

Livre blanc sur la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux

Doc	a090014
Date de publication	17/06/2000
Origine	NR
	Consentement éclairé
	Détenus
	Psychiatrie
	Droits de l'homme
Thèmes	Stérilisation
	Toxicomanie
	Personnes vulnérables
	Etat de nécessité

Au nom des trois cabinets qui représentent le gouvernement belge dans le Comité directeur pour la bioéthique (CDBI) du Conseil de l'Europe, à savoir Justice, Politique scientifique et Santé publique, madame M. AELVOET, ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement, demande l'avis du Conseil national à propos du Livre blanc (établi en français) "sur la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux, en particulier de celles placées comme patients involontaires dans un établissement psychiatrique".

Observations du Conseil national concernant ce Livre blanc :

Les propositions émises dans le projet de Livre blanc présentent des similitudes frappantes avec la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux et avec les arrêtés du 18 juillet 1991 exécutant cette loi. Cela ne doit pas étonner puisqu'il ressort du rapport présenté au nom de la commission de la Justice par Madame Herman-Michielsens (733-2 (1988-1989)) qu'il a été amplement tenu compte des recommandations du Conseil de l'Europe lors de la préparation de la nouvelle loi. Le projet de Livre blanc comporte toutefois quelques dispositions neuves qui pourraient avoir pour conséquence une modification tant de la législation belge que de la déontologie médicale.

La modification la plus importante du projet de Livre blanc a trait au champ d'application des propositions (point 1). Contrairement à une recommandation antérieure du Conseil de l'Europe, qui insistait sur une séparation nette du placement involontaire de malades mentaux et du placement passant par une procédure pénale, il est à présent postulé que "sauf disposition contraire, le nouvel instrument juridique s'applique au placement et au traitement involontaires décidés tant en matière civile que pénale". Ceci a une incidence sur la loi du 1er juillet 1964 de défense sociale à l'égard des anormaux et des délinquants d'habitude. A cet égard, le Conseil national se

réfère au rapport final des travaux de la Commission Internement en vue de la révision de la loi précitée (Rapport Commission Internement - Ministère de la Justice - Avril 1999). Vous trouvez ci-jointes les remarques du Conseil national concernant ce rapport.

Un deuxième élément important en rapport avec le champ d'application des propositions se situe au niveau de la distinction qui est faite entre le placement involontaire et le traitement involontaire. La législation belge actuelle ne fait pas cette distinction : la plupart des médecins pensent qu'une admission forcée sans traitement n'est pas logique, mais d'aucuns estiment qu'hormis les situations d'urgence, une admission forcée ne permet pas de traiter un patient sans son consentement. Le Conseil national est d'avis que la clarté sur ce plan ne peut qu'être positive pour le patient, pour ses proches et pour les thérapeutes.

En revanche, le Conseil national est d'avis que toute procédure préalable à un traitement involontaire, doit être simple et de courte durée (point 6). Il faut éviter les admissions de longue durée sans traitement, car même des traitements simples peuvent réduire considérablement la durée d'un séjour involontaire. Les propositions actuelles ne répondent pas à ce critère. Ainsi, il est proposé en cas de refus du malade, de consulter son représentant. Il n'est nulle part indiqué comment ce représentant sera désigné, ce qui laisse supposer qu'il le sera par le malade lui-même tout comme pour l'instant en vertu de la loi précitée du 26 juin 1990, il désigne lui-même sa personne de confiance. On peut s'attendre à ce que le malade désigne un représentant qui partage son point de vue, avec pour seul résultat de perdre du temps.

En outre, le Conseil national trouve que c'est aller chercher loin que d'imposer aux thérapeutes de soumettre leur programme de traitement involontaire pour décision à une instance indépendante. Par contre, il est logique que le programme de traitement doive être établi par écrit et que toutes les modifications doivent être notées et pouvoir être retrouvées dans le dossier. La déontologie du médecin, ses connaissances scientifiques, le contrôle de l'équipe de traitement, le contrôle indirect de la direction et l'inspection sont une série de garanties pour le patient qui, le cas échéant, peut intervenir auprès du thérapeute par l'entremise de son conseil et porter l'affaire en référé.

Il n'est pas dénué d'importance de mettre en relief la proposition (point 11. 7) de subordonner à la décision d'une instance judiciaire ou d'un organe similaire "une atteinte irréversible aux capacités de procréation d'une personne". Ceci va plus loin que la déontologie médicale actuelle, mais le Conseil national est d'avis que l'on ne peut que souscrire à toute garantie supplémentaire pouvant être donnée notamment aux personnes mentalement handicapées.

Le Conseil national tient à souligner que le contact entre les personnes placées comme patients involontaires et leur famille peut être très important (point 11. 11) et qu'il y a lieu par exemple de recommander aussi de courtes visites de la famille durant le séjour du patient, même en chambre d'isolement. En outre, le Conseil national est d'avis que les contacts de l'instance judiciaire de décision avec la famille peuvent contribuer à une meilleure information du juge et à des décisions adéquates (point 14. 4).

