

Bulletin national santé mentale et précarité

L'Age post-thérapeutique

édito

Jean Furtos

Serions-nous rentrés à grands pas dans l'âge post-pathologique, c'est à dire post-thérapeutique, de la psychiatrie ? Pour quelles raisons et avec quelles marges de manœuvre, voilà l'axe autour de quoi tourne ce Rhizome, dont la construction a bien sûr été déclenchée par l'attente de la nouvelle loi sur les soins sous contrainte du 5 juillet 2011.

Comme le souligne Pierangelo Di Vittorio, depuis les origines de la psychiatrie, traiter le fou comme un homme et gérer la maladie comme une dangerosité a structuré l'histoire de la discipline ; il y a là une contradiction constitutive surmontée avec plus ou moins de bonheur, selon les situations.

Mais lorsque le principe de précaution et la peur de l'autre, ces deux leviers de la paranoïa sociale, font basculer l'équilibre du côté de la mise hors d'état de nuire d'un humain devenu « un produit dangereux » (Bernard Lachaux), alors apparaît le risque majeur d'abandonner le dangereux hors de son humanité et de son histoire, transformant au passage le soignant en prestataire de service.

C'est pourquoi il est absolument nécessaire de préserver une marge de négociation entre cette logique d'exclusion et l'éthique du soin psychique. Comment les demandes de soins sous contrainte, malgré l'asymétrie de la position du patient, peuvent-elles rester en interaction d'humanité partagée avec les familles, les professionnels d'horizons divers et leurs réseaux, les élus, sans oublier les juges et les représentants de l'Etat ? Comment y introduire la dimension du temps et sa mobilité sans être figé, tétanisé par la peur de la faute ? C'est toute la difficulté et l'enjeu. Nous avons en tous cas le devoir de ne pas abandonner à la réification dangereuse toute une catégorie de personnes au seul bénéfice d'une sécurité supposée complètement maîtrisée, donc imaginaire.

Une dernière question dont l'audace ne doit pas nous empêcher de la penser : comment comprendre que la responsabilité du mal porte de plus en plus sur l'individu dangereux (le fou, l'étranger, le fumeur, l'automobiliste...) ? Pourquoi cette insistance morbide à focaliser l'attention médiatique sur l'absence de contrôle des pulsions de tel ou tel quidam, de telle ou telle célébrité ? Le dernier article de ce numéro porte sur la mondialisation, il nous ouvre une piste : on observe, cela n'est pas un scoop, une abdication du politique sur les flux spéculatifs non régulés, avec un laxisme éminemment périlleux sur l'avidité et la toute-puissance de ceux qui sont aux manettes. Notre hypothèse est la suivante : l'obligation du contrôle, principe de civilisation, reviendrait par la fenêtre de l'individu, selon l'idée que c'est lui, l'individu isolé, qui fait la richesse comme le malheur des nations. On devine où serait le vrai courage politique : remettre la régulation à la bonne place, à l'articulation de l'individu et du social.



Au sommaire

RHIZOME est téléchargeable sur le Web : www.orspere.fr

DOSSIER

Clinique et éthique du consentement <i>Bernard Lachaux</i>	p. 2-3	Le législateur tient-il compte de la réalité psychique ? <i>Jean Canneva</i>	p. 9-10
Vocation thérapeutique et fonction bio-politique <i>Pierangelo Di Vittorio</i>	p. 4	Peut-on construire une alliance thérapeutique avec un patient incarcéré ? <i>Bruno Gravier, Didier Delessert, Christopher Hasler</i>	p. 11-12
Réflexion critique sur l'obligation de résultat pour la psychiatrie légale en Allemagne <i>Heinfried Duncker</i>	p. 5	Entre violence de la contrainte et violence de l'abandon <i>Pierre Lamothe</i>	p. 13
Quelques enjeux de la contrainte mise en œuvre en soins ambulatoires <i>Delphine Moreau</i>	p. 6	Stigmatisation en psychiatrie : le poids des médias <i>Marc Oeynhausen</i>	p. 14
La demande d'HDT portée par l'intervenant social : matière d'humanité <i>Camille Bouvier</i>	p. 7	Santé Mentale et Mondialisation : survivre ensemble ? <i>Michel-Henry Bouchet, Jean Furtos</i>	p. 15
Épuisement des réseaux de solidarité primaire : le parti pris de l'étayage <i>Mylène Frappas</i>	p. 8 et 10	ACTUALITÉS	p. 16

Clinique et éthique du consentement

Bernard Lachaux,
Psychiatre des Hôpitaux,
Chef de pôle UMD
Henri Colin
Centre hospitalier Paul
Guiraud, Villejuif

**Un tel sujet impose :
- d'éviter le piège des
positions manichéennes :
quand l'heure est aux
enjeux politiques (sécurisation,
principe de précaution) où la
psychiatrie est instrumentali-
sée dans le champ du tragique
et de l'échec, et se pose elle-
même en victime d'un enjeu
social qui la dépasse ;
- de rappeler que la santé
mentale s'adresse à la fois
potentiellement à chacun
d'entre nous dans ses rapports
à la souffrance et au
psychisme ; et plus encore à
ceux qui sont le sujet d'une
souffrance qui les submerge
dans le cas des pathologies les
plus graves.**

C'est pourquoi ce qui nous importera dans ce propos c'est le statut du sujet et le lien qui se crée dans une relation thérapeutique, entre un sujet qui est fondamentalement remis en cause par la maladie et un professionnel dont la légitimité à ce temps et à cette place est sa compétence à aider, soulager, soigner.

Malheureusement la psychiatrie n'est évoquée que pour médiatiser ses échecs, ou les événements vécus comme tels, oubliant que la pathologie mentale est d'abord et surtout un facteur de vulnérabilité chez ceux qui en souffrent et non un facteur de dangerosité. Jamais la psychiatrie n'est évoquée pour mettre en avant ses réussites en termes de liens médico-sociaux mis en place et reconstruits avec les patients, d'amélioration de leurs parcours de soins et de vie. Car la sectorisation psychiatrique, notamment dans sa dimension extrahospitalière au plus près de la population, est une réussite. Les deux éléments les plus difficiles du propos, parmi les enjeux majeurs de la clinique en général et de la psychiatrie en particulier sont le consentement et le principe de précaution. Ces deux questions sont fondamentales ; elles posent à chacun d'entre nous les conditions du statut fait au sujet. En effet, il n'existe pas de réflexion éthique ou clinique qui ne soit une réflexion sur la société et son histoire ; mais aussi sur l'épistémologie car :

- un système qui n'est pas capable ou n'est plus capable de penser son dépassement, est un système qui s'appauvrit et meurt ;

- nier c'est se placer dans une logique totalitaire où règne la toute puissance.

L'apport de la science en médecine, en un demi-siècle, est celle d'une moisson spectaculaire de résultats maintenant établis et prévisibles. De tels progrès ont habitué le patient au succès et l'ont peu à peu transformé en un consommateur exigeant. Cette évolution consumériste entraîne en retour une modification radicale des rapports des patients avec la médecine. Puis elle acquiert la force d'être inscrite dans l'évidence et dans le prévisible, et ce constat fait, sous la pression des politiques et la volonté du législateur, elle finit par être inscrite dans le Droit, dont nous vivons aujourd'hui la consécration. Il y a donc eu association successive en médecine de deux révolutions : une révolution d'abord scientifique, puis une révolution juridique qui ont considérablement modifié l'une et l'autre l'exercice du soin et le rapport avec les patients.

Il y a une autre dimension plus récente à prendre en compte dans une telle modélisation : c'est la tendance à la judiciarisation de la société, c'est-à-dire l'interpellation du droit et de la justice pour régler des différends et des contentieux jusqu'alors réglés par d'autres niveaux ou d'autres instances. Ce nouveau paradigme fait écho à un monde social où la justice prend l'ampleur particulière d'une instance régulatrice hyper-investie.

Les médecins entre technicien de santé et Ponce Pilate

Fasciné par la culture scientifique et les progrès techniques dans certaines disciplines devenues très techniques, de nombreux médecins ont désinvesti la relation soignant-soigné laissant cet aspect à d'autres professionnels comme les infirmiers. Notre époque assiste à la naissance d'un autre type de médecin : « *le médecin ingénieur* » ; pour reprendre la dénomination de C. Le Pen¹. Cette transformation se fait sous la conjonction de trois facteurs :

- l'évolution des performances de la médecine devenue, de façon fi-

nalement très récente, efficace ;

- la demande sociale actuelle qui fait de la médecine une prestation de service banalisée débouchant sur l'organisation rationnelle des soins en médecine et sur son industrialisation ;

- la pression économique qui conduit à considérer actuellement comme un partenaire majeur celui qui finance le système de santé, c'est à dire l'assureur.

Du colloque singulier à la prestation de service

Le constat de la fin du « *colloque singulier* », c'est à dire du rapport duel entre un médecin et un patient, c'est aussi la fin d'un rapport d'échanges sans témoin. La loi, et les nouvelles références professionnelles (justice, déontologie ...) ou sociales (assurance maladie, personne de confiance ...), sont autant d'occasions d'essayer de l'aménager pour y déroger. Le médecin lui-même c'est vu octroyer, en plus de son rôle de soignant, un rôle social de certificateur qui octroie des avantages (arrêt de travail ...) et des prébendes (indemnités journalières ...). Cette nouvelle mission s'est de plus accrue au cours des années et n'a pas fait l'objet d'une réflexion suffisante, notamment sur les conséquences qu'un tel exercice a sur les autres dimensions de l'activité médicale.

L'idée de départ du législateur (« *favoriser une meilleure information du patient, obtenir un consentement plus éclairé et mieux associer le patient aux décisions qui le concernent* »), dont le principe n'est contesté par personne, surtout pas par les médecins, risque de se trouver pervertie par les conséquences du contexte de son application. Car de l'information, conçue pour permettre au patient une réappropriation, il risque d'y avoir un glissement vers une information, conçue pour se protéger. La médecine ce n'est pas seulement de la vérité et de la science, c'est aussi de l'espoir et de l'humain. La médecine, et plus particulièrement la psychiatrie, est un métier qui, par essence, comporte des risques, notamment relationnels. Vouloir les maîtriser tous, c'est favoriser l'évolution des soignants vers un repli prudent derrière la prestation de service dégageée de tout investisse-

¹ Le Pen C., 1999, Les habits neufs d'Hippocrate, Ed. Calmann-Lévy, Paris.

Clinique et éthique du consentement (suite)

ment relationnel. Là où certains croyaient promouvoir le principe d'autonomie, il y a surtout le risque de voir se développer le principe de précaution. Alors les médecins ne sont que des exécutants contraints à appliquer des normes et des procédures. Dans ce contexte les soignants peuvent aisément devenir des « Ponce Pilate » détachés d'une décision appartenant en théorie au patient dont ils ne sont plus que « les conseillers et les gestionnaires ».

