**THE CONVERSATION**

La place des malades psychiatriques est à l’hôpital, pas en prison <https://theconversation.com/la-place-des-malades-psychiatriques-est-a-lhopital-pas-en-prison-82670>

20 août 2017, 22:02 CEST •Mis à jour le 21 août 2017, 19:53 CEST

Un conducteur a foncé volontairement sur deux abribus au volant d'un utilitaire, le 21 août à Marseille, tuant une femme et blessant une autre personne. L'enquête ne s'oriente pas vers le terrorisme mais « plutôt vers une piste psychiatrique », a déclaré le procureur de la République de Marseille. Une semaine après le drame de la pizzeria de Sept-Sorts, ce geste questionne une nouvelle fois la société sur la réponse qu’elle doit apporter quand une personne atteinte d’une maladie psychiatrique commet un acte grave.

Le 14 août, en Seine-et-Marne, un jeune homme avait encastré sa BMW dans un restaurant, tuant une fillette et blessant 12 personnes. Très vite, le porte-parole du ministère de l’Intérieur avait affirmé que cet « inconnu des services de police et de renseignement » ne semblait pas avoir de motif terroriste.

Les premiers éléments de cette enquête font état de probables troubles psychiatriques chez le conducteur de la BMW. Pour autant, l’expertise psychiatrique requise dès le 16 août a conclu à l’absence d’abolition ou d’altération du discernement. Le jeune homme a été mis en examen et placé en détention provisoire. La suite des investigations permettra de déterminer laquelle des deux issues, l’hospitalisation ou la prison, est indiquée dans son cas.

Ces deux drames suscitent une grande émotion, rendant plus difficile que jamais la prise de recul et la réflexion, pourtant nécessaires. En effet, la manière dont la justice traite ces citoyens particuliers que sont les malades psychiatriques pose aujourd’hui problème. L’Observatoire international des prisons a révélé le 17 août que plus d’un quart des détenus en France « relèveraient de l’hospitalisation et non pas de la détention » car souffrant de troubles psychiatriques dont certains de schizophrénie ou de délire paranoïaque. Cette proportion représente pas moins de 17 000 personnes. Une situation alarmante, à la fois parce qu’une telle pratique ne permet ni d’assurer la sécurité à laquelle la société aspire, ni de prendre efficacement en charge la santé de ces personnes.

Des propos « incohérents » tenus par le conducteur

Au lendemain de l’affaire de la pizzeria, le procureur adjoint de Meaux a indiqué que le conducteur tenait des propos « incohérents » ; le surlendemain, la procureure a indiqué qu’il restait très « confus » sur le mobile de son acte. Il est établi qu’il était sous l’emprise de psychotropes et de stupéfiants lorsqu’il a agi. Il a lui-même déclaré avoir tenté de se suicider la veille avec des médicaments. Des témoins l’auraient également aperçu, hilare, au volant du véhicule. La consommation de toxiques, les changements d’humeur rapides et intenses, la tentative de suicide, l’incohérence du discours évoquent une pathologie psychiatrique.

Pour autant, l’expert judiciaire n’a pas retenu dans son cas l’abolition ou l’altération du discernement. Une telle conclusion peut sembler étrange au vu des éléments exposés. Mais il faut rappeler qu’une telle expertise, réalisée dans l’urgence, n’a pas pour objectif d’établir un diagnostic définitif. Cette étape doit essentiellement décider du maintien en détention ou de l’hospitalisation sous contrainte dans un service fermé.

La médiatisation d’une affaire dissuade souvent la justice de transférer le suspect en milieu psychiatrique et de conclure à son irresponsabilité pénale. L’article 64 du Code pénal prévoit qu’« il n’y a ni crime ni délit, lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l’action, ou lorsqu’il a été contraint par une force à laquelle il n’a pu résister ». Il existe pourtant une pression sociétale en faveur d’une réponse carcérale à de tels actes.

