



Prise en charge des patients psychiatriques dangereux

Etat des lieux, tendances et propositions

Dr Olivier Halleguen

Dr Olivier Halleguen, chef de service psychiatrie au centre hospitalier d'Erstein

Résumé

La prise en charge des patients dangereux suivis en psychiatrie est une question récurrente, posée le plus souvent à l'occasion de faits divers dramatiques.

En France, ce type de prise en charge est du ressort de l'hospitalisation publique en psychiatrie, au sein de services qui gardent une capacité et des moyens de psychiatrie générale.

Un état des lieux a été dressé prenant pour exemple l'évolution des moyens du centre Hospitalier d'Erstein depuis son ouverture. Le constat est celui d'une diminution très importante des capacités d'accueil.

Cette tendance est nationale. Dans un contexte de maîtrise budgétaire drastique, le patient dangereux semble même avoir disparu des grandes orientations en psychiatrie.

Au-delà de ce constat, et à la faveur d'un contexte législatif en évolution visant à sécuriser le parcours de soins des patients les plus dangereux, l'auteur formule un certain nombre de propositions visant à instaurer une politique globale de la prise en compte de la dangerosité en psychiatrie.

Le **Dr Olivier Halleguen** a obtenu sa thèse de médecine en 2003 à Strasbourg, spécialité psychiatrie de l'adulte. Il exerce comme praticien hospitalier et chef de service au centre hospitalier d'Erstein, dans le Bas Rhin. Expert auprès de la cour d'appel de Colmar, il coordonne actuellement un dispositif expérimental permettant la prise en charge en milieu ouvert des délinquants malades mentaux.

Édité par l'Institut pour la Justice
Association loi 1901

Contacts :
01 70 38 24 07
publications@institutpourlajustice.com

SOMMAIRE

INTRODUCTION	5
PREMIÈRE PARTIE - EVOLUTION DE LA PSYCHIATRIE PUBLIQUE AU COURS DE CES DERNIÈRES ANNÉES	7
DEUXIÈME PARTIE - COMMENTAIRES SUR LA RÉFORME DE LA LOI DES SOINS SOUS CONTRAINTE ET SUR LE RENFORCEMENT DU DISPOSITIF DE SOINS DES PATIENTS DANGEREUX	15
1. Premier volet : réforme législative de la loi sur les soins sous contrainte	15
1.1. Le soin ambulatoire exclusif	15
1.2. L'aménagement des dispositifs sanitaires existants	17
2. Deuxième volet : les moyens supplémentaires mis à disposition de la psychiatrie pour la sécurisation et le traitement des patients dangereux	19
TROISIÈME PARTIE - PROPOSITIONS EN COMPLÉMENT DES PROJETS EN COURS : POUR LES MOYENS D'UNE POLITIQUE DE SOINS ADAPTÉE AUX PATIENTS DANGEREUX	21
CONCLUSION	23
GLOSSAIRE	25

INTRODUCTION

L'actualité nous amène périodiquement un fait divers mettant en cause un malade mental ayant commis un crime le plus souvent spectaculaire dans sa commission et hermétique dans ses mobiles. Les médias dont c'est une partie du travail, montent en épingle l'affaire durant quelques jours. Une fois l'émotion retombée, d'autres sujets occupent la une des journaux et le fond du problème reste ignoré de la population qui ne travaille pas directement dans le domaine. Les données essentielles à la compréhension restent en dehors du débat public car les tenants et les aboutissants de ces situations nécessitent la connaissance de domaines comme les politiques globales de santé, les orientations médico-légales, l'état du système sanitaire et les détails du cas en question.

Cette situation se traduit parfois par des mesures au coup par coup visant à empêcher la reproduction de faits similaires. C'est une des constantes de la politique actuelle : l'accélération de l'époque contraint le plus souvent à agir immédiatement sous forme d'action-réaction. Néanmoins, lorsque l'action précipitée prime sur une réflexion en profondeur, elle aboutit parfois à des résultats paradoxaux. Cette modalité de gestion des situations ne permet pas d'appréhender de manière globale les problématiques liées à la prise en charge des patients présentant un risque de passage à l'acte du fait de leur pathologie.

J'ai voulu dans ce texte examiner les modalités de prise en charge des patients psychiatriques, notamment à travers l'exemple de l'hôpital local, en évoquant dans ses grandes lignes la politique sanitaire en vigueur depuis plus de trois décennies dans notre pays. Car ces politiques ont bien sûr un impact sur la prise en charge des patients psychiatriques dangereux. J'ai aussi souhaité faire part de mes réflexions quant à l'évolution de la législation portant sur les soins contraints et dont l'examen devrait avoir lieu au printemps 2011. Pour terminer, j'ai formulé des propositions destinées à améliorer la prise en charge des patients dangereux, l'objectif étant de dessiner un ensemble cohérent permettant d'adapter les prises en charge en fonction de la dangerosité des sujets concernés.

Un dernier point à préciser est celui de la définition du patient dangereux. Les approximations sur un sujet aussi sensible sont aisées, même chez des professionnels. Il est important si l'on souhaite avancer sereinement sur cette question de bien cerner le périmètre de cette dangerosité. La définition retenue – volontairement non « technique » – est la suivante : Un patient dangereux du point de vue psychiatrique est un individu qui souffre d'une affection mentale comportant des critères cliniques de risque de passage à l'acte violent. Ce patient peut déjà avoir commis un passage à l'acte ou pas.

Sur la forme de cet article l'auteur est conscient du caractère technique de certains termes. Le parti a été pris d'en garder un nombre minimal tout en donnant leur définition dans un glossaire situé en fin de texte, afin de conserver la fluidité de lecture.

Les données essentielles à la compréhension restent en dehors du débat public car les tenants et les aboutissants de ces situations nécessitent la connaissance de domaines comme les politiques globales de santé, les orientations médico-légales, l'état du système sanitaire et les détails du cas en question.

EVOLUTION DE LA PSYCHIATRIE PUBLIQUE AU COURS DE CES DERNIÈRES ANNÉES

L'évolution la plus marquante des trois dernières décennies en psychiatrie publique a été la désinstitutionnalisation. Sous ce vocable on entend la diminution du nombre de places à temps plein dans les hôpitaux psychiatriques généraux, qui s'est accompagnée d'ouverture sur la cité via des structures de suivi ambulatoire. C'est la politique dite de secteur (cf Glossaire). Elle correspond à une gradation de la prise en charge qui doit permettre pour chaque patient un recours à la structure la plus adaptée non seulement à son cas mais aussi à la gravité de ses symptômes. Idéalement, cette prise en charge doit se faire au plus près de la cité afin de permettre une réinsertion optimale. C'est l'esprit dans lequel s'est déployé le secteur psychiatrique depuis l'arrêté du 14 mars 1972. A cette époque, l'évaluation des besoins théoriques en places d'hospitalisation étaient de 3 pour 1000 habitants même si dans les premiers temps, il était possible de se tenir en dessous de ces chiffres¹. L'efficacité de l'organisation de secteur devait à terme permettre de réduire ce nombre de places en milieu hospitalier à temps plein, pour réussir le mouvement de réinsertion des patients dans la cité. Cette opération porte pour nom la désinstitutionnalisation.

Pour donner une idée de l'ampleur de ce mouvement, le centre hospitalier d'Erstein est passé de 600 lits en 1974, date de son ouverture, à 210 lits en 2010, en desservant un bassin de population dont l'augmentation moyenne a été de 0,83% par an entre 90 et 99 (données INSEE).