Au-delà du principe de précaution : une autre vision de l'humain

Le 20^{ème} siècle, tant dans sa version moderne que postmoderne, est le début d'une nouvelle période avec l'avènement d'un univers rationnel basé sur de nouveaux repères : le risque, la prévisibilité, la responsabilité et l'indemnisation. La société est alors présidée par des références à l'individualisme, la toute-puissance sur la nature ou la maladie. Dans ce contexte la société n'accepte plus la fatalité et la mort, et l'incurable n'existe plus.

Par des changements successifs, il y a glissement de la sphère des principes philosophiques et moraux à la simple gestion de la réalité, c'est-à-dire en conséquence le passage de la morale à la sphère du pragmatisme et de l'hygiénisme.

Les conséquences sont importantes. L'instance politique ne joue plus le même rôle de régulation. Le politique répond maintenant « au coup par coup », de façon à la fois émotionnelle et instantanée ; c'est-à-dire sans recul, ni élaboration. Son objectif est la médiatisation qui fonde et amplifie ce court-circuit de l'élaboration ; le passage à l'acte législatif répond au passage à l'acte transgressif.

Mise hors d'état de nuire d'un individu qualifié de socialement dangereux

C'est bien la fin d'un système précédemment établi, où l'évaluation dépendait du médecin pour le champ de la responsabilité, du juge pour le domaine de la sanction et de la punition. Dans ce type de répartition, les rôles sociaux faisaient pour chacun tiers dans des fonctions à la fois réelles et symboliques conçues et vécues comme complémentaires (légitimité de l'art médical et légalité du

droit). S'y substitue un nouveau système basé, non plus sur la justice au sens ancien, mais sur la mise hors d'état de nuire d'un individu qualifié de socialement dangereux. L'évaluation et la décision dépendent maintenant, par un transfert des compétences, à une commission : la commission pluridisciplinaire des mesures de sûreté (CPMS). Cette commission est conçue comme une représentation du corps social, et comme telle :

- elle reste dans la gestion du réel dans ce qu'il a de plus opératoire ;
- elle intègre comme principe fondateur non plus la sauvegarde de l'humain, mais la gestion déshumanisée d'un risque dont il faut protéger la société ;

- sa logique n'est plus centrée sur le coupable qu'il faut certes punir mais aussi réhabiliter, mais sur la protection de la société par rapport à une cause qu'il convient de contraindre au mieux et d'éliminer au pire ;

- elle ne fait plus tiers car elle n'agit plus dans le domaine du symbolique, puisque siègent à la CPMS : d'une part des associations de victimes, dans un registre qui peut voir se substituer la vengeance sans tiers (« je venge la victime ») à la justice qui passe nécessairement par un tiers (au sens où la justice était donnée au nom du peuple français par des représentants chargés de cette fonction) ; d'autre part des psychiatres convoqués dans le champ de l'évaluation de la dangerosité sociale, c'est-à-dire dans un registre hors de leur compétence professionnelle.

L'analogie déshumanisée de l'être humain devenu, quand il dérange l'ordre social, un produit dangereux pour la société, n'est pas sans conséquence. En effet, cette substitution n'est pas innocente au sens où elle n'est pas un problème de forme, mais une radicale évolution de fond qui fait disparaître deux principes fondateurs de notre régulation sociale : la présomption d'innocence et la notion de défense possible du mis en cause.

Conclusion

Aussi, derrière « les mirages » d'une société mondiale, ce qui est en jeu c'est l'opposition entre deux modèles :

- l'un, qui est le nôtre, dont les principes visent à faciliter le lien

social, donc le groupe, et à protéger l'individu vulnérable ;

- l'autre, plus anglo-saxon, dont les principes sont basés sur un droit jurisprudentiel et une promotion de l'individu.

Chacun de ces systèmes a ses qualités et ses défauts ; et la vérité n'est pas dans la victoire de l'un sur l'autre mais dans un nouvel équilibre entre les patients, qui évoluent dans leurs exigences, et les soignants, confrontés dans leur travail à la souffrance, la maladie et la mort, qui doivent aussi évoluer dans leur façon de travailler et de communiquer. Or, cette confrontation, ancestrale et profondément humaine, comporte plus d'invariants, notamment psychologiques, que ne le conçoivent des textes basés sur la volonté de banaliser à tout prix les soins, en terme de services rendus. Dans cette perspective les textes sont une référence sur laquelle le sujet citoyen peut compter pour garantir, en Droit, son égalité par rapport aux autres ; mais dans les situations de prévention, de diagnostic ou de soin, ces textes ne seront pas grande chose s'ils ne sont pas incarnés par des professionnels de qualité capables de les faire vivre face aux inégalités et à la vulnérabilité particulière et évolutive de chaque sujet malade. Le consentement devient un concept qui organise de nombreux textes de références en médecine. Les enjeux du consentement sont actuellement plus imposés par le corps social et par le niveau de régulation qui s'en inspire : le juridique. Dans ce contexte, le cas de la psychiatrie est particulièrement intéressant, car il ne permet pas de faire l'abstraction de l'inégalité du sujet dans le soin et il n'autorise pas à faire croire qu'en termes de santé le patient est un consommateur comme les autres.

Les médecins et tous les soignants doivent défendre un espace de soin qui soit aussi un espace de liberté : que tous les patients et ceux qui sont réellement attachés à leur sort réalisent qu'ils en seront les premiers bénéficiaires, et en cas de suppression de cet espace, les premières victimes. ■

Vocation thérapeutique et fonction bio-politique

Pierangelo

Di Vittorio,

Docteur en philosophie de l'Université de Lecce (Italie) et de l'Université Marc Bloch de Strasbourg

Depuis quelques années, les rapports entre la santé mentale et la sécurité font l'objet d'un débat dont la tension relève des préoccupations souvent contradictoires propres aux différents acteurs impliqués. La récente loi autorisant les soins ambulatoires sous contrainte actualise la question et rallume la polémique. D'une part, on stigmatise le « traitement sécuritaire des malades mentaux », d'autre part on souligne que de cette manière, le patient sera finalement traité « en liberté ».

Etranges idées que celles d'une maladie qui exige comme réponse une privation de la liberté, et d'une liberté qui s'exprime par une obligation à se faire soigner. Il apparaît que lorsqu'il s'agit de maladie mentale, la contradiction est toujours là, toujours fondamentalement la même : « On aurait dû séquestrer Pierre Rivière », écrivait Leuret en 1835 à la fin de l'expertise signée avec Esquirol, « ce jeune homme était trop malade pour jouir de sa liberté ». Tout un programme.

Un bref rappel historique sera utile. Pour deux raisons principales : d'abord, car les rapports entre la *vocation thérapeutique* et la *fonction bio-politique* ou *bio-sécuritaire* (notion par laquelle Michel Foucault indiquait les dispositifs de mise en sécurité des populations par rapport à des problématiques d'ordre biologique et pathologique) remontent aux origines de la psychiatrie, telle qu'elle s'est institutionnalisée à cheval entre le XVIII^e et XIX^e siècle, ils sont donc tout à fait « constitutifs » et non pas épisodiques ; ensuite, car la « sécurité » n'est pas en soi quelque chose de négatif – elle est considérée au contraire comme un droit fondamental de l'individu, au même titre que certaines formes de protection sociale –, et il s'agit par conséquent de comprendre sur quoi portent au juste les résistances.

Cette « double » dimension – d'intervention thérapeutique vis-à-vis de chaque patient et de gestion bio-sécuritaire des populations – est d'autant plus frappante dans le cas de la psychiatrie qu'elle se trouve inscrite dans son acte de naissance. D'un côté Esquirol, dans sa théorie de l'isolement thérapeutique, soutient qu'« une maison d'aliénés est un instrument de guérison : entre les mains d'un médecin habile, c'est l'agent thérapeutique le plus puissant contre les maladies mentales ». De l'autre côté, le Ministre de l'intérieur, face à l'Assemblée, donne la justification suivante à la loi de 1838 sur les aliénés : « Il s'agit de prévenir des accidents analogues à ceux que la police administrative embrasse dans sa sollicitude, en vue desquels elle a été instituée, tels que les inondations, les incendies, les fléaux de tout genre, les dangers qui menacent la salubrité publique ou même le repos des citoyens ». Traiter les fous comme des hommes malades, gérer les malades mentaux comme des catastrophes : la contradiction est évidente et marque la tension qui caractérisera la pratique psychiatrique dans toute son histoire, le présupposé de la « dangerosité de la maladie mentale » fonctionnant comme une charnière entre ces deux dimensions hétérogènes et inconciliables.

Le cas de la psychiatrie montre bien que le problème ne se pose pas tant au niveau du thérapeutique ou du bio-politique en soi, qu'à celui de leur *instrumentalisation réciproque* : l'humanitarisme médical peut servir d'alibi aux stratégies de gouvernement des populations, tandis que les logiques politiques, vécues comme une sorte de destin intangible, peuvent justifier le fatalisme (plus ou moins intéressé) des professionnels. Il suffit de considérer d'importantes expériences de transformation de la psychiatrie au XX^e siècle, telles que la psychothérapie institutionnelle française et le mouvement anti-institutionnel italien, pour se rendre compte que leur caractéristique est d'avoir articulé d'une manière différente et plus « qualifiée » le rapport entre le

thérapeutique et le politique, sans dissoudre la polarité pour autant.

Mais qu'en est-il finalement de cette tension aujourd'hui ? Après la théorie de la dégénérescence, vrai tournant dans l'« émancipation » de la psychiatrie par rapport à sa vocation thérapeutique et à l'arrière-fond pathologique qu'elle suppose, le pôle de la gestion bio-sécuritaire n'a pas cessé de s'imposer davantage. Dès lors, il s'agit moins de soigner les individus que de protéger biologiquement la société par des dispositifs de « prévention » de masse – des campagnes de stérilisation forcée aux programmes d'euthanasie sauvage jusqu'à l'horreur de l'extermination. Mais au-delà du « scandale » de la bio-politique nazie, il faut reconnaître que cette tendance, non seulement ne s'est pas arrêtée, mais s'amplifie aujourd'hui, dessinant ce qu'on pourrait appeler l'âge « post-pathologique ».

Plusieurs signes le trahissent, tels que l'hégémonie du DSM¹ ou le succès du diagnostic de PTSD², qu'il n'est pas possible d'illustrer ici. On se bornera à remarquer qu'un nouveau « pessimisme thérapeutique » risque de s'emparer des professionnels, pessimisme qui malheureusement ne s'accorderait que trop bien avec le « tout gestionnaire » dominant. *Assumer*, même si cela risque de contredire radicalement le contrat thérapeutique sur lequel est fondé notre mandat : voici le pacte tacite à la base de la gestion asilaire des malades mentaux par les aliénistes. La différence est qu'aujourd'hui, on pourrait accepter de gérer la santé mentale des populations, avec de surcroît l'attitude cynique consistant à le faire tout en sachant qu'on est délivré de la « tâche », fût-elle illusoire ou purement justificatrice, de soigner les malades. Il est évident qu'à défaut de toute contrainte thérapeutique, on tombe vite et lourdement dans l'*illimité* de la gestion coûte que coûte. Car une chose est certaine : lorsqu'on parle de « soins », le patient n'est pas le seul à devoir être concerné par des « obligations »... ■

¹ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)

² Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD)

Réflexion critique sur l'obligation de résultat pour la psychiatrie légale en Allemagne

Heinfried Duncker,

*Psychiatre,
Psychanalyste,
Morigen (Allemagne)*

Les mesures sécuritaires ont une longue tradition en Allemagne. Les lois sécuritaires des nazis ne sont pas le début de ce genre des réactions sociales. Elles n'ont fait qu'élargir les mesures d'internement dans les foyers de travail réservés aux personnes dyssociales, sans travail, sans intégration sociale, voire alcooliques, qui ont été introduites dans la pratique sociale allemande du XIX^{ème} siècle dans la poursuite des réflexions schréberiennes sur l'éducation à la droiture ; réflexions dans lesquelles la maladie était la conséquence du manque d'entraînement ou d'un manque de tenue morale.



