

Violence et folie : dits et non-dits

L'association entre violence et troubles mentaux est faible et statistiquement moins importante que d'autres variables (consommation de substances psychoactives...). Les personnes ayant des troubles mentaux sont davantage exposées à la violence qu'auteurs de violence.

Livia Velpry

Maîtresse de conférences en sociologie,
Université Paris 8/CERMES3

De certains actes de violence, on dit qu'ils sont nécessairement l'œuvre d'un fou. L'agression mortelle d'un inconnu dans un lieu public en constitue un exemple paradigmatique. Invoquer la folie sert alors à souligner le caractère incompréhensible et imprévisible des actes commis. Lorsque surviennent des événements tragiques de ce type, ils font l'objet d'une forte médiatisation et soulèvent généralement une grande émotion. Ils viennent confirmer et contribuent à renforcer la perception du sens commun que folie rime avec violence, perception qui montre une grande stabilité dans le temps et selon les contextes nationaux.

L'association entre violence et folie n'est pas seulement un « genre » médiatique ou une perception du sens commun. Traduite par exemple en termes de dangerosité des personnes ayant des troubles mentaux, cette préoccupation se formule également en termes de risque individuel auquel seraient exposés les membres de la société. Elle ouvre ainsi à une attente de protection contre ce risque, adressée souvent aux institutions judiciaire, psychiatrique et pénitentiaire. Or, il faut souligner qu'il se produit là un glissement entre l'idée que la violence incompréhensible relève de la folie et celle que les troubles mentaux sont source de violence. Un tel glissement peut amener à considérer que les personnes ayant des troubles mentaux sont toutes, potentiellement, susceptibles de commettre des actes violents.

Nous proposons ici d'examiner les effets concrets de ce glissement, en termes de politiques publiques mais également dans les

publications scientifiques¹. L'exercice consiste à décrire et à expliciter les définitions et conceptualisations de la violence, l'identification de ses causes et sa quantification. Il conduit à souligner le vaste champ sémantique couvert par ces termes et leur association, ainsi que ses implicites. Le détour par la situation dans différents pays, où les termes de la discussion et les acceptions du problème diffèrent, apportent aussi un recul.

Violence et folie, une association structurante

La politique de santé mentale actuelle est explicitement influencée par l'association entre violence et folie, par le biais notamment des faits divers médiatisés qui lui servent de point d'appui et de justification. En France, un programme de financement de la sécurité dans les hôpitaux psychiatriques et la création de quatre unités pour malades difficiles sont par exemple annoncés en 2008 dans la suite directe d'un meurtre commis par un patient alors hospitalisé en psychiatrie. Il ne s'agit d'ailleurs pas d'une particularité nationale. En 1999, la loi qui instaure les soins sans consentement dans l'État de New York, aux États-Unis, résulte d'une mobilisation associative à la suite de deux agressions commises dans le métro, dont les auteurs étaient suivis pour des troubles mentaux. Nommée Kendra's Law, la loi porte le nom d'une des victimes. Au Royaume-Uni, plusieurs scandales et

1. L'association de la violence et de la folie, comme la médiatisation de ses occurrences, sont anciennes, même si leur prégnance et leur forme évoluent avec les préoccupations propres à un contexte historique et social. Elles ont structuré et marqué l'évolution de la psychiatrie.

affaires très médiatisés dans les années 1990 ont notamment abouti à la création d'unités psychiatriques spéciales organisées selon le niveau de sécurité (faible, moyen et élevé) qu'elles garantissent. La tendance est également à impliquer les psychiatres dans la gestion de la dangerosité attribuée aux personnes ayant des troubles mentaux, en tant qu'experts mais également que médecins traitants². La responsabilité des psychiatres peut ainsi être engagée lorsque des faits de violence sont commis par des patients qu'ils traitent. Lors d'un procès récent à la suite d'un crime commis par un patient en fugue, son psychiatre traitant a été jugé et condamné au pénal.

Le développement de législation ou de structures de soin psychiatrique organisées autour du principe du risque de violence a suscité de vives critiques ces dernières années. En France, de nombreux acteurs, y compris des sphères psychiatriques, judiciaires ou pénitentiaires, voient récemment les signes d'une orientation sécuritaire³, qu'ils dénoncent. À la figure du fou dangereux dont il faut se protéger, ils opposent celle du malade qu'il faut soigner et protéger. Ensemble, ces deux figures structurent largement le débat public sur la politique de santé mentale, au moins pour ce qui concerne les troubles mentaux graves. Or, on retrouve cette opposition dans les approches de la question par des travaux scientifiques.

De l'objectivation de la violence à sa prédiction

Les personnes ayant des troubles mentaux sont-elles particulièrement susceptibles de commettre des actes de violence? Cette question a occupé de nombreux chercheurs dans différents pays, au moins depuis les années 1970, et suscité de houleux débats

2. Les rapports de la psychiatrie avec la justice ont une histoire ancienne, articulée autour de la distinction entre crime et folie. Cette distinction a notamment permis aux psychiatres – alors aliénistes – de délimiter la folie comme leur domaine d'intervention propre. L'incompatibilité entre le fou et le criminel s'est concrétisée par l'introduction de la notion d'irresponsabilité pénale dans le code pénal en 1810. Elle a aussi donné lieu à l'émergence de la figure du psychiatre expert médico-légal, amené à se prononcer sur la responsabilité pénale, au moyen essentiellement de l'expertise clinique. Il est également de plus en plus sollicité pour se prononcer sur la dangerosité, dans une optique de prédiction et de prévention.

3. Qui se manifesterait également dans les mesures de rétention de sûreté, après la peine, (Mucchielli, 2007).

portant notamment sur les obstacles théoriques et méthodologiques.

Saisir l'évidence de l'association entre violence et folie et objectiver ses présupposés nécessite en effet diverses opérations de traduction. La notion de violence doit être opérationnalisée : elle l'est généralement sous forme d'une liste d'actes discrets, commis par des auteurs et touchant des victimes, dont le périmètre varie. Cette opération oblige à effectuer divers arbitrages : faut-il inclure les vols – ou certains types de vols – parmi les actes de violence? Qu'en est-il des menaces verbales? Comment départager auteurs et victimes dans une bagarre impliquant plusieurs personnes? La notion de folie demande elle aussi à être précisée : s'agit-il de tous les troubles mentaux qui peuvent être diagnostiqués ou seulement des plus graves? La définition du périmètre des actes de violence retenus, les variables utilisées pour la mesurer, l'échantillonnage des personnes étudiées font varier les résultats de façon très importante et rendent comparaison et généralisation périlleuses.

Malgré la persistance de ces difficultés, trois constats font aujourd'hui l'objet d'un consensus; ils apportent une réponse nuancée. Le fait d'être atteint de troubles mentaux est légèrement corrélé statistiquement au fait de commettre un acte de violence. Soulignons que les actes de violence sont définis ici dans un sens large qui comprend l'ensemble des actes de délinquance et non pas uniquement les crimes les plus graves, c'est-à-dire ceux habituellement médiatisés. Cependant, il s'agit d'un phénomène marginal à deux titres. D'abord, au sein des personnes ayant des troubles mentaux, dont une très faible proportion est susceptible de commettre un acte de violence. Ensuite, à l'échelle de l'ensemble des actes de violence, dont la très grande majorité est commise par des personnes qui ne sont pas atteintes de troubles mentaux. En outre, d'autres variables souvent associées à la présence d'un trouble mental, telles que la consommation de substances psychoactives ou le fait d'avoir été soi-même exposé à des actes de violence, montrent une corrélation beaucoup plus forte avec le fait de commettre un acte de violence.

Quoi qu'il en soit de ces précautions et nuances, les recherches sur la corrélation entre actes de violence et personnes ayant des troubles mentaux, et notamment les débats théoriques et méthodologiques qui les ont accompagnées, ont servi d'appui au développement de l'objectif de prévention et éven-

tuellement de prédiction de la violence parmi les personnes ayant des troubles mentaux ces dernières années. Cette visée s'est développée au travers de la standardisation des mesures du diagnostic et de la violence, associée à un raisonnement en termes de facteurs de risque de violence plutôt que de dangerosité. Une étude influente réalisée par plusieurs chercheurs américains a proposé ce changement, qui aboutit à distinguer quatre domaines de facteurs de risque de violence : les facteurs de disposition individuelle (traits de caractère et de personnalité), les facteurs cliniques (psychopathologie et symptômes), les facteurs historiques (événements et parcours de vie) et les facteurs contextuels (soutien social). L'instrument développé se veut un meilleur prédicteur du risque de violence; surtout, il propose une conceptualisation de la prédiction qui n'est pas basée sur l'analyse des caractéristiques de l'individu mais basée sur l'appartenance de ces caractéristiques à un faisceau de risques accrus. Autrement dit, elle ouvre sur le développement de méthodes actuarielles d'évaluation du risque, qui tend à remplacer l'expertise clinique. Ces méthodes, d'usage courant dans des pays comme le Royaume-Uni ou le Québec par exemple, sont encore peu développées en France où les défenseurs de l'approche clinique sont actifs; elles y sont cependant discutées. Elles sont à la frontière des questions pénales et de récidive.

