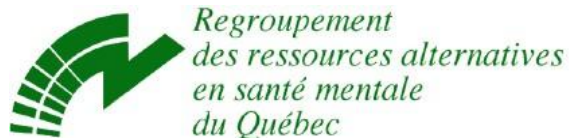


REVUE DE PRESSE

Articles critiques en santé mentale

Hiver et Printemps 2011

Les articles reproduits dans cette revue de presse sont disponibles sur les sites Internet de :



LE DEVOIR.com
Libre de penser

Le Monde.fr

Psychologie sur Doctissimo
<http://videos.doctissimo.fr/>

Robert Théoret
Avril 2011



Publié le 14 janvier 2011

Santé mentale: des médecins souhaitent le retour de la vie en institution



Des médecins de trois grands hôpitaux montréalais réclament la création d'un centre d'hébergement en santé mentale pour les patients auprès desquels toutes les tentatives de réadaptation se sont soldées par des échecs. Plus de 30 ans après le début de la désinstitutionnalisation, ils ont fini par se résigner: certains malades sont incapables de fonctionner en société.

PHOTO: MARTIN TREMBLAY, LA PRESSE



Isabelle Hachey

La Presse

Depuis plus de 30 ans, des milliers de malades mentaux sont sortis des asiles québécois. Voilà maintenant que, sur le terrain, médecins et travailleurs sociaux se rendent à l'évidence: une petite partie des malades sont incapables de fonctionner en société. Et avec la disparition des institutions psychiatriques, ils n'ont nulle part où aller.

Dans les hôpitaux, ils encombrant pendant des mois les lits destinés aux patients en crise, ce qui contribue à faire déborder les urgences psychiatriques. Quand ils finissent par obtenir leur congé, un bon nombre d'entre eux se retrouvent à la rue ou en prison.

La situation est si critique que les gestionnaires de trois grands centres hospitaliers montréalais réclament carrément le retour à la vie en établissement pour cette minorité de patients, pour qui tout le reste a été tenté en vain.

Dans les prochaines semaines, des experts du CHUM, de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont et de l'hôpital psychiatrique Louis-H.-LaFontaine recommanderont au ministère de la Santé de créer un centre de santé mentale d'une centaine de lits pour combler les besoins dans l'est de Montréal, a appris *La Presse*.



Cette proposition semble contraire à la tendance générale en psychiatrie. Mais ceux qui travaillent sur la ligne de front sont résignés: malgré les beaux principes, la désinstitutionnalisation n'est pas pour tout le monde.

«Nous, nous sommes dans les tranchées. Et même si ça peut surprendre, nous sommes arrivés à la conclusion qu'il faut un lieu d'accueil sûr pour les patients chez qui toutes les tentatives de réadaptation se sont soldées par des échecs», dit Paul Lespérance, chef du service de psychiatrie du CHUM.

Pas à leur place

À Louis-H.-LaFontaine, 67 des 369 lits sont occupés par des patients qui n'y sont pas à leur place. Ils y végètent depuis des mois, parfois même des années. «Ce sont des gens stables, mais qui ont besoin d'un encadrement formel. Les familles d'accueil ou les logements supervisés ne correspondent pas à leurs besoins», explique Krystyna Pecko, directrice des services professionnels.

«On a essayé la réadaptation avec ces gens-là et, malheureusement, ils ont atteint le maximum de leur potentiel, ajoute-t-elle. On parle donc d'hébergement à long terme.» La plupart de ces patients sont relativement âgés. Mais au CHUM, en plein centre-ville de Montréal, il s'agit surtout de patients psychotiques.

«Quand on les garde en institution, ils sont calmes, ça va. Mais si on les envoie en logement supervisé, leur état se détériore rapidement et ils doivent être réhospitalisés», explique le Dr Lespérance.

Des 60 lits de l'aile psychiatrique du CHUM, 12 sont occupés par ces patients qui rechutent sans cesse. «On est obligés de les garder pendant six mois, un an. L'un d'eux est parti après deux ans et demi! Il n'y a pas d'issue pour eux. Comme si on pensait que ces gens-là n'existaient pas. Je regrette, mais ils existent.»

Les oubliés du système

Le Dr Lespérance est conscient que la création d'un centre d'hébergement en santé mentale n'est pas dans l'air du temps.

«L'idée ne fait pas l'unanimité. Mais les penseurs qui ne jurent que par la réadaptation ont tort. Il va falloir que les gens du ministère commencent à se rendre compte qu'il y a des patients pour qui ça ne marche pas et qu'on n'a rien pour eux dans le réseau, nulle part. À un moment donné, il faut arrêter de jouer à l'autruche et se demander ce qu'on peut faire.»

Ces patients sont les oubliés du système. «On les parque un peu partout, dit la Dre Pecko. Le gouvernement a mis beaucoup d'efforts pour créer des ressources vouées à la réinsertion. Des centaines de milliers de patients sont placés en communauté, avec différents types de soutien. Mais on a peut-être oublié une dernière tranche de patients, pour qui aucun de ces programmes ne fonctionne. On en est là.»

À Maisonneuve-Rosemont, environ 10% des 50 lits de l'aile psychiatrique sont occupés par ce type de patients. D'après le Dr Lespérance, en tenant compte des patients de l'hôpital du Sacré-Coeur et du secteur anglophone, il ne serait «pas difficile» de remplir une institution de 300 lits pour répondre aux besoins de l'ensemble du territoire montréalais.

Pression sur les urgences

«Il y a des cas compliqués qui ne cadrent dans aucune case. Ils ne sont pas dans les cases, mais ils sont dans nos lits!» déplore le Dr Lespérance. Le problème se complique lorsque ça refoule aux urgences psychiatriques, qui débordent régulièrement.



Haute de place à l'étage, des patients en crise se retrouvent sur des civières, dans les corridors, avec un préposé à leur chevet en permanence parce qu'ils sont considérés comme à risque. «Les conditions d'hospitalisation des patients en attente de soins aigus sont franchement gênantes», admet le Dr Lespérance.

«On la sent, la pression, on étouffe, poursuit-il. L'automne dernier, il y a eu des débordements historiques en psychiatrie d'urgence. Non seulement chez nous, mais aussi à l'hôpital Douglas, qui a dû ouvrir une unité temporaire complète, et à Louis-H.-LaFontaine, qui a eu près de 40 patients en surnombre pour 12 civières.»

Ces débordements sont fréquents, confirme la Dre Pecko. «On a 67 patients qui devraient être ailleurs. Ça veut dire 67 lits qui ne sont pas disponibles pour des hospitalisations de courte durée. C'est beaucoup. On a des pressions, des réunions d'urgence... C'est un casse-tête régulier pour nous.»

Briser le triangle infernal

L'idée de mettre sur pied un centre d'hébergement en santé mentale réjouit Jocelyn Aubut, directeur général de l'Institut Philippe-Pinel. «J'aime autant les voir là que dans la rue ou dans les prisons!»

À Pinel, une cinquantaine de patients pourraient avoir leur congé «demain matin», dit-il, mais ils doivent rester faute de places adéquates dans le réseau.

Pour ces patients, un encadrement plus serré permettrait enfin de briser le «triangle infernal» hôpital-rue-prison, dit le Dr Aubut. «Toutes les études le démontrent: il y a un lien direct entre la fermeture de lits psychiatriques et l'augmentation du nombre de malades dans les prisons.»

La désinstitutionnalisation était «absolument nécessaire», souligne-t-il. «Mais au-delà de l'idéologie, la réalité nous frappe en plein front. Cette réalité, on peut la voir dans la rue Sainte-Catherine, dans les urgences, dans les prisons.»

«On espérait qu'avec la réadaptation on n'aurait plus besoin d'hébergement en psychiatrie, ajoute le Dr Lespérance. On se rend compte que ce n'est pas possible. Dans aucun domaine de la médecine, on n'est capable de traiter tous les patients. Appelez ça des échecs thérapeutiques si vous voulez, mais on en a tous. Maintenant, il faut se regarder dans le miroir et offrir à ces gens-là un milieu de vie adéquat. En tenant compte du fait qu'ils vont y être pour longtemps. C'est non seulement correct, mais c'est la chose humaine à faire.»