Les lois de 1934 concernent les mesures de sécurité et de thérapie dans trois directions :

- l'internement en hôpital psychiatrique pour des malades mentaux criminels,
- l'internement dans une cure de désintoxication pour les criminels alcooliques,
- et l'internement sécuritaire pour les délinquants ayant un

penchant dyssocial et passés à l'acte.

Ces mesures avaient au premier plan des aspects sécuritaires. Au cours de la grande réforme du code pénal, dans les années 70, les idées de thérapie ont été mises en avant et ont marqué très clairement la pratique jusqu'aux réformes sécuritaires de 1998 et au delà. Ces réformes ont eu pour conséquence de transformer la question concernant le pronostic criminologique permettant de faire des sorties d'essai ou de libérer un malade.

De 1976 à 1998, la question à laquelle les soignants et les experts devaient répondre était : est-ce qu'on peut essayer que l'interné ne commette plus de délits hors de l'institution ?

Depuis 1998 la question s'est transformée dans le sens suivant : est-ce qu'on peut être certain que la personne en question ne commette plus de délits hors de l'institution ?

La première question imposait une réponse compatible avec le travail en psychiatrie sociale, tentant, avec des petits pas, de réinsérer la personne en question dans une vie socialement intégrée sans délits. Par contre, l'exigence d'une vie sans délits suppose une attitude qui exprime clairement le doute que la personne pense être réinsérée dans la société. Ceci représente un retour évident vers des mesures à orientation sécuritaire où l'aspect thérapeutique passe au second plan.

Cela a eu pour conséquence que le nombre des malades internés a presque quadruplé et que la durée de séjour moyen a doublée dans de nombreux hôpitaux.

Après des interventions de la Cour européenne, le parlement allemand a voté une nouvelle loi de thérapie et d'internement qui s'adresse à la population des délinquants habitués aux comportements criminels réitératifs, population visée par l'ancienne loi sécuritaire. Par rapport à cette loi, il faut faire remarquer deux problèmes :

- En Allemagne, tous les délinquants, quand ils sont supposés souffrir d'une maladie mentale, voire d'un trouble de la personnalité, sont soumis à une expertise constatant d'une part s'il y a une maladie mentale, s'il y a un lien entre cette maladie mentale et le crime commis, et si d'autre part, au nom de cette maladie, il y a un danger de récurrence criminelle. Si ces questions ont une réponse positive, la personne en question est internée à l'hôpital psychiatrique.

- Il y a en Allemagne une tendance à ce que la psychiatrie ne s'occupe pas de certains malades. Il y a en particulier des personnes souffrant des troubles graves de la personnalité qui ne sont pas traitées comme suffisamment malades pour que ces règlements s'appliquent à elles. Justement, ces personnes ont des troubles psychiatriques considérés comme insuffisamment graves pour un traitement au lieu d'un emprisonnement, mais suffisamment graves pour être à la base d'une mesure sécuritaire post-carcérale dans laquelle, d'après la constatation de la Commission européenne des droits de l'homme, la thérapie est tout à fait secondaire. On est là dans une phase non thérapeutique de la psychiatrie. ■



Quelques enjeux de la contrainte mise en œuvre en soins ambulatoires

Delphine Moreau,
Sociologue,
GSPM-IMM-EHESS

« On n'a pas encore inventé la grue qui amène le patient aux soins »¹. Pouvoir imposer des soins, un traitement et/ou un suivi hors de l'hôpital, l'idée séduit des proches qui craignent les rechutes et leurs conséquences terrifiantes, qui appréhendent de revivre ce qu'ils ont traversé si leur fils, fille, frère, sœur, conjoint-e, ami-e, parent interrompt son suivi, et notamment cesse de prendre ses médicaments.

L'idée a convaincu gouvernement et parlementaires, qui ont récemment voté la loi 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 » ; celle-ci ouvre la possibilité de soins sans consentement en ambulatoire à côté des hospitalisations sans consentement (HSC), après une période d'observation de 72h.

Mais pour réaliser cette obligation de soin, quel degré de contrainte est-on prêt à mettre en œuvre ? Les effets de ce changement de définition de ce que l'on peut imposer sont aujourd'hui bien difficiles à prévoir, tant les pratiques sont hétérogènes selon les configurations locales. Il est mal aisé d'anticiper la manière dont les équipes psychiatriques et les différents acteurs impliqués vont se saisir de ce nouveau cadre législatif : cela ne concernera-t-il que les personnes qui pourraient faire l'objet d'hospitalisations sans consentement ou est-ce que cela pourrait s'étendre à d'autres ? Est-ce que cela tendra à augmenter en durée comme en extension la contrainte qui s'exerce sur elles en *s'ajoutant* à une HSC, est-ce que cela l'allégera en se *substituant* à une hospitalisation considérée comme traumatisante, parfois par des psychiatres eux-mêmes ? Certains craignent une généralisation de ces mesures, mais il est possible que les équipes en limitent l'usage – soit par refus d'une contrainte jugée trop extensive, soit dans une conscience du coût que cela représenterait, en temps, énergie, effectif et de l'impuissance dans laquelle ils sont de l'exercer effectivement.

A défaut de pouvoir anticiper sans tomber dans la fiction, l'on peut d'ors et déjà dégager quelques enjeux, présentés ici succinctement, de ce qui se joue dans le passage de la contrainte au sein d'un lieu circonscrit, et souvent fermé, à une contrainte mise en œuvre dans le cours ordinaire de la vie de la personne. Car dans les interventions extra-hospitalières des équipes psychiatriques apparaissent déjà les tensions, les ambiguïtés et le coût tant du « faire venir » que de l'« aller vers » pour les personnes qui ne demandent pas de soin – et notamment les limites de ce que l'on peut imposer par contrainte directe. Pour « faire venir » une personne qui ne le souhaite pas, il faut un bénéfice (qui lui apparaisse tel) ou une menace – par exemple d'une hospitalisation. Avant l'existence de soins sans consentement en ambulatoire, les mesures d'hospitalisations sous contrainte pouvaient fonctionner à la fois comme contrainte directe, mais aussi comme menace implicite ou explicite, notamment lors de certaines sorties d'essais prolongées. Si la personne ne « vient » pas, il faut soit augmenter la contrainte (l'hospitaliser effectivement ? Mais le fait de ne pas prendre un traitement ou de ne pas venir à ses rendez-vous ne signifie pas en soi que la personne ait besoin d'être hospitalisée), soit, avant cela, « aller vers » la personne, par exemple se rendre à son domicile, pour évaluer la situation, tenter de la convaincre ou d'exercer différents types de pressions (du chantage à la persuasion, en passant par un travail de conviction « pour le bien de la personne ») : ce qui implique du temps, des personnes, éventuellement la coordination de plusieurs acteurs et institutions : proche, tuteur, police, etc. Les problèmes politiques (comment organise-t-on le soin psychiatrique ? Dans quelle modalité d'action investit-on ?) et éthiques (quels degrés de contrainte et d'intrusion sont-ils acceptables ? Inversement jusqu'où peut-on ne pas intervenir face à une situation problématique ?) se matérialisent spatialement : hors de l'espace circonscrit de l'hôpital, la personne peut ne pas ouvrir sa porte (doit-on faire effraction ? *Qui* le peut du point de vue de la légalité et de la

légitimité ?) ou être absente (faut-il revenir ? A quel coût en temps, peut-être perdu ?) ; elle peut également l'ouvrir, mais refuser ce qu'on lui propose.

Le moment de la contrainte ne peut être pensé seul, isolément de l'économie des autres interventions menées auprès de la personne dans lesquelles il s'insère – précisément, son sens n'est pas le même selon qu'il s'articule ou non à d'autres interventions. Un service d'urgences qui n'est pas en relation avec le service qui fera le suivi de la personne pourra prendre d'avantage de décisions d'hospitalisations sous contrainte pour « éviter tout risque » – dans l'incertitude du relais qui pourra être opéré dans la prise en charge. Une mesure de contrainte semble, et parfois est, une action plus sûre et plus « efficace ». Mais l'efficacité de la contrainte directe repose sur son exercice constant. Dès qu'elle se relâche, la personne n'est plus empêchée ni forcée. Même les traitements dits « retard » n'ont qu'une durée limitée, à supposer que l'on réduise le traitement psychiatrique au traitement médicamenteux. Apparaît ici une deuxième dimension essentielle à prendre en compte dans ces questions : la temporalité. Le temps rend nécessaire d'obtenir a minima, sinon le consentement, du moins une certaine participation de la personne au traitement que l'on souhaite lui administrer. Lorsque les interventions sont potentiellement amenées à se prolonger ou à se répéter, c'est, par delà la résolution de la crise, dans le temps de la relation que se pose la question de la délimitation de l'action. Et si l'on ne souhaite pas rester dans une participation a minima, si l'enjeu est de rendre possible la restauration d'une certaine capacité d'agir par soi, si l'on ne souhaite pas une participation qui ne soit qu'une forme de docilité, alors il faut laisser des espaces et des temps où il est possible de refuser ce qui est proposé. Tout en continuant de proposer, sous peine que ces espaces/temps de refus possible ne soient que l'envers d'un abandon. ■

¹ Cette phrase est prononcée par une psychiatre travaillant en CMP et en hospitalisation qui commentait lors d'une discussion informelle la proposition de soins sous contrainte en ambulatoire, qui était énoncée dans le rapport Yéni I., Lopez A., Valdès-Boulouque M., Castoldi F., Propositions de réforme de la loi du 27 juin 1990, IGAS-IGSJ, Paris, 2005.

La demande d'HDT portée par l'intervenant social : matière d'humanité

Camille Bouvier,
Responsable Adjointe
des Accueils de jour du
Foyer Notre Dame des
Sans-Abri, Lyon

Avec l'augmentation du nombre de personnes à la rue ayant des troubles psychiques, les intervenants des accueils de jour ont tendance à s'habituer à cette souffrance. « C'est normal que Mr X crie tout seul, que Mme Y se tape la tête contre les murs et que Mr Z dise être persécuté toute la journée ... » Ne pas banaliser, ne pas s'habituer à cette souffrance qui fait partie de notre quotidien reste, pour nous les accompagnants, un enjeu majeur.

