

LECTURE CRITIQUE DU RAPPORT DE LA H.A.S.  
SUR LA DANGEROUSITE PSYCHIATRIQUE  
RENDU PUBLIC LE 7 JUILLET 2011

par Nicole Maillard-Déchenans, membre du G.I.A.

Que c'est beau, que c'est émouvant, comme cela soulage de lire certains passages de ce rapport (p.8) :

*“La psychiatrie est une discipline complexe qui traite de la maladie mentale, mais qui ne peut être utilisée comme un élément du contrôle social à travers la question de la dangerosité comme elle a pu l'être ailleurs à des fins de contrôle politique. Le psychiatre tire sa légitimité de ce qu'il fait toujours la part, face au patient qu'il soigne, de ce qui appartient au sujet-citoyen et de ce qui revient à la maladie mentale. La psychiatrie n'a pas vocation à être un élément de contrôle social. Elle n'est légitime que dans une perspective de soin et dans le respect des libertés. Toute confusion, tout excès dans l'interprétation de la dangerosité potentielle des personnes souffrant de troubles mentaux, toute psychiatrisation abusive des conduites dangereuses seraient des régressions majeures tant sur le plan éthique que politique.”*

Et tout de suite après :

*“La personne souffrant de troubles mentaux n'est que rarement impliquée dans une violence faite aux tiers. Elle en est le plus souvent la victime, de son fait ou de celui d'autrui ou de la société (difficultés de logement, précarité, misère économique, désengagement des aides sociales etc.)”.*

Que cela sonne juste ! Nos tripes en sont toutes retournées... Tout n'est-il pas dit en ces deux alinéas ? Si le rapport s'arrêtait là... mais non, hélas !

Essayons nos larmes et ne nous laissons pas leurrer par ce beau discours ! Allons-y voir de plus près !

Attention tout d'abord à la date de réalisation, de rédaction et de publication :

- Etude de documentation de 2005 à 2010
- Audition publique réalisée le 10 décembre 2010
- Rédaction et remise du rapport de la Commission d'audition à la HAS en mars 2011
- Publication par la HAS le 7 juillet 2011... c'est-à-dire après l'adoption définitive par l'Assemblée nationale de la loi relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.

Question subsidiaire mais pas inintéressante : qui a ordonné de repousser la parution du rapport de mars à juillet ?

La loi qui vient d'être votée instaure notamment les soins sans consentement en ambulatoire, ce contre quoi le G.I.A. a toujours pris position, de même qu'il a toujours été contre la contrainte aux soins en cas d'hospitalisation. Enfermer en psychiatrie et contenir par des moyens non chimiques, à tort ou à raison, quelqu'un pour des raisons de mise en danger réelle d'autrui ou de soi ne doit, pour le G.I.A., jamais être confondu avec donner des soins à une personne quels que soient ses troubles.

La HAS, dans son rapport, prend position claire et nette en faveur des soins sans

consentement durant une hospitalisation, mais aussi en ambulatoire (cf. pp. 29, 56 et 59 du rapport d'orientation et la recommandation n°57) : *“Certains patients sont connus pour s’inscrire en rupture de soins à répétition. Plutôt que de répéter indéfiniment la mise en place de réponses en urgence, il peut être nécessaire de poursuivre des soins sans consentement en ambulatoire (...)”*. La recommandation n°57 se poursuit ainsi : *“... , aujourd’hui dans le cadre de sorties d’essai”*, ce qui est caduque à la date de publication de ce rapport, puisque la légalisation des soins sans consentement en ambulatoire est désormais adoptée.

Que ce soit clair : cette recommandation n°57 ne fait aucune référence à la nécessité d'une décision de justice préalable à l'imposition par l'équipe soignante de ces soins sans consentement.