Publié le 14 janvier 2011

«L'asile, c'est fini»

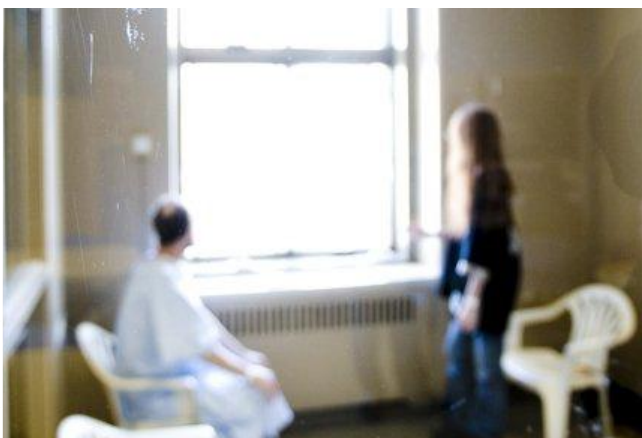


PHOTO: MARTIN TREMBLAY, LA PRESSE



Isabelle Hachey
La Presse

Quelle forme prendra l'établissement que réclament des gestionnaires du CHUM, de Maisonneuve-Rosemont et de Louis-H.-LaFontaine pour une centaine de malades mentaux incapables de s'intégrer dans la communauté?



Depuis la vague de desinstitutionnalisation qui a déferlé sur la province, il y a des couloirs déserts et même un pavillon vacant à Louis-H.-LaFontaine. Mais pas question, pour ce qui reste le plus grand hôpital psychiatrique du Québec, d'accueillir ces patients. «Nous ne faisons pas d'hébergement. L'asile, c'est fini. Et c'est une bonne chose, d'ailleurs», tranche le porte-parole de l'hôpital, Jean Lepage. «Ça ne fait plus partie de la mission de Louis-H. depuis plusieurs années», renchérit Krystyna Pecko, directrice des services professionnels. «Notre spécialité, c'est la réadaptation. Nous serions mal placés pour prendre en charge la petite proportion de gens qui ne répondent à rien.» Sans compter l'aspect symbolique de la chose. Recevoir des patients pour de longues périodes - voire pour la vie - à Louis-H.-LaFontaine rappellerait inévitablement un passé douloureux.

Il y a quelques décennies à peine, l'hôpital comptait 6000 patients... et seulement trois aliénistes, les ancêtres des psychiatres. Les patients étaient entassés comme des sardines dans des dortoirs, sans la moindre intimité. «À l'époque, tous les patients étaient placés en asile, rappelle la Dre Pecko. À un moment donné, il est devenu évident pour les professionnels de la santé que la majorité d'entre eux avaient le potentiel de s'en sortir. Mais probablement y a-t-il toujours eu des patients qui avaient besoin d'un milieu de cette nature.» L'établissement réclamé prendra sans doute la forme d'un centre d'hébergement en santé mentale, géré par un centre de santé et des services sociaux (CSSS).

Évidemment, personne ne prône le retour des asiles. «Il ne s'agit pas de parquer les patients et de les oublier là, dit Paul Lespérance, chef du service de psychiatrie du CHUM. Pour y avoir une place, les patients devraient avoir tenté tous les programmes de réadaptation, sans succès. Ce serait une condition sine qua non. Il ne faut pas retourner 40 ans en arrière.»

Publié le 14 janvier 2011

Les mésadaptés



PHOTO: MARTIN TREMBLAY, LA PRESSE



Isabelle Hachey
La Presse

L'aile psychiatrique du CHUM compte 60 lits destinés à des patients qui ont besoin de soins aigus. «La pression est importante, dit Paul Lespérance, chef du service. Aux urgences, il a en moyenne 14 consultations par jour. Généralement, on hospitalise le quart de ces patients, ce qui veut dire qu'on doit donner trois ou quatre congés par jour. Il faut que

ça roule.» Le problème, c'est que 20% des lits sont occupés par des patients stables, mais dont l'état se détériore rapidement hors des murs de l'hôpital. Alors, ils y restent pendant des mois, voire des années. En voici quatre exemples.

Un homme dans la quarantaine



schizophrène paranoïde et toxicomane. Il souffre aussi de troubles neurocognitifs qui entraînent des pertes de mémoire et une grave désorganisation. Toutes les tentatives de placement ont échoué.

Fin des soins actifs depuis sept mois.

Un homme dans la soixantaine

Schizophrène et déficient intellectuel. Laissé à lui-même, il peut être dangereux. Il a mis volontairement le feu dans les ressources d'hébergement où il avait été envoyé.

Fin des soins actifs depuis trois ans.

Une femme dans la soixantaine

Schizophrène et bipolaire. Suivie en psychiatrie depuis 40 ans, elle souffre d'un grave trouble de la personnalité. Toutes les tentatives de prise en charge ont tourné à la catastrophe. Elle a épuisé les ressources du réseau public, mettant le feu à son dernier appartement supervisé.

Fin des soins actifs depuis trois mois.

Un homme dans la vingtaine

Schizophrène, toxicomane et déficient intellectuel. Impulsif, il frappe les gens sans raison. Avant son hospitalisation, il vivait dans la rue.

Fin des soins actifs depuis un mois, mais son médecin prévoit qu'il restera longtemps au CHUM.

La seule ressource qui pourrait l'accueillir, fermée et sécuritaire, ne compte que 13 lits pour toute l'île de Montréal. Il faut pratiquement attendre qu'un patient meure pour y obtenir une place.

Publié le 14 janvier 2011

Désinstitutionnalisation: Québec garde le cap



PHOTO: MARTIN TREMBLAY, LA PRESSE



Isabelle Hachey
La Presse

Le gouvernement du Québec n'a pas l'intention de créer un centre d'hébergement en santé mentale d'une centaine de lits à Montréal, comme le réclament les gestionnaires de trois grands hôpitaux de la métropole. Après avoir retiré des milliers de malades mentaux des institutions psychiatriques de la province, pas



question de renverser la vapeur.

«On n'ira pas vers ça», a dit hier Caroline Fraser, porte-parole du ministère de la Santé, en réaction à un reportage de La Presse. Des médecins du CHUM, de Maisonneuve-Rosemont et de Louis-H.-LaFontaine disaient s'être résignés au retour à la vie en institution pour une petite proportion de patients, pour qui toutes les tentatives de réadaptation se sont soldées par des échecs.

Fin de non-recevoir

«Le ministère s'en tient à son plan d'action en santé mentale. On ne va pas défaire ce qui a été fait», a dit Mme Fraser. Conscient du fait que ces patients encombrant les lits des hôpitaux et contribuent à la surcharge des urgences, le ministère «encourage son réseau à explorer différentes modalités de services afin de dégager les lits, soit des soins à domicile, des suivis intensifs dans le milieu, des CHSLD et des ressources intermédiaires de type familial».

Le problème, c'est que ces ressources sont insuffisantes. «La désinstitutionnalisation s'est accentuée au cours des dernières années. L'idée, c'est que tous les patients doivent sortir. Mais il y a un peu de pensée magique là-dedans. On n'a pas les moyens de répondre aux demandes du ministère», dit Martine Castonguay, directrice générale de l'Association des ressources intermédiaires d'hébergement du Québec.

«Quand on a sorti les gens des asiles, les psychiatres ont dit qu'il fallait un suivi dans la communauté. Ça n'a pas été fait. Un 24-7, c'est-à-dire une aide offerte en tout temps aux patients, était prévu dans le plan d'action en santé mentale 2005-2010. On l'attend toujours», déplore Johanne Galipeau, chargée de projet d'Action Autonomie, un organisme de défense des personnes aux prises avec des troubles mentaux.

Des réserves

L'organisme a «d'énormes réserves» par rapport au centre d'hébergement que voudraient les gestionnaires hospitaliers de Montréal. «Ce qu'ils nous proposent, c'est un asile, même s'ils s'en défendent, dit Mme Galipeau. Il y a un danger de dérive.»

Mêmes réserves du côté de l'Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec. «Ils disent que ce n'est pas un asile, mais une institution de ce genre, c'est le système asilaire. L'approche et les façons de faire seront celles d'une institution», craint la directrice générale, Doris Provencher.

«Pourquoi créer une nouvelle institution alors qu'il existe déjà des résidences intermédiaires pour accueillir les gens qui ont d'énormes limites? Ces gens ne feront jamais leur épicerie, c'est clair, mais ils peuvent aller prendre un café. Dans une institution, ils ne sortiront pas. Ils passeront la journée en pyjama. Ce n'est pas une réponse.»



Publié le 29 mars 2011

Les troubles mentaux ne permettent pas d'échapper à la justice!