Soulignons qu'en raisonnant ainsi en termes de facteurs de risque associés qui se situe de façon ambiguë entre risque statistique et prédiction individuelle, ces approches contribuent à construire une appréhension décontextualisée de l'association entre violence et troubles mentaux, conçus comme des entités discrètes et singularisées par rapport aux autres éléments de la situation.

Renverser et complexifier la perspective par la victimation


Prenant le contre-pied des travaux qui cherchent à quantifier le risque accru de commettre des actes de violence associé au fait d'avoir des troubles mentaux, un certain nombre d'études se fixent pour objectif d'influer et de complexifier ce résultat sur le plan statistique. Ces études partagent la préoccupation, plus ou moins explicite, de dénoncer la stigmatisation des personnes ayant des troubles mentaux.

On a déjà dit que l'association entre troubles mentaux et actes de violence avait été caractérisée comme faible et bien moins explicative statistiquement que d'autres variables. Des

travaux s'attachent en outre à montrer que les actes de violence commis par des personnes ayant des troubles mentaux sont la plupart du temps dirigés vers des membres de la famille et non vers des inconnus. Un tel résultat suggère que ces actes s'inscrivent dans une dynamique relationnelle et peuvent donc avoir un sens plutôt que d'être arbitraires et irrationnels. Les auteurs soulignent également le fait qu'au sein de la population ayant des troubles mentaux, la violence est exercée dans une proportion très forte envers les personnes elles-mêmes, le taux de suicide étant très élevé.

D'autres chercheurs choisissent de renverser la question initiale. Ils montrent que les personnes ayant des troubles mentaux sont surexposées à la violence par rapport à la population générale, bien plus qu'elles ne sont surreprésentées parmi les auteurs de violence. Ce résultat est attesté de façon massive dans la littérature internationale. Relativement peu développées en France, en particulier concernant les personnes ayant des troubles mentaux, ces enquêtes de victimation sont plus courantes dans la littérature internationale.

Avec ce renversement, s'ouvre une autre appréhension du rapport entre violence et folie. Les personnes ayant des troubles mentaux sont considérées non plus comme auteurs de violence, mais plutôt comme des victimes privilégiées. Elles rejoignent un groupe de personnes dites « vulnérables ». Une extension de cette posture se retrouve dans la constitution de la victimation comme un problème de santé publique, y compris dans les institutions, où la violence est alors qualifiée de maltraitance.

À lire ces travaux, on saisit mieux la complexité des rapports entre violence et trouble mental et l'importance d'en appréhender le contexte. En faisant apparaître une autre figure des personnes ayant des troubles mentaux : plus victimes de violence qu'auteurs, vulnérables, ayant des lieux de vie particulièrement exposés, ils élargissent la manière de concevoir la violence, qui dépend des conditions de vie et des relations avec la famille et s'inscrit dans une situation sociale de marginalisation (et de stigmatisation...), dont elle est la conséquence. Ils contribuent donc à détisser, à détourner la focalisation sur la maladie, présente implicitement dans l'association et fortement lorsque l'on parle de dangerosité. En retour, cela permet ensuite de réintroduire la question, complexe, de l'interaction entre ces situations de vie et les symptômes des troubles. 

Sélection bibliographique

Sur l'association entre violence et folie dans le sens commun, voir par exemple :

1. Angemeyer M.C., Matschinger H. The effect of violent attacks by schizophrenic persons on the attitude of the public towards the mentally ill. *Social Science and Medicine*, 1996, 43: 1721-1728
2. Anguis M., Roelandt J.-L. « Caria A. La perception des problèmes de santé mentale : les résultats d'une enquête sur neuf sites ». *Études et Résultats* 116, mai. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, DREES : 2001, 1-5
3. Link B.G., Phelan J.-C., Bresnahan M., Stueve A., Pescosolido B.A. « Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance ». *American Journal of Public Health*, 1999, 89(9): 1328-1333

Sur le risque qu'ont les personnes atteintes de troubles psychiques de commettre des actes de violence des personnes atteintes de troubles psychiques, la littérature est extrêmement ancienne et fournie. Pour un panorama jusqu'au milieu des années 1990, voir :

4. Hiday V.A. « The Social Context of Mental Illness and Violence ». *Journal of Health and Social Behavior*, 1995, 36, June: 122-137

Pour une revue incluant les travaux plus récents, voir :

5. Lovell Anne M. *Rapport de la Commission « Violence et santé mentale ». Travaux préparatoires à l'élaboration du plan Violence et santé en application de la Loi relative à politique de santé publique du 9 août 2004*. Paris, Ministère de la santé et de la solidarité, 2005, [en ligne].
6. Stuart H. « Violence and mental illness: an overview ». *World Psychiatry* 2(2), 2003.

Pour une revue de littérature exhaustive sur la victimation des personnes atteintes de troubles psychiques, voir :

7. Lovell A.M., Cook J., Velpy L. « La violence envers les personnes atteintes de troubles mentaux : revue de la littérature et des notions connexes ». *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 2008, 56(3): 197-207.

Un exemple récent de la discussion sur les méthodes d'évaluation de la dangerosité en France se trouve dans les documents produits par la HAS lors de son audition publique intitulée « Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur », mars 2011, ou dans les articles de :

8. Gravier B., Lustenberger Y. « L'évaluation du risque de comportements violents : le point sur la question ». *Ann Med Psychol* 2005 ; 163 : 668-80.
9. Gravier B., Moulin V., Senon J.L. « L'évaluation actuarielle de la dangerosité : impasses éthiques et dérives sociétales ». *Information psychiatrique*, 88, 2012, p. 599-604.

Sur la question de la violence en situation de soins psychiatriques, voir par exemple :

10. Velpy L. « Maltraitance, dangerosité et souffrance au travail : formes et enjeux de la violence dans le contexte des soins en psychiatrie », in Rostaing C., Laforgue D. (dir.), *Violences et institutions. Réguler, innover ou résister ?* Paris : CNRS Éditions, 2011, p. 29-44
11. Moreau D. « Violence normale et violence anormale dans un service "ordinaire" d'hospitalisation psychiatrique », in L. Guignard, H. Guillemin, S. Tison (dir.). *Expériences de la folie. Criminels, soldats, patients en psychiatrie (xixe-xxe siècles)*. Rennes: PUR, 2013.

Sur l'exemple du Royaume-Uni, on peut se reporter à l'article récent :

12. Szmukler G., Rose N. « Risk Assessment in Mental Health Care: Values and Costs ». *Behavioral Sciences and the Law*, 2013, 31(1), janvier/février: 125-140.

Devenir psychiatre en France : regard de l'interne

Regards croisés de futurs psychiatres et d'un psychiatre confirmé sur la profession, son rôle et ses pratiques.

Déborah Sebbane
Présidente de l'Association fédérative française des étudiants en psychiatrie
Aurélié Berger
Vice-présidente de l'AFFEP
Clara Merchin
Coordination nationale pour l'AFFEP
Philippe Jeammet
Professeur émérite de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

À l'ère du futur manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5), de l'impact des remaniements sociétaux sur notre profession et de l'évolution du profil identitaire des jeunes psychiatres en formation, le questionnement des internes sur la qualité de leur formation et l'avenir de leur profession est grand. Dans ce contexte, nous sommes allés à la rencontre du Pr Philippe Jeammet pour croiser nos regards et échanger autour des différents facteurs mis en jeu dans les perspectives d'évolution de notre profession. Le regard de Philippe Jeammet est celui de l'expérience professionnelle de plus de quarante ans de pratique clinique dans le monde de la santé mentale. Il est confronté à celui de l'interne, soucieux d'envisager les perspectives de la psychiatrie en France, dont il sera un des acteurs principaux.

Évolution sociétale : quels potentiels pour les jeunes psychiatres en formation ?

Dès l'origine, l'AFFEP (Association fédérative française des étudiants en psychiatrie), créée en 1998 pour participer au forum européen des internes de psychiatrie, œuvre à l'amélioration de la formation initiale des jeunes psychiatres. Depuis plusieurs années, notre association est en discussion avec nos aînés, d'horizons différents (universitaires, psychiatres d'exercice privé, psychiatres de secteur...), pour veiller à une qualité de formation que nous souhaitons la plus homogène possible sur le territoire français. L'AFFEP a mené ces trois dernières années des enquêtes nationales relatives au souhait des internes en termes de formation, ainsi qu'à l'orientation de leur future pratique et leurs choix de carrière après l'internat. Cette

année, l'association s'est intéressée au profil de l'interne et à son identité professionnelle de futur psychiatre : pourquoi devient-on psychiatre ? Qu'en est-il du désir de l'interne à travers l'exercice de cette profession ? Quels sont les facteurs qui ont su motiver ce choix de carrière ? Et de fait, pouvons-nous dresser une esquisse de ce que sera l'exercice du métier de psychiatre dans trente ans ?

