceived by sex offenders on early release in a halfway house: Implications for treatment" *Journal of Offender Rehabilitation*, 38, 77-93.

Williams, G. A. (1998) "Video technology and children's evidence: International perspectives and recent research" *Medicine and Law*, 17, 263-281.

Williams, D. R., Neighbors, H. W. & Jackson, J. S. (2003) "Racial / ethnic discrimination and health: Findings from community studies" *American Journal of Community Psychology*, 27 (2), 255-271.

Wilner, A. N. (2004) "Therapeutic equivalency of generic antiepileptic drugs: Results of a survey" *Epilepsy & Behaviour*, 5, 995-998.

Willner, P., Bridle, J., Dymond, S. & Lewis, G. (2011) "What do newly appointed health staff know about the Mental Capacity Act (2005)?" *Medicine, Science and the Law*, 51, 97-101.

Wilson, K., Scott, J., Graham, I., Kozak, J., Chater, S., Viola, R. *et al* (2000) "Attitudes of terminally-ill patients toward euthanasia and physician-assisted suicide" *Archives of Internal Medicine*, 160, 2454-2460.

Wilson S. and Forrester A. (2002) "Too little, too late? The treatment of mentally incapacitated prisoners" *The Journal of Forensic Psychiatry* Vol 13, No 1 April 2002, 1-8.

Winblad, B., Kilander, L., Eriksson, S., Minthon, L., Batsman, S., Wetterholm, A. L. *et al* (2006) "Donepezil in patients with severe Alzheimer's disease: Double-blind, parallel-group, placebo-controlled study" *Lancet*, 367(9516), 1057-1065.

Winder, B., Lievesley, R., Kaul, A., Elliott, H. L., Thorne, K. & Hocken K. (2014) "Preliminary evaluation of the use of pharmacological treatment with convicted sexual offenders experiencing high levels of sexual preoccupation, hypersexuality and/or sexual compulsivity" *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, Vol. 25, No. 2, 176-194.

Windle, M. (1997) "The trading of sex for money or drugs, sexually transmitted diseases (STDs) and HIV-related risk behaviours among multi-substance using alcoholic inpatients"

Drug and Alcohol Dependence, 49 (1), 33-38.

Windsor, L. (2013) "Using concept mapping for Community-Based Participatory Research: Paving the way for community-based health interventions for oppressed populations" *Journal of Mixed Methods Research*, pp. 274-293.

Wing, J. (2000) "Institutionalism and institutionalisation" *The Journal of Forensic Psychiatry*, Vol 11 No 1 April 2000, 7-10.

Winick, B. J. (2003) "Outpatient commitment: A therapeutic jurisprudence analysis" *Psychology, Public Policy and Law*, 9 (1-2), 107-144.

Winnicott, D. W. (1956) « Prefrontal leucotomy » *British Medical Journal*, 1, p. 230.

Winslow, B. T., Onysko, M. K., Stob, C. M. & Hazlewood, K. A. (2011) "Treatment of Alzheimer's disease" *American Family Physician*, 83(12), 1403-1412.

Witt, P. H., Greenfield, D. P. & Hiscox, S. P. (2012) "Cognitive/behavioural approaches to the treatment of adult sex offenders" *Journal of Psychiatry & Law*, 36, 245-269.

Wolff, N. (2002) "Courts as therapeutic agents: Thinking past the novelty of mental health courts" *Journal of the American Academy of Psychiatry & Law*, 30, 431-437.

Wolfson, J. K. (2009) "A psychiatrist's commentary of *Sell v. U. S. et al.*: How did we get here, and where are we going?" *Journal of Psychiatry & Law*, 37, 431-448.

Wolff, N., Frueh, B. C., Huening, J., Shi, J. & Epperson, M. (2013) "Practice informs the next generation of behavioural health and criminal justice interventions" *International Journal of Law and Psychiatry*, 36, 1-10.

Wong, J. G., Clare, I. C. H., Gunn, M. J. & Holland, A. J., (1999) "Capacity to make health care decisions; its importance in clinical practice" *Psychological Medicine*, 29, 437-446.

Wood, J. D. & Beierschmitt, L. (2014) "Beyond crisis intervention: Moving 'upstream' to manage cases and places of behavioural health vulnerability" *International Journal of Law and Psychiatry*, 37, 439-447.

Wood, R. M., Grossman, L. S. & Fichtner, C. G. (2000) "Psychological assessment, treatment and outcome with sex offenders" *Behavioural Sciences and the Law*, 18(1), 23-41.