Cette évolution était initialement nécessaire. Les progrès pharmacologiques, réalisés à partir des années 50 (Le premier traitement neuroleptique, la chlorpromazine (largactil ©) a été mis sur le marché en 1953) ont révolutionné les traitements de certaines maladies mentales, raccourcissant l'évolution des phases de crise et stabilisant les symptômes de manière à envisager non pas des guérisons mais des rémissions de qualité variable. La double dimension de prise en charge sociothérapique (cf Glossaire) et psychothérapique (cf glossaire) a pu compléter la percée pharmacologique grâce à la politique de secteur dont les structures extra hospitalières, comme les centres médico-psychologiques ou les hôpitaux de jour, furent les incarnations les plus visibles. Ces structures, servies par des équipes de professionnels motivées, ont instauré des relais efficaces et un maillage satisfaisant au niveau du territoire en permettant aux patients dont l'état le permettait, de reprendre leur place dans la cité.

D'un autre côté, les hôpitaux psychiatriques acquéraient une fonction soignante et les unités d'hospitalisation devenaient des courts et des moyens séjours où se mettait en place le meilleur traitement en vue d'un retour à la vie normale. L'hôpital psychiatrique abandonnait peu à peu la vocation asilaire qui fut la sienne des décennies durant. Au regard de la décroissance des populations hospitalisées associée à une durée moyenne de séjour toujours plus brève, le rêve d'une disparition de l'asile a pu être caressé par certains. Mais cette évolution a buté sur les limites imposées par les effets des drogues

Pour donner une idée de l'ampleur de ce mouvement, le centre hospitalier d'Erstein est passé de 600 lits en 1974, date de son ouverture, à 210 lits en 2010, en desservant un bassin de population dont l'augmentation moyenne a été de 0,83% par an entre 90 et 99 (données INSEE).

¹ document santé publique N°826 du 5 Mai 1972, P13

Les limites de cette politique ont été atteintes au milieu des années 1990, date à laquelle est apparue la nécessité de « faire de la place » dans les services pour permettre l'admission de nouveaux patients.

psychotropes qui étaient certes efficaces sur certains symptômes mais ne pouvaient guérir définitivement toutes les maladies mentales.

Les limites de cette politique ont été atteintes au milieu des années 1990, date à laquelle est apparue la nécessité de « faire de la place » dans les services pour permettre l'admission de nouveaux patients. La première conséquence a été l'hospitalisation de patients dont l'état sanitaire ne permettait pas d'autre possibilité qu'une prise en charge à temps complet. Cette hospitalisation se faisant le plus souvent en urgence. L'autre conséquence majeure a été la sortie anticipée de patients de moins en moins stables pour faire admettre des patients en crise. Les incantations réitérées sur le redéploiement des ressources et la mutualisation des moyens n'ont eu que peu d'effets sur le réel car la logique économique a pris le pas sur la logique soignante, ce qui a contribué à mutualiser les économies et la pénurie. Le contexte serein de l'hospitalisation avait disparu car le nombre de lits était devenu insuffisant pour permettre une prise en charge de durée adéquate. Ce qui n'a pas empêché la poursuite du mouvement de limitation capacitaire, sur un rythme certes plus réduit.

La durée moyenne de séjour est ainsi passée de 86 jours en 1989 dans notre service (l'hôpital comptait alors 300 places) à 18 jours en 2008 pour un hôpital de 210 places. Dans le même temps, des structures de prise en charge extra hospitalières ont été créées, mais leur nombre ne compense pas – et de loin – les lits supprimés. C'est particulièrement apparent lorsque l'on compare le nombre de places dont était initialement pourvu l'hôpital : le secteur qui en 1974 comportait 200 lits temps plein est actuellement pourvu à la hauteur 62 places lits temps plein et 41 places à temps partiel en hôpital de jour. On perçoit la difficulté de prise en charge, d'autant que sur le territoire couvert par le secteur, la population n'a cessé d'augmenter. Les effectifs paramédicaux ont suivi cette évolution, diminuant en intra hospitalier, pour augmenter sur le terrain mais sans remplacement de 1 pour 1. La seule augmentation a été celle des médecins dont le nombre moyen par service est passé de 4 à 7.

Or, entre 1989 et 2008, alors que les moyens institutionnels diminuaient, il n'y a eu aucune percée pharmacologique notable dans le domaine des psychotropes : il n'a été mis sur le marché aucun traitement susceptible de traiter mieux ou plus vite les affections mentales.

Sur la schizophrénie, les traitements neuroleptiques ont permis de s'extraire – mais seulement en partie – de la réalité d'impénétrabilité et d'incurabilité de la maladie. La réalité clinique est la suivante : 30 % des cas ne répondent pas aux traitements, 50 % répondent de manière partielle (tous symptômes confondus), ce qui laisse seulement 20 % de réponses complètes².

Notons encore à titre d'exemple que l'efficacité d'un traitement antidépresseur commence à se mesurer au bout de deux semaines et que son plein effet est obtenu après 4 à 6 semaines. Un traitement antidépressif, quant à lui, n'agira sur le fond, s'il agit (voir plus bas), qu'entre 2 à 6 semaines.

2 A. Botero « Un siècle de Schizophrénie », Infopsy 2010, 86, 391-493

La psychiatrie peut-elle tout guérir ?

La psychiatrie est étymologiquement la médecine de l'âme. C'est plus précisément la spécialité de la médecine qui a pour vocation de traiter les maladies mentales. Mais parce qu'elle s'occupe d'affections dont les symptômes ont pour manifestations l'altération des comportements qui fondent notre humanité, son rôle est ambigu. En effet, l'action sur un certain type de comportements permet de penser qu'il est aussi possible d'agir sur un autre type de comportement, voire sur tous les comportements. Et de comportement en comportement, il est facile de penser que tous les comportements seraient mécaniquement explicables à la manière dont pouvait le faire Pavlov mais aussi et surtout qu'ils seraient accessibles à des opérations thérapeutiques curatives ou palliatives. Charge au médecin de l'âme de régler la dépression, les délires mais aussi le spleen d'une époque inquiète en quête de sens existentiel, la toxicomanie, la délinquance...

Cette vision de la psychiatrie peut être tentante tant pour les responsables en charge de la gestion des problèmes sociaux que pour certains professionnels en manque de notoriété. C'est ce qui a conduit à l'apparition, à travers des discours pétris de bonnes intentions, d'une extension de plus en plus importante du domaine d'application de la psychiatrie. Mais en les analysant de plus près, ces discours reprennent des principes généraux sans jamais entrer dans les détails de réalisation de telle ou telle mesure. Ce qui permet d'éviter le contact trop rapide avec le réel, seul à même de remettre à l'heure les pendules. Ces discours ont un impact pernicieux sur les consciences car ils distillent l'idée d'une toute puissance de la psychiatrie sur les comportements humains. La réalité quotidienne est pourtant toute autre : un schizophrène sur 10 meurt de suicide, la médecine ne sait toujours pas comment modifier les comportements des personnalités pathologiques (Cf Glossaire) et l'autisme échappe encore en partie à la sagacité des neurosciences. Ces quelques exemples nous montrent que la circonspection est de mise quand on se borne à écouter les discours généraux et angéliques. Plus que tout, il convient de ne pas oublier que la psychiatrie est une branche de la médecine, avec ses pouvoirs mais aussi et surtout ses limites. Le parallèle avec la cancérologie est pédagogique : nous sommes confrontés à des maladies graves, souvent incurables et mortelles dans une proportion non négligeable. Quand un patient décède de sa tumeur maligne, on n'incrimine pas le manque de savoir-faire de son thérapeute, mais on évoque, fort justement, l'évolution de la maladie. Quand un patient se suicide ou passe à l'acte, il se trouve toujours une voix pour affirmer qu'« on aurait pu faire mieux » afin que la situation ne finisse pas de la sorte. La prise de conscience de l'aspect médical de notre spécialité est à notre avis de la plus grande importance si l'on souhaite que la psychiatrie puisse répondre de manière efficace à des missions claires en particulier dans le domaine de la collaboration avec la justice.