Au Québec, les personnes jugées non responsables pour cause de troubles mentaux sont détenues plus longtemps en milieu hospitalier que si elles avaient été trouvées coupables et avaient été condamnées à la prison pour le même délit.

PHOTO: MARTIN TREMBLAY, ARCHIVES LA PRESSE

Anne Crocker

L'auteure est directrice, services, politiques et santé des populations au Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas.*

Dans les pages de La Presse, nous avons appris samedi que John Mullin, accusé d'un meurtre survenu en décembre dernier à Montréal, a été déclaré non criminellement responsable de ses actes pour cause de troubles mentaux.

Je suis toujours étonnée, après la publication de ce genre de nouvelles, d'entendre des commentaires ou de lire des messages qui laissent entendre que ces «personnes» finissent toujours par bien s'en tirer, puisqu'elles ne sont pas considérées criminellement responsables de leurs actes. Ou encore, des commentaires à l'effet qui suggèrent qu'on a «sorti les fous de l'asile et maintenant ils commettent des crimes!», ou autres du même ordre.

Être déclaré non responsable pour cause de troubles mentaux (NCRTM) ne veut pas dire se soustraire à la justice! Et avoir une maladie mentale ne renvoie pas automatiquement à un verdict de non-responsabilité criminelle. En vertu du principe voulant qu'il soit inapproprié de «punir» des individus qui n'avaient pas d'intention criminelle au moment du délit, la défense de non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux représente un mécanisme reconnu pour certains contrevenants vivant avec un trouble mental.

Plusieurs connaissent cette disposition par son ancienne appellation d'acquiescement pour cause d'aliénation mentale. Cette ancienne appellation porte à confusion et ne correspond pas à la réalité. Cette appellation perpétue le mythe selon lequel une maladie mentale permet d'échapper à la justice. En réalité, une personne déclarée non responsable pour cause de troubles mentaux n'est pas libérée et retournée chez elle; elle est presque systématiquement détenue dans une institution de santé mentale.



Dans les faits, les personnes ayant un problème de santé mentale risquent d'être détenues plus longtemps tout au long des procédures judiciaires en comparaison avec des individus qui font face à la justice, mais qui n'ont pas de maladie mentale.

Il est faux de croire que les personnes reconnues non criminellement responsables pour cause de troubles mentaux «s'en sauvent»! Les résultats préliminaires d'une étude que nous menons actuellement sur un échantillon représentatif de personnes jugées non responsables pour cause de troubles mentaux au Québec semblent confirmer les observations de plusieurs intervenants des milieux de la santé mentale et de la justice: ces personnes sont détenues plus longtemps en milieu hospitalier que si elles avaient été trouvées coupables et avaient été condamnées à la prison pour le même délit. Elles sont toutefois orientées vers des centres de soins en santé mentale plus adaptés à leurs besoins et à leur rétablissement.

Le lien entre les problèmes de santé mentale et certains comportements violents est influencé par une foule de facteurs tels que la toxicomanie, les conditions de vie précaires, la victimisation antérieure et parfois certains symptômes de la maladie mentale elle-même. La très grande majorité (90%) des personnes atteintes de maladie mentale n'est pas violente. Au Canada, les individus souffrant de maladie mentale seraient responsables de moins de 3% de la violence dans notre société. La personne vivant avec un problème de santé mentale est 15 fois plus susceptible d'être victime que d'être l'auteur de violence.

Le drame des familles

Les familles sont les victimes les plus fréquentes. Les actes de violence portent rarement sur des inconnus, mais se produisent plutôt au domicile des auteurs de l'acte, souvent sur des proches. Ces familles, les proches et les amis se retrouvent donc face à une détresse importante, à des situations déchirantes où s'affronte le désir d'aider et de soutenir la personne ayant un problème de santé mentale tout en assurant leur propre sécurité lorsqu'une situation se dégrade, et ce, avec peu de soutien et de services.

On fait de plus en plus de pression sur les secteurs de la santé mentale et de la sécurité publique pour qu'ils identifient les personnes les plus à risque dans une population très hétérogène où de multiples facteurs interagissent. C'est pourquoi chercheurs et cliniciens développent et mettent en oeuvre de meilleurs outils de dépistage, d'évaluation et de gestion des risques. Mais ces développements se font parfois dans des conditions difficiles; dans un contexte où la santé mentale demeure le parent pauvre de la santé, surtout en termes de ressources.

Malgré les efforts déployés depuis plusieurs années pour expliquer les maladies mentales, réduire les tabous qui entourent la maladie et les personnes qui en souffrent (par des témoignages ou des explications sur les progrès en matière de recherche ou de soins) force est de constater que nous sommes souvent exposés, par l'actualité médiatique, à des drames où la maladie mentale de la personne qui a commis un délit est soulignée avec insistance. Cette attitude nourrit, de façon disproportionnée avec la réalité, la crainte du «potentiel violent» des personnes vivant, par exemple, avec la schizophrénie. Cela a aussi malheureusement pour effet de perpétuer une stigmatisation qui nuit à l'intégration sociale, communautaire, vocationnelle et éducative des personnes et augmente leur marginalisation et leur isolement. La méconnaissance des faits entraîne trop souvent la peur et le rejet, ce qui mine sérieusement les efforts orientés vers l'intervention, la prévention et même, le rétablissement.

*** L'auteure est aussi professeure agrégée au département de psychiatrie de l'Université McGill.**



26 février 2011

Centre de recherche Robert-Giffard de l'Université Laval - Psychiatrie et psychanalyse ne font plus un !



«On se dirige vers l'investigation du cerveau vivant»

[Thierry Haroun](#) 26 février 2011 [Éducation](#)

Photo : Source UL

Le Dr Michel Maziade, directeur scientifique du Centre de recherche Robert-Giffard de l'Université Laval

La recherche en psychiatrie est relativement jeune si on la compare à d'autres domaines de recherche en médecine: elle a à peine une trentaine d'années d'existence. Les avancées sont par contre notables, mais il reste tant à découvrir dans ce monde qui évolue parmi cent milliards de neurones. Cours 101 en compagnie du Dr Michel Maziade, directeur scientifique du Centre de recherche Robert-Giffard de l'Université Laval.

Le domaine de la psychiatrie est si peu couvert par les médias dits traditionnels que la première question qui s'imposait d'entrée de jeu était la suivante: comment définit-on aujourd'hui la psychiatrie?

«La psychiatrie, répond patiemment au bout du fil le professeur Michel Maziade, est l'une des quelque 30 spécialités médicales. Une fois la médecine générale terminée, il reste quatre ou cinq ans de spécialisation à faire en sciences fondamentales, en neurosciences, en neurobiologie et en sciences du comportement. Le but est de détecter, de diagnostiquer et de soigner les maladies psychiatriques à l'échelle infantile, par exemple, tels les troubles de développement et l'autisme. Du côté des adultes, on touche toutes les psychoses majeures, comme la schizophrénie, la maladie bipolaire, la dépression et les divers troubles sévères de la personnalité. Et, dans le domaine de la gériatrie, il est question de problèmes cognitifs, de la maladie d'Alzheimer, des problèmes de comportement reliés à la démence et des maladies psychiatriques qu'on retrouve donc chez les personnes âgées.»

Le dogme de la psychanalyse

Selon M. Maziade, professeur titulaire de psychiatrie à la Faculté de médecine de l'Université Laval et titulaire de la Chaire de recherche du Canada en génétique des troubles neuropsychiatriques, la psychiatrie est une spécialité qui est relativement jeune comparativement à d'autres secteurs en médecine, comme les maladies cardiovasculaires, l'infectiologie ou encore l'urologie, lesquelles datent des années 1940 et 1950. Tandis que la



psychiatrie, telle qu'on la définit et reconnaît aujourd'hui, est née, ici comme en Europe, au milieu des années 1980.

Ainsi, c'est en 1987 que le Centre de recherche Robert-Giffard de l'Université Laval s'est donné pour mission de «faire avancer les connaissances sur les causes et les traitements des maladies du cerveau, infantiles, adultes et gériatriques, au moyen d'un centre de haute technologie sur le neurone et le cerveau», rappelle la documentation de ce centre, qui mobilise aujourd'hui des centaines d'experts.

