

**Institut d'Enseignement et de Promotion Sociale
de la Communauté Française**

Rue Saint-Brice, 53,
7500 Tournai

SECTION : Formation d'infirmier en santé mentale et psychiatrie

**SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES APPLIQUEES AU
CHAMP DE LA SANTE MENTALE ET DE LA
PSYCHIATRIE**

Cours appartenant à l'U.E. 2 (3)

APPROCHES MÉTHODOLOGIQUES SPÉCIALES

Jean-François LALLEMAND.

 jfl@lereservoir.eu

Formation d'infirmier en santé mentale et psychiatrie : Sciences humaines et sociales appliquées au champ de la santé mentale et psychiatrie

PROGRAMME

L'étudiant sera capable :

- ◆ de définir les principaux concepts de psychologie clinique ;
- ◆ d'identifier et interpréter les éléments de droit et législation spécifiques à la psychiatrie ;
- ◆ d'identifier l'impact du contexte et de la politique de santé en matière de soins aux patients en psychiatrie ;
- ◆ d'identifier les spécificités de la communication en psychiatrie en fonction des pathologies les plus courantes.

CAPACITES TERMINALES / ACQUIS D'APPRENTISSAGE

Pour atteindre le **seuil de réussite**, à partir d'une situation concrète de soins en milieu psychiatrique choisie par le chargé de cours, l'étudiant sera capable :

- ◆ d'identifier les besoins du patient concerné dans différents aspects : fonctionnels, psychologiques, sociaux, culturels et somatiques

Pour la détermination du **degré de maîtrise**, il sera tenu compte des critères suivants :

- ◆ la qualité de l'expression orale et/ou écrite,
- ◆ la précision du vocabulaire utilisé,
- ◆ la cohérence de l'argumentation.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- American Psychiatric Association DSM V – Critères diagnostiques (Washington DC, 2013), Traduction française par J-D. Guelfi & al., Masson, 2018
- BANDLER R., GRINGER J., Les secrets de la communication, Ed. "Le Jour", 1982
- BERGERET J., La personnalité normale et pathologique, Dunod & Bordas, 2003 (3^{ème} édition)
- BERGERET J. & al., Abrégé de psychologie pathologique, Masson, 2008 (10^{ème} édition)
- MARIAGE O. Les maisons médicales à l'ère du 'psy 107', Revue - Santé conjugquée, mars 2015
- MEUNIER J-P., PERAYA A., Introduction aux théories de la communication, De Boeck, 1993
- SCHEPENS P., DE BAEREMAEKER V., Petit essai impertinent sur l'internement - l'expérience de la forêt de Soignes, L'Harmattan Academia Pixels, 2018
- TOSQUELLES F., Le travail thérapeutique en psychiatrie, Edition Eres, 2009
- TRAUBE P., Psychothérapie : voyage au cœur de soi, Decitre, 2005
- VAN DE KERKHOVE M., Les avatars de la loi belge de défense sociale : le changement dans la continuité, Revue Déviance et Société, 2010/4
- WIDLÖCHER D., Traité de psychopathologie, Grands traités, 1994

PLAN DE COURS

I. Concepts de psychologie clinique et notions de psychopathologie

1. Définitions, concepts différentiels et champs d'application
 - Vers une définition de la santé mentale
 - Normal et pathologique
 - Définitions et caractéristiques différentielles
 - Les aspects socio-culturels de la maladie mentale
 - Zoom sur la psychologie clinique
2. Allégorie des trois maladies : peste, lèpre et tuberculose
Zoom sur la théorie de Jean BERGERET : notions de structuration

II. Eléments de droit et de législation spécifiques à la psychiatrie

1. Rapide synopsis de la législation
2. La loi de protection de la personne des malades mentaux
 - Procédure courante – procédure d'urgence
 - La mise en protection
3. La loi de défense sociale
 - L'internement et les lieux d'internement
 - Les circuits de soins pour internés
4. La personne et son patrimoine
 - Zoom sur l'administration provisoire
 - Les cas pratiques

III. Politique de santé en matière de soins en psychiatrie

Vers les réseaux et circuits de soins
Le Projet 107
Epidémiologie de la maladie mentale et prévention

IV. Notion de communication en psychiatrie

L'approche des psychothérapies :

- | | |
|--|--|
| (1) la psychanalyse | (5) l'analyse transactionnelle ou AT |
| (2) les méthodes de relaxation et sophrologie | (6) la programmation neuro-linguistique ou PNL |
| (3) la thérapie comportementale | (7) l'approche systémique |
| (4) la thérapie non directive de type rogérien | |

I. Concepts de psychologie clinique et notions de psychopathologie

1. DEFINITIONS, CONCEPTS DIFFERENTIELS ET CHAMPS D'APPLICATION

La *psychopathologie* plonge ses racines dans l'Antiquité : philosophes grecs et médecins arabes travaillaient à comprendre le fonctionnement mental et rendre la médecine plus objective, plus scientifique. En effet, les Grecs tentent notamment d'établir un lien entre l'humeur et les organes du corps (le mélancolique se caractérise par la bile noire, le colérique par la bile jaune).

Cette ambition fut oubliée lors des périodes d'obscurantisme religieux en Occident durant le Moyen-Age : la *maladie mentale* est vue alors comme une 'maladie surnaturelle' à travers les 'possédés' et les 'sorciers'. Mais la volonté d'une médecine raisonnée ressuscita lors de la Renaissance. A ce moment, il est admis que la pathologie mentale entraîne une *souffrance* menaçant la vie psychique, alors que la pathologie générale menace la vie organique et peut entraîner la mort.

Sur ces bases se construit la *psychiatrie*, puis ce qui allait devenir un peu plus tard, la *psychopathologie*. Ph. PINEL (1745-1836), reconnu comme le médecin aliéniste précurseur de la psychiatrie, crée le premier *système nosographique* des maladies mentales en 1793. Cette discipline étudie les *troubles mentaux*, une définition à la fois simple et complexe : normal et pathologique se chevauchent, le trouble mental apparaît comme un concept aux limites floues.

Au XIX siècle, la psychiatrie consiste en la description de tableaux cliniques et d'évolutions typiques, soit le schéma indispensable à l'*observation*, le *diagnostic* et le *pronostic* des troubles mentaux. Au XX siècle, l'*asile d'aliénés*, soit un lieu où sont enfermées les formes presque fatales de maladies mentales, laissera place à l'*hôpital psychiatrique*, soit un organisme de soins destinés à guérir... La notion de *syndrome* est exploitée : la typicité de structure et d'évolution relève d'étiologies diverses ! Ainsi l'ulcère à l'estomac connaît des causes diverses comme le stress, la mauvaise alimentation, la perte d'un emploi, ... La maladie mentale prend ainsi un caractère plus dynamique et plus personnalisé, ce qui illustre la *conception psychodynamique et/ou psychogénétique*.

Que tenter pour définir la psychopathologie? L'approche descriptive des classifications anglo-saxonnes, rigides et néanmoins pratiques comme à travers le DSM V (abréviation anglaise *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) ? Ou une approche plus souple, plus empirique, et donc difficile à cerner ?

Vers une définition de la santé mentale

Comment les gens font-ils pour savoir s'ils sont en bonne santé mentale ? Ou encore pour savoir si les personnes les entourant sont normales ?

Certains pensent qu'on sait d'instinct ce qui normal et anormal... Ce serait une connaissance transmise par la famille et la collectivité.

Mais les limites de la santé mentale sont floues : que se cachent derrière la « réussite sociale et professionnelle », la « créativité », « l'épanouissement familial » ...

Les professionnels de la santé s'intéressent plus au *diagnostic* et au *curatif*.

