



P. Khallil, I. Ghozael, C. Védie*

L'article D 398

et ses limites dans la pratique psychiatrique

Les auteurs, à partir d'une illustration concernant les patients hospitalisés selon l'article D 398 du code de procédure pénale sur 5 ans dans un CHS, tentent une réflexion sur l'articulation entre sanction pénale et soins psy-

chiatriques. Ils soulignent l'inadéquation entre l'évolution des services psychiatriques, de plus en plus ouverts sur la Cité, et l'application de la loi actuelle. Ils réfléchissent sur la difficulté d'utiliser l'isolement comme moyen

thérapeutique et non comme privation de liberté supplémentaire pour ces patients. Ils ouvrent des perspectives, sous forme de questions sur la judiciarisation des malades mentaux.

souvent par plusieurs portes et fenêtres non condamnées ; cela rend par conséquent le mot "évasion" un peu excessif. Cependant, lorsque le patient est condamné à de longues peines de détention (ou susceptible de l'être), la sortie de la chambre d'isolement, justifiée sur le plan clinique, n'engendre-t-elle pas d'autres difficultés ? Enfin, ce mode si particulier de lien entre justice et psychiatrie ne témoigne-t-il pas de l'ambiguïté fondamentale du rapport de ces deux champs, quand l'internement demeure administratif ?

Entre prison et hôpital psychiatrique, entre monde carcéral et monde asilaire, entre responsabilité et culpabilité, entre marteau et enclume... c'est cet "entre" que nous voudrions interroger : l'articulation du monde judiciaire et médical. L'usage de cet article D 398 du code de procédure pénale (2000) est à cet égard révélateur, tant il renvoie à une psychiatrie d'un autre âge, non dans son intention mais dans son application. L'idée de cette réflexion est venue de "l'évasion" d'un patient hospitalisé dans notre établissement sous ce régime si particulier. A l'heure où l'image est importante et où de coûteuses études financées par les organismes de tutelle doivent contribuer à l'améliorer, notre hôpital a connu l'honneur de la "une" des journaux régionaux, tout à son déshonneur. Un détenu, incarcéré après de longues investigations policières et pour des faits particulièrement graves, s'évadait grâce à la "négligence", au minimum, des psychiatres. Cette mise au "ban de la société" nous a conduits à nous interroger sur le cas des patients que nous recevions selon le mode prévu par cet article et sur l'idée que nous avions de l'inadéquation de la mesure.

Il nous semblait que la plupart des patients étaient transférés dans notre établissement spécialisé pour "psychose carcérale", ou tout au moins pour une pathologie liée à l'enfermement, et que notre réponse consistait en un enfermement encore plus strict, dans une chambre d'isolement dont l'architecture ne peut manquer d'évoquer une carcéralité que nous espérons d'un autre âge. A l'exception des chambres d'isolement, toutes les unités fonctionnelles de notre hôpital sont naturellement ouvertes, le plus

Investigations statistiques rétrospectives sur cinq ans

Notre étude a consisté à répertorier le cas de tous les patients hospitalisés d'office selon l'article D 398 du code de procédure pénale dans notre établissement au cours des cinq dernières années. Nous avons noté une augmentation considérable du nombre d'hospitalisations sous ce régime au cours de l'année 2000 : 114 patients ont été hospitalisés dans les Bouches-du-Rhône (contre 160 en HO classique) ; 54 avaient été recensés l'année précédente, 50 "seulement" en 1998 et, enfin, 33 patients toujours selon l'article D 398 avaient été dénombrés pour l'année 1997.

Tous les secteurs psychiatriques de notre établissement ont participé à cette étude. 19 détenus ont été hospitalisés selon cette modalité particulière au cours de ces cinq dernières années. Nous voudrions nous attacher davantage à une réflexion sur les indications de ces hospitalisations et leur déroulement plutôt qu'à une véritable étude épidémiologique, compte tenu de la modestie de nos investigations statistiques.