La demande d'une HDT¹ est pour moi un acte humain qui signifie à la personne que je ne peux plus accepter de la voir souffrir autant. C'est aussi une manière de lui dire que je crois en elle et qu'elle peut être différente de celle que je vois devant moi.

Après avoir été à l'initiative de plusieurs HDT, je constate des effets positifs et un mieux-être pour les personnes. *Certaines d'entre elles* ne se souviennent plus de ce qui s'est passé, d'autres remercient le service d'avoir fait cela pour elles : « *merci, je n'étais pas dans mon état normal* ».

Lors des périodes de crise, les personnes sont souvent très éclatées et cherchent vraiment à être contenues. Par exemple, certaines n'ont plus aucune notion des lieux, du temps, de l'espace..., pourtant elles parviennent à venir à l'accueil tous les jours ! D'autres tentent de nous faire « peur » en nous racontant des histoires violentes comme pour nous mettre en garde de ce qu'elles seraient capables de faire (insultes, violence...) On entend alors que derrière cette « provocation » se cache un réel appel au secours. Ces personnes sèment des « SOS » un peu partout où elles passent. Curieusement, je me suis rendu compte qu'elles ne les semaient

que là où elles avaient confiance. J'ai vu des gens délirer à l'accueil de jour et se tenir à peu près correctement dehors.

Lorsque nous saisissons cet appel et que nous décidons de mettre en place ce soin sous contrainte, il nous est nécessaire d'être cohérents et en phase au sein de l'équipe. Ce n'est qu'une fois que l'équipe est porteuse de ce projet que l'on peut téléphoner au médecin et à la police.

Cette décision portée par les acteurs de terrain passe aussi par une certaine « fermeté ». Faire sentir à la personne qu'on a fait le choix pour elle et que l'on a pris la décision l'apaise. Comme cette dame qui prend son sac à main pour aller à l'hôpital en me disant « *puisque je n'ai pas le choix...* ». D'ailleurs, je suis toujours frappée de voir à quel point les personnes se calment en voyant arriver la police et l'ambulance : on les sent tout d'un coup apaisées et non apeurées d'être contenues et de ne pas avoir la possibilité de fuir. J'ai souvent vu des personnes se recroqueviller quand elles se voient entourées par la police et le corps médical et présenter elles-mêmes leurs poignets pour qu'on leur mette les menottes (cela, il est vrai, peut aussi signifier une soumission à l'autorité). A l'arrivée de la police ou du médecin, il est important qu'en tant que tiers je donne une explication à la personne malade. Tout d'abord, je suis porteuse de l'inquiétude de l'équipe et du changement que l'on a pu remarquer. « *Non, Mr X, vous n'êtes pas comme d'habitude* ». Au nom de notre relation, je peux me permettre de lui renvoyer cet état de fait : « *vous savez que je vous connais et je ne vous ai jamais vu comme ça* ». Témoigner de ce changement est une manière pour moi de remettre la personne en situation de confiance dans la continuité de la relation. C'est important de lui montrer qu'on ne la réduit pas au simple trouble qu'elle a pu causer à la

structure ou à elle-même. Ce n'est pas un rapport de force qui se joue, mais bien un contenant bienveillant qui s'installe.

Il y a enfin la confiance que je peux moi-même avoir en l'hôpital accueillant. Je ne suis jamais très à l'aise de signer cette demande ; cela comporte des risques, et à ce moment là je m'engage personnellement. Les malades partent assez souvent de l'accueil de jour avec un regard rempli d'incompréhension, de violence, de déception... A ce moment précis, il faut que je sois en alliance avec l'hôpital parce que ma relation de confiance avec eux est en jeu. Même si je suis persuadée et convaincue de la pertinence de cet acte, il n'en reste pas moins que le dernier certificat sera signé par un autre humain, un médecin qui aura sa propre perception de la réalité. Nos points de vue peuvent alors se confronter et aboutir à un désaccord. La baisse du nombre de salariés dans les hôpitaux ainsi que la fermeture de lits conduisent à un accueil beaucoup plus aléatoire et qui a des conséquences sur les HDT que je demande (ou pas).

Dans la conjoncture actuelle, je reconnais avoir de plus en plus de réticence pour prendre le risque d'essayer un refus. Certaines de mes orientations ont abouti à un rendez-vous en CMP², c'est-à-dire à une défausse du problème, à du virtuel. Pourtant nous savons que différer la demande de soin, même à court terme, n'a aucun sens pour une personne à la rue et conforte souvent la personne dans son « *je vous l'avais dit que je vais bien* »...et creuse le fossé qui nous sépare.

Avoir des points de vue différents, sans disqualification de l'un ou de l'autre, reste toujours une exigence difficile mais importante à tenir, et ce pour les accompagnants sociaux comme pour les médecins. ■

¹ Hospitalisation à la Demande d'un Tiers

² Centre médico-psychologique

Epuisement des réseaux de solidarité primaire : le parti pris de l'étayage

Mylène Frappas,
Chargée de mission
Service de la Santé
Publique et des
Handicapés,
Ville de Marseille

La Ville de Marseille développe depuis maintenant cinq ans une politique volontaire en matière de santé mentale. A partir de son Conseil d'Orientation en Santé Mentale (COSM) elle a engagé une démarche qui se conduit à deux niveaux. Le premier, dans un contexte de réformes, vise à contribuer à la structuration et la coordination institutionnelle de l'Action publique locale en matière de santé mentale. Le deuxième cible la mise en place de projets expérimentaux à l'échelle de micro territoires¹.

Ces projets s'inscrivent dans les axes de travail du COSM et viennent répondre à des préoccupations fortes portées par les différents acteurs. Parmi eux, la mise en place de dispositifs partenariaux afin de répondre à la gestion de situations de crise ou situations complexes liées à des problèmes de santé mentale. Dans le cadre de leurs prérogatives définies respectivement par le code général des collectivités territoriales, l'article L.3213.2 du code de la santé publique² et la loi de prévention de la délinquance du 5 mars 2007³, mais aussi par leur position de proximité, les élus locaux, les techniciens municipaux sont régulièrement saisis de façon pressante pour tenter de régler des situations présentées comme hors normes. Si une part de ces situations renvoie explicitement à la notion de danger imminent et nécessite une décision d'hospitalisation sans consentement⁴, l'autre part concerne des personnes qui ont des difficultés majeures dans la gestion d'elles-mêmes et de leur environnement. Elles ont épuisé les réseaux de solidarité primaire, sont fréquemment exclues des circuits permettant l'accès aux droits et laissent démunis les services techniques ou sociaux. L'analyse des situations considérées montre une incidence

évidente des problèmes psychiatriques : la grande majorité des personnes ont un problème en rapport avec la psychiatrie ou un problème en rapport avec le suivi psychiatrique. Par ailleurs, l'impact des processus de désaffiliation apparaît dans ce public comme relativement important, ainsi que les difficultés liées à la précarité et à l'insalubrité pour plus de trois quarts des situations. Enfin, elles sont caractérisées par l'injonction à agir vite !⁵ Afin d'améliorer le traitement et le suivi de ces situations, le Service de Santé Publique et des Handicapés de la Ville s'est attaché à proposer et construire des cadres de travail partenariaux adaptés. Ainsi le réseau « Santé mentale et logement » a été mis en place dans le premier arrondissement de Marseille. L'objectif général du réseau est de mieux organiser la prise en charge et l'accompagnement des personnes en souffrance afin d'anticiper et éviter les passages à l'acte pouvant conduire à des réponses radicales telles qu'une hospitalisation contrainte, une intervention policière, ou une expulsion...

Le réseau s'est construit à partir d'une formation/action. Il fonctionne sur la base de l'engagement de ses participants et l'accord de leur institution. Il se réunit une fois par mois. Il est coordonné par la Ville. Il est composé d'un premier cercle de participants assurant la dynamique et la continuité de ses activités (équipes de psychiatrie publique - CCAS - Maison de la Solidarité - Réseaux Gérontologie - Direction du Logement - organismes opérateurs des programmes de résorption de l'habitat indigne...). Un deuxième cercle reste mobilisable en fonction des besoins (commissariat - organismes de tutelle - services d'addictologie - services de l'APA...).

Au cours de chacune de ses séances, le réseau se penche donc sur des situations jugées complexes présentées par les membres du réseau eux-mêmes. Cha-



cun apporte son expertise, une myriade de points de vue pertinents vient s'agencer dans le souci partagé du respect de la personne placée au centre de la situation comme sujet, comme citoyen, comme habitant, comme résident. Le réseau fonctionne comme un espace de négociation, un espace de création de liens qui permet de trouver une possibilité de rouvrir un avenir à une situation qui paraissait pourtant bloquée. Outre un accès aux soins, ce mode de travail permet un recours optimisé à une large palette de droits, de mesures, de programmes et une capitalisation des solutions trouvées face aux obstacles rencontrés de façon récurrente... Ici l'ingéniosité est collective, chacun paraît y trouver les complémentarités recherchées et peut ainsi jouer pleinement son rôle.

Cet espace de travail engage à l'agir, à l'agir ensemble, à l'« aller vers ». A partir de ce lieu, la prise en charge coordonnée est possible et s'inscrit dans le long terme. La notion d'urgence qui apparaissait au départ ne se pose plus. Il s'agit d'entourer la personne sans toutefois l'encercler en respectant, soutenant ou renforçant la place de ses proches. Cet espace de collaborations inscrit dans un territoire, opère à partir d'une logique de coopération horizontalisée où la qualité des relations détermine la qualité des productions. Il fait

¹ Démarche restituée régulièrement dans la lettre électronique Marseille/santé mentale : www.marseille-sante-mentale.

² Celui-ci confie aux maires le pouvoir de prendre, en cas de danger imminent, à l'égard des personnes souffrant de troubles mentaux des mesures d'urgence à caractère provisoire.

³ Cette loi prévoit une extension de la notion de dangerosité et insiste sur la notion de troubles du voisinage. Elle renforce globalement le rôle du Maire.

⁴ La moyenne annuelle des hospitalisations d'office effectuées par le Maire est de 60 (pour 852 000 habitants).

⁵ « Evaluation des dispositifs de gestion des situations de crises et/ou complexes liées à un problème de santé mentale mis en place par la Ville de Marseille ». Fernando Bertolotto - Octobre 2010.

Le législateur tient-il compte de la réalité psychique ?

Jean Canneva,
Président de l'Union
Nationale des Amis et
Familles de Malades
Psychiques (UNAFAM)

Comment se pose la question de la contrainte pour les familles des personnes souffrant de troubles psychiques ?

Je comprends bien le sens qui peut être donné à la question au moment où se joue, au sein des instances législatives de notre pays, le sort de la révision de la loi de 1990 sur les soins sans consentement.

Je pourrais répondre de suite en indiquant comment les familles vivent la contrainte exercée sur un proche qui n'est plus en état de demander des soins.

Je pense utile d'évoquer d'abord l'expérience exceptionnelle de toutes les familles confrontées à des troubles psychiques sévères en la personne d'un proche, en matière d'incapacité psychique. Il est clair que cette expérience permet de comprendre la nécessité, dans les cas limites, des procédures de soins sans consentement.

