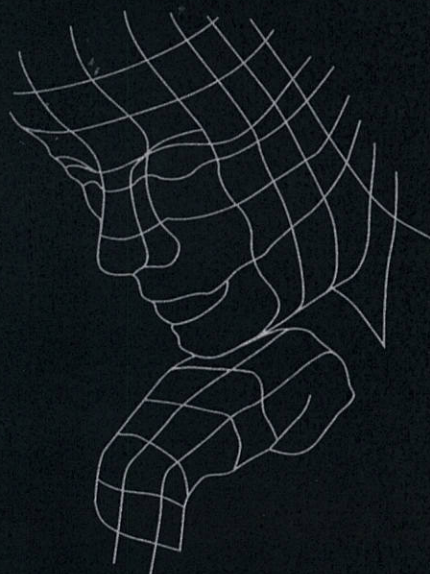


ETHICA CLINICA

Trimestriel **92** 2018

*Revue francophone
d'éthique
des soins de santé*



PB-PP1B-00118
BELGIE(N) - BELGIQUE

Périodique
P505367



*Face à la violence :
comprendre et agir*

■ Internement : Tous fous ? Tous dangereux ?

P. Shepens, psychiatre et médecin chef, Clinique de la Forêt de Soignes.

V. De Baeremaeker, psychologue et criminologue, Clinique de la Forêt de Soignes, Belgique

- “Tu fais quoi dans la vie ?”
- “Psychologue-criminologue”
- “Et tu travailles où ?”
- “Dans un hôpital psychiatrique avec des personnes internées libérées à l’essai”
- “C’est pas dangereux ça ?”

Voilà une question qui nous est couramment posée lors de rencontres ou de dîners de famille et à laquelle il est parfois difficile de répondre. Dangereux ? Pour qui ? Pourquoi ? Pour nous ? Pour eux ?

Ces questions sont le reflet d’une image socialement partagée : les fous font peur, depuis toujours. Ils inquiètent. Chacun a pu un jour faire l’expérience d’un fou qui entre dans un train, un métro et qui étale sa folie. Il crie, parle seul. Il dérange. Sa folie nous interpelle. Elle nous fait peur. Principalement car elle ne fait pas sens. C’est un mystère, on ne se l’explique pas. Et, on le sait, tout ce que l’on ne connaît pas a tendance à nous faire peur. La peur vient de l’ignorance. Le racisme en est un bel exemple.

Prenons les faits divers les plus sordides, les plus incompréhensibles. La folie semble chaque fois pouvoir justifier l’injustifiable. Comme si un acte fou ne pouvait qu’être commis par un fou. Moyen efficace de mettre à distance notre propre part sombre, notre propre folie.

7 juin 2012 - Geneviève Lhermitte, la folie d’une mère. « L’avenir »

Dans le cas de l’affaire Lhermitte, s’appuyer sur l’identité folle ou monstrueuse de Geneviève Lhermitte a permis à la population entière d’éviter de

se connecter à ses propres capacités à s’effondrer, à commettre le pire.

Et lorsque c’est le cas, lorsque c’est réellement un malade mental qui a commis les faits, alors la folie est mise en avant plan et devient une identité figée. Comme dans l’affaire d’un parricide à Pau¹.

14 novembre 2012 - Le schizophrène qui a tué son père face à la justice à Pau. « La République des Pyrénées ». Ici, Ludovic Vicente n’est plus qu’un schizophrène. Son identité se fige sur cette maladie dont il souffre. Il n’est plus rien d’autre que cela, un fou. Un fou dangereux.

La folie donne un sens à la dangerosité : lorsque quelqu’un est dangereux il est forcément fou, et inversement un fou est nécessairement dangereux. Dans un contexte sociopolitique où la sécurité est une valeur montante, les fous dangereux n’ont pas bonne presse. Les médias s’en donnent à cœur joie, les séries sur les fous dangereux ont un incroyable succès, bref cette vérité se construit et s’affirme : folie et dangerosité vont de pair.

Pourtant, quitte à en décevoir certains, « Esprit Criminel » ne fait pas écho à notre pratique. Loin de Quantico et des Unités Spéciales, notre réalité de terrain est tout autre. Il s’agit d’accompagner des personnes malades mentales tout justes sorties de prison. Et même si cette réalité semble plus sobre, une vraie question persiste : sont-ils réellement dangereux ? Et puis sont-ils fous ? Bref sommes-nous fous de vouloir travailler avec des présumés “fous-dangereux” ?

