



« Entre réhabilitation et enjeux sécuritaires »
Conférence-débat du Pr Philippe Rey-Bellet (16/04/2018)

En guise d'introduction à ce thème, le Pr Philippe Rey-Bellet, Médecin-chef de département de l'adulte au Centre Neuchâtelois de Psychiatrie, pose une question « Qu'est-ce que la psychiatrie ? » et une autre, sous-jacente : « Est-ce qu'on doit répondre à la malaise sociale ? »

Il suggère qu'il y a dans la société actuelle une tendance à donner beaucoup de rôles aux psychiatres. La psychiatrie intègre des domaines aussi variés que la sociologie, la psychologie, l'anthropologie, la criminologie... Mais le risque est de glisser vers le concept de santé mentale qui est flou aujourd'hui. L'inflation des désordres mentaux dans la DSM indique une perte d'étanchéité entre les désordres mentaux et les désordres sociaux.

« On nous demande souvent d'intervenir dans le champ social, par exemple sur le risque de dangerosité. Mais nous ne pouvons donner qu'une réponse très partielle à cela. D'autre part, nous sommes aussi là pour protéger les droits des malades. »

Pour le Pr Rey-Bellet, la psychiatrie est surtout une discipline clinique médicale. En dépit des nouveaux développements importants, il faudrait rester solidement basé sur le passé, sur l'histoire de la psychiatrie.

Le rétablissement/ « recovery » :

On a commencé à mettre l'accent sur ce concept après la désinstitutionalisation des soins psychiatriques dans les pays anglo-saxons. Le rétablissement/recovery peut être compris comme un « **aller mieux** », ce qui est différent de la guérison. « Aller mieux » implique que la maladie est toujours présente mais n'exclut pas la possibilité d'une guérison ultérieure. Pour cette raison, le Pr Rey-Bellet préfère au terme rétablissement/recovery qui semble exclure la guérison et n'est ainsi « pas très encourageant ».

Plusieurs questions ouvertes se posent par rapport au rétablissement : qui décide si le patient est rétabli ? Qui décide si la maladie est non-guérissable ? Qui décide de la durée de l'accompagnement ?

Le courant de rétablissement a eu des suites positives, notamment dans l'accent sur le dialogue patients-professionnels-proches. « La notion de rétablissement nous pousse à travailler avec le secteur social, vers la psychiatrie communautaire. La psychiatrie ne doit ni démissionner de sa responsabilité ni perdre confiance dans le savoir médical. » Elle ne doit pas, par exemple, arrêter la recherche pour de meilleurs traitements...

L'aspect sécuritaire :

Le recours à la contrainte reste fréquent en psychiatrie. Les réformes de 2013 du droit civil suisse ont ouvert des brèches dans la protection des libertés de la personne. Avant la légalisation du **PAFA**, le traitement sous contrainte y compris lors de l'hospitalisation contre le gré du patient n'était pas autorisé, ce qui est le cas désormais.

Des décisions à cet égard se basent souvent sur un jugement de la capacité de discernement du patient. La psychiatrie est la seule discipline médicale censée décider là-dessus ! Or, cette capacité est variable ! La décision du Conseil fédéral a été influencée par les témoignages des proches, voisins etc. qui semblent montrer que la capacité de discernement PEUT être entamée. « Dans certains cas, suivre les vœux exprimés par les patients qui refusent leurs traitements peut être un déni de ou simplement prolonger leurs souffrances. Ce n'est pas

éthique ! »

Par rapport à la contrainte en psychiatrie, le principe du secret médical a été un peu mis en cause dans des affaires récentes. Quand le danger possible est connu, le responsable médical doit passer outre, mais toujours dans le cadre légal !

L'évaluation de la dangerosité est cruciale. Et c'est souvent le psychiatre qui doit faire cette évaluation sur la probabilité de récurrence. Or, la récurrence n'est pas une notion psychiatrique. « Nous sommes très mauvais là-dedans ! »

Il y a par conséquent un risque de dérive judiciaire. Un jugement de dangerosité peut par exemple empêcher un patient de sortir de l'hôpital même si cela n'est pas justifié par son état de santé mentale.

Par rapport à l'enfermement à l'hôpital pour assurer les soins au patient, « il y a d'autres méthodes de les assurer » aussi bien à l'intra- qu'à l'extra-hospitalier. « Il n'y a pas d'ailleurs plus de fugues ou de suicides quand un hôpital est ouvert que quand il est fermé, mais le climat est meilleur dans l'hôpital ouvert et il y a moins de violence. »

« Nous avons donc besoin d'un cadre éthique pour toutes les décisions cliniques car le respect d'un cadre médico-légal ne permet pas toujours de garantir une position respectueuse des patients. Et il faut surtout garder une capacité de dialogue permanent entre professionnels de la santé mentale, patients et proches! »