Des conditions de vie souvent plus difficiles à l’hôpital qu’en prison

En effet, beaucoup de citoyens considèrent que l’hôpital est un moyen pour un criminel d’échapper à la justice, ou de voir sa peine adoucie. À tort. En réalité, les détenus transférés en psychiatrie rapportent souvent des conditions de vie plus difficiles pour eux à l’hôpital qu’en prison, même si elles varient selon les établissements. Pas d’autorisation de visite des proches, par exemple, ou réduction du nombre d’activités et de promenades, absence d’accès à ses vêtements personnels ou limitation du nombre de cigarettes.

En tout cas, les faits sont là : le nombre de personnes déclarées irresponsables a été divisé par dix en vingt ans, selon François Bès, coordinateur de l’Observatoire international des prisons.

Sur le fond, emprisonner une personne souffrant d’un trouble psychiatrique s’avère inutile du point de vue de la sécurité, voire délétère. L’incarcération ne permet pas de prévenir la récidive du passage à l’acte, dont le risque persiste tant que la maladie sous-jacente n’est pas correctement soignée. Et si la détention s’accompagne de la possibilité d’accès aux soins médicaux et psychiatriques, le détenu n’est pas pour autant contraint de suivre son traitement en prison. Alors que c’est le cas lors de soins sous contrainte en psychiatrie.

20 % des personnes incarcérées avec troubles psychotiques

Dans un rapport publié cet été, la Contrôleuse générale des lieux de privation de liberté, Adeline Hazan, rappelle également que les soins prodigués en centre pénitencier sont difficiles et les surveillants, peu formés à cette thématique. L’Observatoire international des prisons estime pourtant que 20 % de personnes incarcérées ont des troubles psychotiques chroniques.

L’incarcération peut même aggraver les troubles psychiques. Le Comité consultatif national d’éthique (CCNE) a déclaré dans son avis rendu en 2006 que « l’incarcération de personnes atteintes de maladies mentales graves ne peut qu’entraîner une perte de repères et de sens : perte du sens même de la peine et de l’emprisonnement […] ; perte du sens même du soin et du rôle de soignant ». Le CCNE y reprend également les conclusions du rapport de l’ Inspection générale des affaires sociales (IGAS) publié en 2001 à savoir que « la prison en soi est un facteur d’aggravation des troubles mentaux ».

Comment expliquer que cette situation, déjà dénoncée, perdure depuis de nombreuses années ? Cela pourrait tenir aux limites des connaissances en psychiatrie. En effet, contrairement à d’autres spécialités qui ont recours à des méthodes d’imagerie ou des analyses biologiques pour poser un diagnostic, il n’existe pas encore dans cette discipline de critères d’ordre physiologique mesurables ou observables permettant d’affirmer ou d’infirmer avec certitude une pathologie. Pourtant, au Canada où la justice statue sur la base des mêmes connaissances scientifiques, la proportion de délinquants souffrant de troubles mentaux avant leur admission en prison est moindre qu’en France. Elle était estimée à 11 % en 2007 chez les détenus de sexe masculin selon Howard Sapers, enquêteur correctionnel du Canada.

La préméditation peut aller de pair avec un discernement aboli

Par ailleurs, il est probable que la méconnaissance des pathologies psychiatriques par les acteurs politiques et judiciaires, ainsi que d’une manière générale par les citoyens, joue un rôle dans l’attitude répressive et l’inclinaison en faveur de la solution de la prison. Il est difficile de comprendre qu’un malade puisse préméditer un acte criminel tout en ayant un discernement aboli – c’est pourtant une réalité. Peu de personnes savent, encore, que certains malades alternent des phases où ils agissent sous l’impulsion d’un délire et d’autres où ils reviennent à leur état normal, avec une conscience a posteriori de leurs actes.

Il est difficile, aussi, d’imaginer qu’un patient pense parfois qu’il est préférable d’entraîner d’autres individus avec lui dans la mort – par exemple ses enfants – et qu’il peut alors commettre un suicide dit altruiste, pensant les soulager en leur ôtant la vie, comme il le conçoit pour lui-même. Difficile aussi de se figurer qu’un toxicomane agit involontairement sous l’effet d’une drogue qu’il s’est lui-même procurée…

Les maladies psychiatriques peinent encore à être reconnues comme d’authentiques pathologies sur lesquelles le patient n’a pas de contrôle. Chacun reconnaîtra aisément qu’un diabétique ne peut pas éviter ses hyperglycémies par la seule force de sa volonté. Alors qu’on exhorte volontiers une personne dépressive, par exemple, à « ne pas se laisser aller » ou à « se bouger ».