Les sociétés diffèrent : un comportement est normal pour les uns, déviant pour les autres. Ainsi l'influence des drogues psychédéliques peut être vue comme une maladie mentale à travers la toxicomanie, un délit en médecine légale, ou encore une expérience mystique pour certains psychothérapeutes !

Valeurs culturelles



Normes définissant la maladie mentale et la santé



Les définisseurs de la santé mentale :

- Soi-même
- Constellation sociale
- Professionnels de la santé
- Représentants des pouvoirs publics :
 - législatif
 - judiciaire



La population définie :

- Malades mentaux reconnus :
- personnes qui se reconnaissent comme malades ou sont reconnus comme telles par d'autres
- Malades mentaux non dépistés ou non reconnus
- Population reconnue comme bien portante

Le Comité de la Santé mentale du Québec (CSMQ) propose la définition suivante:

La santé mentale, définie brièvement comme l'état d'équilibre psychique d'une personne à un moment donné, s'apprécie, entre autres, à l'aide des éléments suivants: le niveau de bien-être subjectif, l'exercice des capacités mentales et les qualités des relations avec le milieu. Elle résulte d'interactions entre des facteurs de trois ordres: des facteurs biologiques, relatifs aux caractéristiques génétiques et physiologiques de la personne, des facteurs psychologiques, liés aux aspects cognitifs, affectifs et relationnels, et des facteurs contextuels, qui ont trait aux relations entre la personne et son environnement. Ces facteurs sont en évolution constante et s'intègrent de façon dynamique chez la personne.

La santé mentale est liée tant aux valeurs collectives dominantes dans un milieu donné qu'aux valeurs propres à chaque personne. Elle est influencée par des conditions multiples et interdépendantes telles que les conditions économiques, sociales, culturelles, politiques et environnementales. Toute condition qui nuit à l'adaptation réciproque entre la personne et son milieu, comme par exemple la pauvreté, la pollution ou la discrimination, constitue un obstacle à la santé mentale. À l'inverse, toute condition qui facilite cette adaptation réciproque, comme par exemple, la distribution équitable de la richesse collective, l'accès à une éducation de qualité ou à un environnement sain, favorise et soutient la santé mentale. Dans cette perspective, la santé mentale peut également être considérée comme une ressource collective, à laquelle contribuent tout autant les institutions sociales et la communauté entière que les personnes considérées individuellement.

L'Organisation mondiale de la Santé mentale propose une autre définition:

Une personne en bonne santé mentale est une personne capable de s'adapter aux diverses situations de la vie, faites de frustrations et de joies, de moments difficiles à traverser ou de problèmes à résoudre. Une personne en bonne santé mentale est donc quelqu'un qui se sent suffisamment en confiance pour s'adapter à une situation à laquelle elle ne peut rien changer ou pour travailler à la modifier si c'est possible. Cette personne vit son quotidien libre des peurs ou des blessures anciennes qui pourraient contaminer son présent et perturber sa vision du monde. De plus, quelqu'un en bonne santé mentale est capable d'éprouver du plaisir dans ses relations avec les autres. Bref, posséder une bonne santé mentale, c'est parvenir à établir un équilibre entre tous les aspects de sa vie: physique, psychologique, spirituel, social et économique. Ce n'est pas quelque chose de statique, c'est plutôt quelque chose qui fluctue sur un continuum, comme la santé physique.

Normal et pathologique

D. OFFER et M. SABSHIN (1967) envisagent la notion de normalité en l'identifiant à :

- la santé : la normalité est ici une absence de symptômes
- une utopie : la normalité est alors un épanouissement total et une harmonie parfaite entre les humains
- une moyenne statistique : la norme est admise par la majorité. Là, le comportement moyen s'identifie à la santé, le comportement déviant s'identifie à la maladie mentale
- un processus : la normalité est donc une évolution de personnalité en fonction de situations qui favorisent le progrès et la croissance. Ici on pense aux tâches de développement de soi comme la confiance en soi, mais aussi à l'influence de l'environnement à travers la famille, les gens du quartier, les compagnons de sport, les systèmes de soin, les écoles ou encore les réseaux sociaux,...

⇒ Potentiel d'évolution et de changement : la notion du *syndrome* soulignera la possibilité d'évolution dans les différentes entités nosographiques rassemblant un ensemble de symptômes. Ici la typicité de structure relève d'étiologies diverses.

⇒ Continuum entre santé et maladie mentales : chacun d'entre nous peut à l'occasion déroger à nos normes sociales. Ainsi à travers la colère, l'état d'ivresse, des comportements inadaptés sont observés. Seules les personnes ayant des comportements extrêmes de manière intense et répétitive sont perçues comme souffrant de troubles psychologiques.

↳ Le soignant : - prend conscience que le malade n'est pas en relation exclusive avec lui : la famille, l'influence sociale se conjuguent
- exploite chez le malade ses divers systèmes naturels de soutien
- tient compte des besoins du malade (objectifs à court terme)

Deux questions restent alors posées :

- Les spécialistes de la santé mentale peuvent-ils vraiment établir une distinction entre la personne souffrant de troubles mentaux et la maladie mentale elle-même ?
- Quelles sont les conséquences d'être étiqueté 'souffrant de maladie mentale' ?

Pour déterminer l'anormalité du comportement : trois normes

Pour déterminer si des comportements précis sont passés de la normalité à l'anormalité, les psychologues ont recours à trois normes fondamentales : la norme statistique, la norme du malaise subjectif et la norme du comportement inadapté. Chacune de ces trois normes s'inscrit également dans un continuum (voir la figure 12.1).

La norme statistique

L'une des façons de juger si le comportement d'une personne est normal ou anormal consiste à comparer ce comportement avec celui d'autres personnes appartenant à la même culture. Les critères de normalité varient d'une culture à l'autre, mais chaque culture se caractérise par des attentes ou des normes en matière de comportement acceptable. On qualifiera ainsi d'anormal le comportement des individus qui enfreignent ces règles socioculturelles. Chaque fois que nous utilisons comme norme le modèle du comportement « de la moyenne » dans une culture donnée pour décider si un comportement est anormal ou non, nous nous référons à une **norme statistique**. Ainsi, dans notre culture, il est considéré comme anormal pour un homme de porter une jupe et des bas de nylon. Par contre, les femmes sont autorisées, et même encouragées à se vêtir de tailleurs sobres rappelant les complets masculins ou même à porter des vêtements masculins. Selon la norme statistique, le même comportement est jugé acceptable pour les femmes et déviant pour les hommes. On accepte plus facilement un « petit gars manqué » qu'un « efféminé » !

Norme statistique : Norme établissant qu'un comportement est anormal lorsqu'il s'écarte du comportement de la moyenne des gens dans une culture donnée.

La norme du malaise subjectif

Étant donné le relativisme culturel de la norme statistique, certains spécialistes de la santé mentale préfèrent se référer au jugement que porte l'individu sur son propre mode de fonctionnement et ses sentiments pour définir l'anormalité. La **norme du malaise subjectif** permet aux gens de définir eux-mêmes ce qu'ils considèrent comme normal ou anormal. Par exemple, une crainte modérée des serpents est statistiquement normale, mais un herpétologiste (personne qui étudie les reptiles) pourrait estimer que cette crainte est un obstacle à son avancement professionnel et s'adresser à un thérapeute pour s'en débarrasser. Cependant, puisque certaines personnes n'ont pas conscience d'avoir des problèmes psychologiques ou ne l'admettent pas, la norme du malaise subjectif ne peut, à elle seule, circonscrire l'anormalité.

