

RENCONTRE M^{me} BUZYN ET LES REPRÉSENTANTS DE LA PSYCHIATRIE PUBLIQUE

EDITORIAL

Initialement prévu à la suite des déclarations de M. COLLOMB, Ministre de l'Intérieur sur le terrorisme et la psychiatrie, et du malaise persistant de la psychiatrie publique, Mme BUZYN, Ministre de la Santé a convié le 18 décembre 2017 les représentants de cette discipline à une rencontre qui a duré un peu moins de deux heures.

Nos représentants ont souligné la grave crise qui touche la psychiatrie publique, au premier rang desquels le secteur de psychiatrie.

Cette crise est démographique (la désertification de la psychiatrie perdure et s'amplifie, la carrière n'attire plus personne, ni les médecins ni le personnel paramédical, et on assiste même à une fuite de l'hôpital par beaucoup de collègues chevronnés), elle est institutionnelle, avec la perte des responsabilités des médecins dans les hôpitaux et la mise en place de grands pôles.

Elle est financière. Cette crise financière touche toute la psychiatrie publique. Elle est suraiguë en CHG, CHU et dans les GHT polyvalents, du fait d'une hémorragie de ses moyens vers d'autres priorités.

L'IDEPP et Convergences-HP (l'alliance de la CMH et du Snam-HP) réclament d'abord et avant tout une sanctuarisation de moyens de la psychiatrie publique.

Elle demande aussi la généralisation des CPT (Communautés Psychiatriques de Territoire), avec des valences et des budgets.

Elle demande aussi le renforcement du Comité de Pilotage de la psychiatrie au niveau central.

Par ailleurs, l'IDEPP et Convergences-HP dénoncent une fois de plus la pratique malthusienne des autorités concernant la pédopsychiatrie et surtout la place de la pédopsychiatrie universitaire qui voit ses effectifs fondre de façon alarmante.

Sur tous ces sujets, Mme la Ministre BUZYN s'est montrée attentive et pleine de bonnes intentions affichées. Elle a réaffirmé son désir de prioriser la psychiatrie, sanctuariser ses moyens, ouvrir de nombreux chantiers, promouvoir les CPT et le COPIL de psychiatrie et attacher une attention toute particulière à la pédopsychiatrie.

Nous restons vigilants, et nous tiendrons la profession au courant de tous ces développements.

Nous publions par ailleurs ci-après une mise au point synthétique que nous avons remise à la Ministre sur le problème sensible de la radicalisation (radicalisation et psychiatrie).

Docteur Stéphane BOURCET
Docteur Norbert SKURNIK



RADICALISATION ET PSYCHIATRIE

Dr Catherine
BOITEUX

Pour beaucoup, la représentation du fou, du malade mental, du malade psychiatrique est fortement corrélée à l'idée d'actes violents dont l'acte terroriste ainsi que la radicalisation. La tentation est donc forte et très certainement séduisante, de penser que les psychiatres et les soins psychiatriques pourraient répondre à cette problématique, la folie terroriste en quelque sorte.

Arrêtons-nous tout d'abord sur la **notion de dangerosité**. Les commissions d'auditions publiques HAS de 2007 sur l'expertise pénale et de décembre 2010 sur la dangerosité psychiatrique permettent de poser un cadre de définitions distinguant la dangerosité psychiatrique, « manifestation symptomatique liée à l'expression directe de la maladie mentale » de la dangerosité criminologique « liée de multiples facteurs qui n'ont aucune relation avec une quelconque pathologie ». Si la dangerosité psychiatrique est un symptôme clinique connu de longue date par les psychiatres, intégré au champ de la discipline, la dangerosité criminologique est liée à des facteurs environnementaux et situationnels susceptibles de favoriser l'émergence du passage à l'acte, facteurs insensibles aux seuls soins psychiatriques. Depuis la fin des années 1980, les non lieux pour irresponsabilité pénale représentent moins de 1% de l'ensemble des personnes mises en examen. Les sujets souffrant de trouble psychiatrique sont le plus souvent victimes de crimes ou délits ainsi la prévalence des crimes violents à leur rencontre est près de 12 fois plus importante pour la population générale.

Les sujets souffrant de maladies psychiatriques, notamment pour celle souvent citée qu'est la schizophrénie, peuvent souffrir certes de délire, mais aussi de désorganisation psychique et de symptômes dits négatifs. Ces expressions symptomatiques sont à l'origine de grandes difficultés d'insertion socioaffective allant de l'isolement au handicap notamment professionnel voir à une perte d'autonomie au quotidien. Il est ainsi souvent difficile pour ces sujets de s'inscrire dans un groupe quel qu'il soit. Le risque de comportement violent chez les patients souffrant de maladie psychiatrique est lié à des facteurs connus : rupture de traitement psychotrope, perte du lien social, prise de substances psychoactives, antécédents de violences subies et symptômes plus spécifiques de certaines pathologies. Ces éléments sont en faveur de la préservation de soins spécialisés, de qualité, existant en proximité, accessibles aux patients et leur entourage et articulés à l'ensemble du dispositif de soins ainsi qu'aux partenaires sociaux voire médicosociaux.