Hasard, cause ou conséquence ? Le questionnement de l'interne en psychiatrie survient alors que ses aînés semblent inquiets, clivés, certains dénonçant dans leurs écrits un « malaise croissant » dans la profession de psychiatre. Les discours sont pessimistes, peu rassurants et souvent moroses. Certains parlent de « crise identitaire », révélatrice du questionnement de la profession et de la perplexité dans l'orientation des pratiques. G. Jovelet écrit que « *le métier de psychiatre évolue parce que la clinique évolue... qu'il s'agisse des remaniements symptomatiques, de la formulation des demandes de soins, du décalage de la position subjective liée à l'émergence des nouveaux droits du patient, du citoyen* ». Qu'en est-il de cette mise en relation des pratiques avec le contexte sociétal dans lequel la psychiatrie s'inscrit ? Le Pr Philippe Jeammet nous répond en insistant sur l'importance de l'Humain. Il nous rappelle sa dimension fondatrice dans la relation entre le psychiatre et la personne malade, plus vulnérable et donc davantage sujette à son environnement et à la société dans laquelle elle vit. Aujourd'hui, le changement est grand, marqué par l'évolution d'une société fondée sur l'autorité verticale vers celle d'une horizontalité du partage des connaissances. En effet, l'extension

des moyens de communication et leur accessibilité tendent à une diffusion plus large du savoir. Le niveau éducatif grandissant conforte cette idée de possibilité de partage des connaissances, qui semble prévaloir sur les spécificités de ces dernières. Aussi, nous assistons à une modification du mode de connaissance. Les acteurs en santé mentale changent : le médecin psychiatre n'est plus le seul détenteur du savoir médical, son travail est commun et partagé avec d'autres intervenants comme la famille et l'école. Le Pr Jeammet met en exergue la notion de « méta-communication », celle par laquelle nous apprenons culturellement à pouvoir expliquer une démarche médicale, rendre compte et partager notre point de vue de thérapeute auprès de la personne malade et de sa famille. La complémentarité des points de vue prime et laisse place à l'ère de la « dynamique intégrative » appuyée sur la méta-communication. Il n'existe plus une vérité absolue de l'avis médical. Le Pr Jeammet nous rassure, ce qui importe, c'est un retour à une réflexion sur ce qu'est l'humain.

Alors voilà le constat : la société évolue de fait et les jeunes psychiatres en formation en sont issus. Il n'est alors nullement question de se prêter au « jeu » de la critique et du clivage mais bien au contraire de se libérer des discours inquiétants et de regarder ce que la société apporte de positif. La désorganisation est grande mais la possibilité d'ouverture tout autant. Nous voulons remarquer la potentialité de ces changements sociétaux. Comme l'exprimait Winnicott, nous sommes tributaires de l'ambiance dans laquelle nous vivons et que nous contribuons à créer. Le parallèle est volontairement osé mais nous espérons ne pas être à notre ambiance de formation ce que la personne malade est à sa société, celle décrite parfois comme « parano », en quête de sens.

Notre regard d'interne se veut pourtant clairvoyant, à la fois exigeant et vigilant mais surtout optimiste.

Future pratique professionnelle de l'interne en psychiatrie : une vision intégrative

Notre statut d'interne nous amène à réfléchir à l'évolution de notre spécialité. Nous prêtons une attention majeure aux débats passionnés de nos aînés sur la critique de la psychanalyse pour certains, celle de la nouvelle « psychiatrie standardisée » pour d'autres. Les différents axes de pratique professionnelle sont nombreux et se heurtent les uns aux autres.

Que comprendre? Que retenir? Vers quelle pensée se tourner?

Face à ces questions, les internes partagent avec le Pr Jeammet la volonté d'une pratique intégrative de ces différentes approches.

En effet, la psychiatrie française a considérablement évolué depuis l'essor de la psychanalyse il y a près d'un siècle; en fonction des mentalités d'une part et du développement de la recherche scientifique (neurobiologie, neuropsychologie, génétique...) d'autre part.

Le Pr Jeammet nous rappelle que la psychanalyse repose à la fois sur une théorie, celle de la subjectivité humaine que représente la métapsychologie du fonctionnement mental, et sur une pratique, que représente la cure. Elle est une étape de l'histoire de la pensée. Elle apporte des bénéfices car elle aide à mieux comprendre le psychisme et la construction de la personnalité de chacun et à penser les enjeux complexes de la relation à l'autre. Et dans cette relation, quand la parole amène une confiance suffisante pour que le sujet accepte d'être dans l'échange et qu'il ait moins peur, elle participe beaucoup à la guérison.

La neurobiologie et la psychopharmacologie sont aussi des outils thérapeutiques indispensables. Le traitement des maladies mentales a considérablement progressé ces cinquante dernières années et en grande partie grâce à l'impact des médicaments sur les patients; et si les médicaments s'améliorent, c'est aussi grâce à la recherche qui permet de mieux en cerner les cibles. Toujours selon lui, l'efficacité de la biologie montre que les psychotropes sont des puissants leviers pour se libérer des contraintes émotionnelles et retrouver une « réflexivité », celle par laquelle une marge de jeu émotionnel est rendue possible; celle qui rend la liberté à la personne malade en lui ouvrant la capacité de choisir. Bien qu'efficaces, les médicaments n'amènent effectivement pas seuls la guérison. Souvent, la vulnérabilité du sujet demeure. Pour le Pr Jeammet, face à cette vulnérabilité, la dépendance aux réponses de l'environnement et à la société dans les relations individuelles grandit et la contrainte émotionnelle s'impose. Pour apaiser ces émotions négatives et lorsque la relation à l'environnement ne suffit pas, il est logique de recourir à la chimie pour abaisser ce seuil émotionnel.

Le Pr Jeammet insiste sur le fait qu'il n'y a pas d'opposition entre ces deux mouvements : psychanalytique et neurobiologique. À l'évidence ils sont complémentaires et ne rejoignent pas sur les mêmes registres. Nous le rejoignons : nous voulons sortir des conflits.

Nous n'avons pas à nous « faire la guerre » sur des positions exclusives mais à nous « complémentariser ». Bien sûr, toute orientation n'est pas neutre mais il faut s'appuyer sur ce qui a entraîné des améliorations. Pour cela, il faut des résultats fiables à long terme, des études de suivi et d'évaluation. Mais il est également important d'entreprendre des démarches complémentaires pour conjointement ce que la psychiatrie a de spécifique, c'est-à-dire les émotions et ce qu'elle a de biologique.

Pour le Pr Jeammet, ce qui importe est le retour à une réflexion sur ce qu'est l'humain au-delà même de ces différents courants de pensée, avec une phénoménologie de la relation émotionnelle. Dans la relation médecin-malade, le thérapeute redonne un intérêt au patient et peut donc l'aider à s'orienter vers des perspectives créatrices. Ce sont ces rencontres aux cours des entretiens qui ont des effets mobilisateurs.

Nous pensons aussi que la connaissance de l'humain n'est pas opposable à celle du savoir scientifique. À l'écoute de nos aînés, nous nous interrogeons sur la façon la plus cohérente d'organiser ces interfaces et ces différents outils thérapeutiques plutôt que de les mettre en concurrence.

Comment aborder le fondement de la profession et intégrer cette notion de l'humain pendant notre formation d'interne et donc notre future pratique de psychiatre?

Les perspectives de la psychiatrie en France ne dépendent probablement pas des différents types de méthodes thérapeutiques existants mais plutôt de ce que l'on va en faire. L'interne, avide de curiosité et attiré par l'ouverture et la variété, tente de s'enrichir d'un maximum de savoir tant dans la connaissance de l'humain que dans le domaine biologique. C'est la diversité des approches cliniques en termes de complémentarité des connaissances qui est nécessaire à l'accompagnement des patients en souffrance dans notre pratique en psychiatrie, que nous souhaitons intégrative.

Interne « savant », interne « libre »

La question de la formation des internes est centrale dans les débats actuels puisqu'elle définira le sens donné à la psychiatrie de demain; mais derrière ce terme de formation peuvent se cacher plusieurs définitions. On entend, par exemple, souvent parler de la formation théorique de l'interne, elle semble nécessaire, mais est-elle suffisante? Appuyons-nous pour répondre à cette question sur la théorie de la connaissance de Kant dans laquelle il définit deux types de sciences.

