

(IN)SECURITE ET PSYCHIATRIE
AFMHA 18 Novembre 2005 Paris
Charles Alezrah (CH de Thuir)

Au début de l'année 1999, nous recevons Jeremy en Hospitalisation d'Office, adressé par le SMPR de la maison d'arrêt où a été incarcéré depuis peu. Quelques jours auparavant, il a quitté son domicile sans prévenir et a poignardé un homme qu'il ne connaissait que très vaguement. A l'évidence, il s'agit d'un jeune schizophrène de 25 ans. Ce passage à l'acte, totalement imprévisible, est la première traduction « visible par tous » de sa pathologie. Il présente un délire à thème de persécution mais également altruiste et mystique. Il dit avoir voulu « *sauver le monde d'une incarnation du mal...* » A posteriori on pourra retrouver des signes évocateurs d'une évolution à bas bruit pendant plusieurs années, le conduisant à une situation d'échec dans le cadre de ses études universitaires.

UN CONTEXTE OU LA SECURITE PREND UNE PLACE DE PLUS EN PLUS IMPORTANTE.

Objectivement, la France fait partie des pays les moins dangereux au monde. A titre d'exemple, le taux d'homicides y est de 0,7 pour 100 000 habitants. Par comparaison, la Suède et l'Allemagne sont à 1,2, les Etats Unis à 6,2 et la Colombie à 60,8 homicides pour 100 000 habitants (1)

Paradoxalement, nos sociétés qui n'ont jamais été aussi sûres apparaissent en même temps plus vulnérables, incertaines et dangereuses, qu'elles ne l'ont jamais été.. Aussi, le sentiment d'insécurité ressenti au quotidien n'a-t-il jamais été aussi intense, notamment dans un environnement proximal où chacun peut se trouver douloureusement meurtri de petites incivilités,

La sécurité à l'hôpital relève de représentations paradoxales et contradictoires. L'hôpital reste en effet la référence, le lieu d'excellence pour les soins ou les bilans complexes. Des efforts considérables ont été faits en matière de sécurité sanitaire pour limiter les risques d'incendie, d'infections nosocomiales ou organiser le circuit des déchets au prix parfois d'une réglementation extrêmement contraignante...

C'est (encore) le lieu où sont censés exercer les meilleurs spécialistes. Mais c'est aussi le lieu de projection fantasmatique de la maladie et de la mort. On vient à l'hôpital pour se soigner mais on y vient aussi pour mourir. La confiance aveugle dans la médecine a cédé la place à une suspicion renforcée avec les risques d'une dérive procédurière à l'américaine. Comme d'autres institutions désacralisées, l'hôpital n'est plus un sanctuaire. La violence de la cité s'y immisce de plus en plus ouvertement. Son image se trouble. Quelques scandales médiatisés contribuent à diminuer la confiance qu'on lui porte.

VIOLENCE ET SANTE : DES INTERACTIONS COMPLEXES

Les interactions entre violence et santé sont connues et étudiées de plus en plus largement. L'OMS a rendu un rapport sur ce thème en octobre 2002. En France, le rapport « agir aux racines de la violence » de P Cléry-Melin, JC Pascal et V Kovess a été remis au ministre de la santé au mois de mars 2003. On y trouve cette remarque : *« l'état de la société peut favoriser l'expression de la violence dès lors que la précarité familiale et la confusion des codes provoquent la déliaison sociale... »*. Au mois de mai 2004, le haut comité de santé publique a également rendu un rapport sur le même sujet...

L'agressivité est un mode banal de réaction animale de défense, notamment au stress. La psychologie et plus particulièrement la psychanalyse ont pu décrire différentes forces pulsionnelles pouvant être plus ou moins canalisées et régulées en fonction de nombreux facteurs, individuels et collectifs, éducatifs, sociaux ou politiques...