Pourtant, pp. 29s, pour justifier sa position sur ce point, la H.A.S. se réfère à une étude de J. W. Swanson constatant moins de violences chez des patients *“obligés de suivre un traitement pendant au moins six mois par décision de justice”*. Elle en déduit (ibidem) : *“Le traitement sans consentement permettrait de diminuer l’échappement aux soins et donc le risque de violence (...)”*, omettant, comme par hasard, le cadre judiciaire de la mesure. Décidément, à propos de ce point particulier aux conséquences aussi lourdes pour les patients, il semble que la HAS manque de rigueur et aussi de connaissance géographique, évoquant pour justifier son assertion *“un certain nombre de travaux suisses et canadiens dont ceux de Swanson”*, ledit Swanson se révélant pratiquer et enseigner en Caroline du Nord... Les autres travaux prétendument existants ne sont pas référés. Foin des erreurs sur ce point particulier ! Sur d'autres aspects de la question, quand la HAS ne dispose pas (ou n'a pas trouvé, parce que n'a pas suffisamment cherché ?) d'études suffisamment nombreuses et sérieuses, elle invoque *“l’expérience de terrain”* (p.32) ou *“l’expérience clinique”* (p.36) qui tantôt *“démontre”* (p.32) ses assertions, tantôt *“semble”* lui *“indiquer”* dans quel sens conclure (p.36)... On doit croire la HAS sur parole qui, sans sourciller, enfonce le clou (p. 59 et fin de la recommandation n°64) : *“Le recours à des soins sans consentement dans un cadre ambulatoire peut faciliter la garantie d’un cadre stable et cohérent (...)”*.

La HAS qui pourtant s'en défend (voir plus haut les citations du rapport en entrée de notre texte !), prend ainsi position en faveur du maintien de l'ambiguïté psychiatrique fondamentale et récurrente : *“La notion de dangerosité est consubstantielle du développement de la clinique psychiatrique”* (p.5). *“L’évaluation du risque de passage à l’acte violent est une préoccupation quotidienne du clinicien”* (p.8). Quelle est sa finalité, à cette psychiatrie devenue au fil du temps, selon la HAS (p. 5), une *“véritable discipline médicale”* - ce dont nous nous permettons personnellement de douter de plus en plus - ? *“Administration de police et de sûreté”*, *“service de l’ordre public”* (p.5), *“défense sociale”*, *“expertise pénale”*, *“expertise sur le passage à l’acte”*, *“contrôle de populations désignées ‘à risque’ ”* (p.6), *“mesure de sûreté”* (p.7) ? Ou *“intérêt du malade”* (p.5), *“service du soin”* ? La HAS écrit sans rire (p.5) que *“la création de l’asile”* au XIXème siècle, *“représentait l’apogée de la philanthropie médicale”* et affirme *“l’humanisme de la clinique”* en *“tension critique”* avec les *“pratiques sécuritaires”* (p.6). Elle souligne pourtant que ce sont les aliénistes et les psychiatres qui, au nom d'une *“incurabilité constatée”* (sans faire de rapprochement causal avec *“l’accumulation des malades dans les hôpitaux”*), ont répandu dans la société les notions de *“dégénérescence”* et de *“dégénéré nuisible”*, de *“danger social de la folie”*, de *“caractère dangereux de certains patients”*, voire de *“criminel-né”* (pp.5s). Il ne faudrait cependant pas

croire que la psychiatrie se confondrait depuis deux siècles avec une partie de la discipline juridique ! En matière de justice, pendant tout ce temps-là, on ne connaissait que les notions de responsabilité et d'irresponsabilité. Ce n'est qu'en 2008 que le législateur a introduit "*une référence directe à la notion de dangerosité*" dans le droit français (pp.7s)...

Attention ensuite au titre :

*"Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur"*.

Dangerosité psychiatrique ? Qu'est-ce à dire ?

La HAS reprend à son compte (p.4) les définitions suivantes de la Fédération française de psychiatrie à propos de l'évaluation de la dangerosité dans l'expertise :

- la dangerosité psychiatrique est "*une manifestation symptomatique liée à l'expression directe de la maladie mentale*",
- la dangerosité criminologique prend en compte "*l'ensemble des facteurs environnementaux et situationnels susceptibles de favoriser l'émergence du passage à l'acte*".