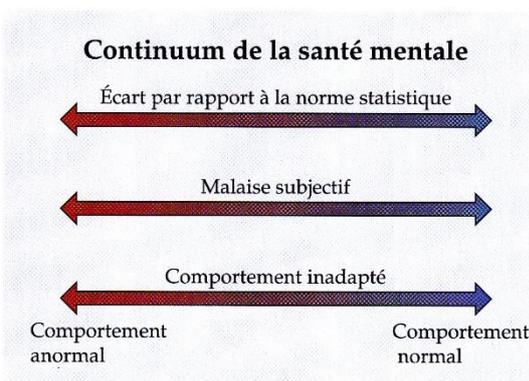
Norme du malaise subjectif : Norme établissant qu'un comportement est anormal lorsque l'individu est insatisfait de son propre fonctionnement psychologique.

La norme du comportement inadapté

À la norme statistique et à celle du malaise subjectif s'en ajoute une troisième, la **norme du comportement inadapté**. Suivant cette norme, les gens sont considérés comme anormaux lorsque leurs pensées, leurs sentiments ou leurs actes nuisent au fonctionnement de leur vie intime ou sociale.

Norme du comportement inadapté : Norme établissant qu'un comportement est anormal lorsqu'il empêche un individu d'avoir un fonctionnement satisfaisant dans sa propre vie et au sein de la société.

Figure 12.1 Le comportement normal et anormal. Les comportements normaux et anormaux ne forment pas des catégories fermées, mais se situent le long d'un continuum. Un comportement est jugé anormal dans la mesure où il s'écarte des normes statistiques, suscite un malaise personnel ou est inadapté.



C'est à cette norme qu'on pourrait par exemple avoir recours pour détecter les toxicomanies. Les drogues à usage récréatif étant fort répandues dans de nombreuses cultures, la *norme statistique* ne peut servir à repérer les toxicomanes. La *norme du malaise subjectif* ne convient pas non plus à certains toxicomanes qui ne voient rien de problématique dans leur comportement. Cependant, lorsque la consommation d'alcool et d'autres drogues perturbe le fonctionnement social ou professionnel normal d'une personne, on considère qu'il y a un trouble du comportement en se fondant sur la *norme du comportement inadapté*. Dans ce modèle, c'est le caractère inadapté du comportement qui en fait un problème.

Chacune de ces normes pour définir le comportement anormal comporte des avantages et des inconvénients. La plupart des spécialistes de la santé mentale les utilisent en alternance ou de manière complémentaire dans leur analyse des troubles psychologiques. Les principaux points à retenir en ce qui concerne le comportement anormal sont ceux-ci :

1. Les comportements normaux et les comportements anormaux ne forment pas des catégories fermées et distinctes. Ils font partie d'un continuum. Nous pouvons tous, à l'occasion, déroger à nos normes culturelles, éprouver un malaise subjectif et manifester des comportements inadaptés. Seules les personnes ayant des comportements *extrêmes* de manière assez soutenue sont perçues comme souffrant de troubles psychologiques.
2. Le fait de juger un comportement anormal implique des *jugements de valeur*. C'est par rapport à des valeurs culturelles et à des tendances sociales dominantes, ainsi qu'à des connaissances scientifiques, que tel ou tel comportement est considéré comme normal ou anormal, acceptable ou non acceptable. La section sur la classification des comportements anormaux apportera des informations supplémentaires.

Définitions

Selon D. WIDLÖCHER (1994), professeur de psychiatrie et psychanalyste français, la fonction principale de la psychopathologie consiste à étudier ces anomalies, en percer les mécanismes et la genèse, d'en définir la fonction, mais aussi d'étudier les moyens potentiels permettant de diminuer la souffrance qui en résulte.

Le terme « psychopathologie » possède également un double sens, et désigne d'abord l'ensemble des théories qui proposent une explication et une compréhension des troubles mentaux. Ainsi la *psychanalyse* pour les névroses, les *théories systémiques* prisées pour les comportements toxicomaniaques, le *béhaviorisme* pour l'autisme. Mais ce terme désigne également le groupe de troubles, et la pathologie elle-même. Ainsi, une phobie est une psychopathologie. La psychopathie, que l'on confond régulièrement avec la psychopathologie, en est une également.

Il convient à ce propos de se remémorer l'origine du terme : le mot grec "*psukhe*" signifie "*esprit*". "*pathos*" signifie "*maladie*". "*logos*" est l'étude, ou la connaissance. Littéralement, la psychopathologie est "*l'étude des maladies de l'esprit*". On préférera le terme de "*trouble*" plutôt que celui de "*maladie*", notamment à cause de la frontière ténue entre le normal et le pathologique.

Les problèmes de diagnostic et de nomenclature des troubles mentaux

Venons maintenant sur deux questions importantes (1) Les spécialistes de la santé mentale peuvent-ils vraiment établir une distinction entre la personne qui souffre d'un problème de santé mentale et la personne saine ? (2) Quelles sont les conséquences d'être étiqueté « souffrant de maladie mentale » et d'être traité à ce titre ?

Pour tenter de répondre à ces questions, David Rosenhan (1973) a demandé à sept de ses collègues et amis de l'aider à vérifier si des personnes normales jouant le rôle de malades pouvaient se faire admettre dans un hôpital psychiatrique. Chacun de ces « pseudomalades » devait procéder de la même façon : téléphoner pour obtenir un rendez-vous dans un hôpital et, à l'arrivée, se plaindre d'entendre des voix disant « vide », « creux » et « grondement ». Cela fait, il ne mentait plus que sur leur nom et leur profession. Tous les autres renseignements qu'ils donnaient à la personne qui les interviewa étaient vrais et leur comportement est demeuré normal.

Devinez ce qui s'est produit. Tous les sujets ont été hospitalisés et tous, sauf un, ont reçu un diagnostic de schizophrénie. Une fois hospitalisés, les pseudopatiens se sont comportés normalement et ne se sont plus plaints d'entendre des voix. Ils conversaient normalement avec le personnel de l'hôpital, entretenaient des rapports normaux avec les autres patients et notaient en long et en large toutes leurs observations. Néanmoins, le personnel de l'hôpital continua de les considérer et de les traiter comme des patients, sans jamais remettre en cause le diagnostic de schizophrénie auquel le comportement normal quotidien de ces « patients » ne correspondait pourtant pas. Le personnel avait cependant relevé le fait que les pseudopatiens passaient beaucoup de temps à prendre des notes, faisant allusion à cela, on avait indiqué au dossier : comportement « paranoïaque ».

Malgré leur comportement normal et leur collaboration exemplaire avec le personnel, les pseudopatiens sont demeurés en moyenne dix-neuf jours à l'hôpital. Pendant ce séjour, plusieurs vrais patients ont dit douter que les pseudopatiens aient été réellement atteints de maladie mentale, mais aucun membre du personnel ne détecta la supercherie. On finit par signifier leur congé aux pseudopatiens et on inscrivit à leurs dossiers : « Schizophrénie en rémission ».

Comment expliquer de telles erreurs ? Selon Rosenhan, il est difficile de diagnostiquer une maladie mentale, même dans les meilleures conditions. De plus, une fois les patients hospitalisés, l'environnement psychiatrique influe sur les perceptions du personnel. Toutefois, des critiques de l'étude de Rosenhan ont fait remarquer que les thérapeutes n'ont pas de raison de soupçonner que des patients se plaignant d'hallucinations auditives mentent (Davis, 1976; Spitzer, 1988). Comme l'a souligné un des psychiatres, si huit pseudopatiens avalent du sang et se présentent à l'urgence avec du sang qui leur coule de la bouche, on ne pourra jamais reprocher au personnel de les avoir admis à l'hôpital.