La première constatation concerne la durée moyenne d'hospitalisation légèrement inférieure à quinze jours, et souligne des séjours relati-



P. Khallil

*CH Valvert, Boulevard des Libérateurs, 13391 Marseille Cedex 11

vement courts. 25 % du temps d'hospitalisation de ces patients s'est effectué en service ouvert ; nous rappelons ici, qu'à l'exception des six chambres d'isolement pour l'ensemble des unités temps plein, tous les services de l'hôpital sont ouverts. Notre population comprend 18 hommes pour 1 femme, et l'âge moyen est de 31 ans (les deux extrêmes étant 17 et 52 ans).

Notre outil de référence concernant l'étude diagnostique et nosographique est la CIM 10 (1993) qui nous a permis de répertorier la population étudiée selon deux catégories distinctes :

→ 9 patients psychotiques comportant les particularités nosologiques suivantes :

- 3 troubles psychotiques aigus d'allure schizophrénique ;

- 5 schizophrénies paranoïdes ;

- 1 trouble délirant persistant paranoïaque.

→ 10 patients névrosés se répartissant ainsi :

- 3 épisodes dépressifs ;

- 1 personnalité histrionique ;

- 3 personnalités dyssociales ;

- 3 personnalités émotionnellement labiles ou borderline.

A la fin de l'hospitalisation, 14 patients ont été réincarcérés, 2 ont fugué et les 3 autres ont été sectorisés (dont un après non-lieu).

On a pu constater que six patients ont été hospitalisés en cours de peine, dix autres pendant leur période d'instruction, et, enfin, la précision ne sera pas apportée malgré les recherches appropriées pour trois d'entre eux. D'autre part, pour la plupart de nos patients, nous ne connaissons pas la gravité des charges retenues et motivant leur incarcération.

Il faut noter que les dix patients du "groupe des névrosés" présentent tous une pathologie liée à l'enfermement. Un seul est hospitalisé pour refus de soins, mais nous en reparlerons plus loin ; il est l'auteur d'une "évasion" spectaculaire.

Au premier abord, la mise en chambre d'isolement paraît paradoxale. Effectivement, la réponse apportée à une pathologie carcérale est celle d'un enfermement encore plus coercitif. Cependant, c'est mal connaître la diversité des demandes. Ainsi, l'un de ces patients est hospitalisé pour être protégé de ses codétenus, mais également de l'établissement pénitentiaire dont il aurait dénoncé certaines pratiques illégales. Hospitalisé en service ouvert durant 22 jours, après 5 jours d'isolement, ce patient sera interrogé à de multiples reprises par les services de police. Un autre, après une tentative de pendaison, manifesterà dès son arrivée son désir de retourner en prison et de rendre des comptes à la justice. Enfin, pour un autre encore, l'hospitalisation d'office sera motivée par les menaces de mort proférées à l'encontre du personnel pénitentiaire.

Parmi les neuf patients du "groupe des psychotiques", trois sont accusés d'homicide volontaire commis sur ascendant direct, et bénéficieront ultérieurement de l'article L 122-1 du code pénal.

Dans ce groupe, il est flagrant de noter le refus de soins pratiquement constant chez le détenu, qu'il soit contestataire ou délirant (idées d'empoisonnement par exemple).

Un autre patient, schizophrène ayant commis des actes délictueux au cours d'un voyage pathologique, sera également irresponsabilisé au cours de son hospitalisation d'office, puis transféré vers son secteur d'origine. Il aura posé le problème des limites de prise en charge d'un secteur psychiatrique classique face à un patient extrêmement agressif, déterminé et résistant au traitement. Pour un autre encore, le désir de retourner en prison se manifesterà dès son arrivée dans le service, contribuant tout autant que le traitement à atténuer ses idées d'empoisonnement.

Pour ce groupe de patients, l'hospitalisation nous paraît plus justifiée de même que la mesure d'isolement ; effectivement, un seul d'entre eux bénéficiera d'une "chambre ordinaire" au cours de son séjour contre cinq dans l'autre groupe.