Les sciences théoriques, comme les mathématiques, forment selon lui des jugements synthétiques *a priori*, c'est-à-dire qu'elles n'ont nul besoin de l'expérience pour formuler des propositions. À l'inverse, les sciences expérimentales font appel à des jugements synthétiques *a posteriori* issus de l'expérience et validés par elle. Lorsque l'on relit ces deux définitions, rien ne semble plus éloigné de la pratique psychiatrique que les sciences théoriques, il paraît donc absurde de penser qu'un enseignement exclusivement théorique puisse être suffisant. Le Pr Jeammet nous dira de même : une formation purement théorique et conceptuelle lui paraît « dangereuse ».

Cette remarque est d'ailleurs valable pour tous les contenus d'enseignement qu'ils soient psychanalytiques ou neurobiologiques.


La transmission de l'expérience par nos aînés et par nos pairs est donc un pilier central de la formation de l'interne et doit le rester sans quoi la psychiatrie risque de devenir une science de l'*a priori*.

Lors de notre discussion avec le Pr Jeammet autour de cette question de la formation, une autre notion a très vite émergé, celle de la liberté. La liberté vient de la connaissance, qui permet de percevoir les contraintes et aussi d'y trouver des solutions. Aussi, il paraît étonnant de souligner le paradoxe suivant : la France est l'un des pays les plus prescripteurs de psychotropes au monde, or la presse médicale publie des articles de médecins, psychiatres notamment, s'insurgeant contre la surmédicalisation de la pratique psychiatrique. De même, la psychopharmacologie et les mécanismes d'action des psychotropes ne sont enseignés que très superficiellement lors des études médicales générales et spécialisées. Il semble contradictoire de voir critiquer l'utilisation massive de la médication psychotrope par ceux qui l'utilisent le plus. Il semble urgent d'élargir la connaissance globale des médications actuelles afin que les praticiens, psychiatres et non-psychiatres, puissent être plus libres de leurs prescriptions et non dépendants des données diffusées par les médias et l'industrie pharmaceutique.

Dans cette optique, pourquoi ne pas s'ouvrir à d'autres horizons et élargir notre champ de vision à la psychiatrie européenne et mondiale. S'il est vrai que la vision américaine a envahi la pratique mondiale avec l'avènement du DSM, certains de nos plus proches voisins ont également des choses à nous apprendre. Par exemple, l'histoire et la pratique de la psychiatrie suisse nous apportent des éléments de réflexion majeurs

pour l'évolution de la formation en France. Tant sur le plan théorique (débats d'écoles) que clinique (intégration de la psychothérapie dans les programmes de soins) et scientifique (efficacité des psychothérapies), nous gageons qu'il y a là d'intéressantes perspectives pour la psychiatrie française.

D'ailleurs, lorsque l'on parle d'ouverture européenne et internationale, les internes d'aujourd'hui ont une longueur d'avance sur leurs aînés, en effet, l'EFPT (European Federation of Psychiatric Trainees) multiplie les enquêtes européennes et ne cesse de promouvoir les échanges entre les pays. Ce travail a abouti récemment aux premiers programmes d'échange d'internes en Europe.

Le chemin est encore long mais nous pouvons imaginer que les internes seront à l'avenir tous en mesure d'effectuer au moins un semestre à l'étranger s'ils le souhaitent. Nous pensons que ce serait aussi l'occasion de participer davantage à un enrichissement « transeuropéen » de la pratique psychiatrique française, que celle-ci nécessite probablement. 

Psychiatrie et précarité : quelques enseignements issus d'une enquête auprès de populations sans-logement

Si les troubles mentaux sont surreprésentés dans les populations sans domicile, ils touchent particulièrement les jeunes isolés. Les dispositifs innovants de prise en charge s'orientent vers une coordination plus efficace des intervenants.

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 64.

Anne Laporte
Agence régionale de santé d'Île-de-France
Erwan Le Méner
Stéphanie Vandertorren
Observatoire du Samusocial de Paris

Le lien entre pauvreté et maladie mentale a été l'objet de nombreux travaux épidémiologiques depuis plusieurs décennies. Les études d'épidémiologie psychiatrique s'accordent à montrer qu'un statut socioéconomique bas est associé à une prévalence plus importante de troubles mentaux sévères chez les adultes (psychoses, troubles bipolaires, dépressions majeures, etc.) et de problèmes de développement chez les enfants [31]. Une recherche récente, portant sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement, l'enquête Samenta [39], confirme ces résultats. L'étude indique des prévalences, pour certains troubles, comme les maladies psychotiques, jusqu'à dix fois plus importantes qu'en population générale. Mais la distribution des troubles mentaux est inégale parmi la population sans-logement, ce qui rappelle d'une autre manière son hétérogénéité.

Lorsque l'on compare en effet, parmi les sans-domiciles, les personnes atteintes de troubles psychiatriques sévères à celles qui ne le sont pas, il apparaît que les facteurs associés aux troubles sont des événements de vie stressants et des défauts de soins. L'occurrence d'événements graves durant l'enfance (difficultés relationnelles et addictions des parents, violences sexuelles, par exemple) et la présence d'un environnement de vie instable (placement en famille ou en institution d'accueil, fugues, etc.) distinguent la population, qui ne présente pas de différence déterminante en termes d'origine sociale ou de niveau d'éducation (les sans-domiciles sont majoritairement et significativement issus des couches populaires, et peu diplômés).

L'analyse fait un pas de plus, quand on considère que de tels événements affectent différemment des sous-populations données.

L'enquête Samenta met ainsi en évidence l'intérêt d'étudier séparément les personnes dites « isolées », les « jeunes », mineurs ou adultes, sans enfants, et les ménages avec enfants, appelés par contraste des « familles ». Dans ces trois groupes, si la présence de troubles mentaux renvoie, à un certain niveau d'analyse, à un milieu d'origine défavorisé et à la survenue d'événements graves durant l'enfance, elle ne se manifeste pas nécessairement sous les mêmes aspects. Ceci interroge le système de prise en charge et le type d'action à mettre en œuvre pour chaque catégorie de population.

Troubles psychotiques et sans-abri : un problème concernant surtout les personnes isolées et les jeunes

Les troubles psychotiques constituent la principale pathologie psychiatrique sévère surreprésentée chez des personnes sans logement, par rapport à la population générale. En particulier, la schizophrénie est dix fois plus fréquente. Il reste que ces troubles touchent des hommes (plus que des femmes) qui ont connu davantage d'épisodes sans-domicile que le reste de la population d'étude et que l'on rencontre en premier lieu dans les services d'hébergement à bas seuil, ou dans l'espace public (plus que dans des structures d'accueil de long terme). Les personnes isolées, comme les jeunes, sont nettement plus touchées que les adultes en famille.

Ces pathologies, les plus graves, restent celles qui sont le plus prises en charge,

d'après l'enquête. La proportion de personnes psychotiques ayant eu un recours aux soins au cours de la vie, ou étant suivi au moment de l'enquête était significativement plus élevée que pour les autres troubles psychiatriques sévères (38 % *versus* 8 % pour les troubles anxieux et 13 % pour les troubles sévères de l'humeur). Mais l'accès aux soins ne signifie pas le maintien dans les soins, lequel implique un important travail sur l'environnement des patients. C'est le cœur de deux expériences récentes détaillées plus bas – le Contrat local de santé mentale et « un Chez soi d'abord ».

Les obstacles pour trouver ou conserver un logement et/ou un travail et les difficultés particulièrement aiguës que les personnes atteintes de troubles psychiatriques sévères peuvent rencontrer sur les différentes scènes de la vie sociale menacent en effet leur inclusion sociale. Le risque de rupture sociale chez les personnes atteintes de troubles psychotiques est connu. Il a été estimé à partir de cohortes de personnes en traitement, aux États-Unis ou dans des cohortes européennes. Ainsi, 20 % des personnes schizophrènes avaient perdu leur logement au moins une fois dans les douze derniers mois aux États-Unis. Dans les données pour la France de la cohorte européenne, 9,4 % avaient eu une perte de logement et 5,6 % avaient dormi dans la rue ou un lieu non prévu pour l'habitation [4].

Ces éléments invitent à souligner l'importance du travail intersectoriel, passant par un décloisonnement des services et institutions. Il doit être mené sur des territoires de proximité entre les services de soins et tous les autres acteurs de la vie locale, si l'on veut diminuer le risque d'exclusion sociale. Le modèle mis en œuvre depuis peu, mais encore largement à développer, est le conseil local en santé mentale. Il s'agit d'un lieu de coordination et de concertation sur un territoire communal ou infracommunal entre les professionnels de santé (médecins généralistes, psychiatrie publique et privée, infirmiers libéraux et scolaires, réseaux de santé), les acteurs sociaux et médico-sociaux, les services de l'État (préfecture, Éducation nationale, etc.), les associations, les services municipaux (maison de quartier, centre communal d'action sociale, etc.), les acteurs culturels et de loisir, les associations d'usagers et les aidants. L'intérêt de ce dispositif est d'être développé actuellement dans des territoires défavorisés ou quartiers prioritaires, où l'on peut considérer que les besoins sont les plus importants. Ils s'inscrivent généralement dans le cadre de contrats locaux de santé

(signés entre une agence régionale de santé et une collectivité), ou dans le cadre d'un atelier santé ville.