Enfin, le Conseil national estime le moment venu, au terme de dix années d'application, de soumettre à une évaluation la loi actuelle du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux. Les milieux psychiatriques insistent en vue d'une révision en raison des imperfections mises au jour par la pratique.

cc. : Monsieur M. VERWILGHEN, ministre de la Justice;
Monsieur Ch. PICQUE, ministre de l'Economie et de la Recherche scientifique.

Annexe : Ministère de la Justice - Rapport final des travaux de la Commission Internement, Bulletin du Conseil national n° 87, mars 2000, p. 17 et 18 :

Le Conseil national a été invité à faire connaître ses remarques concernant le rapport final que la Commission pluridisciplinaire Internement a présenté au ministre de la Justice.

Lettre du Conseil national à Monsieur M. VERWILGHEN, ministre de la Justice :

Monsieur le ministre,

Le Conseil national a procédé, en sa séance du 30 octobre 1999, à une deuxième lecture du rapport final de la Commission Internement. Comme nous vous l'avons fait savoir par la lettre du 29 septembre 1999, ce sont surtout l'expertise psychiatrique et le traitement du délinquant malade mental qui ont retenu l'attention du Conseil national. Ces deux subdivisions du rapport final sont en effet très importantes du point de vue déontologique.

Il est essentiel pour un inculpé que le juge dispose d'un avis qualifié concernant la nature et la gravité d'un éventuel trouble mental et son incidence sur les comportements de l'intéressé.

Comme la Commission, le Conseil national est d'avis qu'une expertise psychiatrique doit toujours précéder la décision d'un juge au sujet de l'existence ou non d'un trouble mental(1). Cette remarque ne devrait pas s'appliquer uniquement à la mise en oeuvre de la loi de défense sociale, mais à tous les cas dans lesquels une décision judiciaire est prise à partir de l'existence ou non d'un trouble mental. Le juge décide en effet toujours souverainement après avoir été informé des conclusions de l'expertise. En ce qui concerne l'expertise psychiatrique, le Conseil national est d'avis qu'elle doit en règle générale être multidisciplinaire, et ce, tant dans le cadre de la mise en observation qu'en dehors de celle-ci(2). Le modèle bio-psycho-social étant généralement admis en psychiatrie, il est préférable que toute expertise englobe ces trois angles d'approche, le psychiatre devant toutefois être le responsable final, libre de choisir ses collaborateurs. La personne examinée ne peut être privée de cette garantie supplémentaire d'un rapport complet et justifié.

En outre, le Conseil national est d'avis que la désignation d'un collège d'experts(3) doit rester possible parce qu'elle peut contribuer, dans les cas difficiles, à une plus grande objectivité du rapport d'expertise. Il peut être utile à l'information du juge de prévoir la possibilité d'un avis dissident.

Il est très important pour la personne examinée que des formules claires soient définies pour l'introduction dans le débat de l'avis d'un médecin de son choix. Le Conseil national est d'avis que leur déontologie commande aux médecins d'apporter l'"assistance psychiatrique" nécessaire telle que visée dans le rapport final(4). On ne peut imaginer que des personnes qui sollicitent une aide doivent renoncer à une défense légitime de leurs intérêts par manque de moyens financiers. Le Conseil national souscrit par conséquent à la proposition de la Commission suivant laquelle le Roi détermine, après avis du Conseil national de l'Ordre des médecins, les conditions d'octroi de cette forme d'"assistance psychiatrique".

Le Conseil national partage tout à fait le point de vue de la Commission concernant le statut et la formation des experts judiciaires(5). Dans une lettre du 29 avril 1998, le Conseil national insistait déjà auprès du ministre de la Justice en vue de l'exécution de l'article 991 du Code judiciaire. Le Conseil national préconisait de confier l'établissement de listes d'experts à des commissions constituées auprès des Cours d'appel, auxquelles participeraient des délégués des Conseils provinciaux de l'Ordre des médecins.

Enfin, le Conseil national tient à souligner qu'il s'indique d'établir une séparation stricte entre les missions des experts désignés et celles des thérapeutes. Aussi le Conseil national s'interroge-t-il sur l'affirmation du rapport suivant laquelle la relation qui s'établit nécessairement entre l'expert et le délinquant examiné peut, par exemple, aider ce dernier à surmonter "l'état de crise dans lequel il se trouve", le rendre plus réceptif à l'action judiciaire dont il fait l'objet et le convaincre de la nécessité de s'engager dans un traitement s'il veut éviter une rechute(6). Le Conseil national peut admettre qu'un expert puisse, dans des circonstances exceptionnelles, endosser le rôle de "dispensateur de soins", mais il est d'avis qu'une séparation nette de ces missions doit être la règle.