Illustration clinique

■ Monsieur A est un des patients de notre étude dont l'histoire clinique particulière et l'évasion ont été à l'origine de ce travail, renvoyant à notre questionnement récurrent à propos de ce mode d'internement.

Il s'agit d'un patient âgé de 36 ans adressé par la maison d'arrêt des Baumettes au titre de l'article D 398 en raison d'un état psychopathologique décrit comme suicidaire, dépressif avec refus des soins. Lors de cette première hospitalisation, aucune pathologie psychiatrique majeure n'a été mise en évidence. En revanche, on note un état anxieux et une anticipation négative sur l'avenir, réactionnels à la situation carcérale et à la détention provisoire. Dix jours plus tard, monsieur A accepte de prendre un traitement à visée essentiellement sédatif et anxiolytique et souhaite réintégrer le milieu carcéral. En conséquence, le retour à la prison des Baumettes sera réalisé dans les plus brefs délais. Une deuxième hospitalisation selon le même article est prononcée onze mois plus tard, motivée par un passage à l'acte auto-agressif en milieu carcéral. En effet, monsieur A éprouve de grandes difficultés à admettre sa situation actuelle et le système judiciaire. Ce patient se considère dans une impasse... Le tableau clinique s'améliore progressivement sous médication psychotrope, monsieur A est alors très calme et tout à fait compliant aux soins. Les troubles de l'humeur sont partiellement améliorés et le patient est véritablement opposé à l'idée de réintégrer le milieu carcéral et plus encore le SMPR des Baumettes. Compte tenu des antécédents graves de passages à l'acte suicidaire, nous décidons de consolider l'amélioration clinique et de surseoir au retour sur la prison des Baumettes.

Monsieur A sort de la chambre d'isolement pour occuper un lit en chambre ordinaire. Quinze jours plus tard, le patient sort "par évasion" du pavillon temps plein et, malgré des recherches immédiates, ne sera pas retrouvé. En tout état de cause, la dangerosité psychiatrique de ce patient nous apparaissait relativement minime.

La réalité des motifs d'incarcération ne nous

parvient qu'à cette occasion par les instances judiciaires : ce patient serait soupçonné d'être l'auteur d'escroqueries et de plusieurs vols...

Ainsi, la fugue d'un patient hospitalisé en secteur ouvert, dans une unité de soins psychiatriques, a alimenté les médias. La presse s'empare du fait et met à mal la qualité de la surveillance du personnel soignant, qui, devant la dangerosité sociale, la violence et le passé criminel de ce patient, aurait dû se montrer à bien des égards plus vigilant.

Cet événement rappelle qu'une prise en charge psychiatrique relève avant tout du soin. S'il est difficile d'évaluer le désir qu'a un patient de mettre fin à ses jours, il est tout aussi difficile de le maintenir en isolement pour d'autres raisons que son état clinique. Ainsi, par deux fois, le médecin chef de service du secteur psychiatrique concerné, a dû répondre aux invitations de la presse télévisée pour rassurer l'opinion publique et justifier l'approche spécifique du soin en psychiatrie, réitérant une nouvelle fois l'idée que l'hôpital n'est pas un lieu d'incarcération.

Illustration : Sylvette Bonnin



A propos de la liberté

■ Nous ne pouvions évoquer les difficultés engendrées par l'article D 398 et son application pratique, sans nous éclairer d'une approche philosophique de la question de la liberté. Ainsi, par cette approche, nous allons mieux percevoir toute la difficulté des interactions entre psychiatrie et justice, entre soin et application de la loi.

En effet, selon Paul Ricœur (1996), la liberté peut se concevoir selon trois niveaux de compréhension.

Le premier — nous le laisserons volontairement à part — est celui de l'action individuelle, intentionnelle, projetée, décidée et imputable à un agent (responsable).