En matière de radicalisation et de terrorisme, les différentes revues de la littérature ainsi qu'un large consensus soutiennent l'absence d'altération psychiatrique des personnes en question.

En matière de radicalisation et de terrorisme, les différentes revues de la littérature ainsi qu'un large consensus soutiennent l'absence d'altération psychiatrique des personnes en question. En effet comme évoqué ci-dessus, un sujet souffrant d'une maladie psychiatrique pourrait être trop bruyant pour un groupe organisé visant à perpétuer un acte violent terroriste. Sa désorganisation psychique entraverait l'investissement cohérent de la cause et l'envahissement symptomatique serait à risque vis-à-vis de la discrétion nécessaire à de telles actions. Par contre, certains facteurs psychologiques favorisant peuvent être identifiés dans le processus de radicalisation: sentiment de discrimination de sa communauté, ressenti négatif à l'origine d'engagements politiques tels que ceux des djihadistes, chocs moraux devant le massacre ou maltraitance de groupes



humains liés à la communauté, fort sentiment de mal être mais aussi quête d'une reconnaissance individuelle à travers l'incitation à l'engagement et dimension complotiste ; enfin il faut souligner l'importance de la pression du groupe sur l'engagement. La pensée du groupe renforce la croyance en la légitimité de la cause soutenue et soutient donc le recours à certains actes. L'activisme du groupe, pour sa part, renforce la dépendance de l'individu au groupe. Les motifs d'engagements retrouvés par différentes études sont du ressort social relevant d'une recherche d'idéal (de soi, du monde, d'un groupe ou

communauté) ou d'une fuite vers un mode supposé meilleur. La radicalisation notamment des adolescents et des jeunes adultes ne constitue pas ainsi une psychopathologie à part entière. Néanmoins, elle touche des personnes plus fragiles du point de vue psychopathologique, fragilité protéiforme, multifactorielle. L'engagement est considéré alors par le sujet comme une réponse à la problématique psychique interne, une issue sociale et politique. Les réponses sont donc plurielles, engageant avant tout la sphère politique et sociale.



Dr Stéphane
BOURCET

DANGEROUSITÉ, RAPPEL

Comme le rappelle M. BENEZECH, des critères criminologiques sont étroitement associés aux éléments médico-psychologiques d'un état dangereux. Ce sont des facteurs généraux de délinquance qui constituent des prédicteurs criminologiques : milieu familial perturbé et abusif, éducation permissive et froide, échec scolaire, précocité de la délinquance, sexe masculin, addictions, tendances agressives, immaturité, instabilité et inadaptation socio-familiale.

Ainsi, la probabilité de commettre un acte délictueux, quel qu'il soit, est en relation étroite avec ces facteurs. Toutefois, au-delà, de ces facteurs prédictifs, il faut garder à l'esprit que l'évaluation de l'urgence d'un état dangereux est une notion subjective, car cet état est transitoire et repose sur trois critères : la personnalité, le contexte et le comportement des personnes qui entourent le sujet. Divers facteurs de risque sont mentionnés dans la littérature internationale. Cependant, comme le rappellent CAILLAT et al., il ne s'agit en aucun cas d'une relation causale et leur présence ne permet en aucun cas de prédire la survenue d'un passage à l'acte. Concernant, la survenue d'actes violents chez des malades mentaux, elle est souvent le fait de la rencontre entre une pathologie et une situation donnée. Cependant on peut isoler certains critères de dangerosité : le sexe masculin, la jeunesse, la prise de



DANGEROUSITÉ, RAPPEL

▶▶▶ toxique, les faibles capacités intellectuelles, la présence d'hallucinations avec injonction, la tension anxieuse importante, les antécédents d'actes antisociaux, les tentatives de suicide grave, le sadisme sur les animaux dans l'enfance.

Parmi l'ensemble des patients présentant un trouble mental, un risque plus élevé d'agression physique concerne spécifiquement un sous-groupe de ceux-ci ayant une ou plusieurs des caractéristiques suivantes: antécédents de violences, non observance de la médication antipsychotique et du suivi, abus d'alcool ou de drogue, fantasmes violents, lésions cérébrales et symptomatologie psychotique aiguë. Rappelons que ce sous-groupe est très faible et que, selon les études, de 85 à 97% des agresseurs ne présente pas de pathologie mentale.

IDEPP



PRÉSIDENT :

Stéphane BOURCET



VICE-PRÉSIDENT :

Norbert SKURNIK



SECRÉTAIRE GÉNÉRAL :

Alain MERCUEL



SECRÉTAIRE ADJOINT :

Catherine BOITEUX



TRÉSORIER :

Gilles VIDON

BULLETIN DE COTISATION 2018

NOM : _____

PRÉNOM : _____

Adresse Postale : _____

Téléphone : _____

Adresse Electronique : _____ @ _____

- 120 € pour PH temps plein 30 € pour médecins honoraires
 60 € pour PH temps partiel et assistants 200 € (ou plus) pour cotisation de soutien
 50 € pour vacataires et internes

Chèque à libeller à l'ordre de l'IDEPP et à retourner au trésorier

Docteur Gilles VIDON – Hôpitaux de Saint-Maurice – 12/14 rue du Val d'Osne - 94410 St Maurice