Des manifestations de violence rares dans la schizophrénie

Une autre idée reçue freine l’orientation de ces personnes vers les hôpitaux, plutôt que la prison. En France une personne sur deux pense que les individus atteints de schizophrénie sont dangereux pour les autres. Pourtant, les manifestations de violence sont présentes chez moins de 10 % d’entre eux.

Cette mauvaise compréhension de la pathologie mentale existe également au sein des prisons. Il n’est pas rare de voir des détenus sanctionnés et placés à l’isolement disciplinaire en raison de troubles du comportement. Outre-Atlantique, le Service correctionnel du Canada (SCC) a récemment annoncé que dans l’ensemble des établissements carcéraux du pays, les détenus présentant certains besoins en santé mentale ne seront plus envoyés en « isolement préventif », euphémisme désignant le mitard, le quartier disciplinaire de la prison. Ainsi, les détenus « ayant une maladie mentale grave avec une déficience importante, ceux qui présentent des comportements d’automutilation susceptibles de leur causer des blessures graves ou ceux qui présentent un risque élevé ou imminent de suicide ne pourront être isolés ». Il est probable que cette avancée conduira à une réduction du nombre de suicides aboutis dans les prisons canadiennes.

L’enjeu n’est pas, à l’évidence, de ranger demain l’ensemble des faits criminels derrière l’étiquette des troubles psychiatriques. Cependant, la société gagnerait à repenser la façon dont elle peut prévenir ces actes au mieux, au-delà du réflexe « surveiller et punir ».

**Evolution (ou révolution) dans la santé mentale : le pouvoir aux usagers**

24 avril 2017, 23:14 CEST <https://theconversation.com/evolution-ou-revolution-dans-la-sante-mentale-le-pouvoir-aux-usagers-70225>

Auteur Virginia Gratien

Doctorante en sciences de l'information et de la communication, Université Côte d’Azur UCA

Déclaration d’intérêts

Virginia Gratien ne travaille pas, ne conseille pas, ne possède pas de parts, ne reçoit pas de fonds d'une organisation qui pourrait tirer profit de cet article, et n'a déclaré aucune autre affiliation que son poste universitaire.

Partenaires

La psychiatrie évolue, son vocabulaire en atteste. Le patient est désormais considéré comme un « usager » des services de santé mentale. Un brin consumériste, cette reconnaissance de l’usager est une petite victoire pour des associations militantes qui, les premières, ont utilisé ce terme.

Aussi lorsque la ministre de la Santé, Marisol Touraine, crée le Conseil national de la santé mentale et envoie au sociologue Alain Ehrenberg, son président, sa lettre de mission, elle désigne sous le nom « d’usagers » les personnes vivant avec des troubles psychiques. Et leur réserve une place dans cette nouvelle instance se revendiquant de la démocratie participative.

Le rapport que la société entretient avec la souffrance psychique a changé. En même temps que les patients de la psychiatrie ont été institutionnalisés comme des « usagers », on a assisté à leur « empowerment ». Ce mot difficile à traduire de l’anglais comprend à la fois l’autonomisation, le pouvoir d’agir et l’émancipation. Il désigne la capacité pour les personnes vivant avec un trouble psychique (dépression, trouble bipolaire, troubles du comportement alimentaire, schizophrénie…) de sortir d’un état de « passivité-captivité » qui caractérise leur statut de longue date, depuis le milieu du XVIIe siècle.

Refuser l’enfermement, la contention

L’enjeu est de taille : il s’agit pour les patients de valoriser leurs compétences et de faire valoir leurs droits alors même que l’institution psychiatrique s’est constituée autour d’un « pouvoir-savoir » qui les néglige. Sortir du silence, refuser l’enfermement, la contention et la camisole chimique ainsi que dénoncer les attitudes discriminantes et stigmatisantes, voilà les promesses portées par ce mouvement d’empowerment.