Le second niveau, depuis la philosophie aristotélicienne et *L'Éthique à Nicomaque* (Aristote 1959), inclut cette action dans un parcours éthico-politique. C'est le rapport à la norme ou à la règle, qui s'exprime en chaque vertu comme recherche de la juste moyenne entre deux extrêmes. C'est ce que Hegel (1941) nommera le "système du droit", soit l'ensemble des institutions — juridiques, morales, économiques et politiques — par le moyen desquelles la liberté cesse d'être un sentiment intérieur pour devenir une réalité : la liberté réalisée. Cette liberté devient "sensible" lorsque, dans l'exemple juridique du contrat, deux volontés se lient et ainsi deviennent libres, en un sens nouveau, qui n'est plus le pouvoir de faire n'importe quoi, mais le pouvoir de se rendre indépendant de ses propres désirs, et de reconnaître une norme (Ricœur, 1963). C'est à ce niveau-là, dans la reconnaissance de la norme, que se placent la loi, la justice, et c'est à ce "défaut" du caractère sensé de la liberté, que va tenter de pallier l'enfermement carcéral.

A un troisième niveau, que nous pourrions nommer ontologique, la liberté ne se décrit plus dans une action, mais dans un mode d'être, auquel ne renvoient ni la théorie morale, ni la théorie politique ; car ce mode d'être ne peut être repris dans un sens susceptible d'être récapitulé dans un savoir. Toute l'éthique, dit Aristote, témoigne de ce que l'homme a une œuvre ou une tâche qui ne s'épuise pas dans l'énumération des compétences, des habiletés, des métiers. La tâche de l'homme désigne une totalité de projets qui enveloppe la diversité des rôles sociaux. Cette tâche est de vivre, au sens humain du mot vivre, mais qu'est-ce que vivre pour l'homme ?

C'est avec l'émergence de la notion de subjectivité comme mode fondamental de manifestation de l'être qu'une partie de la réponse peut être donnée. Pour Hegel, la liberté doit être conçue comme infinie pour devenir subjective, avec une conjonction incessante entre réflexion et infini. Pour Descartes (1963), la liberté est plus profondément une dimension du "cogito sum" ; elle est la position même du cogito, en tant qu'il s'arrache au doute et s'assure de lui-même, elle est la liberté de pensée en tant que telle, la "libre pensée" au sens fondamental du mot. Enfin, la subjectivité se reconnaît dans l'antinomie entre liberté et nature, exprimée par Kant

(1967) dans sa *Critique de la raison pratique*. C'est une scission encore plus radicale que celles qui apparaissent dans le champ pratique : entre loi et désir, entre volonté objective et subjective. La liberté se découvre comme ce qui ne peut pas faire nombre avec la nature, comme exilée de toute nature.

Et c'est de cette liberté-là dont il s'agit lorsque le psychiatre décide l'isolement d'un patient. C'est en l'isolant de la "nature" du monde qui l'entoure, qu'il tente de faire émerger une (inter) subjectivité, une possibilité de libre pensée, qu'il permet au patient de poser à l'infini la question du vivre et de l'être pour l'homme (Husserl, 1950). C'est bien en l'isolant que le psychiatre tente de faire recouvrer au patient une certaine liberté, ontologique, beaucoup plus profonde et fondamentale que la liberté sensée du champ éthique et politique.

Nous constatons donc au terme de ce rapide survol de la question de la liberté, l'antinomie entre l'isolement carcéral et l'isolement psychiatrique. Comment peut-on alors continuer à être thérapeutique lorsqu'il nous faut isoler les patients venant de l'univers carcéral, alors que l'état clinique ne le justifie pas ? Car nous devons le faire bien souvent, du fait de multiples "pressions" : administratives (lettre du préfet, consignes du directeur de l'hôpital), des équipes soignantes (souvent aux prises avec le sentiment de peur et les difficultés d'en parler), médiatique (et le poids non négligeable de l'opinion publique), et enfin, notre propre "pression" intérieure, voire surmoïque (lorsque nous avons connaissance d'actes délictueux particulièrement graves commis par le patient).