Woodward, J. (1972) "Implications for sociolinguistics research among the deaf" *Sign Language Studies* 1, 1-17.

Wright S., Sayer, J., Parr A-M., Gray, R., Southern D. & Gournay K. (2005) "Breakaway and physical restraint techniques in acute psychiatric nursing: results from a national survey of training and practice" *The Journal of Forensic Psychiatry* 16(2): 380-398.

Wynn, R. (2004) "Psychiatric inpatients' experiences with restraint" *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology* 15, 124-144.

Xenitidis, K. I., Henry, J., Russel, A. J., Ward, A., & Murphy, D.G.M. (1999). "An impatient treatment model for adults with mild intellectual disability and challenging behaviour.", *Journal of Intellectual Disability Research*, 43, 128-134.

Yarlagadda, S., Maughan, D., Lingwood, S. & Davison, P. (2014) "Sustainable psychiatry in the UK" *Psychiatric Bulletin*, 38(6), pp. 285-290.

Yates, K. F., Kunz, M., Khan, A., Volavka, J. & Rabinowitz, S. (2010) "Psychiatric patients with histories of aggression and crime five years after discharge from a cognitive-behavioural program" *The Journal of Psychiatry & Psychology*, Vol. 21, No. 2, April 2010, 167-188.

Yilidrim, Y. K. & Fadiloglu, C. (2006) "The effect of progressive muscle relaxation training of anxiety levels and quality of life in dialysis patients" *European Dialysis and Transplant Nurses Association Journal*, 32, 86-88.

Yiming, C. & Fung, D. (2003) "Child sexual abuse in Singapore with special reference to medico-legal implications: A review of 38 cases" *Medicine, Science and Law*, 43, 260-266.

Yorston, G. and Pinney, A. (1997) "Use of high-dose antipsychotic medication" *Psychiatric Bulletin* 21: 566-569.

Yorston, G. and Taylor P. J. (2009) "Older patients in an English high security hospital: A qualitative study of the experiences and attitudes of patients aged 60 and over and their care staff in Broadmoor Hospital" *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, Vol. 20, No. 2, April 2009, 255-267.

Young, G. (2016) "Psychiatric / psychological forensic report writing" *International Journal of Psychiatry & Law*, 49, 214-220.

Young S. J. (1999a) "Psychological therapy for adults with attention deficit hyperactivity disorder" *Counselling Psychology Quarterly* 12(2): 183-190.

Young, S. J., Gudjonsson G. H. & Terry, R. (2006) "The development of a forensic clinical psychology service in a community mental health team" *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology* December 2006, 17(4): 626-635.

Young, S. J. and Harty M. A. (2001) "Treatment issues in a personality disordered offender: a case of attention deficit hyperactivity disorder in secure psychiatric services" *The Journal of Forensic Psychiatry*, Vol 12, No 1 April 2001, 158-167.

Young, A., Howarth, P., Ridgeway S. and Monteiro B. (2001) "Forensic referrals to the three specialist psychiatric units for deaf people in the UK" *The Journal of Forensic Psychiatry* Vol 12, No 1, April 2001, 19-35.

Zapatka, S. A., Conelius, J., Edwards, J., Meyer, E. & Brienza, R. (2014) "Pioneering a primary care adult nurse practitioner interprofessional fellowship" *Journal for Nurse Practitioners*, 10(6), 378-386.

Zaubler, T. S. & Fins, J. (1996) "Ethical, legal and psychiatric issues in capacity, competency and informed consent: an annotated bibliography" *General Hospital Psychiatry* 18, 155-172.

Zerbe, K. (1996) "Anorexia nervosa and bulimia nervosa. When the pursuit of bodily 'perfection' becomes a killer" *Postgraduate Medicine*, 99, 161-169.

Zetterberg, L., Sjöström, S. & Markström, U. (2014) "The compliant court – Procedural fairness and social control in compulsory community care" *International Journal of Law and Psychiatry*, 37(6), 543-550.

Zgoba, K. M., Sager, W. R. & Witt, P. H. (2003) "Evaluation of New Jersey's sex offender treatment program at the Adult Diagnostic and Treatment Center: preliminary results" *The Journal of Psychiatry & Law*, 31, 133-164.

Ziedonis, D. M. (2004) "Integrated treatment of co-occurring mental illness and addiction: clinical intervention, program and system perspectives" *CNS Spectrums*, 9, 892-904.