Ces données, confrontées aux durées moyennes de séjour actuelles, font comprendre aisément que le nombre d'admissions et de réadmissions ait augmenté de manière considérable (350 en 1989 à 1180 en 2008), mais démontrent aussi l'instabilité de nombre de patients qui quittent l'hôpital psychiatrique, que l'on décrit parfois comme le syndrome de la porte tournante. Ce dernier phénomène consiste en des sorties de patients instables qui s'accompagnent dans les jours qui suivent de leur réadmission du fait d'une rechute rapide. Nous l'avons vu plus haut : une durée de séjour trop brève ne permet pas l'acquisition des

Ces données font comprendre aisément que le nombre d'admissions et de réadmissions ait augmenté de manière considérable (350 en 1989 à 1180 en 2008).

automatismes de prise de traitement, pas plus qu'elle ne permet de rémission de qualité.

Depuis 1989, la population générale a aussi augmenté et l'incidence des maladies mentales a suivi la courbe démographique. Le rapport dit « Couty », sur les missions et l'organisation de la santé mentale et de la psychiatrie commence d'ailleurs de la manière suivante :

« Selon l'OMS les maladies mentales se classent au troisième rang des maladies en terme de prévalence et sont responsables du quart des invalidités. En médecine générale, elles se situent au deuxième rang derrière les maladies cardio-vasculaires. Elles affectent une personne sur cinq chaque année et une sur trois si l'on se réfère à la prévalence vie entière. L'OMS retient cinq maladies mentales parmi les dix pathologies les plus préoccupantes pour le XXI^e siècle : schizophrénie, trouble bipolaire, addiction, dépression et trouble obsessionnel compulsif. Toutes les estimations indiquent que ce bilan devrait s'alourdir dans les prochaines années, avec une augmentation de 50 % de la contribution des maladies mentales à la charge de la morbidité due à l'ensemble des maladies d'ici à 2020 si des mesures ne sont pas prises rapidement ».

Ajoutons à cela pour être complet un fait sociologique d'importance concernant ces populations vulnérables : la banalisation et l'augmentation de la consommation de stupéfiants.

Ajoutons à cela pour être complet un fait sociologique d'importance concernant ces populations vulnérables : la banalisation et l'augmentation de la consommation de stupéfiants, au premier rang desquels se trouve le cannabis qui compte 1,2 millions d'usagers réguliers en 2010 selon l'Observatoire Français des Drogues. Cette tendance ne concerne pas que les drogues qu'un abus de langage a qualifié de « douces » mais aussi les autres types de stupéfiants puisque le même observatoire note un triplement du nombre de personnes ayant expérimenté la cocaïne et la réapparition de l'héroïne en 2006 (qui n'est plus injectée mais fumée). Cela a son importance lorsque l'on sait que la consommation de stupéfiants est corrélée positivement aux actes médico-légaux des patients dangereux, en concomitance avec un arrêt des traitements³.

Les structures extra hospitalières, dont la vocation naturelle est de permettre une réinsertion des patients par une diminution du temps de soins en hospitalisation complète, ne peuvent pas pallier les défaillances et tentations de ces patients fragiles, et ce quelle que soit la formation et l'investissement des équipes. Elles ne peuvent pas assurer une surveillance et une protection de qualité équivalentes à une prise en charge hospitalière, seule à même de garantir la permanence du cadre de soins.

La prise en charge ambulatoire (c'est-à-dire dans la cité), au sein de réseaux de soins gradués et avec une personnalisation poussée pour chaque patient atteint aussi sa limite aujourd'hui car elle implique, pour être efficace :

³ J.L. Senon, G.Lopez, R.Cario et Al. « *Psychocriminologie, clinique, prise en charge et expertise* », Ed. Dunod , 2008 ; PP 63-64

- une communication sans faille entre les différents acteurs,
- des déplacements parfois importants entre les structures,
- des personnels de plus en plus réactifs,
- une rigueur dans la prise des traitements,
- une collaboration minimale des patients au programme de soins.

Or cette vision idéale butte sur trois facteurs : les facteurs techniques, les facteurs organisationnels, et les facteurs humains

Les soins, tant dans leurs principes théoriques que dans l'organisation des professionnels sur le terrain, ont atteint des niveaux de complication très importants. Mais la conséquence est que leur fonctionnement optimal dépend souvent d'un nombre réduit d'intervenants.

Prenons en exemple un service dont une partie des personnels a investi un type de prise en charge particulier. Leurs collègues, par la force des choses, se désintéresseront de cette spécialité. Ainsi, dans un service de psychiatrie générale, les thérapies spécifiques sont souvent le fait d'un ou deux individus. On comprend sans peine que la défaillance de ces individus est susceptible de mettre à mal le schéma idéal décrit ci-dessus. Car une médecine très spécialisée implique pour les personnels engagés de recueillir les informations pertinentes, les transmettre tout en agissant sur le terrain, participer à des réunions institutionnelles dont l'inflation devient problématique, sans oublier de se former.

La médecine, devenue hyperspécialisée, a dispersé ses moyens humains forcément limités dans une myriade de missions très spécifiques, mais dont l'accomplissement dépend d'un nombre réduit d'individus. Ajoutons à cela l'hospitalisation gérée en flux tendu avec un nombre réduit de lits, et nous comprenons sans peine qu'il ne peut y avoir le moindre incident sur la chaîne de production de soins, et que le système n'a plus que des capacités d'amortissement minimales face aux imprévus.

Au-delà des faits aisément constatables, il est utile de revenir sur les causes profondes d'une telle situation. Selon nous, le soin tel qu'il est structuré en 2010 repose sur deux piliers : l'un idéologique, l'autre, économique, qui se renforcent de manière redoutable.

Le pilier idéologique tout d'abord. Il puise en partie ses racines dans une tradition humaniste légitime, héritée des lumières, qui a pour objet de rendre sa dignité d'être humain à l'aliéné. Le mouvement antipsychiatrique, ainsi que des écrits comme ceux de Michel Foucault, ont contribué à rendre suspecte l'idée même de l'enfermement, assimilé par certains aux pires dérives totalitaires du XXe siècle. La vision du progrès perpétuel s'accommodait par conséquent fort bien d'une disparition progressive des enfermements sous toutes leurs formes. La génération de praticiens qui furent les initiateurs de ce grand bond en avant était celle qui, après 1968, était le plus en phase avec cette idéologie. Ils n'étaient d'ailleurs pas les seuls, car l'ensemble du corps social appelait cette évolution

La médecine, devenue hyperspécialisée, a dispersé ses moyens humains forcément limités dans une myriade de missions très spécifiques, mais dont l'accomplissement dépend d'un nombre réduit d'individus.

de ses vœux (évolution qui, ne l'oublions pas, a été en partie salutaire). La recherche d'efficacité clinique a par ailleurs entraîné la surspécialisation du corps médical. Cette surspécialisation correspondait au mouvement d'efficacité maximale que le public attend de la médecine. Dans le cas de la psychiatrie, ceci implique une réinsertion la plus complète possible de l'aliéné dans le corps social. Les effets pervers d'une telle évolution ont été examinés plus haut, en particulier pour les conséquences sur la capacité du système de soins à faire face.

Le second pilier est économique. Depuis quelque temps il nous est dit que la santé n'a pas de prix mais qu'elle a un coût. Il est donc raisonnable d'optimiser l'« offre de soins » aux « besoins des populations » en « rationalisant les coûts ». La réduction des lits dans le système hospitalier est tombée à point nommé pour faire des économies et elle a rencontré sur ce point l'idéologie. La conséquence a été la réduction progressive des moyens mis en place dans la santé publique avec une reproduction de ce qui avait été réalisé en MCO (médecine, chirurgie et Obstétrique). Car il devenait possible, avec l'aide de techniques adaptées, de résoudre la question des hospitalisations longues, tant en médecine somatique qu'en psychiatrie. L'application de nouvelles techniques devait donc permettre de réduire le nombre de lits. Cette vision des choses ne tenait toutefois pas compte des connaissances de pharmacologie que nous avons rappelées plus haut et qui ne sont que la conséquence d'un fait que la profession connaît bien lorsqu'elle est lucide : les limites de notre art.