« Entre la maladie mentale, le choc de l’incarcération, les éventuelles modifications de traitements et le stress de cette attente, les prévenus sont dans un état mental peu propice à une expertise sereine. »

1. En 2012, Ludovic Vicente avait frappé son père à mort avant de faire brûler le corps dans une cheminée.

2. Parole d'interné

3. L'Observatoire International des Prisons

4. Loi du 1 juillet 1964 de défense sociale à l'égard des anormaux et des délinquants d'habitude

5. Loi relative à l'internement du 5 mai 2016

Il m'a interné ce fou !²

Etre au regard de la loi « fou » et « dangereux », qui décide ? C'est à l'expert psychiatre que revient la tâche délicate d'évaluer l'état mental et la dangerosité de l'inculpé.

Pour ce faire, cet expert rencontre le justiciable et a pour mission de répondre à certaines questions : la personne était-elle atteinte d'un trouble mental ? Y-a-t-il un lien causal entre le trouble mental et les faits ? Y-a-t-il un risque de commettre de nouvelles infractions ? Y-a-t-il des possibilités de soins en vue d'une réinsertion ?

Très peu de médecins psychiatres acceptent de travailler comme expert. Ainsi, le dernier rapport de l'OIP³ relevait qu'à Bruxelles (arrondissement représentant environ un quart des affaires pénales traitées sur l'ensemble du territoire), la quasi-totalité des expertises psychiatriques était réalisée par moins de cinq psychiatres différents. Débordés par le nombre de demandes qui leurs sont adressées et assez mal payés, les experts psychiatres ont souvent beaucoup de difficultés à effectuer des expertises dans des délais raisonnables. Lorsque, enfin, le prévenu reçoit la visite de l'expert, il est la majorité du temps assez inquiet. En effet, étant prévenu que cette visite va avoir lieu, la personne attend dans sa cellule parfois plusieurs semaines la venue de ce médecin qui aura à ses yeux le « pouvoir » de décider de son sort. Il ne s'agit donc pas de faire mauvaise impression. Et pourtant, entre la maladie mentale, le choc de l'incarcération, les éventuelles modifications de traitements et le stress de cette attente, ces prévenus sont dans un état mental peu propice à une expertise sereine.

Sous l'ancienne loi⁴, le constat des expertises psychiatriques était bien souvent désolant : l'état mental de l'inculpé était évalué après une seule et unique

rencontre, la majorité du temps très brève (souvent moins d'une heure et parfois à peine 10 minutes). Il est même déjà arrivé qu'un expert se contente de téléphoner aux proches du prévenu sans même prendre le temps de le rencontrer.

Parmi les modifications apportées par la nouvelle loi sur l'internement⁵, certaines concernent des aménagements en vue d'une meilleure rémunération des experts, du respect du contradictoire, de la mise sur pied d'une procédure d'agrégation des experts.

Il nous paraît important de souligner qu'à partir du moment où c'est un expert qui détermine l'état mental de la personne à juger, on peut aisément comprendre la distinction qui existe entre les notions de « malade mental » et d'« interné ». En effet, la notion de malade mental est **médicale** tandis que la notion d'interné est **juridique**. Deux mondes très différents qui ont beaucoup de difficultés à se rencontrer et à parler un seul et même langage. Tous les malades mentaux ne sont pas internés (même ceux qui ont commis des faits) et tous les internés ne sont pas malades mentaux. Autrement dit, tous les fous ne sont pas dangereux et tous les gens décrétés dangereux, ne sont pas forcément fous !

Les dingues et les paumés... Tous dangereux ?

« Si le fou prévient d'un danger, fuyez. »
Proverbe Téké

En effet, un peu moins naïf qu'à notre commencement, nous refusons de véhiculer l'idée selon laquelle les internés sont tous des bisounours victimes d'un système sécuritaire qui les contraint à tort. Outre la dangerosité liée aux passages à l'acte (parfois violents) en

période de décompensation chez les patients psychotiques, une minorité présente en avant plan des troubles de la personnalité parfois réfractaires aux soins en milieu ouvert tel que nous les proposons.

Toute une série de tests existe, ils visent à évaluer tant la dangerosité actuelle que le risque de récurrence. Les résultats aux tests, l'histoire du patient et son comportement dans les annexes psychiatriques des prisons nous donnent généralement un aperçu du degré de dangerosité de la personne, mais juste un aperçu. Le risque zéro n'existe pas, c'est d'ailleurs ce qui alimente la logique sécuritaire : on est jamais certain donc ne prenons pas le risque et enfermons !

Toute une série de facteurs influencent le risque de passage à l'acte violent et ce peu importe que vous souffriez d'un trouble mental : l'âge, le sexe, le niveau socio-économique, l'abus de substance, un passé violent,...