Zigmond, A. and Holland A. (2000) "Unethical mental health law: history repeats itself" *Journal of Mental Health* 1: 49-56.

Zinger, I. & Forth, A. (1998) "Psychopathy and Canadian criminal proceedings: The potential for human right abuses" *Canadian Journal of Criminology*, 40, 237-276.

Zito, J. M., Craig, T. J., Wanderling, J. and Siegel, C. (1987) "Pharmaco-epidemiology in 136 hospitalized schizophrenic patients". *American Journal of Psychiatry*. 144 (6): 778-782.

Zlotnick, C., Shea, M. T., Begin, A., Pearlstein, T., Simpson, E. et Costello, E. (1996) "The validation of the trauma symptom checklist-40 in a sample of inpatients" *Child Abuse and Neglect* 20: 503-510.

Zuckerberg, J. (2007) "International human rights for mentally ill persons: The Ontario experience" *International Journal of Law and Psychiatry*, 30, 512-529.

Zuvekas, S. H. (2005) "Prescription drugs and the changing patterns of treatment for mental disorders: 1996-2001" *Health Affairs* 24(1), 195-205.

II) COLLOQUES, AVIS, RAPPORTS, ETUDES ET DISCOURS

A) COLLOQUES

Colloques en français

Aght, C. (2013) 5e colloque soignant de l'EPSAN, BRUMATH, 21 et 22 novembre 2013.

Albernhé, J. F. (1997) *Criminologie et psychiatrie*. Ouvrage collectif, éd. Ellipses.

Bantman, P. (2000b) « Pourquoi faut-il aider la famille du psychotique ? » Atelier, Journées SNC La Villette, 1^{er} décembre 2000.

Bloch-Laine, J-F. (2004) « La dignité des personnes détenues est-elle respectée ? » Colloque « Santé en prison : Dix ans après la loi, quelle évolution dans la prise en charge des personnes

détenues ? », 7 décembre 2004.

Bouville, V. & Becker, V. (1996) « Les fixations, une alternative à l'isolement ? » in *L'isolement thérapeutique en psychiatrie*, Journée clinique pluridisciplinaire, 8 février 1996, Centre Hospitalier Esquirol.

Casile-Hugues G. (2012) « L'expert judiciaire et le secret médical » in *Les cahiers de droit de la santé du sud-est – Le secret médical*, sous la direction de LECA, A., actes du Xie colloque du Centre de droit de la Santé d'Aix-Marseille, Aix-en-Provence, 30 novembre 2011.

Cerletti, U. (1950) « L'électrochoc » *Thérapeutique biologique. Indications respectives des méthodes de choc – Actualités scientifiques et industrielles*, n°1099, Congrès international de psychiatrie, Paris, Hermann, p. 43.

De Barahona Fernandez, H. J. (1950) « Anatomico-physiologie cérébrale et fonctions psychiques dans la leucotomie préfrontale » *1^{er} Congrès international de psychochirurgie*, Paris, Hermann, pp. 1-62.

Delay, J. (1955) « Chlorpromazine et médicaments neuroleptiques en thérapeutique psychiatrique » *Actes du Colloque international de Paris sur la chlorpromazine et les médicaments neuroleptiques en thérapie psychiatrique*, 20-22 octobre 1955, *L'Encéphale*, pp. 1-19.

Gekiere, C. (2010) « Valeur marchande du diagnostic », *Journées d'étude APREPA*, Brumath, 25 et 26 mars 2010.

Herreros, G. (2008) Intervention lors du séminaire « Culture, hôpital et territoires », Lyon, le 13 mai 2008.

Janssen, P. (1960) *Symposium international sur le Halopéridol*, Beerse, 5 septembre 1959, Bruxelles, *Acta Medica Belgica*.

Leca, A. (2007) *La fin de vie et l'euthanasie*, collection du Centre de droit de la santé d'Aix-Marseille (CDSA), colloque d'Aix-en-Provence, 30 novembre - 1^{er} décembre 2007, éd. Les Etudes Hospitalières.

Ley, A. (1924) « Traitement de la paralysie générale par l'inoculation de la maladie tierce » *Congrès des médecins aliénistes de France et des pays de langue française*, Bruxelles, comptes-rendus publiés par le Dr. Auguste Ley, éd. Masson, Paris, p. 188.

Ley, A. (1928) « La thérapeutique de la paralysie générale », discussion du rapport de B. Dujardin et R. Targowla, *Congrès des aliénistes de France et des pays de langue française* (Anvers), comptes-rendus publiés par le Dr. F. Meeus, éd. Masson, Paris, pp. 210-211.