D'ailleurs, le Dr Maziade tient à rappeler à quel point la psychiatrie part de loin, pour ne pas dire de la psychanalyse. «On sait aujourd'hui que la schizophrénie est une maladie du cerveau et qu'elle n'est pas le fait de la froideur de la mère, contrairement à ce que la psychanalyse laissait entendre dans les années 1950 et 1960. Jusqu'à il y a quelques années, la psychanalyse était encore très prévalente dans le monde de la psychiatrie. Je l'ai vécu moi-même lors de mon internat en résidence entre 1970 et 1972, alors que la psychanalyse dictait encore son dogme selon lequel les maladies étaient issues de l'influence des parents et de l'environnement. Que tout se jouait au cours des six premières années d'existence de l'enfant, etc. J'ai moi-même traité l'autisme infantile en soignant les parents plutôt que l'enfant. Bien sûr, on sait aujourd'hui que l'autisme est le fait de problèmes de développement reliés au dysfonctionnement du cerveau.»

Les courants de la recherche

Il y a trois grands axes de recherche qui ont présentement cours au Centre de recherche Robert-Giffard de l'Université Laval, souligne le Dr Maziade. «Dans un premier temps, il est question de neurodéveloppement, c'est-à-dire des maladies comme la schizophrénie, la maniaco-dépression, etc. Celles-ci se développent entre l'âge de 18 et 27 ans. La recherche s'est beaucoup développée dans ce secteur. Le but est de trouver les déterminants infantiles de ces maladies. On peut d'ailleurs maintenant déjà trouver les marqueurs chez les enfants à risque, c'est nouveau. Il s'agit de détecter tôt ces enfants et donc de travailler en amont du problème.»

«L'autre axe de recherche, poursuit le chercheur, touche la maladie quand elle survient tout juste, ce qu'on appelle dans notre jargon la "prévention secondaire". On ne guérit pas la maladie, mais on peut réduire la sévérité de la maladie, le nombre de rechutes, et augmenter l'autonomie de la personne. Il y a présentement beaucoup de recherche qui se fait sur le traitement cognitif, le traitement pharmacologique, afin de détecter la maladie le plus tôt possible, soit entre six mois et un an.»

Le troisième grand courant de recherche porte sur l'imagerie par résonance magnétique, l'apport des technologies et la multidisciplinarité, ce qui permettra de faire des pas importants. «L'imagerie cérébrale s'est beaucoup développée. Le cerveau est très complexe, comme vous le savez. On y retrouve 100 milliards de neurones qui parlent entre eux. Ce qu'on sait en neurogenèse, c'est que le renouvellement des cellules est plus actif dans le cerveau à l'âge adulte que dans tout autre organe. Il y a 15 ans, on enseignait encore dans les facultés de médecine que le seul organe qui ne se régénérât pas était le cerveau. D'ailleurs, cette idée est encore bien imprégnée dans l'opinion publique. Et la recherche à venir vise à entrer dans le cerveau des patients par l'entremise des nanotechnologies. On se dirige vers l'investigation du cerveau vivant, comme on le fait avec le cœur vivant par la vidéo et la scopie.»



L'argent, toujours l'argent

Pour l'heure, rappelle-t-il, les médicaments utilisés «ne font que s'attaquer aux symptômes. On ne peut pas guérir des maladies dont on ignore la cause. Il y a de meilleurs médicaments disponibles qui soignent les symptômes en général, mais qui vont partout dans le cerveau, et c'est pourquoi il y a des effets secondaires.» En conclusion, il a souligné à grands traits l'importance de financer adéquatement son secteur d'activité: «Le manque de financement est flagrant.»

Collaborateur du Devoir

Le Monde.fr

Point de vue

Soins et privation de liberté sont-ils compatibles ?

Le Monde | 30.03.11

Les débats en France autour du projet de réforme de la loi du 27 juin 1990 qui envisage des *"soins contraignants hors hôpital"* en plus de l'hospitalisation sans consentement en psychiatrie ne suggèrent-ils pas la réflexion suivante ? Entendu qu'à l'exception d'un délit, toute privation de liberté est inacceptable, y aurait-il néanmoins des cas particuliers qui autoriseraient à ne pas respecter inconditionnellement la liberté d'autrui ?

Rappelons qu'en Belgique, l'article second de la *"loi relative à la protection de la personne du malade mental"* (26 juin 1990) stipule que *"les mesures de protection ne peuvent être prises, à défaut de tout autre traitement approprié, à l'égard d'un malade mental, que si son état le requiert, soit qu'il mette gravement en péril sa santé et sa sécurité, soit qu'il constitue une menace grave pour la vie ou l'intégrité d'autrui"*. Ainsi, par exemple, l'anorexique ne constitue pas un danger grave pour autrui. Elle ne nuit gravement qu'à elle-même. A la différence de certains *"malades mentaux"* qui, en plus de nuire éventuellement à eux-mêmes, peuvent aussi nuire à autrui. Sur ces deux thèmes – nuire à soi-même ou à autrui – écoutons le philosophe John Stuart Mill (1806-1873).

Dans son *Essay on Liberty* (1859), John Stuart Mill pose un principe destiné à régler les rapports de la société et de l'individu dans tout ce qui est *"contrainte ou contrôle"*. Ce principe veut que *"les hommes ne soient autorisés, individuellement ou collectivement, à entraver la liberté d'action de quiconque que pour assurer leur propre protection"*. La *"seule raison légitime que puisse avoir une communauté pour user de la force contre un de ses membres est de l'empêcher de nuire aux autres"*. Ainsi, *"contraindre quiconque pour son propre bien, physique ou moral, ne constitue pas une justification suffisante"*. John Stuart Mill concède que les actes de cet homme sont certes de *"bonnes raisons pour lui faire des remontrances, le raisonner, le persuader ou le supplier, mais non pour le contraindre ou lui causer du tort s'il agit autrement"*. Le seul aspect de la conduite d'un individu qui soit du ressort de la *"société"* est donc celui qui *"concerne les autres"*.



Quant à "ce qui ne concerne que lui, son indépendance est, de droit, absolue. Sur lui-même, sur son corps et son esprit, l'individu est souverain". Selon l'éthique "minimaliste" de Mill, comme le résume [Ruwen Ogien](#), le rapport de soi à soi est donc moralement indifférent. Et le fait de juste nuire à soi-même ne peut pas amener de privation de liberté à des fins de soins tant que, condition *sine qua non* pour John Stuart Mill, cet agissement individuel ne nuit pas aux intérêts des autres. Dans le cas contraire, John Stuart Mill était aussi clair : nuire à autrui peut autoriser une privation de liberté.

LE DOGME DE LA NORME

Mais il reste qu'à la différence de John Stuart Mill – que certains taxent d'indifférence égoïste –, une éthique paternaliste verra au contraire dans la seule auto-nuisance d'un individu isolé un "état de nécessité". Et elle ne tiendra pas compte du consentement du sujet aux soins. Un proche, la famille ou le médecin traitent dès lors autrui – le sujet malade – conformément à ce qu'eux-mêmes estiment être le bien d'autrui. A cette condition, soins et privation de liberté s'avèrent, ponctuellement et temporairement, compatibles à l'égard d'un individu isolé. Des soins qui doivent, bien entendu, se révéler, au final, bénéfiques. Ce qui justifie *a posteriori* le choix de l'option paternaliste.

Certains feront toutefois remarquer à ces paternalistes (bienveillants) que, dans le cas d'agissements "marginiaux" aux conséquences purement individuelles, leur intervention peut aussi s'apparenter à une "morale de commissariat". Les paternalistes répondront qu'il y a parfois de réels "états de nécessité" suite aux agissements "marginiaux" du seul individu concerné. C'est, de fait, la redoutable question du consentement d'un sujet autonome à un "tort" auto-infligé sans conséquence pour autrui. Faut-il y répondre par l'éthique "minimaliste" de Mill (raisonner, persuader, supplier mais non contraindre) ou par un interventionnisme paternaliste bienfaisant ?

On demeurera en tout cas très vigilant face à l'injonction, qui semble de plus en plus présente, selon laquelle nous aurions tous un même devoir impératif de santé et de normalité. Sans tomber dans l'indifférence égoïste, ni dans la valorisation de la maladie (mentale), la liberté chère à l'éthique de Mill ne peut accepter le dogme de la norme qui, de nos jours, vise, peut-on craindre, à s'étendre au-delà du seul domaine de la psychiatrie. Comme le soutenait dès 1943 [Georges Canguilhem](#), "le normal n'a pas la rigidité d'un fait de contrainte collective mais la souplesse d'une norme qui se transforme dans sa relation à des conditions individuelles".