Dans ce domaine, il faut rappeler que lors de la mise en place de la politique de secteur (glossaire), une partie de la profession, probablement illusionnée par les perspectives thérapeutiques nouvelles et aussi par une idéologie libertaire, a fait preuve d'un enthousiasme parfois excessif dans la fermeture des lits.

L'exemple des objectifs des SROS : quelle prise en compte des malades mentaux dangereux ?

Le SROS ou schéma régional d'organisation sanitaire est un document issu du travail de deux ans de plus de 900 personnes sur la région Alsace. Il fixe les objectifs pour 2006 à 2011. Pour la psychiatrie, ce sont les suivants :

A/ Renforcer l'accueil et les prises en charge des urgences psychiatriques et des situations de crise

- 1. Améliorer l'organisation fonctionnelle des équipes et des locaux*
- 2. Coordonner et articuler les différents intervenants à la prise en charge en urgence*
- 3. Veiller à la qualité de la prise en charge des patients*

B/ Adapter le dispositif de soins de la psychiatrie générale

Adaptation de l'organisation territoriale, renforcement de l'offre de proximité, amélioration des conditions d'accueil et d'hospitalisation des patients.

Dans ce domaine, il faut rappeler que lors de la mise en place de la politique de secteur, une partie de la profession, probablement illusionnée par les perspectives thérapeutiques nouvelles et aussi par une idéologie libertaire, a fait preuve d'un enthousiasme parfois excessif dans la fermeture des lits.

C/ Créer une filière de soins spécifiques des adolescents

... la place des unités d'hospitalisation à temps complet étant effective, l'effort doit porter d'une part sur la création de lits d'accueil, d'orientation et de soins en urgence et d'autre part de places en structures alternatives

D/ Assurer l'accès au dispositif de soins et la continuité des soins en faveur des personnes en situation de précarité et d'exclusion

... il ne s'agit pas de créer de nouvelles structures mais de faciliter aux populations l'accès au dispositif de soins...

E/ Développer des réponses adaptées aux besoins des personnes handicapées psychiques

F/ Renforcer la psychiatrie infanto juvénile

À cela nous pouvons ajouter le volet addiction qui constitue une part importante des prises en charge mais qui ne figure pas dans la rubrique psychiatrie, mais dans une rubrique dédiée.

Ce document appelle quelques remarques sur le sujet qui nous intéresse. S'il est vrai que les objectifs peuvent en partie recouper ceux relatifs à la prise en charge des patients présentant un danger, nous constatons que cette question n'est pas une priorité ni un objectif.

C'est révélateur de la prise en charge de tels patients dont l'intérêt, sporadique est présent lors des faits divers mais ne fait pas preuve lors des grandes orientations d'une planification permettant d'anticiper la survenue de difficultés. A ce jour il manque toujours une politique coordonnée et identifiée en tant que telle, de prise en charge des patients dangereux.

La vague technophile a eu pour conséquence un éparpillement de l'activité psychiatrique, particulièrement marqué ces dernières années. Le symptôme de cette dérive a été la création de sous-unités spécifiques. Cette subdivision interne peut correspondre à des nécessités imposées par des techniques particulières, dont le bénéfice attendu est un gain en qualité de soins (unités mère-nourisson ou unités dévolues à la prise en charge des adolescents par exemple). Mais dans le domaine de la maladie mentale, cette surspécialisation aboutit le plus souvent à une segmentation de l'activité. Dans cette organisation, les patients sont envisagés sous l'angle exclusif de la pathologie, permettant une prise en charge dans ces sous unités de soins. Mais s'ils présentent des pathologies associées, le risque de les voir récusés dans ces nouvelles unités spécialisées sera important. Par exemple, un patient dont le diagnostic sera la schizophrénie associée à des troubles du comportement de nature délictueuse et prenant du cannabis de manière massive, aura peu de chances de se voir admis dans une unité d'addictologie, même si la prise de cannabis est un problème majeur à l'origine de certains de ses passages à l'acte. La tentation sera en effet grande pour les responsables des unités d'addictologie de ne prendre que les patients « sans problèmes » au détriment de ceux plus difficiles mais pour lesquels les soins ne sont pas moins essentiels. Ils pourront toujours se retrancher derrière le profil des patients, qui ne correspond pas à celui de l'unité, pour pouvoir en refuser l'accès.

Mais dans le domaine de la maladie mentale, cette surspécialisation aboutit le plus souvent à une segmentation de l'activité. Si les patients présentent des pathologies associées, le risque de les voir récusés dans ces nouvelles unités spécialisées sera important.

Rappelons que les moyens des équipes soignantes sont actuellement «maîtrisés», c'est à dire stables. La politique actuelle tend à ce que la création de nouvelles unités se fasse par redéploiement de moyens, c'est à dire bien souvent au détriment des missions principales et historiques. Un service qui voudrait créer par exemple un département de thérapies familiales devrait rogner sur les effectifs en place, former une partie de ses professionnels et augmenter ses files actives dans ce dernier domaine. Par ailleurs, ce même service ne verra pas diminuer de manière significative la quantité de travail qui est assurée habituellement.

Ces sous-unités ont parfois bénéficié de moyens supplémentaires (ce que certains ont appelé non sans raison des stratégies de captation de moyens) mais elles ont surtout été créées par redéploiements des moyens déjà consacrés aux missions de base de la psychiatrie de secteur classique. Cette évolution a induit non seulement un morcellement des pratiques mais aussi une exclusion paradoxale de certains patients du système de soins.

Or, lors de la définition des priorités des prises en charge en psychiatrie, la dangerosité n'a pas été au premier plan des préoccupations.

En effet :

- Soit le sujet est malade et le psychiatre est dans une démarche de soins qui exclut tout traitement s'assimilant à une sanction (c'est un médecin et non un juge ou un geôlier),
- Soit le sujet exempt de troubles mentaux évolutifs devient délinquant et n'intéresse pas le psychiatre dans sa pratique quotidienne (même s'il peut l'intéresser de manière théorique)

Pour les rares cas situés aux confins des deux disciplines, les UMD ou les SMPR étaient censés y répondre de manière acceptable.

Cette manière de procéder n'est toutefois plus possible en 2011 car le nombre de places d'hospitalisation en psychiatrie qui accueillait et suivait des patients potentiellement dangereux est désormais insuffisant. Mais dans le même temps que la capacité à accueillir ces patients diminuait, l'évolution de la législation a évolué dans le sens de nouvelles prises en charge (injonctions de soins notamment et certains troubles du comportement). Il est devenu nécessaire de réfléchir à une modification de nos pratiques dans le sens d'une collaboration plus étroite entre les acteurs du sanitaire et du judiciaire. Les remaniements législatifs à venir s'inscrivent dans cette dynamique.

Cette évolution a induit non seulement un morcellement des pratiques mais aussi une exclusion paradoxale de certains patients du système de soins. Or, lors de la définition des priorités des prises en charge en psychiatrie, la dangerosité n'a pas été au premier plan des préoccupations.

COMMENTAIRES SUR LA RÉFORME DE LA LOI DES SOINS SOUS CONTRAINTE ET SUR LE RENFORCEMENT DU DISPOSITIF DE SOINS DES PATIENTS DANGEREUX

L'évolution des soins sous contrainte est dictée par des impératifs de modernisation du dispositif de soins et par une évolution du droit. Riche de promesses mais ne répondant pas toujours aux attentes de tous, la loi modernisée des soins sous contrainte est intéressante à deux titres. Le premier concerne la modification de la législation des soins sous contrainte avec l'introduction des soins ambulatoires sous contrainte⁴. C'est le volet législatif proprement dit. Le deuxième aspect concerne les moyens mis à disposition de la psychiatrie pour permettre la prise en charge des malades dangereux. Les deux aspects, législatifs et matériels ont d'ailleurs été abordés simultanément lors du discours d'Antony⁵ du président de la République et offrent une complémentarité certaine.