Paulet, C. (2011) « Le secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire : Solutions de continuité ? » XVIIIe Journée régionale du SMPR de Marseille, *Crimino Corpus*, 2011.

Thierry J-B (2004) « Aspects juridiques des droits des patients détenus et de l'éthique des soins en milieu carcéral », colloque « Santé en prison : Dix ans après la loi, quelle évolution dans la prise en charge des personnes détenues ? », 7 décembre 2004.

Tosquelles, F. (1972) « Désir et institution » *Recherches*, n°11 consacrée aux Journées d'études de psychothérapie institutionnelle, colloque de Waterloo, mai 1972, p. 5.

Zumbrunnen, R. (1992) *Psychiatrie de liaison*. Consultation psychiatrique à l'hôpital général, Paris, France. Editions Masson.

Colloques en anglais

Doren, D. (2004) "So how do they get out? The model for considering release of civilly committed sexual offenders" Paper presented at the 23rd Annual Conference of the Association of the Treatment of Sexual Abusers. October 2004, Albuquerque, NM.

English, K. (2006) Working together to manage sex offenders. Paper presented at the conference of the American Parole and Probation Association. July 2006. Chicago, IL.

Gardiner Hill, R. (1838) *Total abolition of personal restraint in the treatment of the insane. A lecture on the management of lunatic asylums, and the treatment of the insane*. Mechanics' Institution, Lincoln, 21 juin 1838, Londres, éd. Simpkin, Marshall & S. Highley.

Jackson, R. L., Schneider, J. & Travia, T. (2007) "Surveying sex offender civil commitment programs: Program and resident characteristics" Paper presented at the annual meeting of the Association for the Treatment of Sexual Abusers (ATSA), San Diego, CA.

Kalinowsky, L. B. (1962) « The place of the older and newer somatic treatments in psychiatry » *Proceedings of the Third World Congress of Psychiatry*, 4-10 juin 1961, University of Toronto Press, Toronto.

Oliver, A. D. (1994) "A procedure for the quality assessment of expert witness testimony" Paper presented at the 20th International Congress of Law & Mental Health, Montreal, Canada, 17th June 1994.

Paladino, G. (2007) Personal communication, September 15, 2007.

Quinn, G. (2010) "Personhood & legal capacity, perspectives on the paradigm shift of article 12 CRPD" *HPOD Conference*. Harvard Law School.

Skeem, J. (2008) *High risk, not hopeless: Recent research on treating individuals with psychopathy*. Paper presented at the annual meeting on the International Association of Forensic Mental Health, Vienna, Austria.

Thornton, D. & McCulloch, D. (2004) "Supervised release of civilly committed sexual offenders: Some lessons learned". Paper presented at the 23rd Annual Conference of the Association of the Treatment of Sexual Abusers (ATSA). October 27, 2004. Albuquerque, NM.

III) THESES & MEMOIRES

Thèses et mémoires en français

Ballanger M. (2015) *L'effectivité des droits des détenus en tant que patients*, mémoire soutenu sous la direction d'Adeline Gouttenoire, Université de Bordeaux, LEH éditions.

David-Souchot, V. (2013) *La fin de vie en EHPAD des personnes âgées psychodépendantes*, mémoire rédigé sous la direction de CAMUS, T-M, coll. Mémoires numériques de la BNDS, éd. Les Etudes Hospitalières, pp. 44-146.

Desrues, T. (2012) *Les fugues en psychiatrie. Etat des lieux au CHU de Nantes en 2011*, thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en médecine soutenue en 2012 à la faculté de médecine de Nantes.

Fauvel, A. (2005) *Témoins aliénés et « Bastilles modernes » : une histoire politique, sociale et culturelle des asiles en France (1800-1914)*, Thèse d'Histoire, EHESS, Paris.

Floch, M. (2011) *Le respect de la volonté des patients : enquête sur la personne de confiance et les directives anticipées*, Bordeaux, LEH Edition, 2011, Mémoires numériques de la BNDS.

Gauffeny, N. (1896) *Marandon de Montyel ou les Contradictions de la médecine aliéniste*, mémoire pour l'obtention du CES de psychiatrie, université de Lille.

Legigan, C. (2018) « Les directives anticipées en psychiatrie : Une revue de la littérature », thèse soutenue à l'Université de Bordeaux.