Quoiqu'il en soit, le fait que huit personnes normales aient été victimes d'une erreur de diagnostic n'est pas le point le plus important de l'étude de Rosenhan. Le plus important est ce que Rosenhan appelle le caractère « indécidable » du diagnostic. Il entend par là qu'une fois posé, le diagnostic peut devenir une identité fondamentale de la personne et qu'il peut s'autoperpétuer. Ce qui veut dire que lorsqu'un patient est étiqueté « schizophrène », il perd son individualité et cette étiquette de schizophrène devient en quelque sorte la principale caractéristique de sa personne. L'un des pseudopatiens a raconté qu'une infirmière avait déboutonné son uniforme devant plusieurs patients masculins afin d'ajuster son soutien-gorge. Cette femme ne se livrait pas à une tentative de séduction. Simplement, elle ne voyait plus les patients comme des hommes et des êtres réels (Hock, 1992). L'étiquette diagnostique peut aussi s'autoperpétuer pour l'individu diagnostiqué lui-même. Si ce dernier est traité conformément à cette étiquette pendant assez longtemps, il peut en venir à se comporter d'une façon qui confirme les présupposés liés à l'étiquette.

L'étude de Rosenhan, devenue un classique de la psychologie, s'est révélée précieuse, parce qu'elle a incité les thérapeutes à se montrer plus prudents dans leurs diagnostics et les a sensibilisés aux dangers que comportent les diagnostics (Hock, 1992). Hélas, il faut reconnaître que bien souvent l'étiquette de « malade mental » reste accolée aux gens longtemps après leur sortie de l'institut psychiatrique, ce qui les expose à la discrimination. Parce qu'ils ont souffert de troubles de santé mentale, ces gens auront de la difficulté à louer un logement ou à trouver du travail. Ce type de discrimination existe; certains candidats à une charge publique, qui ont vu leur chance d'élection s'évanouir parce qu'ils avaient déjà eu recours aux services d'un thérapeute, en savent quelque chose.

Malgré cela, il est important d'insister sur les avantages de la classification des diagnostics. Le DSM est utile pour décrire les symptômes de différents troubles, il uniformise les diagnostics et les traitements, et il facilite la communication entre les spécialistes (McReynolds, 1989). Et bien que les troubles mentaux semblent innombrables, il existe un traitement pour la plupart d'entre eux, comme nous le verrons à la prochaine section (Buie, 1988b).

Caractéristiques différentielles

La psychopathologie est une discipline en elle-même, c'est-à-dire que son champ d'action se distingue notamment :

- **de la psychologie clinique.** Celle-ci est liée au mot grec "*kline*" qui signifie "*lit*" : la psychologie clinique s'occupe autant du normal que du pathologique : un deuil par exemple, est un événement douloureux qu'il convient de prendre en charge parfois. Ce n'est pas pour autant un trouble mental de nature psychopathologique, comme le serait une psychose maniaco-dépressive.

Le champ de pratique de la psychologie clinique se compose de deux types d'action :

- une **activité d'évaluation, de diagnostic** servant à orienter le patient vers une prise en charge. Les psychologues s'aident de diverses méthodes : échelles cliniques, tests projectifs, entretiens ou observations, psychométrie.
- une **activité d'intervention psychologique** qui comporte les soins, les aides,... mais aussi l'ensemble des psychothérapies.
- **de la psychiatrie.** Psychopathologie et psychiatrie sont très liées sur le plan historique : jusqu'au XVIII^e siècle, elles constituaient une branche unique de la médecine. La psychiatrie naît en discipline spécifique à la fin du XVIII^e, son but est de traiter les troubles mentaux. La psychopathologie n'est alors qu'un enseignement parmi d'autres, au sein des écoles de psychiatrie, au même titre que la physiologie, la biologie ou le droit.

Le psychiatre est avant tout un médecin qui donne un traitement médicamenteux. Certains psychiatres se forment à la psychothérapie comme la psychanalyse, la systémique, ou l'analyse transactionnelle...

- **de la psychanalyse.** La psychanalyse fut créée par S. FREUD (1856-1939) à partir de son expérience auprès de patients névrosés. C'est une théorie étiologique des troubles et donc une théorie explicative du fonctionnement psychologique humain. Pour S. FREUD, il n'existe pas réellement de frontière entre normal et pathologique. L'angoisse existe partout et en chacun, la seule différence est de nature quantitative.

La psychanalyse désigne également une méthode d'investigation du fonctionnement psychologique, que l'on nomme plus particulièrement "cure psychanalytique". S. FREUD n'utilisait pas de tests, la *cure psychanalytique* se basait avant tout sur l'*association libre*, concept primordial de la psychanalyse. Celle-ci vise à libérer le patient de ses résistances et de ses conflits. Mais la cure psychanalytique n'est pas indiquée pour tous les troubles, par exemple, comme les psychoses.

Les aspects socio-culturels de la maladie mentale

La 'culture' est une forme d'organisation symbolique du comportement. Elle apparaît donc un mode de vie avec ses coutumes, ses habitudes, ses croyances communes. C'est souvent la famille qui transmet les *normes*.

P. BARRABE et O. VON MERING (1963) étudient la relation mère-fils dans les familles italiennes, juives, irlandaises et américaines traditionnelles et relèvent un grand nombre de fils psychotiques. La mère italienne a trop de sollicitude pour son fils. La mère juive entretient avec son fils des relations trop émotives. La mère irlandaise rend son fils trop dépendant d'elle-même. La mère américaine est surprotectrice, moralisatrice et donc inhibitrice.

Ainsi en ce début de millénaire, la notion de *stress* est devenue source de troubles mentaux en Occident. Les conditions de travail, notamment la flexibilité des horaires, la performance à travers la rentabilité amènent à des phénomènes de harcèlement moral et sexuel sur le lieu de travail.

La notion de *déviante* s'installe : l'individu échappe aux normes admises par la société. L'infraction aux normes est fonction du contexte culturel (médical, judiciaire, sociologique, ...). Ce sont surtout les membres de la collectivité et plus accessoirement les professionnels qui décident si une personne est déviante en fonction de la :

- visibilité des symptômes
- gravité des conséquences du comportement
- fréquence à laquelle le comportement se répète.

Ainsi un amérindien renfermé et taciturne est vu par les siens comme à la recherche d'une communication avec les esprits des anciens, et pour le professionnel de la santé occidental comme dépressif.

CULTURE ET SANTÉ MENTALE

Il existe chez les Chipewyans, les Cris et les Montagnais-Naskapis du Canada une maladie appelée *psychose windigo* ou *witiko*, qui se caractérise par un délire et des impulsions anthropophagiques. Les individus atteints sont profondément déprimés et se croient possédés par l'esprit d'un *windigo*, un géant cannibale au cœur et aux entrailles de glace (Barnouw, 1985). Dans les premiers stades de la maladie, l'individu présente une perte d'appétit, de la diarrhée et des vomissements, et il voit ses proches se transformer en castors ou en d'autres animaux comestibles.

Dans les stades ultérieurs du trouble, l'individu est obsédé par des pensées anthropophagiques, et les membres de sa famille demandent alors l'aide d'un chaman. Ce guérisseur connaît des incantations et des rituels propres à vaincre le maléfice. Si la victime ne reçoit pas d'aide à temps, elle peut atteindre un état frénétique et attaquer ses proches afin de les dévorer (Berreman, 1971).

Comme le montre le tableau 12.1, la psychose windigo n'est qu'un des nombreux troubles de santé mentale à *caractère culturel* qui ont été observés à travers le monde. Ces troubles, propres à certaines sociétés, ne sont intelligibles que dans le contexte de ces sociétés. Certains chercheurs croient que la psychose windigo, par exemple, est apparue après que les trappeurs eurent décimé le gibier dont les Amérindiens se nourrissaient et causé une famine généralisée (Bishop, 1974). La disette aurait poussé les Amérindiens à s'adonner au cannibalisme et à « créer » l'esprit du windigo. La croyance en la possession s'observe dans de nombreuses sociétés et, chez les Amérindiens du Canada, elle a pu servir à expliquer un comportement socialement et psychologiquement inacceptable, le cannibalisme.