Si on en revient à notre réalité hospitalière, la question du danger peut se poser à trois moments clés : la demande d'admission, le déroulement de l'hospitalisation et la sortie du patient. A chacun de ces moments, l'équipe tente de rencontrer l'humain derrière l'acte commis. Riche de notre identité de soignant, nous avons probablement trop tendance à éviter l'acte pour nous concentrer sur l'histoire du patient. Or, dans notre constante remise en question, il nous semble important de s'arrêter quelque peu sur l'acte commis comme indice inéluctable de la dangerosité, permanente ou ponctuelle, de la personne. « Si vous voulez comprendre l'artiste, vous devez regarder sa peinture »⁶

A ce stade, l'envie de rebondir sur les propos de Michel Hock⁷ nous anime.

Faisons un peu l'éloge du risque⁸. Le risque comme moyen de rencontrer l'autre en sortant de nos certitudes de soignants. La peur, l'angoisse que peut susciter la folie et la dangerosité nous pousse à plus de sécurité. Oser le risque de la rencontre comme alternative à cette panique, c'est « rendre possible l'espace de soin »⁹. Car plus on cherche la sécurité, moins on laisse d'espace à la liberté, celle de rencontrer l'autre. Dès lors, dans notre pratique quotidienne, il s'agit de surfer entre diverses rencontres : celle du patient, de la maladie, de l'acte et surtout de l'humain qui réunit ses trois aspects. Trouver une juste position pour être capable de soigner l'autre dans sa réalité, et cela amène parfois au constat que, pour certains, leur place est en prison.

Quelques chiffres semblent utiles¹⁰

De 85 à 97 % des agresseurs ne sont pas des malades mentaux.

Plus de 90% des patients ayant été hospitalisés en psychiatrie ne sont pas violents.

Le pourcentage d'actes de violence attribuable aux malades mentaux est estimé entre 3 à 5%, ce qui signifie que si on arrivait à éradiquer la violence liée aux troubles psychiatriques, 95 à 97 % des actes de violence continueraient d'être perpétrés.

Les individus souffrant de troubles mentaux graves sont 4 à 7 fois plus souvent auteurs de violences que les individus sans trouble mental, mais ils ne sont que rarement auteurs d'actes de violence grave : environ un homicide sur 20 actes de violence, voire un homicide sur 50 (soit 2 à 5% des homicides).

« *Le risque comme moyen de rencontrer l'autre en sortant de nos certitudes de soignants.* »

6. "Mindhunter", John DOUGLAS, Mark OLSHAKER, Edition Michel Lafon, octobre 2017.

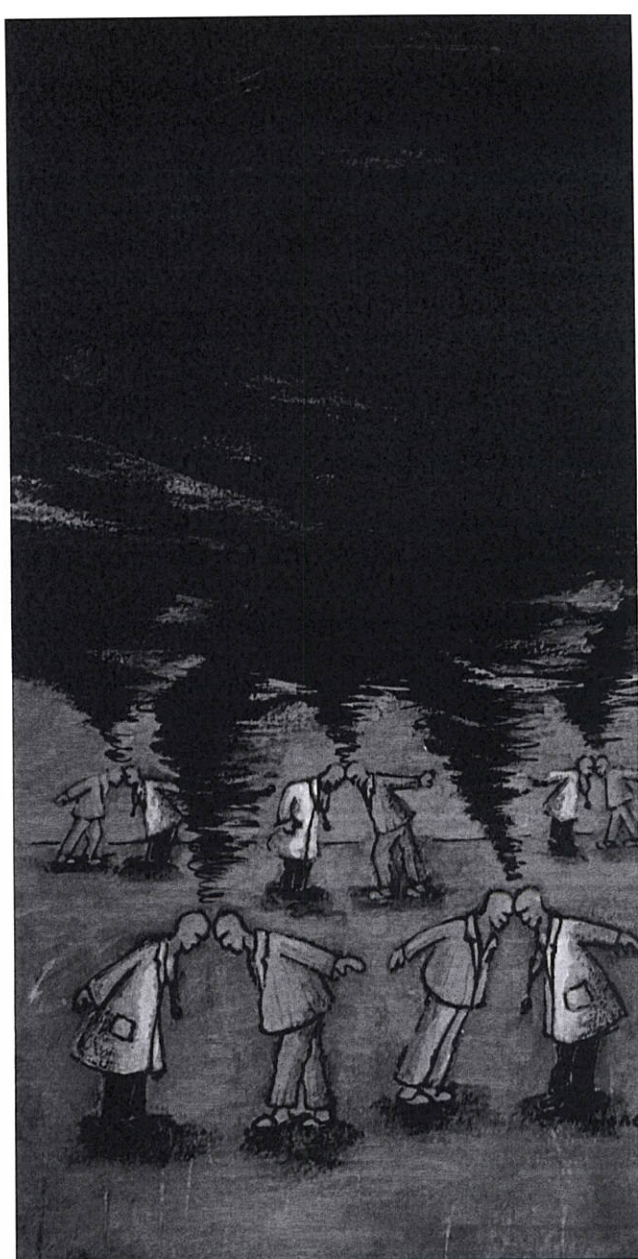
7. Fondateur et responsable du traitement thérapeutique au sein de *La Devinière*, lieu de soin alternatif axé sur l'absence de surmédication.