L'expérience exceptionnelle des familles concernées, en matière d'incapacité psychique

L'arrivée des troubles dans une famille est un séisme, certains disent un tsunami. Les images de désolation du Japon après le raz-de-marée, comme celles des tours jumelles de Manhattan le soir du 11 septembre 2001, sont souvent citées pour montrer l'intensité du choc que subissent tous les membres de la cellule familiale.

Le lecteur pourra trouver que les exemples cités sont excessifs. Je suis en mesure de témoigner que ce qui se vit dans les milliers de familles qui sollicitent l'association Unafam chaque année est pratiquement inimaginable pour des tiers non personnellement concernés. Même à l'intérieur de la famille élargie, l'incompréhension est presque totale. Il me semble que le caractère, apparemment sans cause, de l'agression participe à l'intensité de la contrainte, d'abord pour la personne malade elle-même et aussi pour ses proches, à commencer par les parents, mais aussi pour la fratrie dont personne ne se préoccupe.

Il faudrait pouvoir évoquer ici ce que représentent, dans la vie d'un couple, la souffrance indicible d'un conjoint, celle d'un enfant qui

tourne au cauchemar et, pour des jeunes en pleine formation, une fratrie, qui au lieu de permettre un progrès vers l'identité, devient un instrument de déstabilisation. Le fait que les incapacités dues aux troubles psychiques agissent de manière invisible sur l'intégrité de la personne est perçu d'une manière beaucoup plus contraignante que toutes les questions pratiques, pourtant nombreuses, concernant les biens ou les appels à l'aide 24 h / 24 et 365 jours par an. Certaines familles sont dans un état de contrainte absolue, c'est-à-dire sans aucune réserve, depuis des années !

Bref, les familles concernées savent par expérience personnelle ce que les troubles psychiques signifient au niveau des « incapacités » d'être et d'agir. Elles savent ce, qu'à l'Unafam, on appelle désormais les « demi capables ».

Les familles ont aussi, malheureusement, l'expérience de l'incompréhension de certains professionnels même spécialisés. Les pathologies de la liberté laissent la place à toutes les interprétations, y compris chez les spécialistes, comme on le verra plus loin.

Dans ces conditions, pour les familles concernées, la nécessité d'une législation sur les soins sans consentement relève de l'évidence. Elle apparaît même seulement comme la partie immergée de l'iceberg. Par contre, et pour les raisons évoquées ci-dessus, les familles sont en droit de se demander si cette législation est bien établie par des responsables qui connaissent la réalité psychique.

Que le législateur, dans sa sagesse, ait estimé que les personnes souffrant d'incapacités psychiques, c'est-à-dire dont les facultés sont « altérées » ou « abolies », devaient être « protégées », les familles concernées le comprennent sans doute mieux que beaucoup d'autres.

Que le même législateur ait le souci de la protection des tiers, également.

Tout tient dans l'équilibre qu'il faut savoir maintenir entre ces deux protections. C'est ici qu'interviennent tous les déséquilibres : celui du par-

tisan rigide des droits de l'homme, fut-il psychiatre, qui ne reconnaît pas l'abolition des facultés et refuse la contrainte et celui de l'autorité qui privilégie la sécurité publique, ou sa carrière...

En l'état actuel du droit, les familles ne peuvent qu'approuver les trois dispositifs législatifs qui prévoient expressément les conditions de cette protection dans les situations les plus extrêmes. Elles appliquent d'ailleurs quotidiennement les dispositions du Code civil qui leur impose les mêmes exigences de protection, au moins, entre parents et enfants.



Les trois lois en cause sont celle concernant la protection juridique, celle concernant les soins sans consentement et enfin l'article 122-1 du Code pénal sur la possibilité pour la justice d'apprécier la responsabilité pénale après un délit. Dans les trois cas, il s'agit bien de facultés altérées ou abolies.

Dans les trois cas, le juge intervient désormais.

Dans les deux premiers, la famille est un acteur de premier rang, au titre du principe de subsidiarité. Dans les trois cas, il s'agit bien de protection telle que la famille l'exerce au quotidien. Si l'intervention du législateur est devenue nécessaire, c'est parce que les problèmes rencontrés ont dépassé les possibilités de négociation des familles ou que celle-ci n'existe pas ou plus. La loi protège aussi les proches. Pour les familles, la recherche du maximum de liberté et d'autonomie est l'objectif premier. Les protections comprenant la contrainte doivent rester

(suite page 10)

Le législateur tient-il compte de la réalité psychique ? (suite)

des moments exceptionnels, provisoires, dans toute la mesure du possible. La vie quotidienne des familles correctement aidées est à cet égard une école d'excellence et d'endurance.

Le cas particulier des soins sans consentement

En ce qui concerne la continuité des soins, les familles, lorsqu'elles existent et qu'elles ont pu bénéficier de formations, sont les « veilleurs au quotidien ». Elles savent, mieux que quiconque, si la personne malade a besoin de soins. Elles négocient, en effet, en permanence pour protéger leur proche. Elles le font en jouant sur trois domaines principaux : le maintien de la permanence du lien social (quoi qu'il arrive), la continuité des soins et la lutte contre la prise de substances addictives. Pour l'Unafam¹, l'outil le plus efficace pour assurer globalement cet accompagnement s'avère le logement accompagné.

Dans le cadre de la révision de la loi de 1990, les familles demandent principalement :

- que des services d'urgence spécialisés répondent 24 h/24 lorsqu'elles appellent et, qu'en cas d'urgence, des spécialistes viennent à domicile négocier avec les proches et seulement le cas échéant, la police. L'urgence psychiatrique professionnelle est un métier.

- à pouvoir bénéficier de formations adaptées pour les aider à tenir dans la durée, comme au Québec.

- à participer à l'élaboration de dispositifs capables de négocier avec les aidants de proximité. Cette exigence provient du fait qu'au moment où elles en ont le plus besoin, les personnes souffrant de troubles sévères ne sont plus en état de demander. Dans ces conditions, il faut bien que des aidants de proximité familiaux ou professionnels puissent parler à leur place (ou de leurs représentants associatifs). Cette action implique des formations comme indiqué ci-dessus.

- que les personnes les plus démunies ne soient pas abandonnées, en particulier lorsqu'il n'y a pas ou plus de famille. Ceci suppose des dispositifs ayant obligation

de prendre en charge, de manière souple et adaptée, des populations entières exclues du fait de leurs troubles.

L'Unafam a fait connaître son point de vue au législateur.

Les débats intervenus autour des textes en cours d'examen ont montré que le droit des incapacités psychiques n'était pas suffisamment connu par beaucoup, y compris par certains spécialistes.

Dans cet environnement difficile où les interprétations les plus diverses sont possibles, l'expérience et le témoignage d'une association nationale comme l'Unafam, impliquée à 100 % dans la vie quotidienne et qui entretient des partenariats durables avec les soignants, devraient être écoutés, surtout lorsque l'on sait que 95 % des personnes malades vivent aujourd'hui dans la cité. C'est le sens de l'action menée par l'association depuis des années. ■

¹ Les grandes lignes du plan psychique demandé par l'Unafam (<http://www.unafam.org/Les-grandes-lignes-du-plan.html>)

⁶ Agence Nationale pour la Rénovation Urbaine.

Épuisement des réseaux de solidarité primaire : le parti pris de l'étayage (suite)

appel à l'exigence de détenir désormais des connaissances de nature transdisciplinaire, de développer des pratiques différentes, avec d'autres, tout en remplissant pleinement ses missions. Le nombre et la régularité des participants, l'évolution de la charge du réseau en nombre de situations traitées et de suivis viennent confirmer sa pertinence.

Près de cinquante situations ont été traitées dans le cadre de ce seul réseau depuis octobre 2008. S'il paraît difficile de mettre explicitement en évidence l'évitement de l'hospitalisation contrainte, nous pouvons néanmoins affirmer que les réponses apportées confortent de façon très majoritaire le maintien à domicile, elles favorisent aussi de façon non négligeable l'accès à une place en maison de retraite ou foyer résidence. Enfin, le nombre d'orientations vers l'hôpital général est plus im-

portant que celui effectué vers l'hôpital psychiatrique et, dans la majorité des cas, ces dernières orientations se font avec l'accord des personnes ou à la demande d'un tiers.

Le réseau forme bien ici un dispositif intersectoriel de prévention et de prise en charge dynamisant les interfaces entre les services municipaux, les services sociaux, médico-sociaux et la psychiatrie publique.

Riches de cette expérience, nous avons d'ailleurs souhaité afficher dans le cadre du Contrat Local de Santé signé entre le Maire, le Directeur de l'ARS et le Préfet en juin 2010, le principe de mise en place d'un nouveau réseau. Situé dans une zone ANRU⁶ (13 et 14^{èmes} arrondissements), celui-ci rassemble des soignants, des travailleurs sociaux et tous les bailleurs sociaux présents sur le site. Il nous paraît en effet à terme essentiel que chacun des secteurs de la Ville puisse être

couvert par une instance de ce type.

S'il est désormais acquis que le parcours des personnes souffrant de troubles psychiques doit se construire de plus en plus hors des murs de l'hôpital, notre expérience nous confirme que ce postulat reste néanmoins fragile et les réponses nécessitent d'être organisées. Face à la complexité des situations et des problématiques de santé mentale dans nos villes contemporaines, la politique publique en matière de psychiatrie et santé mentale se doit de porter le projet de création et d'animation de cadres d'action spécifiques. Ceux-ci permettraient de prévenir l'abandon, la stigmatisation, l'exclusion, d'anticiper probablement la crise et la contrainte et renforceraient ainsi l'inclusion sociale des personnes, au plus près de leur lieu de vie. ■

Peut-on construire une alliance thérapeutique avec un patient incarcéré ?

**Bruno Gravier,
Didier Delessert,
Christopher Hasler,**
*Service de Médecine et
de Psychiatrie Péniten-
tiaire,
Département de
Psychiatrie du CHUV,
Cery, 1008 Prilly
(Suisse)*

**La prison et l'évolution
actuelle de la pénalité
illustrent de façon
paradigmatique les
multiples contraintes qui
viennent de plus en plus
enserrer l'acte de soin.
Contrainte spatiale
et sensorielle par la
restriction de l'espace et des
mouvements consécutive
à l'incarcération, contrain-
te réglementaire par le
régime strict et stéréotypé
qu'elle impose, légale par
l'implication de la décision
de justice sur l'avenir du
patient, contrainte au soin
lui-même par les injonctions
qui se développent dans
un but de prévention de la
récidive et de diminution de
la dangerosité sociale.**

Peut-on développer une alliance thérapeutique dans un milieu de privation de liberté ? La pratique des SMPR¹ depuis 1977 a permis de répondre clairement par l'affirmative à une telle question, mais pour autant que certaines règles fondatrices de l'acte médical en soient respectées : indépendance du soignant, respect du consentement et du secret médical, etc. La pratique soignante en prison ne peut, cependant, faire abstraction des enjeux pénaux, du contexte particulier de la prison et du huis clos qui s'y déroule entre détenus, agents de détention, travailleurs sociaux et soignants. Ce cadre étant reconnu comme tel, la pratique psychiatrique peut s'ouvrir à une prise en charge respectueuse du sujet et de sa capacité à s'engager dans un soin. La question de l'alliance thérapeutique en devient centrale : celle-ci qui peut être comprise « comme une notion multidimensionnelle, incluant les dimensions de collaboration, de mutualité et de négociation »² est vite vulnérable dans un milieu et un contexte où les pressions de tous ordres s'exercent sur le soin. Prise entre l'avocat qui souhaite

faire état du changement de son client, le surveillant qui perçoit le psychiatre comme celui qui calme l'agitation et la colère, le juge qui se fait l'écho de la demande sociale de réduction de la dangerosité et le désir légitime du détenu de faire feu de tout bois pour obtenir aménagements de régimes ou libération la plus rapide possible, l'alliance est souvent fragile, malmenée et son authenticité doit être décryptée. La clinique doit impérativement se lire dans ce rapport tendu du détenu avec son environnement qui teinte les expressions pathologiques.