Mais, dans notre société, nous ne pouvons que nous interroger sur la multiplication des clivages et des antagonismes, au détriment des complémentarités et de la compassion. L'agressivité peut, ainsi, s'avérer une vertu essentielle dans un univers où la compétition est poussée à l'extrême. L'autre peut facilement devenir « l'ennemi » qui veut « mon emploi » ou la promotion que j'attends dans une forme d'exacerbation du principe de sélection naturelle... »

Plusieurs faits divers dramatiques ces derniers mois ont mis sous les projecteurs la question de la dangerosité des personnes souffrant de troubles mentaux, au point que la moindre fugue d'un service de psychiatrie fait aujourd'hui l'objet d'une communication dans les médias.

La dangerosité, abordée sous un angle la liant à la pathologie, pourrait être définie comme l'ensemble des facteurs morbides conduisant un sujet à porter atteinte à l'intégrité physique

d'autrui... Cette notion s'impose régulièrement parmi les préoccupations et les interrogations du psychiatre, sur le plan clinique mais également du fait d'une législation spécifique au moins à 2 titres : la loi du 27 juin 1990 mettant bien en lien l'hospitalisation d'office et la dangerosité et l'article 122-1 du code pénal excluant de sanctions pénales un sujet considéré comme « irresponsable »...

L'association d'une dangerosité et de troubles mentaux est souvent très difficile à évaluer compte-tenu de la multiplicité des facteurs pouvant intervenir chez des sujets différents mais également chez un même sujet, à des moments différents ...

QUI ?

Sur un plan général, la criminologie nous apprend que le passage à l'acte résulte de 3 composantes : l'agresseur, la victime, et une situation particulière...

N'importe quel être humain peut être dangereux en fonction des circonstances, mais la clinique psychiatrique nous enseigne que certains patients le sont plus que d'autres. Les descriptions classiques relatives à la psychopathie retiennent l'impulsivité, l'irritabilité et la propension aux passages à l'acte. Pour ce qui concerne les schizophrènes en période de décompensation, les actes imprévisibles ou les agressions de persécuteurs supposés sont, depuis très longtemps, largement connus des cliniciens. Mais le traitement de plus en plus précoce des schizophrènes a largement modifié la clinique... Au quotidien d'un service de soins, il faut reconnaître que la question de la dangerosité est rarement première dans le regard porté sur un patient dont l'approche, dans une dimension soignante, contribue à reléguer ce critère au second plan, justement pour ne pas l'enfermer dans un système relationnel définitivement clos centré sur une « identité dangereuse ». Cependant, le principe de réalité se rappelle à nous. Alors qu'on avait longtemps pensé que les malades mentaux n'étaient pas potentiellement plus dangereux qu'un groupe témoin, différentes études épidémiologiques récentes semblent nous indiquer le contraire.

La dernière conférence de consensus sur les schizophrénies débutantes retenait une « *relation significative mais modérée entre violence et schizophrénie avec un risque accru dans le cas d'usage de toxiques...* » (2)

Dans une remarquable communication, Jean Louis Senon passe en revue différentes publications internationales (3) Si dans certaines études le risque de passage à l'acte violent

chez les malades mentaux est voisin de ce qui se retrouve en population générale, la majorité des études récentes fait apparaître un risque près de 4 fois supérieur.

A partir de méta analyses, C.C. Joyal propose plusieurs paramètres permettant d'identifier 3 sous-groupes potentiellement dangereux parmi les schizophrènes (4) :

- ceux dont la violence pourrait avoir une origine neurologique en rapport avec des anomalies cérébrales structurales
- ceux dont la violence est directement liée à la pathologie psychotique délirante avec une bonne réactivité au traitement et un risque de réapparition des violences à l'arrêt du traitement
- ceux qui présentent des troubles de la personnalité associée et des consommations d'alcool ou de substances toxiques.

Si les passages à l'acte agressifs peuvent être spectaculaires par leur caractère dramatique et irrationnel il faut rappeler que la grande majorité des patients psychotiques n'est pas agressive et que la proportion de crimes attribuable à la schizophrénie dans la communauté reste très largement minoritaire.

QUELLES VIOLENCES ?