8. Michel Hock, « Apologie du fu-nambule », in Marcel Sassolas, *L'éloge du risque dans le soin psychiatrique*, ERES « Hors Collection », 2006.

9. Idem

10. « Risque de violence et troubles mentaux graves », J.-L. DUBREUCQ, C. JOYAL, F. MILAUD, *Annales Médico Psychologiques*, Octobre 2005.

- n° 27 *Les droits du patient : un plus pour les prestataires de soins ?*
- n° 28 *Soigner le grand-âge ?*
- n° 29 *La grande prématurité*
- n° 30 *Soignants/soignés : attentes et projections réciproques ?*
- n° 31 *Les services d'urgence au carrefour des problèmes éthiques*
- n° 32 *L'euthanasie, un an après la loi belge*
- n° 33 *La place du « psy » dans les institutions de soins*
- n° 34 *La contention*
- n° 35 *La souffrance des médecins et des soignants*
- n° 36 *Pertinence et pièges de l'éthique*
- n° 37 *Les familles des patients (1^{re} partie)*
- n° 38 *Les familles des patients (2^e partie)*
- n° 39 *Faut-il redéfinir l'éthique de la recherche médicale ?*
- n° 40 *Les patients indésirables*
- n° 41 *La procréation médicalement – et éthiquement ? – assistée*
- n° 42 *Les médecines complémentaires à l'hôpital*
- n° 43 *Les soins aux patients déments*
- n° 44 *Quelle place pour la spiritualité dans les soins ? (épuisé)*
- n° 45 *Le suicide, un enjeu éthique ?*
- n° 46 *L'économie de la santé a-t-elle une âme ? (1^{re} partie)*
- n° 47 *L'économie de la santé a-t-elle une âme ? (2^e partie)*
- n° 48 *Les droits du patient en question*
- n° 49 *La multiculturalité : un défi pour la médecine occidentale*
- n° 50 *Face au diagnostic inattendu*
- n° 51 *L'invention des maladies*
- n° 52 *La chirurgie*
- n° 53 *L'informatique au cœur des soins*
- n° 54 *La responsabilité sociale de l'hôpital*
- n° 55 *Le temps dans les soins*
- n° 56 *Le handicap mental*
- n° 57 *La négociation dans les soins*
- n° 58 *La prévention*
- n° 59 *Evaluer la qualité des soins ?*
- n° 60 *Volontaires auprès des patients*
- n° 61 *La greffe, d'un corps à l'autre*
- n° 62 *Fragilité, vulnérabilité : un nouveau paradigme éthique ?*
- n° 63 *Soigner la nuit*
- n° 64 *Pour ou contre la désinstitutionalisation des personnes handicapées mentales ?*
- n° 65 *Evaluer et renforcer les capacités des patients*
- n° 66 *Soigner contre la volonté du patient ?*
- n° 67 *L'humour a-t-il sa place dans la relation de soin ?*
- n° 68 *Former des experts en éthique ?*
- n° 69 *Histoires d'euthanasies*
- n° 70 *Plus de normes... pour mieux soigner ?*
- n° 71 *Face à l'erreur médicale*
- n° 72 *La mort : quelles définitions pour quels usages ?*
- n° 73 *En maison de repos comme chez soi ?*
- n° 74 *Quels nouveaux défis pour la pédiatrie ?*
- n° 75 *Face à la personne handicapée en souffrance*
- n° 76 *Face à l'incertitude*
- n° 77 *Et si l'autonomie était une illusion ?*
- n° 78 *Tout est-il permis pour lutter contre le risque d'épidémie ?*
- n° 79 *Quelle place pour l'art-thérapie dans les institutions de soins ?*
- n° 80 *De l'informatique à la robotique*
- n° 81 *La médiation en question*
- n° 82 *La loi ou le bon sens éthique : quand il faut choisir*
- n° 83 *Quand l'entourage du patient fait problème*
- n° 84 *Le juste temps dans les soins*
- n° 85 *Care, biopolitique et transhumanisme*
- n° 86 *Les réseaux de soins*
- n° 87 *Peut-on (se) soigner sans prendre des risques ?*
- n° 88 *L'accréditation : une opportunité à saisir ?*
- n° 89 *Le patient partenaire (1^{re} partie)*
- n° 90 *Le patient partenaire (2^e partie)*
- n° 91 *Le sens au cœur du travail*
- n° 92 *Face à la violence : comprendre et agir*



Octobre - Novembre - Décembre
Bureau de dépôt - Monscron

Trimestriel publié à l'initiative de
l'Union des Soins de Santé (UNESSA)
a s b l