Cette distinction est le fait des psychiatres qui se sont complaisamment laissés mandater par les juges comme "*experts*" (p.7).

Nous avouons avoir du mal à suivre pareille distinction : la maladie mentale (si elle existe !) n'est pas une entité en soi, désincarnée, éthérée !!, mais est discernable dans des êtres humains et tout être humain est environné et en situation !!!, aucun n'existe en soi, hors tout...

L'hôpital psychiatrique est lui aussi un environnement qui a été largement et est encore trop souvent non seulement pathogène, mais meurtrier. Au décours de son rapport, la HAS elle-même émet des critiques sévères, parfois voilées, parfois même pas !, des pratiques psychiatriques actuelles en France : pp. 57s, à croire qu'elle se prend pour l'IGAS, elle énumère une liste impressionnante de mauvais fonctionnements des équipes hospitalières susceptibles de provoquer des comportements violents chez certains patients ainsi environnés !! Citons entre autres "*l'absence d'intimité*", "*une trop forte concentration de patients désorganisés*", "*programmation d'activités insuffisante*", "*manque de disponibilité et d'écoute*", "*autoritarisme et attitudes punitives*" qui font "*dérailer le processus de soin*"... Elle intitule ce long passage ainsi : "*Certaines situations institutionnelles peuvent contribuer au risque de survenue de moments de violence durant l'hospitalisation*". Ailleurs, la HAS souligne (p. 26) que des psychiatres commettent des erreurs de diagnostic ou prescrivent des traitements inadaptés ou bien trop tardifs par non repérage des signes d'appel (pp. 59s), que "*le seul jugement clinique*" reste "*aléatoire*" (p. 52). Elle dénonce (p. 29) "*un manque de rigueur clinique, un traitement inapproprié ou d'une durée insuffisante, la désinstitutionnalisation sans dispositif de soins alternatif en ambulatoire*" comme "*facteurs associés au risque de violence*", de même que les "*pseudo-alliances thérapeutiques*" qui peuvent faire illusion (p. 49 par exemple ou la note 10, p. 53). La HAS dénonce aussi (p. 40) le cloisonnement institutionnel : le "*fréquent clivage des structures de soins*" rend difficile la mise en place de traitements conjoints qui seraient pourtant indispensables, en cas d'addiction

notamment.

Si elle critique ses pairs, la HAS reste chimiolâtre (pp. 6, 29), c'est-à-dire qu'elle vante sans réserve les bienfaits des médicaments, sauf en un passage très court (p. 33) où elle évoque, tout de même !, "*certaines effets iatrogènes*", telle l'akathisie, comme facteurs de risques de survenue de comportement violent chez des patients. Mais elle ne s'interroge pas sur les causes de l'addiction aux benzodiazépines aux conséquences potentiellement criminelles (voir ci-dessous), ni sur le fait que des auteurs d'homicides souffrant d'un trouble mental prenaient un traitement psychotrope au moment de l'homicide (p. 29), elle constate simplement qu'il y a trop peu d'études sur la corrélation entre homicides et traitements psychotropes. Dans ses recommandations, elle se garde bien d'appeler à de telles études. Au contraire, elle met l'accent seulement sur les cas où les auteurs d'homicides n'avaient pas encore été reconnus comme malades mentaux et donc pas encore été psychiatrisés ou bien étaient en rupture de traitement médicamenteux (p. 29 encore) et plaide pour l'observance dans la durée dudit traitement en appliquant des soins sans consentement en ambulatoire si nécessaire.

Face à une telle intrication effective et pronée du répressif-préventif et du 'soin' (médicamenter et/ou enfermer à vie - à mort-, est-ce du soin ?), que reste-t-il de "*l'espace éthique et déontologique*" où sont censées s'inscrire les pratiques psychiatriques selon Jean-Charles Pascal (p.6), psychiatre à Antony auditionné comme expert par la HAS ? Ce dernier s'insurge avec véhémence contre le leurre du risque zéro.