Il est en cours de réalisation. Depuis quelques années, des usagers prennent la parole dans le paysage institutionnel et médiatique. Initialement portées par les associations d’usagers, ces prises de parole se sont amplifiées et émancipées grâce au développement d’Internet et des réseaux sociaux. Ces derniers ont permis la multiplication des témoignages et récits de vie qui proviennent souvent d’usagers « survivants » de la psychiatrie, pour reprendre un mot très utilisé en Amérique du Nord.

La parole se développe aussi, toujours sur Internet, dans le cadre de « communautés de patients » constituées d’individus réunis autour d’une même cause relative à une maladie le plus souvent chronique. Adossées à des associations de patients, parfois relayées par des sites web à but lucratif, ces communautés partagent les mêmes missions : information sur les maladies et leurs traitements, échanges d’expériences, entraide et témoignages. La propagation des opinions qu’elles défendent sur Internet leur permet petit à petit de trouver une place singulière dans les débats. Le début de la reconnaissance du savoir des malades est bien là.

La production d’une parole critique

L’usager produit désormais lui-même du discours, ce qui amène le pouvoir politique à prendre en compte son point de vue. Par exemple, c’est la mobilisation des associations d’usagers, et particulièrement du Cercle de réflexion et de proposition sur la psychiatrie (CRPA), qui, par la production d’une parole critique et le recours au moyen juridique de la question prioritaire de constitutionnalité, a entraîné la révision de la loi de 1991 sur les hospitalisations psychiatriques.

Il émerge en France un mouvement qui compte bien faire valoir la parole des usagers en santé mentale : la Mad Pride. Ce défilé de rue à caractère festif et revendicatif tiendra sa 4eédition le 10 juin à Paris. Il est loin de faire consensus parmi les usagers. Mais il permet à ceux qui y participent aux côtés de leurs proches et de militants associatifs d’affirmer leur droit d’aller et venir, et de recouvrer la liberté d’expression.

La réhabilitation de la folie

Alors qu’ils étaient jadis enfermés dans les asiles et qu’ils ne sont toujours pas aujourd’hui suffisamment intégrés au sein de la société, les usagers des services de psychiatrie tiennent dans la rue mais aussi dans les médias des discours ayant trait à la réhabilitation de la folie et à la dénonciation du « pouvoir-savoir » psychiatrique.

La multiplication des discours des usagers intéresse notamment le Psycom, organisme public d’information, de formation et de lutte contre la stigmatisation en santé mentale, qui assure une veille sur ce sujet. Ainsi, le Psycom relaye depuis 2013 à travers sa newsletter des témoignages d’usagers et de leurs proches diffusés sur Internet. Plus de 500 ont été recensés en trois ans. Par ailleurs, une centaine d’ouvrages relevant là aussi du témoignage sont listés dans sa médiathèque en ligne. Le recueil de la parole émergente des usagers tel qu’opéré par le Psycom atteste de l’importance du phénomène.

Une question de pouvoir

L’empowerment a vocation à modifier les relations de pouvoir au sein desquelles évoluent les personnes vivant avec un trouble psychique. Il se manifeste à l’échelle de l’individu, mais aussi de manière collective. Cette dernière dimension est essentielle dans la mesure où elle positionne la question de la souffrance psychique sur le plan politique et social.

L’usager, placé sous le regard de l’opinion, s’attache à modifier les représentations négatives dont il est l’objet. Il fait également face à l’État en dénonçant les injustices subies et en revendiquant l’inclusion sociale qui repose sur le principe de l’adaptation de la société aux personnes en difficulté psychique. Un tel empowerment, alliant l’individuel et le collectif, peut être qualifié de « radical » car il poursuit l’objectif d’une émancipation sociale et politique d’une population marginalisée et exclue.