Bien que certains chercheurs rejettent l'hypothèse de la famine, la relativité culturelle des troubles de santé mentale est quasi indubitable. Par ailleurs, il semble aussi que certains troubles de santé mentale sont *universels*, c'est-à-dire qu'ils existent sous une forme ou sous une autre dans toutes les sociétés, tout en restant sujets à l'influence culturelle (Berry et coll., 1992).

À ce propos, Robert Nishimoto (1988) a découvert plusieurs symptômes universels et à spécificité culturelle qui facilitent le diagnostic des troubles de santé mentale. À l'aide de l'index Langer des symptômes psychiatriques, Nishimoto a recueilli des données auprès de trois groupes fort différents : des Anglo-Américains du Nebraska, des Chinois d'origine vietnamienne de Hong Kong et des Mexicains

Tableau 12.1 Exemples de troubles de santé mentale à caractère culturel.

Sociétés	Troubles	Symptômes
Porto Rico et autres sociétés d'Amérique latine	<i>Ataque de nervios</i>	Tremblements, palpitations et crises convulsives souvent associés à la mort d'un être cher, à un accident ou à un conflit familial.
Asie du Sud-Est, Malaisie, Indonésie, Thaïlande	<i>Amok</i>	Comportements déchainés, irrationnels et agressifs et tentatives pour blesser ou tuer autrui.
Sud de la Chine et Viêt-nam	<i>Koro</i>	Les hommes atteints croient que leur pénis se rétracte dans l'abdomen et que la rétraction cause la mort. Les tentatives de prévention de la rétraction appréhendée peuvent causer de graves lésions physiques.
Occident	Anorexie mentale	Le trouble atteint principalement des jeunes femmes qui se préoccupent de leur minceur au point de refuser de manger. L'anorexie mentale peut être mortelle.

Source : Berry et coll. (1992); Brislin (1993); Carson, Butcher et Coleman (1992); Guarnaccia, Good et Kleinman (1990); Pfeiffer (1982); Simon et Hugues (1985).

vivant au Texas et au Mexique. (L'index Langer est un instrument très répandu qui sert à dépister les personnes qui, sans être institutionnalisées, ont des troubles psychologiques qui perturbent leurs activités quotidiennes.) Nishimoto a invité les sujets à réfléchir à leur vie, et tous ont nommé au moins un des 12 mêmes symptômes (voir le tableau 12.2).

En plus des symptômes universels (comme la « nervosité » ou l'« insomnie »), Nishimoto a trouvé des symptômes particuliers aux cultures. Ainsi, les Chinois d'origine vietnamienne disaient « avoir la tête pleine », les Mexicains mentionnaient des « problèmes de mémoire » et les Anglo-Américains disaient avoir le « souffle court » et des « maux de tête ».

Pourquoi existerait-il des symptômes à spécificité culturelle des troubles de santé mentale ?

Les gens *apprennent* à exprimer leurs préoccupations de manière acceptable pour leurs compatriotes (Brislin, 1993). Ainsi, la plupart des Nord-Américains apprennent que les maux de tête sont une réaction commune au stress, tandis que les Mexicains apprennent que leur entourage comprend les problèmes de mémoire. Il va sans dire que les professionnels de la santé mentale qui travaillent auprès de clientèles multiculturelles doivent connaître l'existence et la nature des symptômes universels et des symptômes particuliers à chaque culture.

Non seulement les composantes de l'anormalité varient-elles selon les sociétés, mais notre conception de l'anormalité se modifie avec le temps. La section suivante porte justement sur l'histoire des conceptions de l'anormalité. ■

Tableau 12.2 Douze symptômes associés aux troubles de santé mentale.

Nervosité	Soucis personnels	Chaleurs
Troubles du sommeil	Fébrilité	Inquiétude constante
Sentiment de découragement	Sentiment d'isolement et de solitude	Sentiment d'impuissance
Faiblesse généralisée	Incapacité à s'entendre avec les autres	Sentiment que rien ne va

Source : Adapté de Brislin (1993).

Zoom sur la psychologie clinique

Comme vu précédemment, la psychologie clinique touche au secteur qui utilise les connaissances psychologiques pour accompagner ou intervenir auprès de personnes ayant des problèmes ou des troubles **de la santé ou de bien-être**. Il peut s'agir de problèmes liés aux émotions (comme l'anxiété ou le stress), aux comportements (comme les addictions), de problèmes relationnels, de troubles psychiques ou comportementaux. Le but des psychologues cliniciens est d'aider la personne à résoudre ses problèmes ou son mal-être ou, au moins, d'en réduire l'impact invalidant pour améliorer le confort et la qualité de vie. En Belgique, depuis septembre 2016, l'exercice de la psychologie clinique est reconnu comme *profession de soins de santé*.

Que font les psychologues cliniciens ?

Les psychologues cliniciens interviennent essentiellement dans ces domaines : le diagnostic (du fonctionnement psychologique), l'accompagnement, la psychothérapie et la prévention. Le psychologue clinicien assure diverses interventions comme l'examen psychologique (évaluations ou tests), l'intervention de crise, le conseil psychosocial, la consultation psychologique, le counseling, la psychothérapie, ...

Les psychologues cliniciens répondent à des questions telles que :

- Comment puis-je mieux communiquer ?
- Comment me sentir mieux dans ma peau ?
- Comment accepter ma maladie, mon handicap ?
- Comment arrêter de boire des boissons alcoolisées, cesser de me droguer ?
- Quels troubles psychologiques sont présents chez telle personne ?
- Quelle est la part psychologique de ces troubles ? ...

Les psychologues cliniciens travaillent tant en première ligne (maisons médicales, centre de planning familial, etc.), que dans des services ambulatoires (service de santé mentale, polyclinique, etc.), ou des institutions semi-résidentielles ou résidentielles (hôpital, hôpital psychiatrique, centre de jour, etc.). Ils ont souvent leur propre cabinet ou un cabinet groupé et y exercent en tant que profession libérale.

Petite histoire de la psychologie clinique :

- Aux États-Unis, le psychologue Lightner WITMER (1867-1956), en 1886, est le fondateur de la première clinique spécialisée en psychologie. Sera alors présenté un projet de *psychological clinic*, ou « psychologie pour personne perturbée » destinée aux enfants anormaux.
- En Allemagne, la psychologie clinique a pris son essor avec la psychanalyse.
- En France, la psychologie clinique est associée au nom de Daniel LAGACHE (1903-1972), qui tente de lui donner des assises théoriques, sans pour autant l'opposer à la démarche expérimentale. S'est alors cristallisée une opposition entre deux démarches : la méthode clinique associée à l'individu, à l'étude de cas et aux pathologies, face à la méthode scientifique, considérée comme une psychologie générale, peu soucieuse des cas individuels.
- Avec la diversification des psychothérapies (thérapie systémique familiale, hypnose, sophrologie, analyse transactionnelle, ...) et des techniques de conseil (orientation, *coaching*...), les démarches d'entretien clinique se sont diversifiées : évaluation de l'intelligence et de ses troubles, outils diagnostiques, intervention ponctuelle (cellule de soutien psychologique), ...

2. ALLEGORIE DES TROIS MALADIES : PESTE, LEPRE ET TUBERCULOSE

Il est ici fait référence à « l'allégorie des trois maladies », selon A. LEFEBVRE (1990). Une *allégorie* est une suite d'éléments descriptifs et/ou narratifs dont chacun correspond aux divers détails de l'idée qu'ils prétendent exprimer. La façon de traiter ces trois célèbres maladies s'associe aux diverses approches de la maladie mentale : les termes ou concepts utilisés dans les *équipes pluridisciplinaires*, la perception et l'identification du symptôme comme signe de la maladie mentale.