Maquestiau, A. (2015) *Interdire, tolérer ou légaliser l'euthanasie : réflexions à l'aune des positions française et belge*, sous la direction de B. Legros, Université de Lille 2, LEH Editions.

Ruault-Chenu, K. (2012) *L'obligation de soins psychiatrique suite à la réforme du 5 juillet 2011*, mémoire de master 2 recherche, Université Paris Descartes, dir. J-C Coffin.

Togni Perrenoud, N. (1998) *L'introduction de la chlopromazine, premier neuroleptique, à l'hôpital psychiatrique et universitaire de Cery entre 1952 et 1955*, thèse préparée sous la dir. Du Dr Jacques Gasser, Université de Lausanne.

Thèses et mémoires en anglais

Banner, N. F. (2010) *Judging by a different standard? Examining the role of rationality in assessments of mental capacity. PhD.* University of Central Lancashire.

Cavadino, M. (1983) "An examination and evaluation of English Mental Health Law" Unpublished PhD thesis, University of Sheffield.

Lally, S. J. (1988) "How psychiatric patients become engulfed in a mentally ill self-concept: 'Does being here mean there is something wrong with me?'" Unpublished PhD dissertation, The University of North Carolina at Chapel Hill.

Livingstone, M. S. (1994) "Self-injurious behaviour in prisoners" unpublished PhD thesis, University of Leeds, UK.

Van der Helm, G. H. P. (2011) *First do not harm: Group climate in secure correctional institutions* (Unpublished PhD thesis). Vu University, Amsterdam: SWP.

Wood, L. C. (1985) *John Conolly and the historical interpretation of moral management*.
Mémoire de Master en histoire, University of British Columbia.

TABLE DES MATIERES

(Les nombres renvoient aux numéros de pages)

PRINCIPALES ABREVIATIONS	4
SOMMAIRE	10
INTRODUCTION	12

PREMIERE PARTIE : L'HOSPITALISATION PSYCHIATRIQUE EN CRISE, DE L'ADMISSION A L'EXERCICE DE LA CONTRAINTE ATTENTATOIRE AUX DROITS DES PATIENTS	31
--	----

A) L'admission et ses modalités en établissement psychiatrique	32
1) <u>Maladie mentale et troubles psychiatriques : Essai de classification</u>	32
• La schizophrénie, les troubles bipolaires et de dissociation de la personnalité.....	32
• Les troubles de l'attention, de l'hyperactivité et les troubles obsessionnels compulsifs.....	36
• Les troubles dépressifs.....	38
• Le syndrome de guerre ou syndrome post-traumatique.....	39
• Les troubles alimentaires.....	42
• Les maladies neurodégénératives.....	44
• Les troubles sexuels.....	47
• La psychopathie : réalité ou fantasme ?.....	48
• Questionnements sur l'origine des troubles mentaux.....	52
• La comorbidité.....	53
• L'impulsivité, facteur d'aggravation des troubles mentaux.....	57
• Pourquoi soigner les troubles mentaux ?.....	59
2) <u>Les différents modes d'hospitalisation en civil et common law</u>	60
a) <i>Etat des lieux sur la pratique psychiatrique en France</i>	60
b) <i>La procédure d'admission sous contrainte en droit français</i>	67
• Avant l'adoption de la loi française du 5 juillet 2011.....	69
• L'admission à la demande d'un tiers.....	78
_ Qui peut agir en qualité de tiers ?.....	78
_ Quelles sont les conditions tenant au patient ?.....	79
• L'admission sur décision d'un représentant de l'Etat.....	80
_ Qui peut agir en qualité de représentant de l'Etat ?.....	80
_ Quelles sont les conditions tenant au patient ?.....	79
• L'intervention du juge des libertés et de la détention.....	80