Il est tout d'abord important de rappeler que les patients sont les premières victimes de violences. Cela est illustré par une enquête épidémiologique à grande échelle, concernant 72000 « patients psychiatriques » menée au Danemark, entre 1973 et 1993. (5) La comparaison des causes de décès fait apparaître un taux de victimes d'homicides multiplié par 6 en référence à la population générale, un taux de décès par accident multiplié par 4 et un taux de suicide multiplié par 12...

Pour les soignants, La principale difficulté est sans doute celle résultant de la confrontation dans la durée à l'angoisse, à la détresse, aux projections délirantes, à la souffrance... auxquelles ils doivent répondre. Mais la principale violence, sourde et chronique, subie aujourd'hui par les soignants ne relève-t-elle pas des conditions de travail qui leur sont faites ??? Augmentation d'un sentiment d'insécurité, impression de courir après le temps, augmentation des contraintes et diminution des gratifications, effritement des modèles de référence. Si l'hôpital n'est plus un asile pour les patients, il perd également sa dimension de « grande famille » pour les soignants...Et la violence de certains patients dans les services,

au-delà de l'impact physique et psychologique immédiat, vient fragiliser l'identification individuelle et collective des soignants en remettant en cause le renforcement narcissique tiré d'un métier au service des autres, censé attirer remerciements et regards bienveillants plutôt qu'agressions.

En pratique, les violences sont multiples. Elles peuvent concerner les personnes à travers des agressions physiques ou verbales, mais également les biens. Les pertes ou les vols ne sont pas rares...Le manque de confort, la promiscuité, l'absence d'intimité, la cohabitation de mineurs et de personnes âgées sont en soi des violences subies par les patients et partagées par les soignants.

De fait, elles peuvent s'exercer dans toutes les directions. Entre patients, des patients vis à vis des soignants, mais également de soignants à patients.

Se pose ainsi la question la question des violences faites au patient qui pourraient être momentanément « légitimes » parmi lesquelles figurent au premier plan les hospitalisations sous contrainte. Mais c'est également le cas lorsqu'une personne doit être isolée ou physiquement contenue, ou encore lorsqu'elle doit prendre un traitement qu'elle ne souhaite pas... Cette violence qui peut se justifier à un moment donné ne doit pas nous conduire à fermer les yeux sur d'autres formes de violences de la part de soignants, qui peuvent exister sans justification aucune et qui sont alors totalement inacceptables. Les isolements en chambres, par exemple, ne peuvent se concevoir que sur des périodes limitées, en fonction de l'état clinique à réévaluer quotidiennement, afin de correspondre uniquement à une période de soins intensifs.

QUAND ?

Plusieurs études font apparaître que la plupart des agressions ont lieu dans les 20 semaines qui suivent la sortie de l'hôpital. (3) Les victimes en sont les familles (50%) les proches (35%) et plus rarement des inconnus.

Classiquement, les passages à l'acte peuvent être la première manifestation permettant de repérer la pathologie. Ils s'avèrent alors très difficiles à prévoir. Actuellement, la question la plus préoccupante est celle des patients chez qui le diagnostic de pathologie mentale a été fait mais qui se trouvent en rupture de soins. Les raisons en sont multiples. Le fait psychopathologique lui-même dont une des traductions est l'anosognosie, les facteurs

toxiques associés de plus en plus fréquemment (alcool, cannabis) la législation sur les soins sous contrainte qui demeure très hospitalo-centrique, la désinstitutionnalisation des hôpitaux psychiatriques et le dépassement actuel des capacités de réponses à des demandes qui ne cessent d'augmenter avec des effectifs soignants de plus en plus insuffisants....La clinique illustre quotidiennement que de nombreux facteurs se combinent pour aboutir à des interruptions prématurées des soins avec une multiplication de situations de crises et de décompensations aiguës. Beaucoup de patients se retrouvent en rupture de soins mais surtout un nombre croissant d'entre eux se marginalise grandement, devenant par la même encore moins accessibles aux soins dispensés par les structures traditionnelles aussi bien sur le plan somatique que psychiatrique.