L'allégorie de la peste

La peste est une maladie astigmatique au départ, liée au Bacille de Yersin (1894). Elle démarre par une simple fièvre et une toux, cette maladie très contagieuse se transmet par l'air et le contact. Pour information, l'Europe occidentale connaît entre 1347 et 1351 vingt-cinq millions de morts. Paris en 1450 comptera quarante mille morts et Londres en 1665 septante-cinq mille morts. L'Inde entre 1896 et 1917 comptabilisera dix millions de morts. La peste est donc une maladie icatiale, elle s'abat d'un seul coup et décime une ville entière. L'état de crise est décrété.

L'allégorie de la peste est celle de la communication et est liée à la notion du contrôle. La personne infectée est isolée, bloquée chez elle et très vite n'est plus vue comme une personne mais plutôt comme un objet d'étude. Dans une ville pestiférée, chaque personne est potentiellement malade et donc suspecte. Les autorités de la ville gardent le pouvoir à travers la statistique du chiffre, ici le nombre de morts. L'enregistrement des morts est permanent, chaque maison est visitée plusieurs fois par jour. En référence à S. BUFFARD (1973) – « L'homme fouillé est un homme possédé ».

D. ROSENHAN (1973) souligne le caractère indécollable du diagnostic en psychiatrie. Selon W. HOCK (1992), les professionnels de la santé mentale doivent être sensibilisés aux dangers que comportent les diagnostics. Bien souvent, l'étiquette de « malade mental » reste accolée aux gens longtemps après la sortie de l'hôpital psychiatrique, ce qui les expose à la discrimination.

L'allégorie de la lèpre

La lèpre est une maladie infectieuse liée au bacille de Hansen (1871). L'incubation oscille entre deux et cinq ans, ensuite commence l'apparition de taches sur le corps amenant par la suite la déformation des extrémités, voire des pertes de doigts, orteils, ... Les malades au Moyen-Age sont bannis des villes et isolés dans des léproseries : la première en France date de 450, et en 1550, deux mille léproseries sont comptées.

L'allégorie de la lèpre est celle de l'espace et est liée à l'éloignement, c'est la peur de la contamination. Les anormaux, le pathologique est placé hors des villes, est éloigné. Ainsi souvent les hôpitaux psychiatriques, les prisons sont encore aujourd'hui hors de nos villes. La maladie prend toute la place et la personne n'existe plus, ainsi le prisonnier perd son nom et a pour matricule son numéro de cellule de détention. Son identité est alors refusée et n'est plus reconnue par la société, cela pour avoir plus de maîtrise. Les prisons sont souvent construites comme d'anciens châteaux forts avec de doubles hauts murs d'enceintes, un vide de type no man's land, des archères ou créneaux, poivrières, mâchicoulis et autres meurtrières.

Si les lépreux revenaient en ville, ils devaient se signaler au moyen d'une cloche ou d'une crécelle. Une distance est toutefois gardée, mais il y a comme une jouissance du bien portant face au corps souffrant du lépreux. Par jouissance, comprenons non du plaisir mais plutôt ce que nous éprouvons et qui nous fait sentir vivant. Le bien portant identifie la souffrance comme étant extérieure et se sent ainsi rassuré et en sécurité. Les stigmates de la maladie, donc les *symptômes* sont bien visibles ! Cela contrairement à la peste.

La notion du bouc-émissaire s'apparente également à cette allégorie. Le bouc est un symbole de toute puissance sexuelle, le mal ou plutôt le malin... Le diable est souvent représenté avec un corps de bouc ! Ainsi à la découverte du sida, des décisions d'éloignement ont d'abord été prises, la volonté de signaler les cas (au niveau professionnel, pour les banques, ...). Des responsables ont été recherchés, principalement la population homosexuelle et les toxicomanes.

M. KLEIN (1882-1960) évoque le *mauvais objet*. Ce qui dérange selon elle est projeté à l'extérieur de soi ou de son cercle. Ainsi lors d'une dispute où quelque chose nous est reproché, notre première réaction est de dire 'et toi, toi aussi tu...' Nous rejetons ce que nous ne supportons pas en nous, ce qui est mauvais en nous. L'enfant lorsqu'il se cogne à une table, se retourne sur elle, la frappe ou la traite de méchante table ! Nos maisons sont d'ailleurs conçues avec des toilettes pour évacuer urine et excréments, donc ce qui n'est pas bon pour le corps.

S. FREUD (1856-1939) souligne que la société a besoin de bouc-émissaires, un être vivant est sacrifié pour apaiser la colère d'un dieu ou éviter sa vengeance. La population les crée donc comme avec les Juifs, les roux ou encore les gros... Un peu comme lorsque l'on mange, notre organisme garde le bon et chasse à l'extérieur ce qui est mauvais, c'est vital !

Plus récemment, des essais d'enseignement intégré notamment pour les enfants autistes ont été menés. Ici contrairement au système de la léproserie, les enfants sont inclus dans la société et dans ce microcosme qu'est l'enseignement ordinaire.

Les éducateurs travaillent souvent grâce à l'allégorie de la lèpre... les institutions pour personnes handicapées, les prisons, les hôpitaux psychiatriques, les séniories, ... Quand nous éduquons, nous tentons souvent de réduire les pulsions, l'enfant doit éviter de frapper par exemple. La société aime à penser que la personne handicapée n'a pas de sexualité, elle en rejette l'idée pour se protéger.

Le lépreux, le fou fascinent à l'instar de Quasimodo et Esméralda (personnages de *Notre-Dame de Paris*, roman de Victor HUGO - 1831). Ainsi Marc Dutroux, la représentation ultime du mauvais comme psychopathe pédophile, a reçu beaucoup de demandes en mariage, en lien avec la représentation dans l'inconscient collectif de la toute puissance sexuelle et physique du diable.

La tuberculose ou l'allégorie du cristal de roche

La tuberculose se transmet par l'air et est liée au bacille de Koch (1882). Au XIX siècle, la maladie est courante, elle commence par une gêne respiratoire... Des crachoirs sont d'ailleurs installés dans tous les endroits publics. Son incubation est longue tout comme son évolution, contrairement à la peste. Les sanatoriums vont être créés au bord des lacs, en montagne, en forêt ou encore en bord de mer pour des cures visant la pureté de l'air. Ce qui est très différent de la léproserie, précédemment décrite. Les malades y séjournent puis repartent chez eux. La maladie connaît donc des états de crise, des rémissions... Elle évolue, ce qui en psychopathologie s'associe à la notion de *syndrome*. De plus, les malades se détachent de la maladie, en parlent et sont aussi écoutés.

Cette maladie amène donc à l'observation longue et minutieuse. Ainsi, S. FREUD évoque l'observation d'un morceau de cristal de roche. Des séries de lignes y sont repérées, toutes différentes d'un cristal à l'autre. Si le cristal fait une chute, il va se rompre selon les lignes qui le structuraient. Ces lignes constituent donc sa façon d'être au monde, sa beauté, sa solidité mais aussi sa faiblesse. Les structures de personnalité d'un être humain sont exactement construites comme un cristal de roche. Des lignes de structure de personnalité se développent dès la naissance durant l'enfance et l'adolescence, et la structure est définitivement acquise à l'âge adulte. Quand la personne déclenche une maladie mentale, ce sera en fonction de sa structure de personnalité.