1. Première volet : réforme législative de la loi sur les soins sous contrainte

Dernier avatar de la loi de 1838, le projet de loi visant à modifier le cadre légal des soins sans consentement en psychiatrie s'inscrit dans un mouvement paradoxal de désinstitutionnalisation, c'est-à-dire de disparition des structures d'hospitalisation à temps plein et d'enfermement. Nous avons retenu deux points qui sont de réelles nouveautés par rapport à la loi actuellement en vigueur : le soin ambulatoire exclusif, qui constitue la véritable nouveauté du projet, et l'aménagement des conditions d'hospitalisation sous contrainte.

1.1. Le soin ambulatoire exclusif

La question des soins ambulatoires est incontournable dans le cadre d'une loi sur les soins sous contrainte modernisée⁶. Au-delà du principe, il est souhaitable de définir précisément ce que nous souhaiterions voir comme mesures concrètes, qui permettraient de rendre une telle loi réellement opérante.

Les soins ambulatoires sous contrainte sont actuellement issus des domaines sanitaires et judiciaires en France. Pour ce qui est du sanitaire tout d'abord, un patient traité dans le cadre d'hospitalisations sous contrainte peut bénéficier de sorties d'essai afin de faciliter sa réinsertion. En ce qui concerne le volet judiciaire depuis la loi du 17 juin 1998, les justiciables peuvent faire l'objet de suivis socio-judiciaires lorsque ces derniers sont assortis d'obligation ou d'injonctions de soins.

Nous avons désormais un recul suffisant pour constater à quel point ces deux dispositifs comportent des limites. C'est en particulier le cas

Dernier avatar de la loi de 1838, le projet de loi visant à modifier le cadre légal des soins sans consentement en psychiatrie s'inscrit dans un mouvement paradoxal de désinstitutionnalisation, c'est-à-dire de disparition des structures d'hospitalisation à temps plein et d'enfermement.

4 H. Mauduit « Psychiatrie, le ministère de la santé va modifier la loi des soins sans consentement », Dépêche APM international du 18/01/2011.

5 Discours d'Antony de M. Nicolas Sarkozy, Président de la République, 2 XII 2008.

6 J.L. Senon et J.L. Manzenara « comment mieux répondre aux problèmes médico-légaux actuels pour préserver une psychiatrie ouverte et dynamique », annales médico-psychologiques 163, 870-7

du suivi socio-judiciaire.

La plus importante de ces limites est constituée par la possibilité de refus des patients vis à vis de certains soins. Ce qui signifie que sur la forme, la mesure de soins imposée est acceptée par le patient, mais sur le fond, elle est vidée d'une large part de son efficacité par le refus de la mesure thérapeutique la plus efficace. Considérons pour illustrer notre propos l'exemple des délinquants sexuels.

A l'issue de leur peine de prison, un suivi socio-judiciaire (SSJ) est instauré. Mais les modalités de ce dernier sont laissées à l'appréciation du thérapeute et du justiciable. Or, si nous sommes dans un cas de risque élevé de récidive et que le sujet refuse une mesure de castration chimique (ce qu'il était en droit de faire jusqu'à récemment), il ne rompt pas pour autant la mesure de SSJ. Il se contente de n'en accepter qu'une partie, laquelle partie vide de son efficacité la mesure. On peut alors se poser la question de l'efficacité d'une telle mesure si tous les moyens permettant d'en assurer l'efficacité ne sont pas réunis. Dans ces cas l'indication est bonne, mais les moyens de parvenir à l'efficacité maximale ne sont pas donnés par la loi.

Une autre limite des soins imposés est l'impossibilité de soigner, ou plus précisément d'agir sur les déterminismes motivant les passages à l'acte des sujets. L'exemple le plus intelligible est celui des troubles de la personnalité de nature dyssociale (anciennement la psychopatie). Auteurs de nombreux délits, multirécidivistes, les sujets psychopathes sont astreints dans un certain nombre de cas à un SSJ. Mais les moyens d'agir sur leur personnalité sont inexistant, d'autant qu'un trouble de la personnalité ne peut être considéré comme maladie. Les psychopathes sont reconnus comme responsables de leurs actes (au sens de l'article L 122-1 du code pénal) et sont même susceptibles d'augmenter leur dangerosité par le biais d'apprentissages qu'ils acquièrent en ... thérapie de groupe. En effet, de nombreux auteurs⁷ ont démontré un taux de récidive plus important chez les psychopathes bénéficiant de soins. C'est ici l'exemple extrême d'une loi qui aboutit, si les indications sont mal posées, à l'inverse du but recherché.

Ainsi, pour qu'une mesure de soins ambulatoire puisse atteindre son but, il est nécessaire 1) de bien en poser les indications et 2) de délivrer le traitement académique dans son intégralité.

Poser les indications implique de connaître l'état de l'art dans le domaine des maladies mentales, de leur traitement et nécessite un effort de formation de la part des praticiens souhaitant s'investir dans le domaine.

Une législation dont le but serait l'efficacité, imposerait donc un avis expertal reposant sur un consensus largement validé pour poser l'indication d'entrée dans le dispositif, mais aussi une refonte du droit du patient adapté à ces cas précis. Cette modification du droit poserait notamment le principe selon lequel un sujet soumis à une injonction de soins devrait accepter l'intégralité des soins adaptés à son cas.

La sortie du dispositif de soins cesserait lorsque le besoin ne s'en ferait

⁷ T. Pham « Le traitement psychologique des sujets psychopathiques et des personnalités antisociales ». Revue francophone de clinique comportementale et cognitive, Février mars 1998-Vol III-n°1 P1.

Ainsi, pour qu'une mesure de soins ambulatoire puisse atteindre son but, il est nécessaire 1) de bien en poser les indications et 2) de délivrer le traitement académique dans son intégralité.

plus sentir, c'est à dire lorsque le trouble psychique ou le trouble du comportement aurait été jugulé ou contenu de manière indiscutable dans des normes de risque acceptables.

Les éléments suivants résument la séquence mais aussi les modalités de tels soins ambulatoires :

Étape préliminaire : Etablir un consensus sur les maladies psychiatriques ou les troubles du comportement accessibles à un traitement médical. C'est une étape fondamentale qui nécessitera la rédaction d'un document de synthèse clair sous l'égide d'une autorité indiscutable (l'Académie Nationale de Médecine serait à notre sens la caution indiscutable pour la rédaction de type de document).

Première étape : Un examen au cas par cas des sujets par des experts.

Deuxième étape : Des soins imposés sans possibilité de modulation selon le bon vouloir des sujets. Cette démarche est accompagnée d'une évaluation de la prise en charge par un dispositif de médecins coordonnateurs.

Dernière étape : La sortie du dispositif de soins se fait selon l'avis expertal en fonction d'évaluations de la dangerosité (criminologique et psychiatrique⁸). Cette évaluation, comme toutes les évaluations de dangerosité, doit faire appel aux instruments les plus pertinents à notre disposition et qui sont les instruments actuariels⁹.

Pour le cas particulier des soins imposés en urgence, le dispositif sanitaire est adapté.

1.2. L'aménagement des dispositifs sanitaires existants

a. Hospitalisations à la demande d'un tiers

Un aménagement salubre que nous trouvons dans le projet de loi est la simplification des modalités d'hospitalisation à la demande d'un tiers. Désormais, un patient sans antécédents médico-légaux, mais nécessitant des soins, sera en HDT après une période de 72 heures d'observation.

Ces dispositions permettent de se passer de la demande du tiers en cas d'urgence et simplifient le travail des équipes qui reçoivent ces patients. Rappelons que le tiers est souvent un proche, qui, dans des situations mettant en jeu des interactions affectives fortes, ne sera pas toujours enclin à demander l'« enfermement » du patient en dépit de la nécessité clinique qui est souvent évidente.

b. Soins à la demande du préfet, c'est-à-dire anciennement les HO judiciaires.