Où se trouve alors notre propre liberté en tant que thérapeute ? Comment peut-on espérer une intersubjectivité avec le patient si l'on n'est pas soi-même libre du choix thérapeutique ?

Conclusion

■ La situation particulière des détenus dans la loi sur l'hospitalisation sans consentement provoque quelques remarques quant à leur prise en charge tant psychiatrique que judiciaire.

Tout d'abord, les modalités pratiques d'admission de ce type de patients : ils sont très souvent admis dans "l'urgence", le soir, parfois en fin de semaine, accueillis à l'hôpital par le médecin de garde qui ne dispose d'aucune information particulière sur la situation judiciaire et les actes reprochés (ce qui par ailleurs se conçoit), et par une équipe soignante qui n'a pas eu un temps de réflexion et de préparation nécessaire avant de permettre un accueil de qualité. Il faut décider très vite, sans éléments autres que les signes cliniques (qui peuvent être tout relatifs, surtout lorsqu'il s'agit de patients névrosés) d'une mise en isolement ou d'un maintien en service ouvert.

Par la suite, il faut gérer ce patient si particulier, lui rappeler symboliquement et réellement (par exemple par rapport aux autorisations de visites) son statut judiciaire alors qu'il est dans un hôpital, qu'il a affaire à des soi-

gnants, et qu'il est entouré de "simples" malades.

Nous avons souligné qu'une bonne part de ces patients était des névrosés, souffrant d'une pathologie liée à l'enfermement et que nous étions amenés à les contenir dans un lieu (la chambre d'isolement) où l'espace de liberté est encore plus réduit et où les conditions de vie sont à la limite de l'humainement tolérable.

L'exemple médiatique de l'évasion d'un de ces patients montre bien le biais de la transmission de l'information entre les autorités judiciaires et les services de santé.

Au total, nous pouvons en conclure que la place de ces patients n'est pas à l'hôpital psychiatrique, au moins tel qu'il fonctionne actuellement, que ce soit pour la qualité de leur prise en charge, pour la liberté de choix thérapeutique du médecin, pour les conditions de travail des équipes soignantes, et pour la quiétude de l'opinion publique et des citoyens.

Se posent alors les questions d'un autre lieu de soin nécessaire et de la judiciarisation ou non des malades mentaux. On pourrait imaginer que les auteurs d'actes délictueux souffrant de troubles mentaux seraient "judiciarisés", c'est-à-dire subissent une sanction pénale, et qu'ils puissent bénéficier de soins appropriés par du personnel qualifié dans une structure spécifique dépendant du système carcéral. On pourrait également imaginer qu'ils subissent une véritable sanction d'obligation de soins avec retour immédiat en prison s'il y a rupture, soient des possibilités d'aller-retour entre prison et hôpital, plutôt que l'actuel choix exclusif entre pénalisation et irresponsabilisation. De ce point de vue, en effet, on pourrait considérer, à l'instar du très actuel rapport Piel-Roelandt, l'article 122-1 du code pénal comme obsolète et inapplicable en pratique.

Et nous concluons, peut-être de manière idéaliste, avec Albert Camus : "Si l'homme échoue à concilier la justice et la liberté, alors il échoue à tout".

Références

- Aristote. *Éthique à Nicomaque*. Vrin, Paris, 1959.
- CIM 10. *Classification Internationale des Troubles Mentaux*. Masson, Paris, 1993.
- Code de procédure pénale. Litec, 2000.
- Descartes R. *Méditations métaphysiques*. Vrin, Paris, 1963.
- Hegel G.W.F. *La Phénoménologie de l'esprit*. Aubier-Montaigne, Paris, 1941.
- Husserl E. *Idées directrices pour une phénoménologie*. Gallimard, Paris, 1950.
- Kant E. *Critique de la raison pratique*. PUF, Paris, 1967.
- Ricœur P. *Le Volontaire et l'Involontaire*. Aubier-Montaigne, Paris, 1963.
- Ricœur P. *La Liberté*. Encyclopaedia Universalis, 1996.