L'allégorie de la tuberculose est donc celle de la structuration et est liée à la structure, aux instances de personnalité. Pour rappel, le *Ça* est le siège des pulsions et est régi par le principe de plaisir. Le *Surmoi* est le siège des obligations et des interdictions et est régi par le principe de conscience morale. Le *Moi* trouve l'équilibre entre le *Ça* et le *Surmoi* en s'adaptant au monde environnant et est régi par le principe de réalité. Ce compromis sera teinté de frustration et d'angoisse pour ne pas pouvoir satisfaire les pulsions (*Ça*) et/ou pour ne pas pouvoir s'adapter aux lois extérieures (*Surmoi*). Des *symptômes* vont donc se développer...

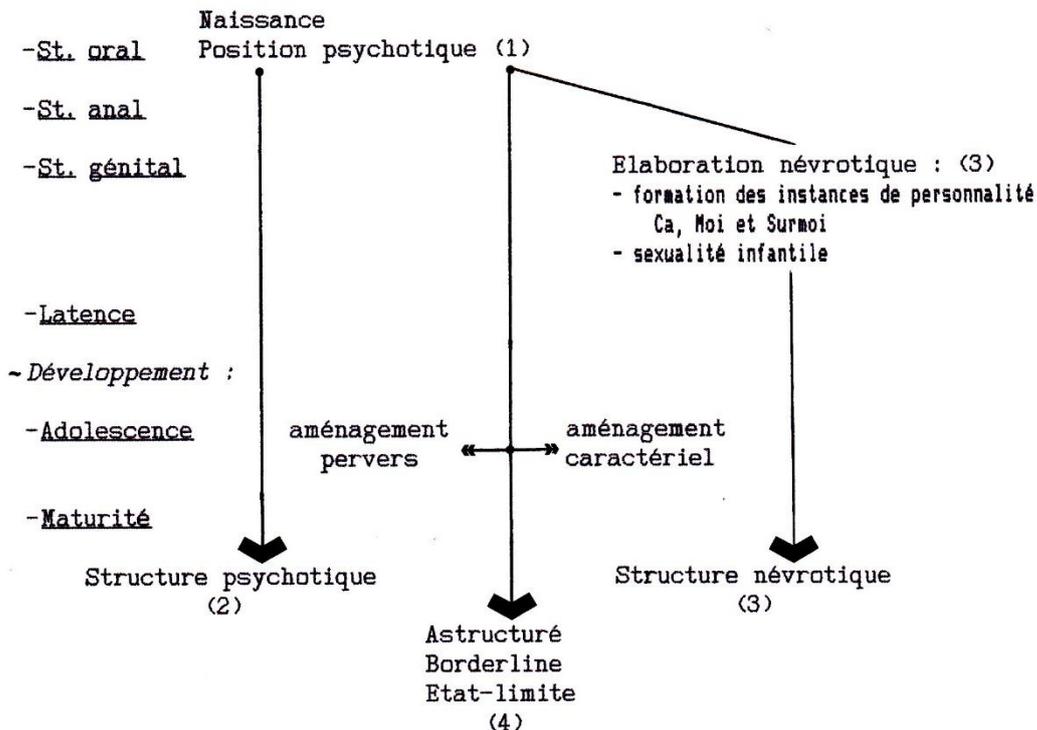
Des *mécanismes de défense* sont construits pour rendre le Moi plus fort, pour mieux résister à la frustration et à l'angoisse. Ainsi pour rappel :

- le refoulement : maintenir hors de la conscience des représentations inacceptables, p. ex. oublier des agressions sexuelles durant l'enfance
- la conversion somatique : traduire à travers le corps un mal être psychique, p ex. développer un ulcère à l'estomac ou une œsophagite par stress professionnel
- la dénégation : se protéger d'une réalité désagréable en refusant d'en admettre l'existence, p. ex. l'alcoolique refusant de reconnaître sa dépendance à l'alcool
- la sublimation : canaliser la pulsion dans une direction moins dangereuse que dans la réalité pure, p. ex. canaliser ses désirs sexuels ou son agressivité vers le sport, ou l'art
- la projection : attribuer à autrui ses propres pulsions ou motifs inacceptables, p. ex. être jaloux pour ne pas s'avouer ses propres envies de tromper l'autre
- la régression : réagir à une situation de manière qui correspond à un stade antérieur de développement, p. ex. redevenir enfant plaintif lorsqu'on est malade
- la rationalisation : trouver des raisons socialement acceptables pour justifier des actions aux motifs inacceptables, p. ex. justifier de tricher à un examen en disant 'tout le monde le fait'

Zoom sur la théorie de Jean BERGERET : notions de structuration

○ EVOLUTION GENETIQUE.

- Phase archaïque :



Selon BERGERET (1985).

- (1) Tout individu de par sa naissance se situe dans la **position psychotique**. Il est vrai que pendant neuf mois le foetus s'est développé dans le ventre maternel. De sa naissance à l'âge de huit mois, le nourrisson entretient une relation fusionnelle avec sa mère, sa perception corporelle, son Moi restent liés au personnage maternel. Dès huit mois, l'angoisse de séparation s'installe parce qu'à ce moment le bébé se reconnaît comme un être à part entière, différent de sa mère.
Remarque : Des enfants peuvent rester "coincés" dans cette **position psychotique** sans pouvoir évoluer. C'est le cas des autistes infantiles précoces, l'état est ici pathologique et nécessite un placement en institution spécialisée.
- (2) Certains enfants peuvent quant à eux être "marqués" par cette **position psychotique** mais vont pouvoir toutefois évoluer. Durant l'enfance, ils se développeront dans le cadre d'une **organisation psychotique**. Adolescents et adultes, leur vie sera adaptée.
La personnalité de ces individus adultes est de **structure psychotique**.
- (3) D'autres enfants ne sont ni "coincés" par la **position psychotique**, ni "marqués" par elle. Lors du stade génital, l'angoisse de castration et le complexe oedipien résolus, l'**élaboration névrotique** se met en place, les enfants évoluent ici dans le cadre d'une **organisation névrotique**. Adultes, ces individus auront une personnalité de **structure névrotique**.
- (4) Il existe un autre groupe d'enfants ni "coincés" dans la **position psychotique**, ni "marqués" par elle, mais chez qui l'**élaboration névrotique** ne se réalise pas complètement. Durant l'enfance, ils ne se rattachent ni à l'**organisation psychotique**, ni à l'**organisation névrotique**. Les plus proches de l'organisation psychotique connaîtront des **aménagements pervers**; les plus proches de l'organisation névrotique connaîtront des **aménagements caractériels**. Adultes, ils ne seront ni de **structure psychotique**, ni de **structure névrotique**, ils appartiennent au groupe des **astructurés**.

Toutefois à tout moment, suite à un événement traumatique, ils peuvent "opter" pour l'une ou l'autre structure - psychotique ou névrotique - et cela à l'enfance, à l'adolescence comme à l'âge adulte.

■ En résumé :

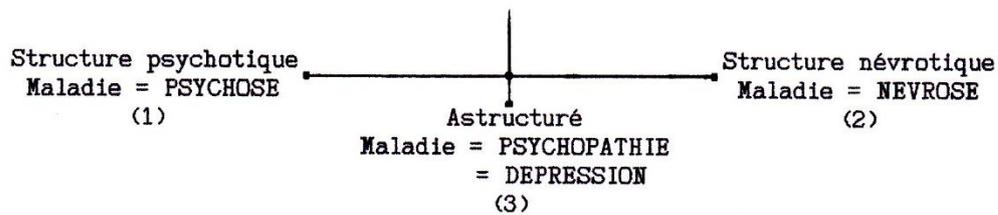
A la naissance, on parle de la **position psychotique**.