C'est le préfet qui décide, sur proposition du projet de soins établi par le psychiatre ayant reçu le patient, quelle sera la modalité la plus adaptée de prise en charge. En cas de soins

Un aménagement salubre que nous trouvons dans le projet de loi est la simplification des modalités d'hospitalisation à la demande d'un tiers. Désormais, un patient sans antécédents médico-légaux, mais nécessitant des soins, sera en HDT après une période de 72 heures d'observation.

⁸ 1. Pratt J. Dangerosité, risques et technologie du pouvoir. Criminologie 2001 ; 34(1) : 101-121.

⁹ Meehl P. « *Clinical versus statistical prediction : a theoretical analysis and review of the evidence* », Minneapolis : University of Minnesota Press, 1954.

ambulatoires, le préfet prendra en sus, l'avis d'un collège pluridisciplinaire (précaution compréhensible d'autant que nous sommes ici au cœur du sujet : les patients dangereux). Toutefois l'application risque de buter sur des questions de démographie médicale et de disponibilité d'experts, d'autant que la loi HPST précise des modalités plus restrictives dans la pratique de l'expertise.

c. Le cas de la levée des soins sur décision de justice suite à un placement en unité de malades difficiles (UMD)

Dans la nouvelle loi, la levée des soins sous contrainte ne se fera qu'après avis concordant de deux médecins psychiatres ainsi qu'avec l'avis d'un collège pluridisciplinaire, ce qui constitue un renforcement notable des précautions permettant la levée d'une hospitalisation d'office par rapport au dispositif actuel. Répondant à un souci bien compris de sécurité, cette mesure se heurte, une fois de plus, aux réalités capacitaires. On peut se demander quelle sera la proportion de malades supplémentaires qui resteront dans le dispositif de soins avec cette nouvelle disposition, et surtout quelle sera la modalité de leur prise en charge : hospitalisation à temps complet dans une unité de psychiatrie générale, dont nous savons à quel point elles sont congestionnées ? hospitalisation à temps plein en UMD avec les mêmes réserves ? autres modalités ? Ces questions restent sans réponses mais sont d'une importance cruciale, car comment appliquer cette loi si nous ne disposons pas des moyens - du nombre de lits suffisant - pour le faire ?

En cas de prolongement des tendances capacitaires actuelles, l'évolution la plus probable risque d'être une sédimentation progressive de ces patients dans les unités de psychiatrie générale et dans un certain nombre de cas dans les unités de malades difficiles. Cet état réalisant de fait une hospitalisation à perpétuité dans des unités dont la vocation est le court ou le moyen séjour.

En cas de prolongement des tendances capacitaires actuelles, l'évolution la plus probable risque d'être une sédimentation progressive de ces patients dans les unités de psychiatrie générale et dans un certain nombre de cas dans les unités de malades difficiles. Cet état réalisant de fait une hospitalisation à perpétuité dans des unités dont la vocation est le court ou le moyen séjour.

Un élément récemment apparu dans la réflexion sur les modalités de soins sous contrainte est l'intervention d'un magistrat au cours de la mesure. Cette évolution est dictée par la mise en conformité de la loi française avec les textes constitutionnels nationaux et européens. Elle implique toutefois un alourdissement de la procédure du soin sous contrainte. Un des projets actuellement en discussion au ministère de la santé propose que l'avis du Juge Des Libertés viendrait en sus du travail administratif, avec révocation automatique de la mesure d'hospitalisation sous contrainte en cas de non saisie du juge. Cette saisine déclencherait une procédure contradictoire qui devra survenir avant le 15^{ème} jour d'hospitalisation. Cette procédure sera renouvelée tous les 6 mois. Afin d'assurer le plus de liberté de jugement par rapport à cette hospitalisation, la procédure contradictoire fera appel à un praticien extérieur à l'établissement. Précisons, pour prendre toute la mesure du problème, que les hospitalisations sous contrainte représentent un nombre considérable de cas (plusieurs milliers par an), et que cette nouvelle mesure va s'ajouter au travail déjà existant des équipes médicales et judiciaires qui resteront à effectifs constants et qui, nous l'avons compris, est déjà conséquent. Cette mesure pose la question de son applicabilité voire de sa contre-productivité.

2. Deuxième volet : les moyens supplémentaires mis à disposition de la psychiatrie pour la sécurisation et le traitement des patients dangereux

La réflexion capacitaire nous permet d'évoquer un point qui s'intègre dans le cadre plus large de la prise en charge des malades dangereux : la volonté annoncée par le chef d'Etat de renforcer la capacité en lits d'UMD et de sécuriser les hôpitaux psychiatriques. Cette sécurisation passe par la création de chambres de soins intensifs mais aussi d'USIP (unités de soins renforcées en psychiatrie) dans tous les départements. Ces unités constituent un pont entre les unités de psychiatrie générale et les unités pour malades difficiles, et bénéficient de moyens architecturaux, humains et organisationnels qui leurs permettent de faire face à l'agressivité de certains patients, pour lesquels l'indication d'UMD est excessive, mais qui ne peuvent rester en unité de psychiatrie générale conventionnelle. C'est une des mesures les plus pertinentes et les plus en phase avec les difficultés de prise en charge des patients dangereux. Elle va à l'encontre du mouvement de désinstitutionnalisation et de l'idéologie selon laquelle on peut faire toujours plus hors des murs de l'institution. Il s'agit d'un retour salutaire au réel.

En effet, les demandes pour des séjours dans des unités de soins renforcées vont croissant car elles répondent à des réelles problématiques, en particulier l'inadéquation entre le système classique d'unités d'hospitalisation en psychiatrie et les pathologies s'accompagnant de troubles majeurs du comportement. Elles permettront probablement d'amortir une partie des effectifs supplémentaires de patients issus du renforcement des mesures de soins sous contrainte. En effet, les unités de soins classiques en psychiatrie sont devenues de moins en moins aptes à accueillir des patients violents : devenues des unités de court et de moyen séjour, soumises à une importante féminisation de leur personnel infirmier et médical, les unités de psychiatrie classique ont perdu leur capacité à faire face à des troubles du comportement majeurs accompagnés d'hétéro-agressivité. La présence dans certains établissements d'équipes de sécurité, qui ne sont pas composées de soignants, a pour effet de renforcer les moyens de la contention physique, mais uniquement de manière ponctuelle. Le secteur de psychiatrie générale ne peut faire face qu'à une certaine quantité d'agressivité et seulement de manière temporaire : il a perdu la capacité qui était la sienne de contenir durablement les manifestations symptomatiques les plus bruyantes.

Rappelons que l'ouverture des unités d'hospitalisation s'est faite au nom du principe de liberté individuelle permettant d'aller et de venir et tout retour en arrière semble pour l'instant difficile. Toutefois, les nouvelles USIP et UMD permettront de combler les lacunes qui sont apparues en terme de prise en charge sécurisée.

Il est encore trop tôt pour mesurer l'impact de ces mesures qui vont dans le bon sens. En tout état de cause, la création de places en soins renforcés, avec des modalités de plus en plus contraignantes pour le patient, tend à confirmer un mouvement qui n'ose pas encore dire clairement son nom mais qui va consister à contraindre définitivement aux soins une portion croissante de patients difficiles.

Les unités de soins classiques en psychiatrie sont devenues de moins en moins aptes à accueillir des patients violents : devenues des unités de court et de moyen séjour, soumises à une importante féminisation de leur personnel infirmier et médical, les unités de psychiatrie classique ont perdu leur capacité à faire face à des troubles du comportement majeurs accompagnés d'hétéro-agressivité.

Mais il est souhaitable d'aller au delà de ce qui est actuellement en projet pour permettre de compléter le dispositif en permettant la prise en charge pérenne de tous les patients identifiés comme présentant un potentiel dangereux. Afin de se livrer à cet exercice, il est nécessaire de s'affranchir d'un verrou idéologique selon lequel l'enfermement définitif est une solution inacceptable.