Nous avons ouvert en 1998, à Perpignan, un lieu d'accueil, d'écoute, d'orientation et, si nécessaire d'accompagnement vers les dispositifs de soins pour les personnes en situation de précarité qui présentent des troubles médico-psychologiques. Les statistiques que nous en tirons depuis des années font apparaître un pourcentage stable de 20% de psychotiques délirants très précarisés, vivant soit en CHRS, soit en squat, soit dans la rue...(6)

QUELLES REPONSES ?

Sur un plan général, nous savons que la nature même des troubles mentaux rend difficile la compliance au traitement.

Une étude présentée aux Etats unis il y a quelques années fait apparaître **que seulement 5 à 7% des patients schizophrènes prennent spontanément leur traitement médicamenteux** (7) Cela pose une question de fond : Comment soigner dans la durée des patients anosognosiques et de plus en plus souvent isolés, sans l'appui de personnes ressources ???

Le regain actuel d'intérêt pour la psychiatrie, s'il a le mérite d'attirer l'attention des pouvoirs publics sur une discipline en grande difficulté ne doit pas conduire à réduire les différents problèmes rencontrés par les soignants à des questions de sécurité. En effet, le risque est grand, d'apporter de fausses réponses aux vraies questions que nous pose la psychiatrie d'aujourd'hui à travers le problème de la sécurité...

Les solutions sont à situer à des niveaux différents :

- **1) au sein du dispositif de soins psychiatriques général** tout d'abord dans la définition et le suivi des projets de soins individualisés. Pour cela, nous avons besoin

de temps pour comprendre avant de répondre et anticiper chaque fois que possible les situations de crises. Ce temps, les soignants en psychiatrie l'ont de moins en moins.

Alors que l'accroissement de la file active des secteurs psychiatriques est estimé, en moyenne, à 5 % par an, l'effectif soignant moyen d'un secteur de psychiatrie générale est passé d'après la DREES de 86,8 ETP en 1989 à 79,8 ETP en 2000.(8) Et la diminution du temps soignant disponible s'est encore accentuée avec le passage aux 35 heures insuffisamment compensé...L'évolution du temps médicale directement auprès des patients est encore plus préoccupante. Entre 2000 et 2005 le résultat de diverses réformes statutaires, sans création de postes se traduit par une diminution de plus de 25 % de ce temps médical.

Or, nous avons besoin de temps pour réaliser un véritable accompagnement de proximité des psychotiques chroniques aussi longtemps que nécessaire en privilégiant une dimension de réinsertion réhabilitation plutôt qu'une multiplication de réponses ponctuelles d'intervenants différents et sans liens. Le plan pour la santé mentale officialisé il y a quelques mois va dans le bon sens mais il y a un retard considérable à rattraper

- **2) dans l'adaptation des réponses institutionnelles ciblées (UHSA, UMD)** Le 9 août, le ministre de la santé annonçait une accélération du programme de mise en place des UHSA. 300 lits devraient être installés d'ici 2008 couvrant 40% des besoins de la population pénale. A terme, en 2010 il devrait y avoir 19 UHSA réparties sur l'ensemble du territoire, pour une capacité totale de 700 lits

Prenons garde à ne pas apporter de fausses réponses aux vraies questions que nous pose la psychiatrie d'aujourd'hui à travers le problème de la sécurité... Certains lieux où les limites physiques sont très présentes comme les UMD sont certes nécessaires mais ils ne doivent concerner qu'un nombre restreint de malades. Attention aux outils que nous allons promouvoir. L'expérience montre que la création de lieux d'isolements conduit rapidement à en banaliser l'utilisation. La psychiatrie française qui s'était beaucoup ouverte dans les années 70 a eu tendance à se refermer dans les années 90...L'association des psychiatres présidents et vice-présidents de CME a réalisé une enquête édifiante sur ce sujet en 2003...(9)