Il est plus virulent que d'autres assertions du rapport qui décrivent comme un constat 'neutre', c'est-à-dire complice, une soi-disant "*évolution des mentalités*" depuis quinze ans - orchestrée par qui ?? Chut, ne le disons pas ! - vers le "*modèle néo-libéral, centré sur une volonté de réponse pénale à toute infraction (en opposition au modèle welfare, qui met en avant l'idée de soins, d'éducation etc.)*" (p.6 encore). "*Abandon du modèle d'une société paternaliste à vocation préventive et éducative, marquée par la solidarité et l'assistance*", refus de "*prendre en charge les causes collectives*" des "*déviances individuelles*" pour laisser place à l' "*obsession de la lutte contre la récidive*" et la prédictibilité de cette dernière (p.7) chez les individus qui doivent alors être neutralisés.

La complicité des psychiatres et des psychologues, acceptant d'être mandatés (et monnayés) comme experts, avec le monde judiciaire, ne les amène-t-elle pas de fait à contribuer eux-mêmes au glissement de la notion de "*facteur de risque*" à celle de "*facteur prédictif*" jusqu'à finalement celle de "*relation causale*" entre un trouble et un acte, alors qu'il ne s'agit que d'une "*corrélation*", rien de plus, parmi bien d'autres corrélations ? La HAS dénonce à juste titre ce glissement (p.11), mais aussi la confusion délibérément entretenue par les médias qui emploient des termes judiciaires et pénitentiaires pour évoquer des événements sanitaires (p.9 et recommandation n°2) :

"*Pour respecter la dignité des personnes en ne les réduisant pas à leur maladie, il convient de bannir dans les médias et la communication au sens large les termes de 'schizophrène', de 'malade mental dangereux', de 'récidive', d' 'évasion' etc. pour leur préférer les termes 'personne souffrant de troubles schizophréniques', 'moment de violence au cours d'une maladie mentale', 'rechute', 'sortie sans autorisation' etc.*"

Le mensonge néo-libéral est plus facile à faire passer par les politiques en médiatisant à outrance *“les infractions à caractère sexuel”*, fascinant ainsi les esprits. Le tour est joué ! *“Toute explication de nature économique ou sociale des actes criminels est alors écartée et le débat judiciaire se focalise non plus sur la responsabilité mais sur la dangerosité”* (p. 7 toujours). A contre-courant de l'idéologie de la société néo-libérale, la HAS rappelle fortement (p.9) l'importance extrême du social et de l'économique dans la problématique de la dangerosité : *“L'isolement total, l'absence de famille ou de référents, comme la précarité économique, les difficultés de logement, les faibles ressources constituent un facteur de risque d'exposition aux comportements de violence particulièrement élevé, majorant l'éventualité d'un abus ou d'une dépendance à l'alcool ou à d'autres substances psycho-actives, de ruptures thérapeutiques ou d'incurie.”*

Un des points forts, en effet, de ce rapport, est de répéter à l'envie, presque à chaque page, à partir d'études nombreuses, de différents pays, qu'aucun facteur de risque à lui seul n'est absolu, c'est la congruence de plusieurs facteurs, dont l'environnement socio-économique, qui, parfois, à un moment de l'histoire d'une personne, suscite de sa part des paroles ou comportements violents (p.6 et recommandation n°3).

Et surtout, la HAS martèle (p.9 et recommandation n°1) :

*“Il convient de savoir et de faire savoir auprès des professionnels, des décideurs politiques et de la population que les comportements de violence grave sont exceptionnels chez les personnes souffrant de troubles mentaux et qu'elles en sont le plus souvent les victimes principales.”*

L'objet du rapport est de le démontrer en présentant les résultats des enquêtes effectuées en divers pays concernant des personnes souffrant de troubles mentaux graves, à savoir la schizophrénie et les troubles de l'humeur, comme le titre l'indique, puisque ce sont eux qui sont stigmatisés dans les médias et la société. Les dépressifs sont inclus, car ils commettent parfois des homicides (le plus souvent de type “altruiste”, c'est-à-dire dans l'intention pathologique d'épargner des souffrances à un proche). Car la HAS rétablit aussi une autre vérité, à partir de nombreuses études, à savoir que les agressions, rares, de malades envers autrui concernent majoritairement leurs proches et non pas n'importe quel quidam inconnu dans la rue.