Enfin, si certaines conditions environnementales favorisent ou aggravent le développement de troubles mentaux, à l'inverse, un environnement de vie dans lequel des personnes atteintes de troubles mentaux peuvent développer leurs compétences, c'est-à-dire dans une logique d'« empowerment », améliore leur état de santé, leur qualité de vie et leur intégration dans la cité. C'est sur cette philosophie du « rétablissement » (*recovery* en anglais) – utiliser les capacités des personnes et de leurs entourages pour reprendre du pouvoir sur sa vie – que s'est élaborée l'expérimentation « un chez soi d'abord ». Cette expérience mérite en particulier d'être encouragée pour des personnes atteintes de troubles psychotiques, que l'on retrouve donc, avant tout, parmi les individus isolés et les jeunes.

Troubles psychiatriques et familles sans logement personnel : la double peine

Les troubles psychotiques, que l'on peut estimer comme les plus invalidants, sont nettement moins présents parmi les familles sans logement. En revanche, parmi ces adultes accompagnés d'enfants, on note des prévalences plus élevées de troubles anxieux (en particulier de stress post-traumatique) et de troubles sévères de l'humeur (sans composante psychotique), que chez les personnes sans enfants. Les personnes en famille sont très majoritairement nées à l'étranger, il s'agit pour la plupart de famille monoparentale avec une femme à leur tête.

Ces personnes sont hébergées le plus souvent et de façon caractéristique, dans d'anciens meublés ou garnis, dans des hôtels de tourisme ou des résidences sociales à vocation hôtelière, regroupés par les pouvoirs publics sous le terme d'« hôtels sociaux » [42]. Ces établissements sont caractérisés par la promiscuité et la pauvreté des lieux, mais surtout par le caractère provisoire du séjour, qui implique de se préparer à devoir déménager, sans savoir quand. L'étalement géographique du parc hôtelier, en raison d'une demande croissante que ne parviennent pas à absorber Paris et la proche banlieue, provoque dans certains cas des formes d'isolement relationnel. Un tel environnement entretient des conditions propices au développement de troubles psychiques et engendre de sérieuses répercussions sur le développement émotionnel, cognitif ou

social des enfants [63]. Toutefois, ces effets apparaissent réversibles, mais le sont d'autant moins que l'hébergement précaire perdure, qu'il implique des déménagements, et des ruptures avec le réseau relationnel des familles [64].

Au moment où la politique de santé publique « *entend donner à chaque enfant les meilleures chances de débiter dans la vie, pour réduire les inégalités de santé tout au long de la vie, favoriser un bon niveau d'éducation et une position socio-économique acceptable* »¹ en développant des programmes d'actions sur le suivi de la grossesse, les compétences parentales et le soutien à la parentalité auprès de familles en difficulté, il reste un pan de la population en difficultés sociales, invisible, qui subit la disjonction des politiques publiques de santé, d'éducation et d'hébergement. La situation sanitaire et sociale de ces familles, adultes et enfants, sera rendue visible avec les prochains résultats de l'étude Enfams² fin 2013.

Les recommandations du rapport Samenta abordaient déjà la prise en charge des troubles psychiatriques des familles en hôtel et proposaient un ensemble de mesures concrètes. Il préconisait notamment d'améliorer le repérage des problèmes somatiques ou psychologiques des personnes en famille et le signalement de ces situations à des équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP), dédiées aux familles en hôtel.

Une situation particulièrement inquiétante concernait les femmes immigrées, vivant en hôtel, amenées à accoucher dans des circonstances compliquées, avec notamment un accès aux soins mal aisé (éloignement géographique, barrières culturelles ou linguistiques, etc.). Le suivi à la sortie de la maternité est un moment très sensible afin de prévenir les interactions pathologiques mère-enfant. À nouveau des équipes mobiles de soins périnataux « dédiées » aux familles en hôtel devaient être développées, en lien avec les équipes de secteur infanto-juvénile, pour le repérage de troubles et d'interactions pathogènes.


Cependant, quatre années plus tard, ces EMPP dédiées aux familles n'ont toujours pas ou peu vu le jour, pour différentes raisons, de faiblesse ou de mauvaise utilisation des

1. Agence régionale de santé d'Ile-de-France, Programme régional de santé, <http://prs.sante-iledefrance.fr/les-schemas/prevention/>

2. Enfams, Enquête sur les enfants et les familles sans logement personnel de l'Observatoire du Samusocial de Paris – http://observatoire.samusocial-75.fr/PDF/famille/Document_de_travail_famille.pdf

moyens³. De même, les efforts en matière d'accompagnement et de suivi des femmes à l'hôtel, autour de la grossesse, restent visiblement insuffisants, malgré le travail d'acteurs locaux et de réseaux régionaux, comme Solipam⁴. On peut aussi penser que ces difficultés sont liées à l'invisibilité de la population des familles sans logement en tant que problématique au croisement de l'urgence sociale et des politiques d'immigration [43].

C'est ainsi que l'on peut parler de double peine pour cette population : les politiques publiques sont faiblement articulées et façonnent des environnements défavorables sur le plan de la santé mentale, tandis que la prise en charge peine alors à s'adapter à des besoins spécifiques.

En conclusion, les apports de l'épidémiologie psychiatrique et sociale, en montrant les liens entre pauvreté et trouble mental et en identifiant les facteurs de risque, permettent de reconnaître et invitent par-là à prévenir des environnements pathogènes, en particulier pour les enfants. La notion d'environnement social défavorable a permis de concevoir des dispositifs innovants de prise en charge, qui ont en commun de réfléchir à une coordination plus efficace des politiques publiques et des territoires d'action. 

3. Les équipes mobiles psychiatrie précarité s'occupent essentiellement des personnes seules, bien que le décret qui les institue ne cible pas du tout ce public, et invite les équipes à aller au-devant des personnes, quelles qu'elles soient et où qu'elles se trouvent.

4. Le réseau Solipam regroupe les professionnels médicaux et sociaux d'Ile-de-France confrontés aux risques sanitaires encourus par la mère et l'enfant en situation de grande précarité. Ce réseau a pour but de coordonner les secteurs hospitaliers publics et privés et les structures de proximité afin d'assurer et d'optimiser la prise en charge de ces femmes enceintes, jeunes mères et de leurs enfants, jusqu'au 3^e mois après la naissance.

Points de vue des usagers...

Point de vue des usagers, représentés par la Fédération nationale des patients en psychiatrie

La psychiatrie en France est aujourd'hui face à un tournant important dans son histoire. Après quelques années qui ont donné un grand espoir sur la possibilité, pour les usagers directs de la psychiatrie, c'est-à-dire les patients, de faire entendre leur voix, et de décrire leurs besoins, on assiste actuellement à une reprise de parole par les professionnels et les familles.

Cette reprise de parole généralisée se traduit tant par le temps de parole dans les manifestations (séminaires, colloques ou autres) que par la mainmise des professionnels et des familles sur des associations dites d'usagers ou des structures qui avaient été créées spécifiquement pour être gérées par les usagers : les Groupes d'Entraide Mutuelle.

Dans le même temps on assiste à des difficultés d'ordre financier de la Fnapsy, actuellement seule organisation statutairement composée d'associations d'usagers et dirigée par des usagers. La Fnapsy est la seule structure organisée regroupant 60 associations d'usagers en psychiatrie sur tout le territoire.

Cette mutation est grave car tous les groupes qui entendent parler en lieu et place des usagers sont, sur un domaine ou un autre, en conflit d'intérêt avec ceux-ci et n'ont donc de ce fait aucune légitimité pour parler en leur nom.


Devant cette évolution, les usagers, lors de notre dernière assemblée générale, ont exprimé leur volonté de continuer leur *empowerment* malgré leurs difficultés. C'est ainsi qu'ils ont soulevé l'importance de la loi du 4 mars 2002 sur la représentation des usagers, et surtout sur la mise en place de la « personne de confiance » qui est utilisée

actuellement sans problème dans le champ de la médecine somatique mais est absente du milieu psychiatrique.

Pourtant, il nous semble que c'est sur ce terrain que cette personne de confiance pourrait apporter toute sa sagesse compte tenu du « déni de la maladie » qui est le facteur de l'hospitalisation sans consentement.

Nous abordons également un sujet important qui est la prévention primaire en psychiatrie, travail qui n'a, pour le moment, pas été mis en chantier et qui pourtant pourrait éviter bien des hospitalisations et des pertes de chance pour les personnes concernées.