La sécurité dans les services de psychiatrie passe par une cohésion préservée entre les différents acteurs médicaux et paramédicaux. La sécurité, c'est entretenir une solidarité et s'efforcer de reprendre, chaque jour, les agressions petites ou grandes, pour rappeler à chacun

les limites. C'est développer chez les soignants la compétence technique mais surtout le « savoir être » qui permet de rester attentif à chacun et de désamorcer les situations à risque. C'est renforcer l'identification collective basée sur un cadre conceptuel partagé qui redonne du sens à un quotidien de plus en plus cloisonné et éparpillé. C'est limiter l'écart entre le discours et les actes. C'est revenir à une psychiatrie qui accepte sa spécificité et sa complexité, une psychiatrie qui valorise la noblesse de ses missions. Une psychiatrie où le recours à la contrainte, lorsqu'il est légitime, ne doit pas nous culpabiliser mais au contraire nous mobiliser, non comme une fin mais bien comme moyen visant à aider un sujet souffrant à recouvrer, au plus vite, sa liberté intérieure et sa liberté tout court !.

- **3) mais également dans la société, pour limiter les facteurs de marginalisation** des malades mentaux. La reconnaissance du statut de « handicapé psychique » devrait contribuer à modifier le regard porté sur les malades mentaux et faciliter leurs démarches de réinsertion, notamment en leur ouvrant un accès plus large à des structures médico-sociales ou à des établissements de travail protégé...

Reste posée la question éthique de l'équilibre à trouver entre une législation garantissant les libertés individuelles et des mesures visant à mettre en œuvre une obligation de soins, notamment dans un cadre ambulatoire...La plupart des psychiatres ont fait remarquer très rapidement après la promulgation de la loi du 27 juin 1990, que ce texte, dans son souci louable de préserver les libertés, avait déplacé le curseur trop loin dans ce sens et n'était pas adapté aux problèmes quotidiens rencontrés par les familles et les soignants confrontés à des malades refusant de se soigner. La révision de cette loi est une urgente nécessité.

Enfin et surtout, les réponses dans le champ de la santé mentale ne peuvent relever de la seule psychiatrie. Il est essentiel de prendre la mesure du problème tant les réponses à apporter sont multiples et diversifiées, en terme de rétablissement des liens sociaux, de ré-inclusion sociale passant par la création de nouveaux lieux d'accueil, d'hébergement et de vie différenciés des lieux de soins. Le nouveau plan pour la santé mentale ouvre des pistes et annonce un premier effort financier qu'il faut saluer mais, ne nous trompons pas, nous sommes encore loin du compte pour rétablir un équilibre durable.

Il faut insister sur le fait que la très grande majorité des malades mentaux ne sont pas dangereux et que les événements dramatiques repris dans les médias ne doivent pas ajouter à la souffrance de leur maladie celle de leur stigmatisation.

Je voudrais pour terminer reprendre l'histoire de Jérémy. Il a été hospitalisé pendant 3 mois, puis a bénéficié d'une sortie d'essai d'HO après mise en place d'un traitement à action prolongée. Il a ensuite été pris en charge en hôpital de jour pendant près de 2 ans tous les jours d'abord puis de façon séquentielle, ce qui lui a permis de reprendre ses études. Une véritable alliance thérapeutique a pu se nouer, permettant un relais de prise en charge en CMP-CATTP. Il a obtenu une maîtrise et a pu commencer à travailler en 2003, tout en préparant des concours administratifs. Il a réussi à un premier concours puis à un second. Entre-temps, les neuroleptiques retardés ont été remplacés par un anti-psychotique par voie orale. Il a quitté la région l'an dernier pour une année de stage avant titularisation dans la fonction publique. Il a pris contact avec un psychiatre dans sa nouvelle région et continue de bénéficier d'une consultation tous les 2 mois. Aujourd'hui, il va bien et travaille. Il est toujours schizophrène mais comme la très grande majorité des malades mentaux soignés, il n'est nullement dangereux.