• L'admission du patient en UMD (Unité pour malades difficiles).....	89
c) <i>La procédure d'admission sous contrainte en droit britannique</i>	95
• Les conditions tenant au patient.....	97
• Les autorités compétentes pour ordonner l'hospitalisation sous contrainte.....	98
• L'apport du droit écossais sur la procédure d'admission.....	100
d) <i>La Convention européenne des Droits de l'Homme et le renforcement des droits des patients psychiatriques</i>	101
• Les principaux droits fondamentaux consacrés par la Convention.....	103
• L'exemple du droit à la protection contre la torture, les traitements inhumains et dégradants.....	107
e) <i>Le dispositif d'aide à la prise de décision : les directives anticipées</i>	109
• L'impulsion donnée par la Convention internationale promouvant les droits des personnes handicapées.....	110
• Les directives anticipées en droit britannique.....	112
• L'apport du droit écossais concernant les directives anticipées.....	116
• Les directives anticipées en droit français.....	118
3) <u>Questionnements éthiques autour de l'hospitalisation</u>	123
a) <i>Les soins psychiatriques et somatiques : quelle qualité ?</i>	124
• L'hospitalisation : quelle efficacité ?.....	127
• L'institutionnalisation et la désinstitutionnalisation.....	129
b) <i>La fiabilité de la psychiatrie remise en cause</i>	131
• La classification des patients : gravité des troubles psychiatriques et dangerosité.....	132
• Quelle crédibilité scientifique accorder au DSM ?.....	136
• La remise en cause du « paternalisme médical » en psychiatrie.....	142
• Une hospitalisation plus respectueuse des droits des patients ?.....	144
• Le double rôle du psychiatre : soignant et « geôlier ».....	147
c) <i>Les autorités françaises protectrices des libertés individuelles des patients psychiatriques</i>	149
• Les commissions départementales de soins psychiatriques (CDSP).....	149
• Le contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL).....	152
B) Les moyens de contrainte et la gestion des incidents en psychiatrie hospitalière	156
1) <u>L'emploi controversé de la contrainte en hôpital psychiatrique</u>	157
a) <i>Les différentes mesures de contrainte assurant la sécurité du service hospitalier</i>	157
b) <i>Assurer la sécurité en service hospitalier, justification du recours à la contrainte</i>	168
c) <i>Le caractère répressif de la contrainte décrié</i>	172
• L'usage de la contrainte chez le patient anorexique.....	175
• Le recours à une contrainte nuancée : la contrainte symbolique.....	177
• La contrainte entre nécessité thérapeutique et objet de souffrance chez le malade.....	180
d) <i>Les propositions en faveur d'une réduction du recours à la contrainte</i>	182
• Le programme d'évaluation des risques.....	182
• La gestion de l'état de décompensation du patient en amont.....	186
• Le registre de traçabilité des mesures de contrainte.....	187
2) <u>La violence en établissement psychiatrique : une fatalité ?</u>	191
a) <i>Les différentes formes de violence en hôpital psychiatrique commises par les patients</i>	192
b) <i>A l'origine des faits de violence chez les patients psychiatriques</i>	194

• L'absence d'accomplissement de soi chez le patient.....	194
• La comorbidité, les antécédents judiciaires et la surpopulation hospitalière.....	195
• Les contextes propices à l'apparition de faits de violence.....	198
c) <i>Comment limiter l'apparition de faits de violence en hôpital psychiatrique ?</i>	200
• L'impact des faits de violence chez les patients et les soignants.....	200
• Le souci de garantir la sécurité et la salubrité des espaces de soins.....	202
• Poursuivre pénalement les patients : un choix déontologiquement inacceptable.....	203
• Le programme de gestion de la violence hospitalière proposé par la HAS.....	208
- L'information.....	209
- La prévention.....	209
- La gestion de l'incident violent.....	211
- L'organisation de projet au niveau institutionnel.....	212
3) <u>La gestion des autres incidents en hôpital psychiatrique : relations sexuelles, fugues et violences auto-agressives</u>	214
a) <i>L'interdiction des comportements à connotation sexuelle et de l'acharnement thérapeutique</i>	214
• L'interdiction des comportements à connotation sexuelle entre patients.....	215
• La prohibition des comportements à connotation sexuelle entre patients et soignants.....	218
• L'interdiction de l'acharnement thérapeutique.....	223
b) <i>La commission des fugues ou sorties non autorisées par les patients psychiatriques</i>	224
• Définition et caractéristiques des fugues ou sorties médicales non autorisées.....	225
• Fugues et insécurité au sein de l'hôpital psychiatrique.....	227
• Les origines des fugues chez les patients psychiatriques.....	230
• La responsabilité de l'hôpital engagée à l'occasion d'une fugue.....	231
c) <i>La gestion des violences auto-agressives chez le patient : des actes d'automutilation à la tentative de suicide</i>	238
• Définition et caractéristiques des actes d'automutilation commis par le patient psychiatrique.....	238
• Les caractéristiques de l'acte suicidaire commis par le patient.....	242
• Le devoir de protection de l'établissement à l'occasion d'une tentative de suicide commise par le patient.....	248
d) <i>Le refus de prise en compte du désir de mort chez le patient psychiatrique</i>	254
• L'accès aux soins de fin de vie du patient, un droit inaliénable.....	254
• La présomption légale de compétence du patient psychiatrique désirant mourir.....	259
• La souffrance mentale du patient suicidaire ignorée par le législateur.....	262
• La problématique du patient psychiatrique âgé désirant mourir.....	268