Nous continuerons à travailler sur des sujets précis avec nos partenaires historiques : la Conférence des présidents des commissions médicales d'établissement (CME) des centres hospitaliers spécialisés (CHS) pour les professionnels et l'Unafam pour les familles. Nos sujets actuels de réflexion sont en chantier dans ce sens : personne de confiance avec les professionnels, prévention avec l'Unafam.

Nous existons maintenant depuis plus de vingt ans, rien ne pourra être fait pour nous sans nous. 

Claude Finkelstein
Présidente de la Fédération nationale des patients en psychiatrie

et leur famille

Point de vue de l'Union nationale de familles et amis de personnes malades psychiques

Quel est le point de vue de l'Unafam sur la politique de santé mentale en France? Pour répondre à cette question, l'Unafam a choisi de reprendre les préconisations du Plan d'actions de l'OMS sur la santé mentale, tel que défini le 14 janvier 2005 à Helsinki. Ce conseil sur la santé mentale réunissait tous les ministres européens de la Santé sous l'égide de l'OMS.

Relever les défis, trouver des solutions.

La Déclaration sur la santé mentale pour l'Europe annonce les défis pour les cinq à dix ans à venir, dans le champ des politiques de santé mentale. Il s'agit d'élaborer, de mettre en œuvre et d'évaluer les politiques et législations qui débouchent sur des actions permettant d'améliorer le bien-être de l'ensemble de la population, d'éviter les problèmes de santé mentale et de favoriser l'intégration et le fonctionnement des personnes atteintes de ce type de problèmes. Parmi les priorités définies pour la décennie, l'Unafam, tout en notant qu'il ne nous reste que deux années, pointe notamment celles de mieux faire comprendre l'importance du bien-être mental et de faire de la santé mentale une partie indissociable de la santé publique. Dans le contexte français, l'Unafam demande que la santé somatique soit incluse dans les programmes de soins de la santé psychique et que l'éducation à la santé soit abordée sous l'angle biologique comme psychique.

Les autres priorités de la Déclaration appellent à lutter collectivement contre la stigmatisation, la discrimination et l'inégalité, responsabiliser et soutenir les personnes atteintes de problèmes de santé mentale et leur famille de sorte qu'elles

puissent participer activement à ce processus. L'exclusion dont sont victimes les usagers des services de santé mentale, que ce soit au sein des asiles et d'établissements ou en milieu extra-hospitalier, doit être combattue de multiples façons. L'Unafam s'inscrit totalement dans cette volonté et demande pour les usagers des mesures non discriminatoires en matière de logements et d'insertion par le travail.

La Déclaration encourage également la participation des populations aux programmes locaux de santé mentale en soutenant les initiatives des organisations non gouvernementales. Sa déclinaison française pourrait passer par le développement des conseils locaux de santé mentale associant une équipe de psychiatrie, un responsable municipal des représentants des usagers et leurs proches ainsi que les autres acteurs (sociaux, médico-sociaux ou sanitaires...) intervenant dans le champ de la santé mentale.

L'OMS promeut des systèmes de santé mentale complets, intégrés et efficaces, qui englobent la promotion, la prévention, le traitement et la réadaptation, les soins et la réinsertion sociale. Elle préconise que l'ensemble de la population ait facilement accès aux services de santé mentale dans le cadre de soins de santé primaires, que soient assurées la prestation et la pleine intégration des soins de santé mentale dans les autres services de soins de santé primaires et dans un environnement facilement accessible tels que les centres d'accueil et les hôpitaux généraux. L'Unafam demande la création de prévention pour les enfants et les adolescents. Ces services doivent s'organiser pour éviter


les hospitalisations sauf dans des situations très clairement définies par les soignants, notamment en assurant des soins à domicile.

Enfin, afin de disposer d'un personnel compétent et efficace dans tous ces domaines, l'Unafam appelle à la revalorisation de tous les composants à caractère « humaniste » des soins afin d'éviter l'exercice d'un esprit de domination et d'infantilisation de la part des soignants.

Par ailleurs, il est indispensable de reconnaître l'expérience et l'expertise des patients et des aidants (l'entourage) et s'en inspirer largement dans la planification et l'élaboration des services. Or, en France, dans beaucoup de circonstances, les proches et usagers ont souvent l'impression d'être instrumentalisés.

Ce plan d'actions suggère les modalités d'élaboration et de mise en œuvre de politiques globales de santé mentale dans les pays de la région européenne de l'OMS, qu'il parait important et urgent de mettre en œuvre en France.

Les usagers et leurs familles se posent des questions sur la volonté de la France pour mettre en œuvre ce plan.

Pourtant, il faut reconnaître des initiatives courageuses de la part des acteurs soignants ou associatifs qui ont la détermination, malgré une ambiance pessimiste et le manque de moyens, de faire aboutir des minis-projets locaux qu'ils seraient utiles de soutenir et de reproduire sur le territoire quand ils ont pu être évalués positivement. 

Chantal Roussy

Administratrice de l'Unafam, chargée de la recherche

La psychiatrie que nous voulons...

Approches internationales de la prise en charge psychiatrique souhaitée par les usagers.

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 64.

Stéphanie Wooley
Usagère, présidente d'honneur de l'Association France-dépression, chargée des relations internationales d'Advocacy-France, vice-présidente de l'Association européenne de la dépression, membre du conseil d'administration de Santé mentale Europe

Comme la plupart des (ex)patients engagés dans le mouvement des associations d'usagers, l'origine de mon envie d'améliorer la « prise en charge » des personnes ayant des problèmes de santé mentale vient de mon propre vécu de la violence et du manque d'humanité et de compréhension que m'a fait subir le système psychiatrique dans trois pays différents, mais surtout malheureusement en France. Il me semblait impossible, ou plutôt inacceptable, que des êtres humains soient traités de cette façon. Révoltée dans un premier temps, ce n'est que bien plus tard que j'ai eu la chance de rencontrer des psychiatres que l'on peut qualifier de véritables « soignants » avec une autre approche plus holistique de la santé humaine, travaillant aussi bien dans le secteur privé que public. Ils m'abordent comme leur égale, avec respect, intérêt et surtout, avec une confiance devenue réciproque.

Grâce à ces rencontres, j'ai compris que la seule façon d'essayer d'améliorer le système nécessiterait nos efforts conjoints et cet article abordera quelques exemples de ces efforts, aussi bien en France qu'à l'étranger.

De la « prise en charge » à la « prise en compte »

La souffrance psychique, les difficultés personnelles et le « parcours de combattant », si souvent décrit pour trouver une solution, génèrent un sentiment d'impuissance et de désespoir. Pourtant, l'espoir d'aller mieux, d'engager une lutte commune contre la souffrance, est reconnu comme l'un des facteurs les plus importants dans le rétablissement. L'espoir nécessite une capacité à réagir, à

maîtriser la situation. Trop souvent le système actuel de « prise en charge » détruit cet espoir et ne reconnaît pas ce qui ne peut être qu'une expertise partagée. En effet, qui connaît le mieux ce dont il souffre sinon l'usager lui-même? Comment arriver à une prise en compte du vécu de la personne souffrante, à un « diagnostic » commun, à l'élaboration d'un traitement personnalisé, à une participation active de l'intéressé?

Les associations d'usagers, porteuses de cet espoir pour tous, doivent devenir des acteurs intégrés et acceptés dans l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de santé mentale afin de répondre à ces questions.

L'impact des pratiques et des procédures des professionnels et des institutions sur le sentiment de maîtrise que peuvent avoir les usagers est plus important que l'on ne pense. Il faudrait encourager les personnes à donner elles-mêmes un sens aux événements au-delà de la simple « psycho-éducation ». Des efforts explicites doivent être faits pour réduire le déséquilibre existant, traditionnellement, entre le pouvoir de l'usager et celui du professionnel, pour reconnaître la valeur des usagers qui sont « experts d'expérience » et insister plus largement sur les buts sociaux plutôt que sur les résultats cliniques.

« On peut se revendiquer "usager en santé mentale" au sens où cette identité militante se construit dans un collectif ayant pour objectif la prise en compte de son expérience pour faire évoluer les politiques et les pratiques de santé mentale. Ce positionnement permet de créer des débats citoyens sur des choix de société en matière de santé, de bien-être, de vivre ensemble. Les personnes revendiquent le droit d'être différents,

d'avoir des besoins spécifiques et d'être inclus collectivement dans une société.» [19].

Apprendre des initiatives des usagers

Helen Glover, usagère et consultante en Australie, a conçu une « étoile du rétablissement » [27] véritable outil destiné à aider le professionnel à mieux comprendre les différentes polarités autour d'un « espace de rétablissement » situé au centre. Le professionnel est encouragé à aller au-delà du « suivi » et de la simple réponse à la « maladie » et à inviter l'usager à faire appel à son libre arbitre face à ces différentes polarités (figure 1).