BIBLIOGRAPHIE

- 1) Chesnais JC Les morts violentes dans le monde. Bulletin mensuel d'information de l'Institut National d'Etudes Démographiques, n° 395 Novembre 2003
- 2) Conférence de consensus sur les schizophrénies débutantes, 23-24 janvier 2003, John Libbey Eurotext éditions et FFP, Paris, 2003
- 3) Senon JL Soins ambulatoires sous contrainte : une mise en place indispensable pour préserver une psychiatrie publique moderne. Communication au Congrès de l'Information psychiatrique Dijon 1^{er} Octobre 2004
- 4) Joyal C. C. Schizophrénie et violence: mise à jour des connaissances et spécification des motifs et circonstances associés. Forensic, n° spécial mai 2005
- 5) Hitoeh U, Appleby L, Mortensen P et al, 2001, Death by homicide, suicide and others unnatural causes in people with mental illness. Lancet Dec 22-29; 358:2110-2
- 6) Alezrah C. , Cabrol M. , Ben-Ayed D. Psychotiques et sans abri: quelles réponses? Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, 2002 ; ;54 ;: 73-78
- 7) Ra M et al Poster 33eme Congrès annuel de l'ANCP 8-12 dec 1997 Hawaï

- 8) Coldefy, M Les secteurs de psychiatrie générale en 2000 DREES n°42 mars 2004
Document de travail
- 9) Alezrah C, Bobillo JM, Portes ouvertes ou fermées en hospitalisation temps plein ?
L'information psychiatrique, 80, 7, septembre 2004

(IN)SECURITE ET PSYCHIATRIE

PARIS AFMH 18-11-2005

Charles Alezrah

Un Contexte particulier

- La France un pays dangereux ???
- Des sociétés de plus en plus sûres...et vulnérables
- L'hôpital en général, une institution désacralisée, qui n'est plus un sanctuaire
- La psychiatrie, en première ligne de dérives de toutes natures, notamment sociales...(cf précarité et santé)

Violence et santé: des interactions complexes.

- Multiples rapports sur le thème
- L'agressivité...une vertu...ou une tare...
- La psychiatrie concernée à plusieurs titres:
 - les feux de l'actualité
 - une législation doublement spécifique (loi du 27 juin 90 et A 122 CP)

Troubles mentaux et dangerosité

- Une évaluation souvent difficile
- La Nosographie nous rappelle des éléments cliniques:
 - psychopathie
 - délires chroniques
 - schizophrénies

La psychopathologie: une forte spécificité au sein de la médecine

- Anosognosie
- Compliance aléatoire

Comment soigner dans la durée des patients qui ne le demandent pas, de plus en plus souvent isolés, sans personnes « ressource » ???

Quelques données épidémiologiques

- La grande majorité des malades mentaux ne sont pas dangereux
- Selon les études risque de violence de 1 à 4
- Meta analyse CC Joyal (Forensic 2005) chez les schizophrènes:
 - origine neurologique
 - liée au délire
 - troubles de la personnalité associés et OH+Drogues

Qui est victime des violences ?

- Les malades mentaux sont les premières victimes de violences (Hitoeh et al 2001)
- Les proches
- Les soignants
- Des inconnus

Quelles violences ?

- **Les évidentes:**

- verbales (insultes, menaces)
- vols
- physiques

- **Les autres:**

- promiscuité
- confrontation à l'angoisse
- sentiment d'insécurité
- fragilisation de l'identification

individuelle et collective des soignants

Quand ?

- Le passage à l'acte inaugural imprévisible.
- **Des malades connus en rupture de soins**
- Des facteurs toxiques associés
- De plus en plus de malades mentaux gravement marginalisés

Quelles réponses générales ?

- Renforcer le dispositif sectoriel pour limiter les ruptures. **NOUS AVONS BESOIN DE TEMPS POUR COMPRENDRE, SOIGNER, ACCOMPAGNER DANS LA DUREE**
- Des dispositifs spécifiques pour raccrocher et orienter vers le soin

Quelles réponses institutionnelles?

- Des adaptations institutionnelles ciblées (UHSA, UMD)
- Entretenir la cohésion des équipes au quotidien pour anticiper et désamorcer les situations de crise.

Quelle réponses sociales ?

- Evolution de la législation actuellement trop hospitalo-centrique
- La santé mentale ne concerne pas que la psychiatrie
- Des manques considérables en terme de relais sociaux et médicosociaux.
- Le Plan pour la santé mentale: un premier effort...mais les besoins sont considérables.