Pierre-Frédéric Daled, philosophe, chaire d'éthique de l'Université libre de Bruxelles et membre du comité consultatif belge de bioéthique

Le Monde.fr

Analyse

Réforme de la psychiatrie, le grand enfermement

Le Monde | 29.03.11

L'asile est de retour. Les murs d'enceinte des hôpitaux psychiatriques, qui avaient été abolis à partir des années 1970, font physiquement et symboliquement leur réapparition. En 2008, après un fait divers dramatique, Nicolas Sarkozy avait demandé la fermeture des établissements psychiatriques et le durcissement



de l'internement d'office des malades, désormais considérés comme potentiellement dangereux. Deux ans après, ce programme est en passe d'être mis à exécution : la réforme de la loi de 1990 sur les hospitalisations sans consentement, qui a été adoptée en première lecture le 22 mars par les députés, parachève le virage sécuritaire imposé par les pouvoirs publics à la psychiatrie publique.

La psychiatrie était engagée, depuis une trentaine d'années, dans un mouvement de désinstitutionnalisation pour sortir les malades mentaux des grandes structures asilaires et les réinscrire dans la cité. Dans la foulée du mouvement de l'antipsychiatrie, les soignants avaient reconnu l'effet néfaste et désocialisant de la mise à l'écart. Des structures plus proches des patients, tels les centres médico-psychologiques, qui les suivent en ville, ont été créées.

Mais ce mouvement, s'il tendait à déstigmatiser la maladie mentale, a eu ses effets pervers. La fermeture de quelque 50 000 lits d'hospitalisation n'a pas toujours été compensée par l'ouverture de structures alternatives. Le manque de places a conduit à la crise du secteur, créant des ruptures de soins pour certains malades insuffisamment pris en charge.

C'est dans ce contexte que la psychiatrie a vécu deux drames qui ont considérablement assombri ses perspectives. En 2004, à Pau, un patient schizophrène, qui n'était plus soigné par l'hôpital, a tué sauvagement une infirmière et une aide-soignante. Quatre ans plus tard, à Grenoble, un malade en permission de sortie a assassiné un jeune homme en plein centre-ville. La psychiatrie a été mise en cause pour ses manquements. Peu comprise dans son fonctionnement - le risque zéro existe en santé mentale encore moins qu'ailleurs -, elle a été attaquée dans ses fondements. En décembre 2008, dans un discours qui a marqué au fer les psychiatres, M. Sarkozy leur imposait un changement de paradigme : annonçant un durcissement de l'internement d'office, il faisait primer la préoccupation sécuritaire sur le soin.

Depuis, les portes des hôpitaux se referment progressivement sur les malades internés. Dès 2009, 70 millions d'euros ont été débloqués pour bâtir ou rebâtir les enceintes des hôpitaux, créer des unités fermées et des chambres d'isolement, multiplier les dispositifs de surveillance (portiques et caméras). Les préfets ont ensuite reçu l'ordre de ne plus valider systématiquement les sorties des malades hospitalisés d'office, même si elles sont soutenues par les psychiatres. Une circulaire leur a été adressée, le 11 janvier 2010, afin qu'ils s'assurent *"de la comptabilité de la mesure de sortie avec les impératifs d'ordre et de sécurité publics"*. L'avis *"des services de police ou de gendarmerie"* est requis pour étayer la décision des préfets.

Les effets de cette politique viennent d'être mesurés par le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, une personnalité indépendante qui visite inopinément les hôpitaux psychiatriques. Dans un avis publié le 20 mars, Jean-Marie Delarue constate que les levées d'internement d'office ne sont plus accordées qu'au compte-gouttes. Tout se passe comme si, malgré les soins prodigués, le patient reste considéré comme *"aussi dangereux pour lui-même ou autrui qu'au jour de son hospitalisation"*. Comme dans un mauvais film sont retenues en psychiatrie *"des personnes dont l'état, attesté par les médecins, ne justifie pas qu'elles y soient maintenues contre leur gré"*.

Pis, cette situation fait "obstacle à l'hospitalisation de personnes qui en auraient au contraire besoin". Les hôpitaux prennent peu à peu une couleur carcérale : un *"nombre croissant d'unités hospitalières sont aujourd'hui fermées à clé"*, ce qui a des effets sur les personnes hospitalisées de leur plein gré, également *"privées de leur liberté d'aller et venir"*.

On comprend mieux, dans ce contexte, la très forte hostilité suscitée par la révision de la loi de 1990 sur les soins sans consentement. Alors que la réforme était réclamée depuis des années par les psychiatres, les patients et leurs familles, le texte n'est analysé qu'au filtre du souci sécuritaire du gouvernement. Des innovations, qui



auraient pu être intéressantes comme l'observation du patient pendant 1/2 heures avant toute hospitalisation ou la possibilité de suivre un traitement sous le régime de la contrainte mais chez soi, sont considérées avec méfiance par les soignants.

L'instauration d'un fichier des antécédents médicaux des malades - véritable "casier psychiatrique", selon les psychiatres - et le durcissement des conditions de sortie des personnes internées ont achevé de catalyser l'opposition au projet de loi. La psychiatrie attendait une réforme sanitaire, elle voulait soigner plutôt qu'enfermer. La voilà confrontée au retour du refoulé asilaire.

prieur@lemonde.fr

Le Monde.fr

Point de vue

"La loi sur la psychiatrie est absurde, incohérente et inapplicable !"

Le Monde | 28.03.11

Les députés ont adopté en première lecture dans la nuit du 16 mars, [le projet de loi](#) "relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge". Le vote solennel du projet a eu lieu mardi 22 mars, avant d'être envoyé au Sénat pour examen. Mais, il n'y aura pas de seconde lecture.

Le gouvernement ayant choisi la procédure accélérée, le texte, même éventuellement modifié par les sénateurs, pourra être adopté selon la première lecture de l'Assemblée nationale ! Pourtant ce projet de loi provoque un basculement radical de la pratique psychiatrie, une transformation démente et inquiétante de la psychiatrie !

Les équipes soignantes vont être transformées par cette loi en une "police sanitaire psychiatrique" dont le rôle va être réduit à "surveiller, contrôler, injecter" !

Cette loi a été voulue par le président de la République réagissant dans l'émotion et la précipitation au meurtre d'un étudiant par un malade. Cette loi devrait concerner les personnes actuellement sous contrainte, c'est à dire 70 000 personnes sur les 300 000 hospitalisées. Mais elle est organisée à partir des situations en hospitalisation d'office, c'est à dire 10 000 personnes ! Elle a pour socle, le présupposé totalement erroné sur le plan scientifique, énoncé par le président en décembre 2008 : "*Tous les malades mentaux sont potentiellement dangereux, potentiellement criminels !*"

Ainsi l'ensemble des personnes soignées en psychiatrie, celles qui choisissent librement de se soigner, c'est à dire 80 % des malades hospitalisés, mais aussi les trois millions de personnes ayant consulté et traités pour un trouble psychique vont se retrouver confrontés "par contamination" aux mêmes *a priori*, aux mêmes préjugés, aux mêmes risques, et tomber potentiellement dans les "soins sans consentement".

Ce message terrible, ravageant, faisant appel aux peurs ancestrales de la folie, désigne à la vindicte populaire ces personnes, amplifie la peur de l'autre, renforce la stigmatisation. La loi vient l'instituer de façon insupportable, indigne !



Les 23 000 signataires de [l'Appel lancé par le Collectif des 39 contre la nuit sécuritaire](#) : "Réforme de la psychiatrie : une déraison d'Etat", la totalité des syndicats de psychiatres – fait inédit – le syndicat national des psychologues, les syndicats de personnels soignants, des associations de psychanalystes, des associations de patients, des associations de familles, le Syndicat de la magistrature, plusieurs centaines de manifestants mardi 15 mars devant l'assemblée, rien n'y a fait !

La psychiatrie est pourtant dans un état catastrophique depuis plus de dix ans. Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté vient de rendre public un rapport accablant sur la situation dans les hôpitaux psychiatriques. Sa conclusion, la psychiatrie est un monde caché, *"et dans ce monde-là, ce n'est pas tant la loi, quelle qu'elle soit qui est en cause, mais la réalité des pratiques" !*

DÉRIVES

Depuis deux ans qu'il s'est constitué, le Collectif des 39 dénonce la dérive des pratiques, des situations de maltraitance des malades, la banalisation des contentions, l'abandon des familles à leur désarroi. Les Etats généraux de la psychiatrie en juin 2003 avaient déjà réclamé vingt-deux mesures d'urgence pour tenter de lutter contre le péril menaçant l'ensemble de la psychiatrie !