Traitements contraints

En prison, on le sait, se trouvent de plus en plus de patients souffrant de troubles psychiques sévères. Les choses se complexifient lorsque la situation pathologique du patient rend nécessaire un traitement auquel il n'est pas en état de consentir. Dès lors que sa capacité de discernement est altérée, un détenu qui se trouve en état de décompensation psychique doit, selon la loi française, être transféré dans un établissement de soins habilité à recevoir des patients en hospitalisation complète. Dans beaucoup d'autres pays, la loi est loin d'être aussi claire, néanmoins l'esprit général des réflexions et des prises de position³ va dans le sens de ne pas maintenir en milieu de détention des patients souffrant de troubles graves et aigus. Les institutions hospitalières restent cependant, partout, réticentes à accueillir des patients détenus, faute de structures sécurisées ou par peur de devoir revenir à des pratiques asilaires appartenant au passé. La prison n'est pas un lieu adéquat pour de telles situations qui malheureusement y sont trop fréquentes. Pourtant la réalité et la sévérité des troubles rencontrés en prison fait que le médecin est régulièrement confronté à la nécessité clinique d'imposer des soins dans un milieu inadapté et qui le place aux limites de ce que l'éthique médicale peut accepter. Peut-on rajo-

uter à la violence de l'institution carcérale, la violence d'un acte de soin contraint ?

Dans ce contexte, tout doit être mis en œuvre par le soignant pour garantir au patient que ses interventions visent d'abord une amélioration de sa santé et non une sujétion à l'ordre pénitentiaire. La référence tant à des textes supra nationaux qu'aux législations de santé publique en vigueur permet de rappeler inlassablement que la prise en compte de la souffrance psychique prime, pour le médecin, sur toute autre considération, quel que soit l'acte qui a conduit le sujet en prison. Cela implique une rigueur toute particulière dans la décision et le suivi de tels actes de soin, la rédaction de protocoles décisionnels clairs, la séparation impérative des lieux de soins des lieux de sanction dans les établissements de détention. Notre pratique nous a conduits aussi à systématiser une information et un échange régulier avec les autorités de surveillance sanitaire pour éviter que la prison ne s'enkyste dans une gestion en circuit fermé de la maladie, ce qui la met au risque de toutes les dérives. L'ensemble des dispositions prises est là pour rappeler au patient que notre attitude se réfère à des règles qui garantissent le respect des principes éthiques fondateurs. C'est à travers des messages clairs adressés autant au patient qu'à l'ensemble de l'institution que peut s'instaurer l'indispensable alliance nécessaire au dépassement de la crise.

Obligations de soins

Pour nombre de détenus astreints à une obligation de soin, le droit des mesures pénales, tel qu'il est en vigueur en Suisse - mais aussi en Allemagne, en Hollande et dans bien d'autres pays - impose un suivi thérapeutique en détention ordonné par l'autorité judiciaire pénale. La mesure se fonde alors sur le constat d'un grave trouble mental, d'un délit commis en relation avec ce trouble, et sur l'hypothèse que

¹ Service Médico Psychiatrique Régional

² Bioy A., Bachelard M., L'alliance thérapeutique : historique, recherches et perspectives cliniques, Perspectives psy, 2010/4, 49, 317-326

³ La règle 12 de la charte pénitentiaire européenne, recommandation 1747(2006) de l'assemblée parlementaire du Comité des ministres du conseil de l'Europe stipule, en particulier que : « les personnes souffrant de maladies mentales et dont l'état de santé mentale est incompatible avec la détention en prison devraient être détenues dans un établissement spécialement conçu à cet effet. Si ces personnes sont néanmoins exceptionnellement détenues dans une prison, leur situation et leurs besoins doivent être régis par des règles spéciales ».

⁴ Article 59 du code pénal suisse

Peut-on construire une alliance thérapeutique avec un patient incarcéré ? (suite)

la mesure imposée « détournera l'auteur de nouvelles infractions en relation avec ce trouble »⁴. Dans les faits, le grave trouble mental est compris par les magistrats et les experts de manière très exhaustive, ce qui conduit certains établissements pénitentiaires suisses à voir plus du tiers de leur population pénale asreint à de telles dispositions.

Dans une telle situation, le devenir du détenu est fortement tributaire de son évolution psychique et, potentiellement, de ce qui sera dit du soin aux autorités. Peut-on rendre compte de ce qui se passe dans la relation thérapeutique sans mettre à mal l'alliance possible ? Comment dépasser le sentiment de « coercition perçue »⁵ (Monahan) corollaire de la mesure pénale pour permettre de se déployer une authentique relation thérapeutique ? Un patient travail de clarification des attentes des uns et des autres, de construction d'une place tierce permettant au soignant d'être dans une posture radicalement distincte de celle de l'expert mais qui n'éluide pas la nécessité d'un travail en interinstitution - et « l'intercontenance des cadres » comme l'a baptisée A. Ciavaldini - permet qu'au fil du temps s'instaure une alliance qui préserve un espace d'élaboration qui ne soit ni compromission ni complaisance mais construction d'un projet authentiquement thérapeutique au delà des attentes sociales.



Intégrer l'environnement

Ces situations limites nous mettent dans une posture inconfortable et au défi de résoudre une série de dilemmes éthiques majeurs : parmi ceux-ci, la manière

dont sera inclus l'environnement pénitentiaire et pénal dans les échanges, réflexions et informations qui vont circuler à propos de ces patients est une question centrale ? Conserver l'intimité de la relation thérapeutique et la confidentialité qui en découle, sans que celle-ci ne soit vécue comme une entrave au bon fonctionnement du monde pénitentiaire ou un refus d'accepter le mandat social qui est confié à travers la mesure, impose de penser une articulation entre les uns et les autres, respectueuse des missions respectives.

Les réponses ne sont jamais simples à élaborer et l'attentisme peut être aussi préjudiciable autant au devenir psychique d'un patient qui ne reçoit pas le traitement dont il serait redevable qu'à son devenir pénal si on ne peut rendre compte de son évolution dans le cadre d'un soin qui lui est imposé.

L'indépendance du soignant demeure néanmoins au centre de la construction de l'alliance, même si elle n'exclut pas les échanges et la construction conjointe d'un parcours du sujet incarcéré. Cette indépendance est plus souvent menacée qu'on ne le croit comme l'a montré l'épisode récent dans les prisons suisses d'une grève de la faim qui a vu le médecin recevoir l'injonction de la part de la plus haute instance judiciaire du pays de nourrir contre son gré un détenu capable de discernement et parfaitement au fait des dangers qu'il encourait.

Des parcours féconds sont possibles pour autant que la boussole ne se dérègle pas et que la recherche du lien thérapeutique demeure la préoccupation première du thérapeute. Ainsi en a-t-il été pour cet homme de 27 ans poursuivi, puis condamné à une mesure thérapeutique imposant son maintien en milieu carcéral, pour une tentative de meurtre dans un contexte de décompensation maniaque. L'alliance a été rapidement de bonne qualité permettant de dépasser l'épisode pathologique et d'établir dès

le début du parcours pénitentiaire une relation suivie avec la famille prise dans un fonctionnement clanique empreint de secrets de famille. Une clarification inlassable des rôles, entre ceux qui décident du devenir pénal et ceux qui soignent ainsi que des rencontres régulières entre intervenants et avec l'assentiment du patient ont aidé à construire un parcours pénitentiaire permettant au patient de s'inscrire dans une détention normalisée avec des perspectives d'élargissement tenant compte autant de ses potentialités que de ses difficultés psychiques. Le patient travail de lien avec l'environnement pénitentiaire a ainsi permis d'anticiper les périodes critiques ou les troubles du comportement concomitants des évolutions thérapeutiques sans que sa place dans l'institution en soit mise à mal. Ainsi la survenue d'une rechute pathologique a pu être travaillée avec les uns et les autres non comme une stigmatisation de la pathologie psychiatrique conduisant à un rejet et à un constat d'échec, mais, au contraire comme un moment maturatif permettant de repenser avec l'ensemble des intervenants et la famille le projet de sortie et d'élaborer les divergences qui ont pu s'en suivre.

L'enjeu majeur de l'établissement d'une alliance thérapeutique est de pouvoir se découpler de l'assujettissement à l'ordre carcéral sans cependant s'enfermer dans une logique qui ferait du soin et du devenir psychique du patient un espace de pensée complètement extérieur à la réalité et aux attentes sociales vis-à-vis du soin, aussi irréalistes soient-elles. R. Roussillon souligne que « le but de tout travail de psychothérapie est d'optimiser la symbolisation de l'expérience vécue. Le cadre (...) va devenir structure d'étayage de la symbolisation ». Un cadre qui prend en considération les multiples horizons auxquels le soin en milieu pénal se confronte est un cadre qui permet de travailler le clivage qui se déploie si facilement avec de tels patients et dans ces institutions totales. ■

⁵ Monahan et al. Coercion and commitment: understanding involuntary mental hospital admission, *International Journal of Law and Psychiatry*, 1995, 18(3), 249-263.

⁶ Roussillon R., « Jeux du cadre, cadre du jeu » in *Psychanalyse, la remise en jeu*. Actes du colloques de l'APPsy, Bruxelles, 16-11-1995, cité par Vander Elst N. Un défi pour la psychanalyse, les thérapies sous contrainte, communication personnelle.

Entre violence de la contrainte et violence de l'abandon

Pierre Lamothe,
Psychiatre SMPR,
Centre hospitalier
le Vinatier, Bron

Le soin, apporté par des hommes à la souffrance d'autrui, paraît être un des constituants fondamentaux du fonctionnement de l'humanité, même si certains animaux supérieurs en ont acquis la pratique, posant d'emblée la question du rapport entre l'individu et la collectivité sociale au sein de laquelle il vit.