Les faits viennent hélas contredire cette généreuse idée. Nous savons bien qu'il n'existe pas d'autre solution que l'hospitalisation longue, voire définitive pour certains patients. Cette pratique existe de fait et repose souvent sur les épaules de chefs de service qui savent que certains sujets sont trop dangereux pour vivre dans la cité. Mais ce faisant, ils utilisent des moyens inappropriés et ne peuvent concevoir de projets thérapeutiques adaptés. C'est pourquoi un débat national, dépassionné et objectif s'avère indispensable, non seulement dans la profession mais aussi avec les acteurs concernés au sein de la société civile. Elle suppose de discuter sans à priori la possibilité de soins à vie avec pour corollaire une privation définitive de liberté chez des patients pour lesquels les soins sont impuissants à diminuer la dangerosité de manière satisfaisante et qui faute de structures idoines bénéficient aujourd'hui de prises en charge inadaptées.

Cette réflexion pourrait servir de base à partir de laquelle nous pourrions développer dans notre pays l'équivalent des centres de défense sociale, par un aménagement des centres de rétention et de sûreté.

Par ailleurs, il nous semble judicieux d'affecter les moyens des suivis socio-judiciaires et des injonctions de soins aux cas les plus dangereux, quitte à laisser de côté les sujets présentant un risque faible de récidive. Cette évaluation de la dangerosité pourrait rapidement se faire lors du passage en détention par l'utilisation des instruments actuariels. Les expertises, revues dans leurs modalités techniques, seraient aussi l'occasion de pratiquer de telles évaluations car nous savons depuis 1954¹⁰ que les évaluations purement cliniques sont notoirement insuffisantes à quantifier le risque de dangerosité. Nous sommes conscients du coût d'une telle mesure mais qui est sans commune mesure avec la contribution financière et surtout morale imputable à la récidive.

Nous notons des évolutions très positives allant dans le sens d'une prise en charge plus réaliste des patients dangereux. Nous notons également le souci du législateur et du politique à tenir compte des réalités, notamment en termes d'hospitalisations sous contrainte.

Nous notons également avec soulagement le renforcement du dispositif de prise en charge des patients difficiles. Nous nous interrogeons en revanche sur la viabilité du dispositif de soins sous contrainte en ambulatoire et surtout sur son impact sur les patients présentant des risques avérés de passage à l'acte.

10 M. Benesech, T.H. Pham, P. Le Bihan « Les nouvelles dispositions concernant les malades mentaux dans la loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental : une nécessaire évaluation du risque criminel », annales médico-psychologiques 167 (2009) 39-50

PROPOSITIONS EN COMPLÉMENT DES PROJETS EN COURS : POUR LES MOYENS D'UNE POLITIQUE DE SOINS ADAPTÉE AUX PATIENTS DANGEREUX

La prise en charge des patients dangereux est un travail difficile, qui nécessite un discours clair et réaliste, accompagné de moyens adaptés.

Nous proposons par conséquent des mesures qui viendraient renforcer des mesures déjà adoptées. Nous ajoutons en sus de ces mesures des éléments de commentaire quant à la possibilité de réaliser de telles mesures. Ces éléments de commentaire peuvent être sujets à discussion et n'engagent que l'auteur. Ils constituent néanmoins une base de réflexion permettant d'aller plus avant dans la cohérence de ce type de prise en charge. Les cinq éléments de commentaire sont les suivants :

Le faible coût (FC) : ce commentaire signifie que les moyens à déployer pour la mesure concernée sont d'un coût marginal par rapport à l'ensemble du dispositif sanitaire et/ou judiciaire.

Saut idéologique (SI) : nous sommes ici dans le cas du débat de fond qui guide les prises en charge avec des préconçus liés à la définition des libertés individuelles (la durée de privation de liberté dont nous avons parlé plus haut en est un bon exemple).

Rapidité de mise en place (R) : la mesure préconisée ne présente pas d'obstacle matériel majeur.

Lenteur de mise en place (I) : la mesure préconisée présente des obstacles matériels importants

Nécessité de formation (f) : la mise en place de la mesure nécessite de la part des professionnels concernés un effort de formation d'intensité variable.

Mesures proposées par l'auteur

1. Une réflexion capacitaire concernant la quantité de patients dangereux (FC), (R),
2. Une évaluation de la dangerosité de ces patients à travers des outils actuariels (au besoin de manière informatisée) (FC) mais (SI), (R) et (F),
3. Une gradation de la prise en charge allant du soin en ambulatoire (F) à la prise en charge au très long cours dans l'équivalent des centres de défense sociale (Coût élevé), (F), (SI+++), car privation de liberté sur le très long cours.
4. La création de centres de défense sociale qui viendraient compléter vers le haut, dans la gradation de sécurisation, les dispositifs d'UMD. Les centres de défense sociale permettraient de retrouver un projet de soins cohérent

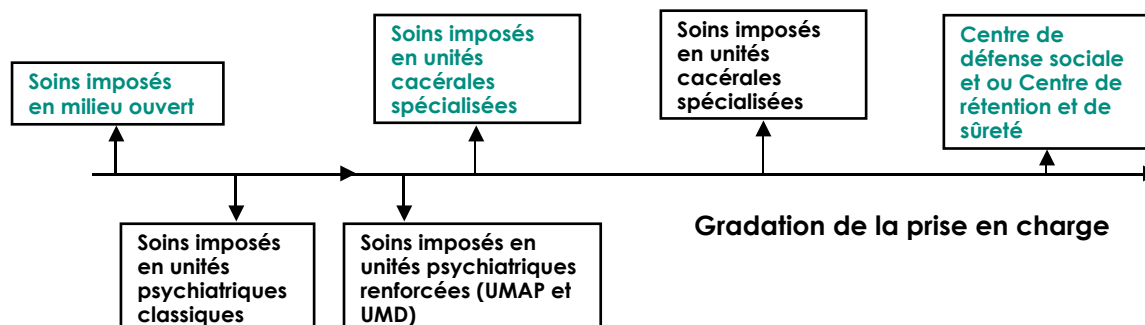
Une gradation de la prise en charge allant du soin en ambulatoire à la prise en charge au très long cours dans l'équivalent des centres de défense sociale car privation de liberté sur le très long cours.

dans les limites de la pathologie, mais aussi de s'inscrire de manière réaliste dans une prise en charge au très long cours avec des attentes forcément différentes de cas d'unités où le placement est temporaire. Ces centres de défense sociale pourraient résulter d'un réaménagement des centres de rétention et de sûreté. Néanmoins, une étude doit être entreprise pour savoir quelle serait la capacité de telles unités, mais aussi de manière précise, quelles sont les indications d'entrée dans de telles unités.

La possibilité de soins imposés en détention. Les unités spécialisées, en particulier les SMPR, ne peuvent soigner les détenus contre leur gré et les UHSA risquent rapidement de se trouver en limite capacitaire.

5. La possibilité de soins imposés en détention. (SI), (R), (FC ? : à évaluer). Selon les études françaises¹¹ le pourcentage de population carcérale présentant un trouble psychotique est de 3,8 à 8 % (contre 0,6 % en milieu ouvert). Les unités spécialisées, en particulier les SMPR, ne peuvent soigner les détenus contre leur gré et les UHSA risquent rapidement de se trouver en limite capacitaire. Les soins imposés à un détenu pourraient prendre place dans un dispositif lui permettant de bénéficier de réductions de peine. Afin que de telles réductions soient vraiment efficaces, le malade détenu devrait s'engager à poursuivre les soins hors du milieu carcéral. Cette solution permettrait la mise en place d'un lien thérapeutique, dont les bénéfices seraient perceptibles au sujet préparant ainsi la sortie de manière efficace. Nous rappelons ici que les principaux facteurs de récidive sont constitués chez les patients délinquants par la consommation de toxique et la rupture thérapeutique. La détention, particulièrement si elle est longue, nous semble un lieu adapté à la prise de bonnes habitudes sanitaires, même si ces habitudes doivent être contraintes. Ce dispositif est d'autant plus logique que la réforme en cours sur les soins sous contrainte permet d'imposer des soins en milieu ouvert. Le rôle joué ici par les SMPR est crucial. Ces structures devraient permettre un suivi tant intra qu'extra muros des patients assurant une continuité des soins qui est souvent défailante.