Il ne s'agit pas de tenter de « déplacer » une personne d'une polarité (passive où la personne intériorise son statut de malade et laisse sa prise en charge entre les mains d'autrui) à l'autre (active, l'individu agit sur sa prise en charge). Le fait de reconnaître que ces polarités existent déjà est important, et il s'agit de donner la possibilité aux usagers d'exercer leur capacité à naviguer entre ces polarités. Le tableau 1 présente la clef de ces cinq polarités, prenant en compte les démarches et les processus que les personnes ayant un vécu de la maladie psychique considèrent comme importants et essentiels aux processus de rétablissement.

Les initiatives et les demandes des usagers

Une traduction de cette démarche peut être lue à travers la création du Réseau européen des (ex)usagers et survivants de la psychiatrie (ENUSP), seul réseau indépendant exclusivement composé de personnes ayant été confrontées à la psychiatrie, dès 1990. Composé aujourd'hui d'associations de 39 pays, son but est de réunir les efforts pour faire valoir les droits de l'homme et le droit à l'autodétermination des usagers grâce à l'évolution de la loi et de la pratique. Outre son réseau de soutien européen, l'ENUSP œuvre pour mettre fin à la discrimination et les abus dont les usagers sont victimes et pour la promotion des structures alternatives et accessibles dans la communauté. L'ENUSP est membre consultatif de la Commission européenne et de l'Organisation mondiale de la santé-Europe.

À travers sa participation au Réseau Mondial des Usagers et Survivants de la Psychiatrie (WNUSP), ses membres ont activement participé à l'élaboration et à la négociation de la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées (CDPH-ONU) de 2008 et ratifiée

figure 1

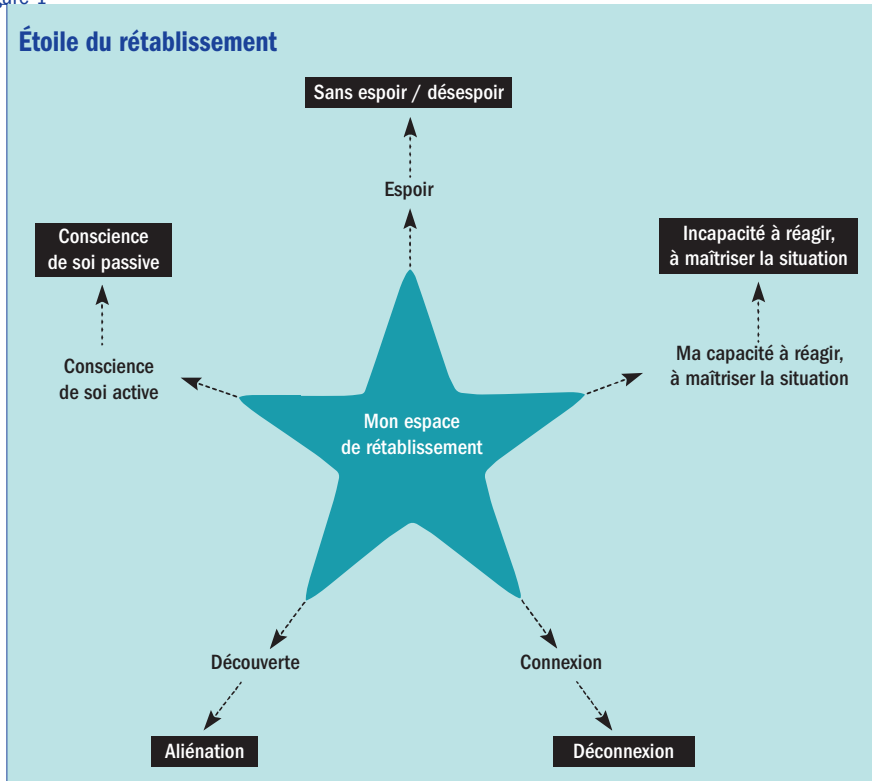


tableau 1

Clef des cinq polarités

Espoir – Désespoir	Un état permanent de détresse	La capacité d'influencer cet état
Conscience de soi active – Conscience de soi passive	La perception que les changements surviendront grâce aux efforts des autres	La reconnaissance et l'appréciation du rôle joué par soi-même dans sa propre transformation
Capacité à réagir – Incapacité à réagir	Le fait de se reposer sur les autres quant à la gestion de sa maladie et aux soins	Négociation de l'auto-gestion et de la maîtrise de sa maladie
Découverte – Aliénation	L'acceptation de l'interprétation et de la décision exclusives des autres	La réflexion et les efforts d'auto-apprentissage et de recherche d'un sens
Connexion – Déconnexion	L'acceptation des rôles qui renforcent l'institutionnalisation et son identité de « malade »	La participation par le biais d'un sentiment de citoyenneté et d'appartenance pleine et entière à la collectivité

par plus de 130 pays, y compris la France en 2010. L'ENUSP participe aujourd'hui au contrôle prévu de sa mise en œuvre au sein du Comité des droits des personnes handicapées de l'ONU, et suit les travaux des autorités nationales chargées de veiller à son application.

Fondée sur un principe d'accessibilité au sens le plus large et le plus inclusif, cet important instrument juridique peut servir de base pour aborder les sujets qui sont au cœur de nos préoccupations et pour mener à une transformation des pratiques, où toutes les personnes sont parties prenantes des choix de société.

L'ENUSP a investi des sujets majeurs tels qu'exprimés dans la CDPH-ONU et notamment les principes de liberté, d'accès à la capacité juridique et de l'égalité de traitement.

La liberté individuelle versus les soins sans consentement

La plupart des usagers reconnaissent que retenir une personne en raison de son comportement et la contraindre aux soins à cause du danger encouru pour elle-même ou pour autrui, peut parfois être nécessaire, même si cette mesure est souvent due au défaut d'autres moyens. Mais toute privation de liberté sur la base du handicap mental, intellectuel ou psychosocial est clairement contraire aux articles 14 et 17 de la CDPH-ONU. En application de la Convention, toute loi nécessaire à la mesure privative de liberté qui en résulte ne devrait pas être une loi spécifique et ségrégative désignant une catégorie de personnes, à savoir les « malades mentaux ».

À l'avis de l'ENUSP, le processus judiciaire introduit en France par 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, qui devait offrir davantage de sécurité juridique aux personnes soignées en psychiatrie sans leur consentement, a de fait aggravé la situation des droits de l'homme du patient en psychiatrie et n'est pas conforme aux termes de la CDPH-ONU. En effet, toute privation de liberté sur la base du handicap mental, intellectuel ou psychosocial, d'un diagnostic psychiatrique couplé de la notion de dangerosité pour autrui ou pour la personne elle-même, ou de la nécessité de « traitement » sont contraires à la Convention. Il a fallu qu'une association française créée à l'initiative d'un usager, le Cercle de réflexion et de proposition d'actions sur la psychiatrie (CRPA), mette en cause la constitutionnalité

de cette loi par le biais de questions prioritaires de constitutionnalité (QPC) soumises au Conseil constitutionnel qui a émis une déclaration d'inconstitutionnalité partielle obligeant le législateur à réformer la loi du 5 juillet 2011 sur plusieurs points avant le 1^{er} octobre 2013. Mais la réforme partielle de cette loi ne règle pas cette question, et une véritable loi de droit commun reposant non sur l'évaluation de « la personne », mais sur l'évaluation de « la situation », et qui protège la personne dans une situation dite « d'urgence », est nécessaire.

Or, si la contrainte peut, de manière exceptionnelle, être utilisée en raison de cette situation d'urgence, cette notion est contradictoire avec celle de soins en ambulatoire, qui par définition, sortent du champ de l'urgence. Les représentants de l'ENUSP ont exhorté récemment les responsables de l'Union européenne et de l'ONU à arrêter le système de soins psychiatriques sans consentement en ambulatoire ou à domicile qui est en train de remplacer l'hospitalisation en institution proprement dite dans certains pays de l'Europe, y compris en France. Cette mesure en ambulatoire est vue comme un outil pour éviter d'échanger, de parler, voire de négocier avec la personne en souffrance psychique pour la faire entrer librement dans le soin, même de la prendre en compte au seul bénéfice d'un rapport de pouvoir unilatéral. Ce système introduit à nouveau la peur de l'autre et la stigmatisation. Il ne peut y avoir de véritable « soin » psychiatrique sans l'adhésion de la personne (y compris la prise de médicaments).

Par ailleurs, les résultats d'une étude récente menée par l'université d'Oxford et ses partenaires et financée par l'Institut national de recherche en santé du Royaume-Uni ont montré que l'imposition de soins sous contrainte en ambulatoire ne réduit pas le taux de fréquence des hospitalisations des personnes souffrant de psychose et ne justifie donc pas cette privation significative de liberté des patients [8].