Cette situation n'est en rien dû à la mauvaise volonté des soignants, à une indifférence au sort des malades et des familles. Elle est le résultat de plusieurs éléments : conception de la maladie mentale qui s'est imposée avec le scientisme dominant des dernières années, formation indigente des psychiatres réduite aux seuls traitements médicamenteux, absence quasi-totale d'une formation digne de ce nom pour les infirmiers, laminage des esprits par l'idéologie de l'hôpital-entreprise, de la gestion bureaucratique parachevée par la récente loi Hôpital, patients, santé, territoires, à la pénurie organisée, enfin absence de budget spécifique pour la psychiatrie.

Aux arguments étayés de toute la profession, tous statuts confondus, dénonçant une loi sécuritaire mais revendiquant l'urgence d'une loi sanitaire, aux appels au secours d'associations de patients, aux rejets par de nombreuses associations régionales des de familles de malades, le rapporteur du projet de loi n'a opposé qu'arrogance, falsification, mystification, ignorance. Falsification, lorsqu'il déclare que la loi va permettre de sauver les quatre mille personnes qui se suicident chaque année ! Mystification, quand il proclame que les 30 000 à 60 000 personnes sans domicile fixe qui souffrent de troubles mentaux, abandonnées par leur famille, vont pouvoir être prises en charge ! Ignorance de la pratique psychiatrique, quand il déclare que les patients qui déniaient leur pathologie vont être enfin traitées grâce à ce dispositif !

De plus, avec ce projet de loi, force reste au préfet. La disqualification des professionnels est totale, la suspicion à leur égard comme à l'égard des magistrats est entérinée par le texte.

Pire, dans leur aveuglement politique, dans leur méconnaissance de la clinique psychiatrique la plus élémentaire, les députés de la majorité n'ont pas pris la mesure du plus grave : cette loi, si elle est adoptée, va aboutir à l'exacte inverse de ce à quoi elle prétend répondre : la sécurité et la prévention des passages à l'acte dangereux.

En effet, les personnes les plus perturbées, les plus en souffrance, sont aux prises avec une méfiance extrême, voire des sentiments de persécution, des sentiments d'être surveillés, épiés. Ces personnes lorsqu'elles sauront qu'elles seront dénoncées par leur psychiatre, leurs soignants au directeur de l'hôpital et au préfet, en cas de refus ou d'opposition aux soins et risquant un retour forcée à l'hôpital, vont tout faire pour échapper, pour se sauver. Et c'est dans un tel contexte, que des individus ayant le sentiment d'être cernés, pourchassés, forcés, risquent de basculer dans des passages à l'acte les plus graves...



La psychiatrie, dans une perspective thérapeutique, ne peut travailler qu'en favorisant la confiance, l'instauration d'une relation rassurante, le tissage d'un lien avec une personne malade. C'est dans ce cadre, et uniquement dans ce cadre, que nous pouvons imposer une contrainte parfois nécessaire, que la psychiatrie peut prétendre être thérapeutique.

Mesdames, messieurs les parlementaires, prenez conscience de l'immense responsabilité que vous prenez, de l'absurdité de ce dispositif législatif, de cette monstruosité qui est en train de se créer !

Paul Machto, psychiatre des hôpitaux, Marie Cathelineau, psychologue, Hervé Bokobza, psychiatre, pour le Collectif des 39 contre la nuit sécuritaire

Le Monde.fr

Point de vue

Ne refusons pas la loi sur la psychiatrie

Le Monde | 07.04.11

La loi relative aux "droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques" a été votée le 22 mars à l'Assemblée à l'assemblée nationale. Faut-il la refuser, comme le préconise le [Daniel Zagury dans une tribune publiée dans Le Monde](#) le 21 mars ?

A lire les débats qui ont précédé le vote et conduit à de multiples amendements, cette loi a choqué dans chaque camp. Un élu marseillais rappelait à droite qu'il voyait tous les jours des agressions commises par des fous. On exprimait à gauche la crainte de voir la France tomber dans la nuit sécuritaire. A droite, le droit à l'oubli divisait les rangs. A gauche on ne parvenait pas à s'entendre sur les rôles respectifs du juge et du médecin. Comment faire entendre à cet élu des quartiers sud de Marseille que les premières victimes de violence sont les malades mentaux eux-mêmes ? Mais comment dire aussi à ces élus de gauche qu'une conception angélique des droits de l'homme n'a jamais fait progresser la psychiatrie ? Comment dire à nos collègues psychiatres des hôpitaux publics que cette loi, en prônant des interventions plus rapides et des soins protocolisés, ne remet peut-être pas nécessairement en cause ce que nous appelons l'esprit du secteur ?

Cette loi est fortement ancrée dans le sens commun, elle rappelle des évidences et notamment celle-ci : tout citoyen, même le plus fou, aspire à la sécurité. La première insécurité est celle que vivent les malades mentaux. Une autre évidence : tout citoyen est possiblement dangereux, même le plus normal. Le crime est un fait humain. Une autre évidence encore : la maladie mentale tout comme l'identité qu'elle questionne est à la fois un fait biologique et un fait culturel. Parce qu'elle ne critique pas le contexte sécuritaire qui est le sien, cette loi n'est pas particulièrement bonne. Mais par le contrôle élargi qu'elle institue, elle définit entre le psychiatre et son patient un rapport d'obligation réciproque qui existe dans les faits depuis longtemps. En tant qu'institution, elle contraint non seulement le patient mais aussi le psychiatre. En dissociant la contrainte de soins de l'hospitalisation, cette loi acquiert une dimension institutionnelle nouvelle : la pratique de secteur, qui est le suivi ambulatoire, devient obligatoire.

Devons-nous nous en plaindre ? Jamais une loi faite par des hommes pourra à elle seule répondre à des questions qui relèvent de l'existence humaine. Mais une loi nouvelle peut faire que les malades mentaux soient mieux traités et les citoyens mieux protégés. Cette loi est sans doute imparfaite mais elle a le mérite de



reconnaitre que le non-consentement et l'enternement ne reviennent pas au meme. Elle fait suite a un rapport approfondi qui expose clairement les effets de la maladie sur la personne et son entourage, les difficultés que le patient peut avoir à en prendre conscience, la nécessité d'agir rapidement au moment et sur les lieux de la crise, la nécessité d'une réhabilitation, d'une psychoéducation, d'un accompagnement personnalisé, d'une aide aux aidants en première et en seconde ligne, d'une formation des intervenants et des proches.

Ces prises de position ne nous heurtent pas car elles évoquent des techniques adaptées et non pas nécessairement des positions idéologiques hostiles à la psychanalyse. Comment dire à tous que le débat s'il n'est pas clos ne peut se résumer à l'affrontement de deux idéologies, l'une prétendument sécuritaire, et l'autre pas ? Ne cherchons pas à appliquer Foucault à la lettre. Dans un monde qui conjugue conformisme et narcissisme pour faire de la réussite une exigence pour tous, questionnons-nous plutôt : qu'aurait dit Foucault aujourd'hui ? Face à la violence des hommes, contrôler et punir ne sont pas les seules alternatives. Face à la maladie, soigner et guérir ne sont pas les seules alternatives.

Tandis que nous sommes en quête de nouvelles normes sociales et en manque de liens forts, protéger est dans les deux cas un troisième terme que l'isolement des uns et la violence des autres rendent urgent d'appliquer à tous. Il s'agit de garantir à la fois la protection des plus vulnérables et la liberté de chacun. Il n'y a pas de honte à ce qu'une loi permette d'imposer des soins à une personne quand la conscience de la maladie fait défaut. Mais il faut du courage dans un monde aussi sécuritaire que le nôtre pour affirmer qu'une personne non consentante aux soins peut vivre chez elle sans danger pour autrui. Reconnaissons ce courage à l'auteur du rapport.

UNE DOCTRINE DE LA LIBERTÉ ET DE L'AUTONOMIE

A dire vrai, nous ne saurons vraiment si cette loi était bonne ou mauvaise qu'à l'usage. Pour l'heure il nous faut la défendre car elle existe : ni tout à fait sanitaire, ni tout à fait judiciaire, elle peut devenir un outil puissant de déstigmatisation. Certes, appliquer une telle loi ne sera pas simple, nous devons participer à la rédaction de ses décrets : jusqu'où doit aller la définition d'un protocole de soins ? Peut-on se contenter d'une définition du consentement calquée sur celle du consentement éclairé qui prévaut en médecine somatique ? Comment concevoir un contrat qui de fait sera placé sous influence ? Comment évaluer l'efficacité de tels protocoles ? Comment surtout protocoliser quelque chose qui a trait à l'espace intersubjectif et dans quoi le psychiatre et le patient doivent aménager l'un pour l'autre une possibilité de retrait ? Comment le patient, avec la vulnérabilité qui est la sienne, pourra-t-il à l'intérieur de cet espace conserver la possibilité de dire non ? Comment somme toute garantir dans un tel protocole un espace où quelque chose comme un sujet et du sens puissent advenir ?