DEUXIEME PARTIE : L'INSUFFISANTE PRISE EN CHARGE MEDICALE DES SANS-ABRIS ET DES DETENUS ET L'URGENCE D'UNE AMELIORATION DE LA PRATIQUE PSYCHIATRIQUE.....279

A) La mauvaise qualité des soins psychiatriques dispensés aux sans domicile fixe et aux détenus en civil et common law.....	281
1) <u>La prise en charge psychiatrique du sans-abri et du malade mental déclaré pénalement irresponsable</u>	281
a) <i>La prise en charge psychiatrique des sans-abris entre nécessité sociale et recours à la contrainte</i>	282
• Les sans-abris, une catégorie sociale d'une extrême vulnérabilité.....	282

• L'unité de crise, réponse imparfaite à la prise en charge psychiatrique et sociale des sans-abris.....	285
• Le recours à la violence et au TASER, pratiques controversées des unités de crise.....	290
• Les solutions alternatives : du questionnaire standardisé au contact téléphonique avec un soignant.....	296
b) <i>L'interpellation du malade mental auteur de faits reprochés par les forces de l'ordre</i>	298
• Les poursuites pénales, solution inadaptée à la prise en charge psychiatrique de l'auteur des faits reprochés.....	299
• Les critères subjectifs de l'irresponsabilité pénale de l'auteur des faits en droit britannique et américain.....	302
• Le 'traitement spécial' prescrit au malade mental auteur des faits reprochés en droit américain.....	305
c) <i>Les Mental Health Courts, tribunaux hybrides alliant contentieux pénal et troubles psychiatriques</i>	308
• La structure <i>sui generis</i> et le fonctionnement des MHC en faveur de l'hospitalisation du malade mental.....	308
• L'efficacité des MHC et leurs limites.....	311
- La jurisprudence thérapeutique et les programmes de réhabilitation, gage d'efficacité des MHC.....	311
- L'absence de suivi du traitement, principale déficience des MHC.....	315
d) <i>La mise en place de la diversion judiciaire à l'encontre de l'individu pénalement irresponsable</i>	317
• Les modalités de la diversion judiciaire en droit britannique et français.....	317
• L'arrêt <i>Reid</i> et le risque de récidive justifiant l'hospitalisation sous contrainte de l'auteur des faits déclaré irresponsable.....	320
• La protection par le juge européen du droit au procès équitable de l'auteur des faits pénalement irresponsable.....	323
2) <u>L'inefficace prise en charge médicale du détenu entre environnement anxigène, mesures répressives et soins psychiatriques insuffisants</u>	324
a) <i>L'établissement pénitentiaire, milieu répressif inadapté à la prise en charge psychiatrique des détenus</i>	325
• Les principales similitudes et différences des établissements pénitentiaires et psychiatriques.....	325
• L'exemple du quartier disciplinaire, mesure punitive et inadaptée au détenu souffrant de troubles mentaux.....	326
• L'incarcération, solution délétère pour le détenu psychiatrique.....	332
• La condamnation du détenu malade à de longues peines d'emprisonnement ; la sévérité excessive du juge américain.....	336
- La loi américaine visant les 'prédateurs sexuels violents' et son mécanisme répressif.....	336
- Les travers de la loi américaine entre flou juridique, visée sécuritaire et absence d'intérêt thérapeutique.....	339
- La sévérité de la loi américaine reprise en droit australien, écossais et britannique.....	342
b) <i>L'inefficacité du dispositif de soins dispensé au détenu français dénoncée</i>	348
• La classification tripartite des besoins de santé psychiatriques chez les détenus.....	349