En effet, la HAS a le mérite - ou plutôt la perversité, car trop tard !! -, de dégonfler le ballon de baudruche d'une pseudo-dangerosité des malades mentaux agitée comme un leurre par Nicolas Sarkozy et consorts avec les médias à leurs bottes pour justifier des mesures répressives et normalisatrices de toute la population et les profits des firmes pharmaceutiques.

Il est fortement rappelé dans ce rapport (pp. 4, 6, 8s, 14, 33, 42s, 57), qu'il traite de *“l'exception, car les comportements violents ne concernent comme acteurs qu'une petite minorité de personnes souffrant de troubles mentaux, et que beaucoup plus fréquemment ces dernières en sont avant tout les victimes.”* La page 8 détaille *“la survictimation des personnes souffrant de troubles mentaux graves”*, 7 à 17 fois plus que la population générale, outre le fait que 12 à 15 % d'entre elles se suicident... La même page insiste sur le caractère très minoritaire des violences commises par des personnes souffrant de troubles mentaux : seulement 3 à 5%, tous types de violence confondus. *“La vérité documentée est que la très grande majorité des comportements violents sont le fait de sujets indemnes de troubles*

mentaux graves” (p. 43).

S’il est une autre certitude à garder à la lecture de ce rapport, c’est que *“l’abus et la dépendance à des substances psycho-actives”* est *“universellement identifié, seul ou en comorbidité, comme très fortement associé avec les conduites agressives”* (p. 43). Alcool, cannabis ou benzodiazépines : trois catégories de produits largement répandus et consommés en France... Le rapport devrait s’intituler *“Criminalité de l’abus et de la dépendance aux substances psycho-actives chez tous les citoyens français”*, car presque à chaque page est évoquée la prévalence de ce facteur dans tous les comportements violents. A titre d’exemple, nous renvoyons seulement aux pages 17, 19, 25, 31, 35, 37ss, 42s, 54 parmi bien d’autres.

*“L’existence seule d’une maladie mentale grave n’est pas associée à une occurrence plus élevée de survenue de violence (...)”* (p.39).

Les substances psycho-actives le plus fréquemment consommées chez les patients souffrant de troubles schizophréniques et ayant un comportement violent sont l’alcool (89%), le cannabis (27%) et les benzodiazépines (13%).

Quant aux patients souffrant d’un trouble bipolaire ou d’un épisode dépressif, *“plusieurs études de haut niveau de preuve permettent d’établir que la comorbidité abus ou dépendance à une substance psycho-active augmente significativement la prévalence de comportement violent”*, soit 2 à 8 fois plus (p.39). Et surtout : *“En l’absence de comorbidité abus ou dépendance à une substance psycho-active, la prévalence de comportement violent dans cette population est presque identique à celle de la population générale”* (p.39, voir aussi p. 19).

Les recommandations n° 6 à 10 et n° 46 notamment soulignent le caractère fondamental du repérage des addictions et de leur traitement prioritaire.

Face à de telles certitudes, comment la HAS et la médecine en général peuvent-elles tolérer en leur sein une discipline, la psychiatrie, depuis sa naissance tellement complice des forces de l’ordre social et de la répression politique qu’elle se focalise sur la paille invisible dans l’œil du malade mental : à savoir une dangerosité psychiatrique que ce rapport prouve être quasi-inexistante ?

Nous accusons la HAS, par le retard de publication de son rapport et par son accord explicite avec les soins sans consentement en ambulatoire sans judiciarisation préalable, d’être complice du gouvernement Sarkozy dans la concoction et la promulgation d’une loi dénoncée par tous les défenseurs des Droits de l’Homme comme liberticide.

Ecrit le 18 juillet 2011