Ces questions ne sont pas simples affaires de moyens, elles soulèvent en profondeur l'idée que l'on se fait du contrôle social, de la vulnérabilité spécifique aux maladies mentales, de la norme, de la liberté et du rétablissement au quotidien. Nous partageons avec les 39 l'idée que la psychopathologie doit trouver là toute sa place. Mais nous pensons qu'il faut pénétrer le débat non par une idéologie affichée mais par une doctrine nouvelle de la liberté et de l'autonomie. L'élaboration de cette doctrine du rétablissement n'appartient pas aux seuls psychiatres, elle appartient aux citoyens. Nous devons soutenir les patients et leur entourage dans leur lutte non seulement contre la maladie mais pour la norme. Cette lutte est l'affaire de tous.

Christophe Lançon est aussi président de [Solidarité-Réhabilitation](#) (Marseille).

Jean Naudin et Christophe Lançon, professeurs des université et praticiens hospitaliers, et Samuel Bouloudnine, psychiatre des hôpitaux à Marseille



Entrevues disponible sur le site

Psychologie sur Doctissimo

<http://videos.doctissimo.fr/>

Psychiatrie : un projet de loi qui ne répond pas aux besoins actuels

La modification de la loi de 1990 sur les soins psychiatriques sans consentement a été votée mi-mars par les députés à l'Assemblée Nationale. Le Dr Patrick Chemla, psychiatre et psychanalyste, chef de service du centre Antonin Artaud (Reims), nous explique, en marge d'une manifestation des professionnels de la psychiatrie, les conséquences pratiques de ce texte, qui sera appliqué si les sénateurs confirment le vote des députés.

Doctissimo : Quel est l'esprit de ce projet de loi ?

Dr Patrick Chemla, psychiatre et psychanalyste : Pour nous, tout l'esprit de la loi, explicitement et implicitement, c'est de transformer la psychiatrie en "fliciatrice" et de nous placer en annexe de la police. Il y a d'ores et déjà dans plusieurs villes de France la possibilité de créer des équipes de liaison avec la police, ce qui nous inquiète. Au contraire de l'effet recherché, cela fait diminuer la sécurité. Ce qui augmenterait la sécurité de tout le monde, c'est que les patients puissent être accueillis et soignés correctement, le tout dans un climat de confiance.

Doctissimo : Les soins sans consentement à la maison, une avancée ?

Dr Patrick Chemla : Les soins sans consentement en ambulatoire [NDLR : si ce texte de loi est définitivement adopté, il sera possible de prescrire des soins obligatoires en dehors de l'hôpital], ce n'est pas du tout une avancée. Ce que nous faisons, c'est au contraire des soins en ambulatoire avec consentement. Cela fait 30 ans que je fais ce métier, nous avons une expérience de terrain, nous avons réussi à mettre fin aux asiles psychiatriques. L'idée que l'asile se reforme, soit avec des unités fermées, soit avec une prise de médicaments forcée à domicile ou dans les Centres Médico-Psychologiques (CMP) nous paraît complètement folle.

Doctissimo : L'influence des préfets en psychiatrie a-t-elle déjà évolué ?

Dr Patrick Chemla : Depuis 2 ans, les préfets ne suivent plus les décisions des médecins. Il est arrivé que des préfets ré-hospitalisent des patients alors que la décision médicale était au contraire que le patient puisse rester chez lui. Il arrive également dans notre service que les patients demandent des sorties à l'essai et qu'elles soient interdites, ce qui est très nouveau [NDLR : l'autorisation temporaire de sortie doit être validée par le préfet pour les patients hospitalisés d'office]. Or tout dans cette nouvelle loi vis à ce que ce le pouvoir décisionnel détenu par le préfet prédomine sur le médical, sur le soin, ce qui est une véritable folie.

Le rôle des médicaments est-il renforcé par cette loi ?

Dr Patrick Chemla : Tous nos patients ou presque prennent actuellement des médicaments. Cela ne sert qu'à diminuer leurs "délires" et leurs angoisses, un point c'est tout. Aucune maladie psychiatrique n'a jamais été guérie par des psychotropes. Donc ce que l'on peut faire sur le plan du soin, c'est un accueil et une psychothérapie aidés par des médicaments, mais c'est tout. Faire croire que les médicaments sont la solution, c'est un mensonge. Nous allons donc sérieusement déchanter une fois que l'on aura installé tous ces dispositifs.



Doctissimo : Quelles conséquences pour les patients en psychiatrie ?

Dr Patrick Chemla : S'il y a une peur généralisée, si les patients ont peur de leur soignant, de la délation –car si cette loi est appliquée le psychiatre sera obligé de dénoncer le malade qui ne va pas à la consultation, ne prend pas son traitement, ce qui crée un climat d'inquiétude et d'insécurité pour le patient-, ils n'auront qu'une idée, une fois sortis de l'hôpital, c'est de sauver. Donc on pourrait les traquer à leur domicile, mais ce n'est vraiment pas de notre ressort. Jusqu'à présent, et c'est toute la réussite de la politique de secteur qu'il nous a fallu 30 ans à mettre en place, la France était un pays d'avant-garde dans le monde. Au moment où cela commence à porter ses fruits, on nous propose un retour de bâton.

Doctissimo : Quelle influence sur les professionnels de la psychiatrie ?

Dr Patrick Chemla : Cette loi risque de les démotiver encore plus. En effet, aller au-devant de patients qui vont très mal demande énormément d'énergie. Alors si vous vous retrouvez avec une nouvelle facilité pour les interner [NDLR : création d'une nouvelle possibilité d'internement, en cas de "péril imminent" pour le patient lui-même ; jusqu'à présent l'internement n'était possible qu'"à la demande d'un tiers" (famille, proches) ou en cas de trouble à l'ordre public, mise en danger d'autrui (hospitalisation d'office)] plutôt que de les écouter et de prendre le temps de faire un travail psychothérapeutique avec eux, cela va conduire à un boom des internements. Au-delà d'ailleurs des internements, certains patients qui vont mal risquent de dissimuler leur état à leur médecin [NDLR : de peur d'être internés pour "péril imminent"], ce qui peut ensuite exploser en une crise délirante. Résultat, en voulant tout prévenir on risque d'avoir une augmentation des internements et des passages à l'acte...

Doctissimo : Comment améliorer la prise en charge ?

Dr Patrick Chemla : si on développe, comme on l'a fait à Reims, des réponses au niveau du territoire, à domicile, dans des centres de jour répartis dans la ville on améliorera la situation : dans mon service par exemple, il y a 90 % des patients qui sont soignés uniquement en ambulatoire (non hospitalisés). Et pour les 10 % restants qui sont hospitalisés, il est tout à fait possible de faire autre chose que de les placer en chambres d'isolement avec de la contention. Il n'y a pas de contention dans mon service. Il y a un club thérapeutique qui est animé avec les patients, pour leur proposer des repas, des sorties, des choses vivantes... C'est de cela dont nous avons besoin !

Doctissimo : Que pourrait comporter une véritable loi de santé mentale ?

Dr Patrick Chemla : Pour une véritable loi de santé mentale, il faudrait reprendre et actualiser les objectifs du secteur de psychiatrie lancé en France dans les années 60 [NDLR : depuis les années 60, l'organisation administrative des soins psychiatriques se fait dans et à l'extérieur de l'hôpital, et non plus uniquement à l'hôpital]. Il ne s'agirait certainement pas de dénaturer cette politique du secteur en faisant du prédictif, du sécuritaire ou en centrant tout, comme dans cette loi, autour de la prise de médicaments.

Propos recueillis par Jean-Philippe Rivière et Karine Lubasch, le 15 mars 2011

Psychiatrie : une loi sécuritaire et inapplicable

La modification de la loi de 1990 sur les soins psychiatriques sans consentement a été votée mi-mars par les députés à l'Assemblée Nationale. Antoine Machto, psychologue, membre du Collectif des 39 "contre la nuit sécuritaire", nous explique pourquoi les professionnels de la psychiatrie dénoncent le contenu, l'utilité et l'applicabilité de cette réforme.