On peut imaginer que l'homme a ajouté la dimension altruiste d'un soin « gratuit », rétablissant la santé et le bien-être de la personne sans considération de ce qu'elle apporte ou coûte à la collectivité par rapport à une réparation utilitaire dont la société escompte le bénéfice de voir tous ses membres en état de fonctionner dans l'œuvre commune. Mais aussi bien du point de vue économique que du point de vue de la perception de plus en plus centrale, à la faveur de la promiscuité grandissante avec la croissance vertigineuse de la population et l'urbanisation non-maîtrisée qui dépasse la taille critique des capacités d'organisation sociale, de la dangerosité potentielle du voisin, des exigences se forment pour que l'homme ne s'appartienne plus tout à fait et doive en quelque sorte sa santé aux autres ; sa santé mentale d'abord, mais se profile aussi la question de sa santé physique avec en filigrane l'idée d'une valeur morale associée à la négligence de chacun de sa propre maintenance qui amène par exemple à clairement stigmatiser le fumeur comme ne jouant pas le jeu de la vie pour les autres.

Depuis le siècle des lumières et l'idée que la folie soit problématique humaine et non plus possession diabolique ou volonté divine, les pratiques autant que les lois n'ont cessé d'osciller entre le respect de la personne jusque dans son droit à être malade et le soin sous contrainte pour son bien malgré elle ou clairement

pour le bien de tous.

A certains moments et dans certaines sociétés, cette protection de la personne contre elle-même et de la collectivité dérape dans un idéal de normalisation des comportements, voire des pensées, et parfois les réactions libertaires des psychiatres humanistes se font sur des craintes fantasmatiques de cette dérive, même si elle n'est pas un vrai danger ici et maintenant.



La France vient de franchir une nouvelle étape qu'on peut voir comme une élaboration à travers la notion de protocole de soin, d'un accompagnement et d'une prise en charge qui dépassent le soin lui-même pour aller vers la santé et le bien-être (passage du « cure » au « care »), rappelant en quelque sorte que la violence de l'abandon est supérieure à la violence de la contrainte, mais rappelant aussi que l'intérêt collectif doit parfois primer sur l'intérêt individuel, quitte par exemple à remettre en cause le caractère intangible du secret.

La loi se veut pourtant une loi de respect des libertés et symboliquement, au prix de procédures assez lourdes et difficilement organisables, elle généralise le contrôle judiciaire doublant le contrôle administratif avec l'intervention systématique du Juge des Libertés sur l'appréciation de non plus la légitimité mais bien de l'opportunité de la contrainte, avec son rapport

bénéfice/risque, et l'appréciation du degré de violence subi par le patient, entre la violence du soin et la violence de l'abandon. Les psychiatres ont au moins le dernier mot sur l'autorité préfectorale quand un collègue propose par deux fois une mesure d'élargissement vers le soin consenti que le Préfet refuse, mais clairement ce dernier, même s'il n'a pas accès direct en principe à la nature du soin, risque d'avoir des critères d'appréciation formels de la validité des protocoles de soins qui ne seront pas toujours en coïncidence avec la clinique. On risque ainsi d'apprécier comme plus sûre dans le principe de précaution détourné et envahissant une administration parentérale¹ à action prolongée que le psychiatre serait de fait conduit à prescrire et le patient à réclamer pour obtenir plus de liberté !

La loi rappelle en prémices, et l'intervention du Juge des Libertés s'en veut le garant, que la recherche du consentement du patient doit être au centre de l'application du traitement nécessaire. La loi sera aussi l'occasion d'accepter pour les psychiatres un regard tiers sur leurs pratiques, le risque en est bien qu'ils deviennent exécutants d'un soin prescrit par le « bon sens »(!?), la demande sociale ou la justice, avec les extrêmes que l'on voit réclamer pour les auteurs d'infractions à caractère sexuel. Mais si les psychiatres résistent à l'idée d'être « irréprochables » dans ces procédures de prescription et acceptent au contraire de dialoguer sur leurs doutes, ils aideront l'ensemble de la société et des patients à progresser en acceptant la vulnérabilité humaine et l'incertitude. Le soin sous contrainte ne peut s'apprécier et se prescrire que si l'on accepte d'abord de prendre le risque de l'autre sans lequel il n'y a non seulement aucun soin, mais aucune relation possible. ■

¹ NDLR : par perfusion, injection

Stigmatisation en psychiatrie : le poids des médias

Marc Oeynhausien,
Master 2 École
de Journalisme et
de Communication
de Marseille

La loi du 5 juillet 2011 relative « aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et à leurs modalités de prise en charge » et ses décrets d'application sont entrés en vigueur le 1^{er} août. À travers cette loi se pose plus largement la question des représentations sociales des personnes souffrant de troubles psychiques relayées par les médias.

Une vaste enquête menée depuis 1999 par le Centre Collaborateur de l'OMS, intitulée « Santé Mentale en Population Générale » (SMPG)¹ a montré que presque un tiers des Français souffre de troubles psychiques allant de l'anxiété et de la dépression aux syndromes d'allure psychotique. Selon l'OMS, la dépression risque de devenir la première cause de morbidité d'ici 2020 dans les pays développés. Ces troubles sont donc largement répandus en France, mais d'après une récente enquête d'IPSOS (2009)², seulement 5% des personnes interrogées affirment en être touchées.

La maladie mentale continue à inspirer craintes et rejets. Nos conceptions actuelles sont largement marquées par notre patrimoine historique et culturel. Dans l'histoire occidentale, le « fou » a toujours été considéré comme « dangereux » que ce soit pour des questions morales au Moyen-âge, car il s'opposait aux dogmes de l'Église, ou pour des raisons sociales, désigné alors comme « fauteur de troubles ». On associe aux personnes ayant fait l'objet d'un diagnostic psychiatrique des représentations sociales. Ce sont des croyances solidement ancrées et difficilement modulables. L'enquête SMPG en a mis à jour, certaines largement partagées au sein de la population, comme la dangerosité, l'inaptitude, l'irresponsabilité, l'anormalité. D'après Serge Moscovici (1976), ces représentations sociales permettent d'établir des catégories de personnes auxquelles nous attribuons des caractéristiques communes. Nous aurons tendance à accentuer les res-

semblances de toutes les personnes d'une même catégorie (par exemple : « les schizophrènes sont des criminels potentiels ») et par ailleurs les dissemblances intergroupes. Ces croyances ou stéréotypes visent à situer les groupes de personnes selon une norme préétablie (capables/incapables, responsables/irresponsables,...). Des comportements discriminatoires et un processus d'exclusion en sont les conséquences. Selon Michel Foucault, la société a besoin de mettre à l'écart tous les éléments susceptibles de lui nuire, pour pouvoir exister.

Le rôle des médias

Les médias, et surtout la télévision, ont contribué à améliorer le niveau de connaissances du grand public sur les pathologies mentales et ce à travers des émissions de tout genre : magazines, talk-shows, documentaires. Mais les vieux mythes du « fou dangereux » et de l'institution psychiatrique qui enferme et maltraite sont toujours bien présents. En effet, l'enquête SMPG a démontré que malgré l'amélioration du niveau de connaissances des gens, les stéréotypes résistent.

Dans les événements d'actualité, les documentaires et fictions télévisées, les médias reprennent ces stéréotypes. Les articles de presse impliquant les patients suivis en Psychiatrie font souvent référence à des faits divers. On parle beaucoup moins des problématiques d'intégration par le travail ou de logement auxquelles ces personnes sont confrontées par ailleurs. En effet, lors d'une recherche effectuée à partir du moteur de recherche « Lexis Nexis » sur 7 grands quotidiens nationaux, on trouve sur les 12 derniers mois 52 articles qui ont utilisé les mots clés « psychiatrie » et « violence », 48 articles « psychiatrie » et « danger ». Dans le même temps, seulement 12 articles ont évoqué dans un même sujet les termes « psychiatrie » et « logement », 3 ont parlé de « psychiatrie » et « rétablissement ». Pour le terme « maladie mentale », les résultats sont équilibrés.

Au niveau des documentaires sur la psychiatrie, on s'aperçoit que ce sont souvent les extrêmes qui sont

abordés : les UMD (Unités pour Malades Difficiles), les pathologies sévères, comme la schizophrénie. Les titres sont généralement accrocheurs :

« *Voyage au cœur de la folie* » ou « *Schizophrénie: l'ennemie intime* », « *Que faire de nos fous ?* ».

Dans les œuvres de fiction, on nous montre des personnes imprévisibles, violentes, sans travail, sans amis et parfois déficientes. Wilson (1990) et Coverdale (2002) ont établi qu'à défaut d'informations concrètes et lisibles, les gens ont tendance à généraliser les images montrées dans les médias sur certaines pathologies (comme la schizophrénie) à tous les malades qui en souffrent. En reprenant les idées reçues, les médias les entretiennent.

D'autres études tendraient à montrer qu'il y a également un lien entre les images négatives des médias et les politiques gouvernementales en matière de santé mentale. Ainsi, Cutcliffe et Hannigan (2001) parlent d'une augmentation des moyens coercitifs au Royaume-Uni provoquée par une opinion publique de plus en plus effrayée par la maladie mentale, une conséquence directe des images montrées dans les médias. Lorsqu'on observe les réactions politiques très vives en France à la suite de la médiatisation de certains faits divers impliquant des patients en psychiatrie, on pourrait arriver aux mêmes constats. En effet, la loi de réforme du 5 juillet 2011 a été lancée suite au crime commis par un patient évadé d'un hôpital psychiatrique, un fait divers largement commenté par les médias à l'époque.

Dans une société qui prône de plus en plus l'ouverture vers des publics longtemps discriminés (les femmes, les personnes handicapées, homosexuelles,...), certains groupes continuent à inspirer davantage de craintes (les patients en psychiatrie, les personnes immigrées). La politique sécuritaire - dont l'objectif de limiter les passages à l'acte violents est légitime - a néanmoins pour conséquence d'entretenir les sentiments de peur et la stigmatisation des patients suivis par un service psychiatrique. ■

¹ Anguis M, Benoist J, Bryden B, Rcelandt JL, Caria A. et Defromont L. (2003). La santé mentale en population générale : images et réalités. Résultats de la première phase d'enquête 1998-2000. *L'Information psychiatrique*, 79, 867-78.

² Enquête IPSOS, 2009 : http://www.fondation-fondamental.org/upload/pdf/1_ipsos-ok.ppt

Santé Mentale et Mondialisation : survivre ensemble ?



Michel-Henry Bouchet,
Professeur de finance internationale,
Skema Business School
(www.globalfinance.org)

Jean Furtos,
Psychiatre, ONSMP

Les anglo-saxons ont un seul mot (« globalisation ») pour décrire le passage d'un modèle politique et économique centré sur l'Etat-nation vers un nouveau système qui doit beaucoup à la dérégulation de l'après-guerre et au caractère apatride des acteurs financiers et économiques. La langue française nous donne l'opportunité de distinguer deux phénomènes très différents, bien qu'intriqués : Mondialisation et Globalisation.