Le Conseil national souscrit aux principes éthiques postulés par la Commission dans le cadre du traitement(7), lesquels visent la qualité des soins à apporter au délinquant malade mental, d'une part, et la sécurité de l'interné et de la société, d'autre part. Le Conseil national peut aussi partager la préférence de la Commission pour un accord de partenariat entre les ministres de la Justice et de la Santé publique, dans le cadre duquel la Santé publique serait compétente en matière de "traitement", tandis que la Justice conserverait la responsabilité du volet "contrôle" de l'interné et des décisions judiciaires prises à son égard(7). La distinction entre "traitement" et "contrôle" paraît simple en théorie, mais elle est sillonnée de notions telles que "guidance", "guidance obligatoire" et "tutelle médico-sociale".

La Commission a opté pour une solution pragmatique et a envisagé six situations afin de délimiter les frontières du secret professionnel(9). Dans cinq des six réponses proposées par la Commission, le Conseil national retrouve son avis concernant la guidance et le traitement d'auteurs d'infractions à caractère sexuel, et se déclare entièrement d'accord avec l'application de cet avis, par analogie, au délinquant malade mental. En ce qui concerne la troisième situation, dans laquelle le délinquant malade mental ne s'investit pas dans le traitement qui lui est proposé, le Conseil national est d'avis que ce non-investissement doit au moins être démontré de manière irréfutable avant d'être assimilé à une présence irrégulière au rendez-vous. Le Conseil national se rend compte que le fait d'invoquer l'"état de nécessité" peut engager la responsabilité civile et pénale du déclarant et qu'une intervention législative sur ce plan serait rassurante pour ce dernier. Toutefois, le Conseil national est d'avis qu'un texte tel que celui de l'article 7 de la loi du 5 mars 1998 ("...difficultés survenues dans son exécution.") est beaucoup trop vague et n'indique pas à suffisance la condition d'une menace grave pour la vie et l'intégrité d'autrui pour pouvoir s'appuyer sur l'autorisation légale de violer le secret professionnel(10).

En ce qui concerne la proposition de la Commission d'une divulgation autorisée par l'intéressé(11), le Conseil national estime que la création de cette possibilité peut confronter le thérapeute à une situation très embarrassante et qu'elle n'est même pas favorable aux internés en tant que groupe. Si un interné sait qu'un thérapeute peut établir un rapport avec son autorisation, il exercera une pression sur le thérapeute afin d'obtenir un rapport favorable tandis que pour ne pas hypothéquer la relation péniblement instaurée, le thérapeute pourrait délivrer un rapport "complaisant". D'autre part, les internés ne bénéficiant pas de rapports favorables, feront l'objet, à juste titre, d'une appréciation négative. Le Conseil national est d'avis que, dans une matière aussi délicate, il est préférable que les thérapeutes s'abstiennent d'un témoignage en justice, car celui-ci est de nature à plus compromettre que promouvoir la confiance du groupe 'malades mentaux délinquants' vis-à-vis du groupe 'thérapeutes'.

Par ailleurs, le Conseil national se pose beaucoup de questions concernant la convention triangulaire proposée entre l'interné, la CDS et le thérapeute ou service en charge du traitement(12).

Le Conseil national pense que l'on peut difficilement dire d'une telle convention dans le

cadre d'un traitement forcé, qu'elle a été passée librement, c'est-à-dire "avec l'accord exprès de l'interné". Que l'intéressé soit exactement informé de ce qui l'attend si les rendez-vous fixés ne sont pas respectés, est toutefois un point positif.

D'autre part, la question se pose si une absence de motivation ou d'engagement dans le traitement peut être démontrée d'une manière qui soit irréfutable pour l'interné tandis que les accords au sujet de l'arrêt du traitement et du fait d'informer la CDS lorsque l'interné en vient à représenter un péril grave pour lui-même ou pour des tiers, ne sont guère compatibles avec la nécessaire relation de confiance et la franchise du dialogue entre le médecin et le patient, qui sont à la base de toute thérapie. Vu l'absence de dispositions légales relatives à l'"état de nécessité", le thérapeute devra décider en honneur et conscience s'il informe ou non la CDS. Il est peu probable que l'existence d'une convention triangulaire écrite, dont l'engagement volontaire peut être facilement contesté, puisse préserver le déclarant de procédures civiles et/ou pénales. Le Conseil national ne peut se défaire de l'impression que les réponses aux six situations décrites, destinées à délimiter les frontières du secret professionnel, ne soient fortement affaiblies par la convention proposée.

1 Rapport final des travaux de la Commission Internement, ministère de la Justice, pour la révision de la loi de défense sociale du 1er juillet 1964, p. 45.

2 Rapport final, pp. 49, 50.

3 Rapport final, pp. 49.

4 Rapport final, p. 48, 49.

5 Rapport final, pp. 46, 47.

6 Rapport final, p. 45, 46.

7 Rapport final, p. 71.

8 Rapport final, p. 71.

9 Rapport final, pp. 88, 89, 90.

10 Rapport final, pp. 90, 91.

11 Rapport final, p. 92.

12 Rapport final, p. 92, 93, 94.