Doctissimo : L'objet meme de ce projet de loi est-il ronde ?

Antoine Machto, psychologue : Parler de soins sans consentement, et d'autant plus de soins sans consentement obligatoires en ambulatoire (en dehors de l'hôpital), c'est inacceptable et cela n'a aucun sens, puisque cela fait l'amalgame entre la prise en charge thérapeutique et un traitement médicamenteux. Cela n'est pas dit comme cela dans le texte de loi, mais c'est ce que l'on comprend : lorsqu'ils parlent de soins sans consentement, c'est la prescription d'un médicament et la garantie de l'observance par le patient de cette prescription (c'est-à-dire qu'il ne faut pas que le patient puisse cesser de prendre son médicament).

Doctissimo : Comment se passe l'hospitalisation sous contrainte aujourd'hui ?

Antoine Machto : Jusqu'à présent, nous disposons de l'hospitalisation à la demande d'un tiers : un proche du patient demande l'hospitalisation. Nous disposons également de l'hospitalisation d'office, sur intervention d'un préfet qui demande cette hospitalisation pour, en général, trouble à l'ordre public, mise en danger d'autrui ou de soi-même.

Doctissimo : Que va changer la nouvelle notion de "péril imminent" ?

Antoine Machto : La notion de "péril imminent" permet d'exclure le médecin et les proches de la décision d'internement, ce qui créé une nouvelle possibilité d'internement, en sus des deux possibilités déjà existantes [NDLR : l'hospitalisation à la demande d'un tiers et hospitalisation d'office]. Le problème c'est qu'on ne sait pas très bien à quoi cette notion correspond : on pourrait très bien imaginer que la police amène une personne à l'hôpital psychiatrique en disant "cette personne doit être hospitalisée", sans possibilité de faire autrement que de l'accepter pendant 72 heures, période d'observation prévue dans le projet de loi que nous avons appelé "garde-à-vue psychiatrique".

Doctissimo : Ce projet de loi est-il applicable ?

Antoine Machto : Tout le monde s'accorde à dire que ce projet de loi est inapplicable, tout d'abord à cause des moyens. Mais le problème, en tout cas pour le Collectif des 39, ne se situe pas au niveau des moyens : même s'il y avait les moyens de mettre en place les mesures prévues par cette loi (déblocage de budgets par le gouvernement), nous ne voudrions pas appliquer un tel projet de loi.

Doctissimo : Le collectif des 39 souhaite-t-il aller au-delà du retrait de ce texte ?

Antoine Machto : Le collectif des 39 demande un moratoire ainsi qu'un projet pour la psychiatrie sanitaire. Si tel est le cas [NDLR : Nora Berra, secrétaire d'Etat à la Santé, s'est prononcée devant les députés en faveur d'un véritable plan santé mentale à l'automne 2011], nous participerons et essaierons de peser de tout notre poids pour construire une psychiatrie de soignants et non uniquement thérapeutique : une psychiatrie où l'hospitalité pour la folie existe.

Doctissimo : Quelles sont les prochaines étapes ?

Antoine Machto : Cette loi est passée au Conseil des ministres le 26 janvier 2011, elle est maintenant déjà à l'Assemblée Nationale et doit être validée en 3 jours [NDLR : procédure d'urgence décidée par le gouvernement. De fait, cette loi [a été votée par une majorité des députés présents le 22 mars](#)]. C'est un délai très très court, une manière un peu expéditive de vouloir résoudre une telle question. Pour nous de toute façon cette loi ne résoudra rien, donc nous continuerons le combat.

Propos recueillis par Jean-Philippe Rivière et Karine Lubasch, le 15 mars 2011



Psychiatrie : Une loi contestée

La modification de la loi de 1990 sur les soins psychiatriques sans consentement est discutée du 15 au 17 mars par les députés à l'Assemblée Nationale. Cette modification est contestée par l'ensemble des syndicats de psychiatres, publics et privés, mais aussi par des infirmiers et politiques. Lors d'une manifestation le 15 mars devant le Parlement, plusieurs d'entre eux nous ont expliqué pourquoi ils n'acceptaient pas ce texte.

Doctissimo : Pourquoi ce projet de loi est-il dénoncé par la profession ?

Dr Patrick Chemla, psychiatre et psychanalyste : Pour nous, tout l'esprit de la loi, explicitement et implicitement, c'est de transformer la psychiatrie en "fliciatrice" et de nous placer en annexe de la police. Il y a d'ores et déjà dans plusieurs villes de France la possibilité de créer des équipes de liaison avec la police, ce qui nous inquiète. Au contraire de l'effet recherché, cela fait diminuer la sécurité. Ce qui augmenterait la sécurité de tout le monde, c'est que les patients puissent être accueillis et soignés correctement, le tout dans un climat de confiance.

Antoine Machto, psychologue, membre du collectif des 39 : Il y a tellement d'éléments délétères dans cette loi que c'est difficile de les avoir tous en tête... En toile de fond de ce projet de loi, il y a la volonté de nous faire croire et de faire croire aux familles, aux patients et même aux professionnels qu'un traitement médicamenteux, pharmacologique c'est du soin, et que le soin pourrait se réduire à ce niveau-là.

Doctissimo : Que va changer la nouvelle notion de "péril imminent" ?

Antoine Machto : La notion de "péril imminent" permet d'exclure le médecin et les proches de la décision d'internement, ce qui crée une nouvelle possibilité d'internement, en sus des deux possibilités déjà existantes [NDLR : *l'hospitalisation à la demande d'un tiers et hospitalisation d'office, par exemple pour trouble à l'ordre public, mise en danger d'autrui*]. Le problème c'est qu'on ne sait pas très bien à quoi cette notion correspond : on pourrait très bien imaginer que la police amène une personne à l'hôpital psychiatrique en disant "cette personne doit être hospitalisée", sans possibilité de faire autrement que de l'accepter pendant 72 heures, période d'observation prévue dans le projet de loi que nous avons appelé "garde-à-vue psychiatrique".

Doctissimo : Les soins sans consentement à la maison, une avancée ?

Dr Patrick Chemla : Les soins sans consentement en ambulatoire [NDLR : *en dehors de l'hôpital*], ce n'est pas du tout une avancée. Ce que nous faisons, c'est au contraire des soins en ambulatoire avec consentement. Cela fait 30 ans que je fais ce métier, nous avons une expérience de terrain, nous avons réussi à mettre fin aux asiles psychiatriques [NDLR : *avec la loi de 1990*]. L'idée que l'asile se reforme, soit avec des unités fermées, soit avec une prise de médicaments forcée à domicile ou dans les Centres Médico-Psychologiques (CMP) nous paraît complètement fou.

Doctissimo : Quelles conséquences pour les patients en psychiatrie ?

Michel Mignot, infirmier en psychiatrie : On va demander à un tiers, la justice (qui est déjà surchargée et n'a pas de moyens) d'intervenir en cas de conflit entre le préfet, le médecin, l'institution psychiatrique et le patient. Donc là il y a quelque chose qui ne va pas, cela va retarder toute possibilité de prise en charge. Je pense que pour certaines pathologies, si la confiance n'est pas là, la difficulté de la prise en charge va être double.

Dr Patrick Chemla : S'il y a une peur généralisée, si les patients ont peur de leur soignant, de la délation –car si cette loi est appliquée le psychiatre sera obligé de dénoncer le malade qui ne va pas à la consultation, ne prend pas son traitement, ce qui crée un climat d'inquiétude et d'insécurité pour le patient-, ils n'auront qu'une idée,



une fois sortis de l'hôpital, c'est de sauver. Donc on pourrait les traquer à leur domicile, mais ce n'est vraiment pas de notre ressort. Jusqu'à présent, et c'est toute la réussite de la politique de secteur qu'il nous a fallu 30 ans à mettre en place, la France était un pays d'avant-garde dans le monde. Au moment où cela commence à porter ses fruits, on nous propose un retour de bâton.

Anny Poursinoff, ancienne infirmière, députée d'Europe Ecologie : en tant qu'infirmière, je pense que l'importance de la confiance est la base du soin. Si on n'a plus confiance, parce que l'on prend des médicaments dont la prise a été décidée par d'autres personnes que des soignants, cela peut perturber totalement les relations entre les soignants et les soignés.

Propos recueillis par Jean-Philippe Rivière et Karine Lubasch, le 15 mars 2011