La Mondialisation est un processus de très longue période qui résulte de la croissance des flux migratoires et d'informations à travers les frontières physiques et politiques, fruit du besoin et du désir d'échange au-delà du territoire de proximité. Il prend son essor au Moyen-âge, se développe avec les progrès technologiques et s'intensifie avec la révolution numérique. Ce phénomène prend aujourd'hui la dimension d'un « Village planétaire » où *l'autre est mon voisin*. C'est une véritable conscience mondiale qui émerge aujourd'hui et qui revendique une meilleure gouvernance et une nouvelle citoyenneté. Ce défi est certes périlleux mais vital à relever.

La Globalisation, elle, représente la prédominance absolue de l'économie de marché, fondée sur la compétitivité et le profit, dans tous les pays et sur toutes les activités de production et d'échange de biens et des services. Ce qui devient global, c'est le champ de l'économie marchande qui recouvre l'ensemble des activités socio-économiques (industrie, finance, santé, éducation, art et culture...) et les transforme en transactions. Depuis une trentaine d'années, la dérégulation a consacré le triomphe du marché sur l'Etat, mais surtout celui de l'Hyperfinance avec une double émancipation, celle de l'économique par rapport au politique, et du finan-

cier par rapport à l'économique. La sphère financière s'est de plus en plus « déconnectée » de la base réelle de la sphère économique. La crise systémique de 2007-2011 est l'illustration la plus dramatique de cette finance en roue libre, dans un marché sans horizon social ni temporel. La Globalisation est souvent ressentie et considérée comme un processus irréversible sur lequel l'individu, et même l'Etat-nation, n'ont pas prise ; mais en même temps, de plus en plus d'interrogations et d'informations stimulent une pensée critique et un refus devant une sorte de Gorgone économique, aveugle et tentaculaire, dont les manifestations sont toutes marquées par un effet d'échelle : l'unité de mesure est le milliard de dollars, le million de chômeurs et le Mega octet. Elle peut être interprétée comme le triomphe de l'ambition libérale de la création d'un système autorégulé grâce à la rationalité et l'efficacité du marché et dans lequel l'initiative individuelle est le véritable et unique pivot du progrès et de la richesse des nations.

C'est précisément l'interaction entre l'individu et le collectif, et donc le lien social, qui sont de plus en plus menacés par la marchandisation. Aliéné et réduit à son pouvoir de consommation, l'être humain voit son identité menacée de consommation.

L'hypothèse du **Congrès des 5 Continents**¹ est que cette idéologie marchande a des effets psychosociaux péjoratifs, qu'il convient de répertorier et d'évaluer en termes de santé mentale, dans ce champ qui inclut la psychiatrie sans se confiner à elle. Pour reprendre la différence des termes déjà évoquée, il conviendra de discriminer, à travers un programme riche et original, et des intervenants de tous les continents, ce qu'il faut penser des effets psychosociaux du village planétaire versus ceux de la globalisation dérégulée. Dans le premier cas, le risque est que

l'information de tous sur tout génère une empathie abstraite, à défaut d'une solidarité active et efficace. Dans le second, le risque non négligeable est que « les mains invisibles du marché » donnent des effets qui peuvent « nous rendre fous », au sens ordinaire de ce terme : fou d'angoisse et d'incertitude quant à la fiabilité des liens sociaux, avec une fragilisation de l'assise symbolique des personnes et des cultures. Chacun sans appétence d'avenir ni d'échange.

Le **Congrès de Lyon** ne veut pas se situer du côté de la dénonciation, bien qu'il s'agisse de dire et de décrire les processus en cours, dans leur toxicité effective, si elle est observée ; avec les manières d'y répondre sur le plan clinique, mais pas uniquement, et avec le souci constant de respecter les différences de contextes, de cultures et de pratiques dans un monde où nous sommes liés et reliés. On comprend que ce congrès de santé mentale a aussi une ambition politique : il proposera des perspectives pour l'avenir, et, en fin de travaux, la « Déclaration de Lyon » entendra solliciter la conscience collective et celle des décideurs sur les effets psychosociaux de toute décision économique et politique. Il n'y a de fatalité dans l'aliénation et la marchandisation que par l'abdication du choix politique et le refus de l'engagement solidaire.

A l'idéologie hyperlibérale de l'atomisation de l'individu, soumis à une obligation d'autonomie progressivement invalidante en terme de lien social, il sera proposé d'y substituer, d'y retrouver une autre vision : celle où la précarité humaine, et le prendre soin qu'elle appelle, ont une place constitutive dans notre commune humanité, qui respecte autant la nécessité de la liberté et de l'autonomie que celle de la solidarité. Sans quoi l'écologie du lien humain n'est plus viable, tout simplement. ■

¹ Pour consulter le programme du Congrès des Cinq Continents : congresdescinqcontinents.org

Nous avons lu

■ **L'atelier du juge. A propos de la justice des mineurs**

Laurence Bellon, Erès, avril 2011

Loin des idées reçues et des simplifications abusives, ce magistrat affronte des questions telles que la responsabilité pénale des enfants, le traitement de la récidive des adolescents ou la politique de tolérance zéro à leur égard, et fait le pari de rendre accessible la complexité de la démarche judiciaire, en écho à l'interrogation de chacun d'entre nous : comment transmettre aux enfants et aux adolescents les interdits et les valeurs de notre société ? Comment leur (ré)apprendre le respect de soi et d'autrui ? Comment partager cette responsabilité avec les professionnels de l'enfance ? A travers des situations concrètes, riches et parfois insoupçonnées, l'auteur révèle l'engagement, les difficultés, les doutes et les réussites qu'un magistrat peut connaître, au même titre que tous les autres professionnels en charge d'enfants et d'adolescents. Cet ouvrage est plus qu'un témoignage, il est aussi une réflexion profonde sur le métier de juge des enfants et sur la justice des mineurs aujourd'hui.

■ **La rue des précaires. Soins psychiques et précarités**

Jean-Pierre Martin, Erès, mai 2011

L'errance dans la rue et ses prolongements (les accueils d'urgence et de stabilisation) sont-ils un nouveau paradigme de l'anormalité ? La souffrance psychique quitte sa dimension humaine pour être l'objet d'une traque biopolitique, qui, mobilisant professionnels de différents champs du social et du sanitaire, entraîne la multiplication des dispositifs médico-administratifs à l'économie gestionnaire. Cet ouvrage tente de porter un regard positif sur le « prendre soin » collectif, l'écoute de la précarité et l'élaboration de voies de sortie de la rue qui ne sauraient être seulement psychiatriques. L'auteur interroge les rapports entre trauma et souffrance psychique, la place du soin psychiatrique dans cette question sociale, les impasses du paravent humanitaire et des politiques de santé mentale et de logement social face aux situations d'exclusion, mais aussi les pratiques juridiques et législatives d'inscription dans la précarité. Il s'agit là pour lui d'un enjeu historique, considéré comme « utopie concrète », d'une société véritablement démocratique.

Agenda



■ **Effets psychosociaux de la mondialisation sur la santé mentale : pour une écologie du lien social**

Il s'agit du premier congrès international sur ce thème organisé par l'ONSMP-ORSPERE du 19 au 22 octobre 2011 à Lyon-Villeurbanne, au Double Mixte sur le campus universitaire Lyon1.

Contact : Tél. 04 72 43 10 11

Courriel : congresdescinqcontinents@univ-lyon1.fr

Site : congresdescinqcontinents.org

■ **Quelle(s) clinique(s) de l'intervention sociale et médico-sociale, aujourd'hui ?**

17^{èmes} journées d'étude organisées par Pratiques sociales, du 14 au 16 novembre 2011 au CIER, 1 avenue Léon Journault à Sèvres.

Contact : Pratiques sociales : Tél. : 06 45 90 67 61 - Fax : 01 49 85 18 19

Courriel : pratiques.sociales@wanadoo.fr

■ **Soins psychiatriques en prison. L'intime à l'épreuve de la transparence**

XXII^{èmes} Journées internationales des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire, les 1^{er} et 2 décembre 2011 à Marseille.

Contact : Tél. 04 91 40 88 63/66 – Fax 04 91 40 57 12

Courriel : smpr.marseille.2011@gmail.com

Avec nos remerciements pour la mise à disposition des œuvres de 5 artistes singuliers (David Di Mattéo, José-Maria Sanchis, Mouad Bouhayad, Robert Nouguier, Yves Ferrero) participant à l'Atelier Marie-Laurencin depuis plusieurs années. Un éclectisme bienvenu dans un atelier ouvert à tout public, où les différences se révèlent stimulantes pour chacun. La co-animation artiste et thérapeute est au service de ces singulières aventures.

Atelier Marie-Laurencin, Centre Hospitalier Montfavet - Tél. 04 90 03 92 20.

RHIZOME est un bulletin national trimestriel édité par l'Observatoire National des pratiques en Santé Mentale et Précarité (ONSMP-ORSPERE) avec le soutien de la Direction Générale de la Cohésion Sociale

Directeur de publication : Jean FURTOS

Assistante de rédaction : Claudine BASSINI

Comité de rédaction :

- Guy ARDIET, psychiatre (St-Cyran-Mont-d'Or)
- François CHOBEAUX, sociologue (CEMEA Paris)
- Valérie COLIN, dr en psychologie, ONSMP
- Jean DALERY, prof. de psychiatrie (Univ. Lyon 1)
- Philippe DAVEZIES, enseignant, chercheur en médecine du travail (Univ. Lyon 1)
- Bernard ELGHOZI, médecin (Réseau Créteil)
- Laurent EL GHOZI, président ESPT
- Benoît EYRAUD, sociologue (Lyon)
- Carole FAYRE, infirmière (Le Cannet)
- Carole GERBAUD, responsable associatif (Bourg en Bresse)
- Marie GILLOOTS, pédopsychiatre (Nanterre)
- Alain GOUFFÈS, psychiatre (UMAPPP Rouen)
- Pierre LARCHER, DGCS
- Christian LAVAL, sociologue, ONSMP
- Antoine LAZARUS, prof. santé publique (Bobigny)
- Jean-Pierre MARTIN, psychiatre (Paris)
- Alain MERCUEL, psychiatre (St Anne Paris)
- Gladys MONDIÈRE, dr en psychologie (Lille)
- Pierre MORCELLET, psychiatre (Marseille)
- Christian MULLER, psychiatre (Lille)
- Eric PIEL, psychiatre (Paris)
- Gilles RAYMOND, chargé d'études PJJ
- Pauline RHENTER, politologue (Lille)
- Rose-Marie ROYER, USH (Paris)
- Olivier QUEROUIL, conseiller technique fonds CMU (Paris)
- Nicolas VELUT, psychiatre (Toulouse)

Contact rédaction :

Claudine BASSINI - Tél. 04 37 91 54 60



ONSMP-ORSPERE

CH Le Vinateur, 95, Bd Pinel
69677 Bron Cedex
Tél. 04 37 91 53 90 Fax 04 37 91 53 92
E-mail : orspere@ch-levinateur.fr
Web : www.orspere.fr
Impression : Imprimerie BRAILLY (St-Genis-Laval) - Tél. 04 78 86 47 47
Conception : Crayon Bleu - Tél. 04 72 61 09 99
Dépôt légal : 2302 - Tirage : 10 000 ex.
ISSN 2117-4520
N° CPPAP 0910B05589