L'accompagnement à la prise de décision

L'article 12 de la CDPH prévoit que les États parties doivent prendre des mesures appropriées pour que les personnes en situation de handicap puissent jouir « de la capacité juridique dans tous les domaines, sur la base de l'égalité avec les autres » et leur donner « accès à l'accompagnement dont elles peuvent avoir besoin pour exercer leur capacité juridique », et non pas pour se substituer à elles.

Vu les dérives des systèmes de tutelle dans de nombreux pays, et notamment le grand nombre de personnes frappées par ce type de mesure en France, des programmes permettant la mise en place de dispositions particulières d'accompagnement à la prise de décision sont nécessaires.

Ces solutions pour accompagner la personne dans la vie de tous les jours, tels des services personnalisés d'aide à la personne, peuvent aussi se focaliser sur les décisions importantes ayant une incidence juridique qui affectent la vie de la personne handicapée : avec qui et où elle souhaite vivre, ses choix de travail et d'activités quotidiennes, ses décisions médicales, ses possibilités d'activités de loisir, son choix de services d'accompagnement appropriés lorsque nécessaire.

Quelles sont les demandes des usagers ?

Malgré parfois des différences d'opinion entre les usagers, on constate qu'il y a plusieurs demandes communes relatives aux soins et aux services proposés, et non pas imposés.

Il s'agit par exemple des centres d'accueil et de crise ouverts 24h/24 pour dédramatiser les choses, des équipes mobiles, des visites de psychiatres à domicile à la demande, de la généralisation d'un accès remboursé à un psychologue, de la création d'unités de soins spécialisés selon les troubles. Ou encore, de la création d'unités conçues et gérées conjointement avec les usagers, ou d'une meilleure prise en compte des plaintes somatiques. La généralisation de la personne de confiance (étudiée en Géorgie actuellement), des directives anticipées, décidées par l'usager par avance en cas de crise (reconnues en Écosse, en Suède, en Allemagne, au Canada, aux États-Unis...), sont des outils propices au respect des droits et de la dignité des personnes ayant un problème de santé mentale. Toutes ces mesures en amont pourraient éviter des coûts financiers et humains en aval.


Lorsque la crise est passée, il s'agit de solutions qui permettent aux personnes de mener une vie autonome, en dehors de l'hôpital psychiatrique ou chez leurs parents. Il faut penser en amont au relais d'autres équipes et de services sociaux à caractère moins médical et plus social. Ces structures extra-hospitalières psychiatriques sont trop souvent pensées comme une suite de l'hôpital ou un « hôpital hors des murs », et donc conçues comme une fin et non comme l'origine d'un processus d'insertion. Pourtant, les prémices de ces solutions existent en France avec les

services d'accompagnement qui devraient être généralisés.

Il peut s'agir aussi « d'appartements relais », d'une aide à domicile spécialisée, d'un suivi médico-social permettant de prendre progressivement de la distance par rapport aux services médicaux de proximité, du montage de projets professionnels en lien avec la vie sociale dans la cité, ou encore des activités économiques de type collectif et coopératif

comme celles expérimentées en Grèce et en Croatie.

« Ces différentes aides doivent être correctement évaluées et proportionnelles aux besoins non seulement des personnes mais des moments pour une même personne. Il faut savoir que, dans le champ du handicap psychique, une aide, pensée comme un soutien, peut très rapidement s'avérer être un barrage à l'autonomie de la personne. Le but de ces aides est qu'elles

soulagent la personne pour lui permettre d'aller de l'avant mais elles peuvent avoir l'effet inverse et entraîner une dépendance ! La réponse à ce paradoxe se trouve dans une politique de réseau qui met en place une concertation entre les acteurs, concertation dont l'intéressé doit avoir la maîtrise. "L'usager doit être au centre du dispositif" ne doit pas signifier que tout doit être pensé pour lui mais par lui et avec lui. » [17]. 

L'exemple de la Suède – « Des médiateurs indépendants personnels » (Personal Ombud in Skåne)

Ce modèle suédois est une initiative pionnière dans le domaine de l'accompagnement visant à soutenir le processus de prise de décision des usagers en santé mentale. Les médiateurs, ou « PO », sont des personnes titulaires d'un diplôme professionnel, souvent en droit ou en travail social, et ont des capacités polyvalentes. Ils sont salariés de PO-Skåne, une organisation non gouvernementale suédoise dirigée conjointement par l'Association nationale suédoise pour la santé psycho-sociale et l'association Schizophrenia Fellowship Association. D'autres PO ont été engagés directement par les municipalités malgré les problèmes d'indépendance ou de méfiance que cela peut engendrer. Le projet PO-Skåne a démarré en 1995, avec deux PO. En 2000, suite aux résultats obtenus, le service a été pérennisé et étendu au niveau national. Aujourd'hui trois cents PO travaillent à temps plein grâce au financement à deux tiers par l'État et un tiers par les collectivités locales. Il est estimé que le double de PO serait nécessaire pour desservir la population concernée.

Les lignes directrices de leur travail, établies par les membres usagers de PO-Skåne sont les suivantes :

- les PO travaillent exclusivement à la demande de l'utilisateur et dans son intérêt, même si ce processus peut prendre plusieurs mois pour que la personne détermine le type d'aide dont elle souhaite bénéficier. Aucun contrôle n'est exercé par les autorités médico-sociales, ni par les parents ou l'entourage.

- Un accord oral suffit pour que le service soit mis en place, et cet accord peut rester confidentiel. Les formalités sont réduites au strict minimum pour ne pas décourager les personnes ayant besoin de cet accompagnement.

- Il s'agit d'un engagement à long terme auprès d'une personne afin d'instaurer une relation de confiance dans la durée.

- Un effort particulier et « créatif » est fait pour atteindre les personnes les plus difficiles à soutenir, avec des troubles psychiques graves, souvent sans domicile fixe ou très isolées, qui ont du mal à communiquer et qui se méfient des autorités.

- Il est possible de consulter son PO tous les jours de la semaine et quasiment 24h/24, même s'il s'agit rarement d'une urgence. La disponibilité de la personne (notamment le soir et le week-end) est prise en compte. Le PO établit chaque semaine avec ses clients un emploi du temps en fonction de leurs demandes.

- Beaucoup de temps est consacré au dialogue et non pas

à trouver immédiatement des solutions. Un soutien est offert selon les priorités de la personne, qui peuvent aussi bien être existentielles que matérielles. Par la suite, il s'agit d'accompagner la personne à la prise de décision et lors des démarches nécessaires auprès des services médico-sociaux et des autorités.


Ce modèle est l'un des seuls exemples concrets d'accompagnement à la décision conçu en conformité avec les dispositions de la CDPH-ONU.

En plus de cet avantage, ce modèle suédois a réussi :

- à réduire sensiblement et très rapidement la dépendance de la personne aux soins psychiatriques,

- à redonner la maîtrise de la personne sur sa propre vie qui ne nécessite plus d'accompagnement après quelques années,

- à générer des économies importantes à moyen terme, car il a été estimé que chaque euro investi dans ce service a induit une économie croissante chaque année, s'élevant à 17 euros au bout de cinq ans.

Cette expérience innovante a été mise en avant en tant que bonne pratique dans le tout premier « Rapport mondial sur le handicap » publié par l'OMS et la Banque mondiale en 2012¹. Elle démontre qu'il y a une alternative aux méthodes de prise de décision traditionnelles à la place et pour le compte des usagers. Santé Mentale Europe, organisation non gouvernementale européenne qui travaille à la promotion de la santé mentale positive, à la prévention des troubles mentaux, à l'amélioration des soins, à la défense de l'inclusion sociale et à la protection des droits fondamentaux des (ex)usagers des services de santé mentale, de leurs familles et de leurs soignants, lance une étude approfondie cette année de ce programme suédois. 

1. Rapport Mondial sur le handicap, OMS, 2012, p. 155, http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789240688193_fre_full.pdf, Jespersen, M. intervention sur le *Personal Ombud in Skåne*, conférence d'Amnesty International sur l'accompagnement à la décision, Irlande, mai 2013 : <http://www.youtube.com/watch?v=t6scSjDq21I>, Jespersen, M. « Personal Ombudsman in Skåne. À User-controlled Service with Personal Agents », in Lehmann, P. Stastny P. (Ed.), *Alternatives Beyond Psychiatry*, Peter Lehmann Publishing, Berlin/Eugene/Shrewsbury 2007 (p. 299-304), <http://www.peter-lehmann-publishing.com/books/without.htm>, [http://www.po-skane.org/The_Swedish_Personal_ombudsmen_system\(Maths_Comments\).php](http://www.po-skane.org/The_Swedish_Personal_ombudsmen_system(Maths_Comments).php).