Entre optimisme et scepticisme

L’empowerment concerne tous les patients, y compris ceux affectés par des maladies physiques. Bien que né d’initiatives de terrain, il voit son développement encouragé dans différents pays par les politiques publiques de santé. Ainsi l’Organisation mondiale de la santé (OMS) soutient l’empowerment depuis 1978 en l’associant à la promotion de la santé de manière générale. L’implication de certaines autorités sanitaires satisfait les défenseurs de la démarche… mais alimente aussi les critiques.

Des voix s’élèvent, considérant que l’empowerment s’est institutionnalisé, le vidant de son objectif premier d’émancipation. Les rangs des chercheurs et des militants associatifs comptent aussi des sceptiques pour lesquels l’empowerment ne serait qu’une tentative cachée de soumettre les malades à des valeurs néolibérales d’autonomisation et de responsabilisation.

Quoi qu’il en soit, la situation de la France illustre parfaitement ce passage du terrain à l’institutionnel. L’empowerment des patients s’y concrétise dans les années 1990, sous l’impulsion notamment de personnes atteintes du VIH-sida. Leur pouvoir d’agir devient statutaire avec la loi de 2002 relative aux droits des malades. Il est ensuite renforcé par la loi de 2005 reconnaissant le handicap psychique et créant les Groupes d’entraide mutuelle (GEM), où les usagers se retrouvent entre eux. Enfin, en 2010, la loi Hôpital, patient, santé, territoires (HPST) donne un cadre législatif à l’éducation thérapeutique des patients, en promouvant l’élaboration de programmes si possible développés en coopération avec eux.

Des usagers cantonnés à une posture de patient

Même si l’empowerment reçoit le soutien des pouvoirs publics, il demeure très difficile, pour un grand nombre d’usagers des services de santé mentale, de s’engager dans une telle démarche. Le frein principal tient au cantonnement à une posture de « patient » qui charrie avec elle le discrédit de sa parole et de ses opinions personnelles par les professionnels de santé, selon l’ouvrage (non traduit) des sociologues britanniques Anne Rogers et David Pilgrim. La relation soignant-soigné demeure essentiellement descendante, loin d’une démarche partenariale ou de la reconnaissance du savoir expérientiel (c’est à dire issu de l’expérience du patient), ce qui prive l’usager de ses capacités.

Selon ces mêmes auteurs, trois figures d’usager réussissent cependant à acquérir un certain pouvoir d’agir. Premièrement, « l’usager-consommateur » des services de santé mentale. Il connaît un début d’empowerment lorsque son choix et sa satisfaction deviennent une priorité pour le système de soins. Deuxièmement, « l’usager-survivant ». Ce dernier développe un discours et une action critiques à l’égard du « pouvoir-savoir » psychiatrique, ce qui valide l’effectivité de son empowerment.

Enfin, « l’usager-provider ». Il exerce son pouvoir d’agir lorsqu’il devient leader dans l’analyse du système de soins ou sa transformation. En Grande-Bretagne, la posture de cet « usager-provider » s’applique aux usagers qui intègrent des équipes de recherche pour produire des recherches académiques. En France, elle est une posture si récente qu’elle en est difficilement traduisible… Cette figure est cependant incarnée par le médiateur de santé pair, ou pair aidant. Ex-patient aujourd’hui rétabli, ayant suivi une formation, le médiateur de santé pair œuvre au sein même de l’institution psychiatrique pour des relations apaisées entre soignants et soignés.

Au moment où l’empowerment se réalise dans le champ de la santé mentale, il est difficile de prévoir la manière dont l’opinion publique va se positionner et l’attitude que va adopter le corps médical. Le jaillissement du « dire » et de « l’agir » de l’usager peut en effet mettre fin à certains mécanismes ancestraux du « pouvoir-savoir » psychiatrique. Face à ce mouvement d’émancipation, les rapports vont nécessairement se reconfigurer. De quelle manière ? La question est aujourd’hui pleinement ouverte.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

L’article paru dans la revue Santé mentale en novembre 2016, « L’empowerment : un défi politico-médiatique », de Virginia Gratien et Aude Caria, propose une analyse plus pointue sur le même sujet