• Les Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA), infrastructure sanitaire et pénitentiaire aux moyens insuffisants.....	351
- La structure et le fonctionnement des UHSA.....	351
- La logique sécuritaire des UHSA portant gravement atteinte aux libertés individuelles des patients détenus.....	355
• Les extractions médicales, symbole d'une dispensation des soins coercitive à l'égard des patients détenus.....	360
- Le recours arbitraire aux différentes mesures de sécurité à l'occasion d'une extraction médicale.....	360
- L'emploi injustifié et dégradant de la contrainte sur le patient détenu au cours des soins.....	363
c) <i>Les mesures de sûreté applicables au détenu réprouvées pour leur inefficacité</i>	368
• Les différentes mesures de sûreté à l'égard du condamné souffrant de troubles psychiatriques.....	368
• Les mesures de sûreté dénoncées pour leur restriction aux libertés individuelles des ex-détenus.....	371
d) <i>L'insuffisance des soins psychiatriques en milieu carcéral et l'acte suicidaire du détenu</i>	375
• Le rôle primordial du psychiatre et des agents pénitentiaires dans la prise en charge psychiatrique du détenu.....	375
• L'importance du devoir de vigilance du personnel pénitentiaire face au risque suicidaire du détenu.....	384
- La suspension de peine, une mesure de sécurité en faveur du détenu dévoyée.....	384
- Le difficile accès aux soins psychiatriques des détenus.....	388
- L'acte suicidaire, conséquence de l'abandon du détenu en détresse.....	394
• Les pistes d'amélioration de la qualité des soins, de l'établissement pénitentiaire à l'hospitalisation de l'ex-détenu.....	396
B) Réflexions éthiques sur les psychotropes et les thérapies en faveur d'une psychiatrie plus humaine	404
1) <u>Le recours incontournable aux psychotropes dans le traitement des troubles mentaux</u>	404
• Les chiffres d'une consommation de psychotropes en pleine expansion.....	405
- Avant 1935, l'ère des traitements par la fièvre.....	408
- De 1935 à 1952, l'ère des traitements de choc.....	409
- Après 1952, l'ère de la psychopharmacologie.....	416
• L'efficacité des psychotropes contrebalancée par leur toxicité avérée.....	425
- Les dangers de la polymédication et de la posologie élevée sur la santé du patient psychiatrique.....	436
- La toxicité des psychotropes, une menace pour la vie du patient et d'autrui... ..	441
• L'indépendance du psychiatre menacée par les conflits d'intérêts avec les industries pharmaceutiques.....	450
2) <u>L'efficacité du traitement tributaire du suivi rigoureux de la prescription chez le patient psychiatrique</u>	453
• L'impératif du suivi du traitement en psychiatrie hospitalière et ambulatoire.....	453
• La psychiatrie extrahospitalière favorisée à travers la mise en place des soins ambulatoires.....	458
- Les sorties à l'essai, un premier pas en faveur d'une prise en charge ambulatoire des patients.....	458

- Le recours aux soins ambulatoires dénoncé comme une forme de contrôle social.....463
- Les propositions en vue d'un meilleur suivi du traitement: les soins ambulatoires volontaires, les sorties à l'essai et la thérapie d'adhérence.....471
- 3) Les thérapies, soins alternatifs à l'efficacité discutable.....476
 - Les thérapies cognitives et comportementales : des solutions thérapeutiques peu efficaces.....476
 - Le recours expérimental aux soins alternatifs, un complément du traitement médicamenteux.....488
 - La stimulation cérébrale profonde et l'art-thérapie.....488
 - Le mouvement de psychologie positive et la relaxation musculaire.....501
- 4) La promotion d'une pratique de la psychiatrie plus humaine : de la psychothérapie institutionnelle aux communautés thérapeutiques.....505
 - La psychothérapie institutionnelle : soigner l'institution afin de mieux soigner les malades.....506
 - Les conditions de mise en œuvre de la psychothérapie institutionnelle : l'urgence d'une refondation de l'hôpital psychiatrique.....515
 - L'amélioration des conditions de séjour hospitalier protégeant la dignité du patient.....515
 - Le renforcement des effectifs des soignants, un préalable incontournable dans l'administration des soins.....519
 - L'implication active du patient aux soins et activités favorisant l'efficacité du traitement.....522
 - La création de l'alliance thérapeutique et la confidentialité des données de santé en psychiatrie.....525
 - La sécurité physique, procédurale et relationnelle permettant la naissance de l'alliance thérapeutique.....525
 - Le non-respect du secret médical en psychiatrie dénoncé.....530
 - Les communautés thérapeutiques, modèle antinomique de l'hôpital psychiatrique.....552
 - Le mouvement antipsychiatrique à l'origine des communautés thérapeutiques en faveur du respect des droits des patients.....552
 - La participation des proches du patient, une aide précieuse dans le suivi du traitement.....585

CONCLUSION.....591

TEMOIGNAGES.....596

BIBLIOGRAPHIE.....637

TABLE DES MATIERES.....826