6. La mise en place de formations renforcées en criminologie, orientées vers la prise en charge des patients dangereux (F)



Légende

En noir : dispositifs existants - En pâle : dispositifs souhaitables

¹¹ F. Rouillon « Etude épidémiologique sur la santé mentale des personnes détenues en prison », Direction de l'administration Pénitentiaire, 2008



CONCLUSION

Le tableau que nous dressons de la psychiatrie nationale doit être nuancé. Il est vrai que nous avons appuyé sur les faiblesses de cette dernière sans peut-être suffisamment insister sur les succès remportés ces dernières années, avec la mutation du secteur vers une véritable filière de soins efficace dans le traitement aigu et de plus en plus orientée vers la réinsertion dans la cité. Même si nous atteignons les limites du dispositif, les succès demeurent remarquables dans le cas de troubles mentaux transitoires, bénins ou peu handicapants. Mais notre propos n'était pas là. En effet, dans le cas de patients dangereux, l'analyse est beaucoup moins favorable : la désinstitutionnalisation, accompagnée de l'éclatement des compétences et de leur surspécialisation, ainsi que la féminisation massive de l'institution, ont rendu la prise en charge des patients dangereux plus difficile quand elle n'est pas impossible.

La législation à venir tend à rendre plus efficient le contrôle des patients potentiellement dangereux et elle vient à point pour compléter les dispositifs supplémentaires dont les pouvoirs publics ont récemment souhaité la création. Cette législation mériterait toutefois, pour atteindre pleinement son but, d'être complétée par la possibilité d'imposer aux patients l'ensemble des traitements nécessaires.

Il manque toutefois une grande orientation nationale unifiant la prise en charge des patients dangereux ou potentiellement dangereux au sein d'un dispositif cohérent et gradué. Nous sommes conscients qu'un débat de fond s'impose sur le sujet si nous voulons à l'avenir éviter que ne se répètent trop souvent les drames sous-tendus par la récidive et la rupture de soins. La question est aussi éthique, car les professionnels comme la population sont en droit d'attendre des moyens à la hauteur de leurs missions afin de pouvoir les exercer de la manière la plus en accord avec les données récentes de la science. Si la question des moyens ne reçoit pas de réponse adéquate, nous resterons contraints aux incantations et à l'inefficacité.

Il manque toutefois une grande orientation nationale unifiant la prise en charge des patients dangereux ou potentiellement dangereux au sein d'un dispositif cohérent et gradué.

GLOSSAIRE

Sociothérapie : organisation globale du milieu thérapeutique dans ses dimensions matérielles, fonctionnelles et psychothérapeutiques répondant à une approche globale de la maladie mentale dans la collectivité. Les outils thérapeutiques utilisés s'inspirent des techniques d'amélioration des relations interpersonnelles mais aussi des techniques d'apprentissage de l'efficacité sociale. On peut citer en exemple de ces dernières techniques les thérapies familiales et de réhabilitation.

Psychothérapie : les psychothérapies regroupent l'ensemble des traitements des troubles psychiques, utilisant des moyens psychologiques et plus précisément la relation du thérapeute et du malade, que cette dernière soit directe (psychothérapie de soutien, psychanalyse) ou médiée (art-thérapie).

Chimiothérapie : traitement médical faisant appel à des traitements pharmacologiques.

Instruments actuariels : les instruments actuariels correspondent à des outils d'évaluation statistiques des risques de récidive ou de dangerosité. Ils sont basés sur des listes de critères statistiquement corrélés à des comportements à risque. Ils ne sont pas exclusivement psychiatriques mais ont avant tout une vocation criminologique.

Personnalité : la personnalité est la synthèse de tous les éléments qui concourent à la conformation mentale d'un sujet, pour lui donner sa physionomie propre. Elle résulte de la confrontation des éléments constitutifs innés, modulés par les acquis de l'histoire individuelle. Ses particularités sont l'unité et l'identité, la vitalité, la prise de conscience et les rapports entretenus avec le milieu ambiant. La personnalité assure au sujet son unité et sa constance durant son existence.

Secteur en psychiatrie (politique de secteur)

Ensemble de dispositions législatives visant à trois objectifs :

- Déconcentrer et diversifier les pôles thérapeutiques par l'éclatement des gros hôpitaux psychiatriques
- Limiter les indications de l'hospitalisation à temps plein et en réduire la durée en pratiquant au maximum les soins ambulatoires ;
- Assurer la continuité des soins ambulatoires ou hospitaliers en les plaçant sous la responsabilité d'une même équipe.

Les textes fondateurs datent de 1972 et sont complétés par la suite jusqu'en 1974.

DERNIÈRES PARUTIONS

- N°1 Réformer la procédure pénale : Audition devant la Commission Léger**
par Stéphane Maître, *avocat au barreau de Paris*
- N°2 Le projet de loi pénitentiaire : Une dangereuse révolution**
par Xavier Bebin, *criminologue, délégué général de l'Institut pour la Justice* et
Stéphane Maître, *avocat au barreau de Paris*
- N°3 Récidive et dangerosité : La rétention de sûreté, et après ?**
par Xavier Bebin, *criminologue, délégué général de l'Institut pour la Justice*,
Stéphane Maître, *avocat au barreau de Paris* et Jean-Pierre Bouchard, *psychologue et*
criminologue
- N°4 Humanisme, dignité de la personne et droits des détenus**
par Stamatios Tzitzis, *philosophe, directeur adjoint de l'Institut de Criminologie de Paris*
- N°5 Le crime incestueux : Une spécificité à identifier et à reconnaître**
par Xavier Bebin, *criminologue, délégué général de l'Institut pour la Justice*
- N°6 Proposition de réforme de l'expertise psychiatrique et de l'expertise psychologique judiciaires**
par Jean-Pierre Bouchard, *psychologue et criminologue*
- N°7 L'inexécution des peines de prison : Pourquoi tant de peines inexécutées ?
Quelles solutions ?**
par Xavier Bebin, *criminologue, délégué général de l'Institut pour la Justice*
- N°8 Le coût du crime et de la délinquance**
par Jacques Bichot, *économiste, professeur émérite de l'Université Lyon III Jean Moulin*
- N°10 Le droit d'appel de la victime en matière pénale**
Rapport du groupe de réflexion institué par l'Institut pour la Justice
- N°11 Maladie mentale, troubles de la personnalité et dangerosité**
par Xavier Bebin, *criminologue, délégué général de l'Institut pour la Justice*
- N°12 Evaluation et prise en charge des délinquants et criminels sexuels**
par le Dr Alexandre Baratta, *psychiatre, expert auprès de la cour d'appel de Metz*
- N°13 Plaidoyer pour la participation de la victime dans la procédure d'application des peines**
par Stéphane Maître, *avocat au barreau de Paris*
- N°14 Prise en charge des patients psychiatriques dangereux**
par Dr Olivier Halleguen, *Chef de service psychiatrie au centre hospitalier d'Erstein.*

À PARAÎTRE

- N°15 L'exigence du droit d'appel de la partie civile en cas d'acquiescement ou de relaxe**
par Claude MATHON, *Avocat général à la Cour de cassation*

Les études et analyses de l'Institut pour la Justice, réalisées par des experts du champ pénal, ont vocation à éclairer le débat public sur les enjeux relatifs à la Justice pénale.

Les opinions exprimées dans ces études sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement le point de vue de l'association.

Contacts :

+ 33 (0)1 70 38 24 07

Email : publications@institutpouurlajustice.com

Retrouvez l'ensemble des publications de l'Institut pour la Justice sur le site www.publications-justice.fr