Durant l'enfance, on reconnaît deux types d'**organisation** - psychotique ou névrotique. Le groupe des **astructurés** est formé des individus n'ayant pas encore "opté" pour un type d'organisation.

A l'âge adulte, on reconnaît deux types de **structure** - psychotique ou névrotique. Le groupe des **astructurés** est formé des individus n'ayant pas encore "opté" pour un type de structure. Tout individu est rattaché à l'une des trois possibilités : structure psychotique, structure névrotique ou astructure.

Attention, dès qu'une organisation ou une structure - psychotique ou névrotique - est acquise, il est impossible pour l'individu d'en changer.

○ STRUCTURE ET PATHOLOGIE



Selon BERGERET (1985).

- (1) L'individu de structure psychotique, s'il développe une maladie mentale, aura une psychose.
Elle consiste en un conflit du Moi avec le monde extérieur, l'individu se construit un monde intérieur avec son Ca.
On retrouve ici la schizophrénie, la maniaco-dépression, la paranoïa,...
- (2) L'individu de structure névrotique, s'il développe une maladie mentale, aura une névrose.
Elle consiste en un conflit du Moi avec le Ca, le tout surveillé par le Surmoi, l'individu tente de le résoudre en aménageant le monde extérieur.
On retrouve ici la phobie, l'obsession, l'hystérie,...
- (3) L'individu astructuré, s'il développe une maladie mentale, aura une dépression ou une psychopathie.
Elle consiste en un conflit entre l'Idéal du Moi et le monde extérieur, sa réalité.
On retrouve ici la dépression, le suicide, la toxicomanie,...

II. Eléments de droit et de législation spécifiques à la psychiatrie

1. RAPIDE SYNOPSIS DE LA LEGISLATION

LOI DE MISE EN OBSERVATION OU LOI DU 26 JUIN 1990 SUR LA PROTECTION DE LA PERSONNE MALADE

Introduction:

La loi de mise en observation remplace la collocation depuis 1990 et permet aux malades de se défendre.

1) La requête:

a) Pourquoi la mise en observation?

- le patient est dangereux pour lui même
- le patient est dangereux pour autrui

b) Par qui est demandé la requête?

- toutes personnes majeures
- un médecin

c) A qui adresser la requête?

- au juge de paix
- au procureur du roi si urgence

d) Mention de la requête

copie en annexe

2) Certificat médical circonstancié:

Il ne peut être daté de plus de 15 jours.

Il comprend l'état de santé et les symptômes du malade.

Il est fait par un médecin qui n'est pas parent ni avec le patient ni avec le demandeur.

3) Procédure d'urgence (procureur du roi).

Dans ce cas, il faut aviser le procureur du roi qui aura 24 h pour aviser le juge de paix et lui adresser une requête.

4) Procédure ordinaire (juge de paix).

a) obligation du juge de paix.

- désigner un avocat
- fixer un rdv car le juge de paix rendra visite à la personne pour laquelle la mise en observation est demandée

b) la personne est informée de sa mise en observation par pli judiciaire.

5) Mise en observation

Le juge de paix dispose de 10 jours pour entendre les parties et rendre son jugement:

- arrêt de la procédure
- maintien de mise en observation

La mise en observation peut se faire en milieu familiale et le plus souvent en service psychiatrique pavillon fermé, elle ne peut pas durer plus de 40 jours pendant lesquels le patient est surveillé (registre, observation....).

Le patient ne peut pas signer de décharge, pour une éventuelle sortie accord médical.

6) Après la mise en observation que se passe t-il?

- a) fin du maintien
- b) maintien maximum de 2 ans (renouvelable)
- c) post- cure de 1 an maximum avec conditions (renouvelable)

Loi sur la protection des biens du malade mental

Le juge de paix désigne un administrateur provisoire

Rôle:

- gérer les biens de la personne protégée
- représenter la personne dans tous ses actes juridiques
- encaisser ses revenus
- payer ses frais d'entretien

Fin de gestion des biens:

- juge de paix ou procureur du roi
- administrateur lui même
- toutes personnes intéressées
- d'office (guérison)

L'administrateur provisoire doit rendre état des comptes au juge.

Loi de défense sociale (loi d'internement)

Avoir commis un délit de type correctionnel (sang, homicide, moeurs)

- reconnu irresponsable
- annexe psychiatrique (prison)
- expertise (neuro psychiatre) demandé par le juge d'instruction

- a) responsable de ses actes, la personne sera condamnée et aura un casier judiciaire.
- b) la personne est reconnue irresponsable au moment de l'acte parce que:
 - état de démence
 - déséquilibrée



défense sociale

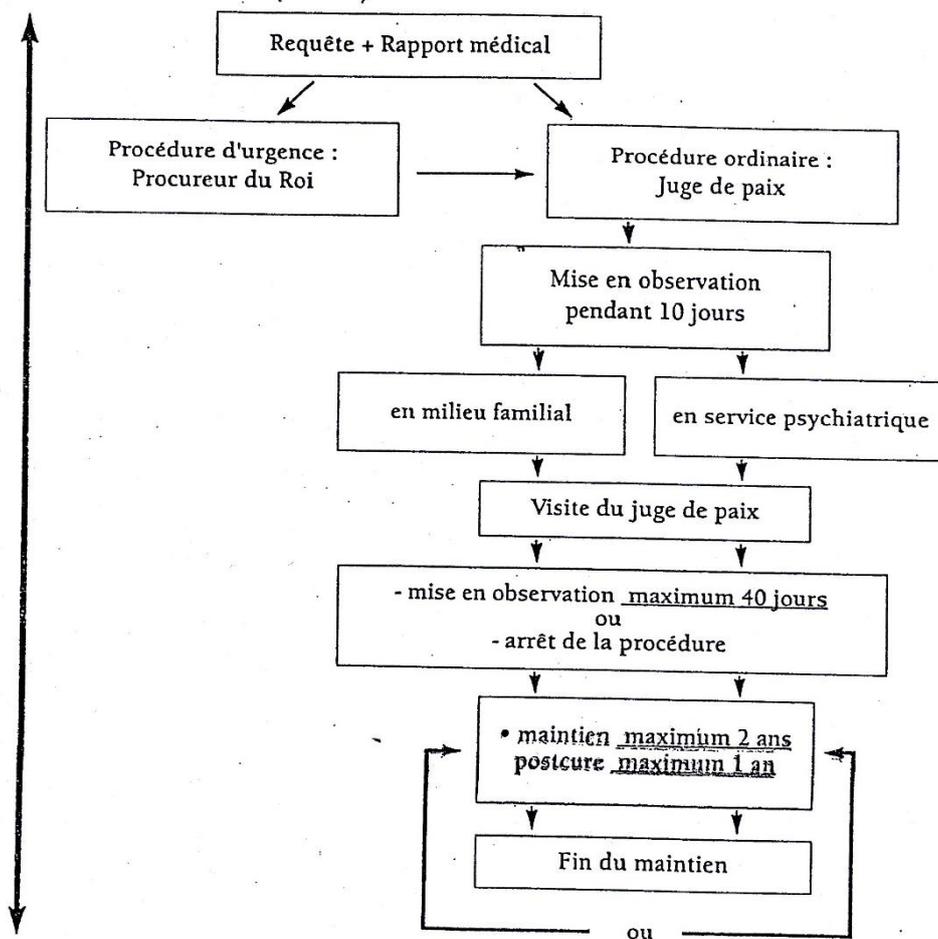
commission de défense sociale, qui se compose d'un:

- magistrat
- avocat
- psychiatre
- ts les 6 mois (lieu, durée) décidé par la commission
- pavillon haute sécurité
- puis un autre
- puis resocialisation si possible

Pas de trace qu'ils ont commis ce délit dans le casier judiciaire

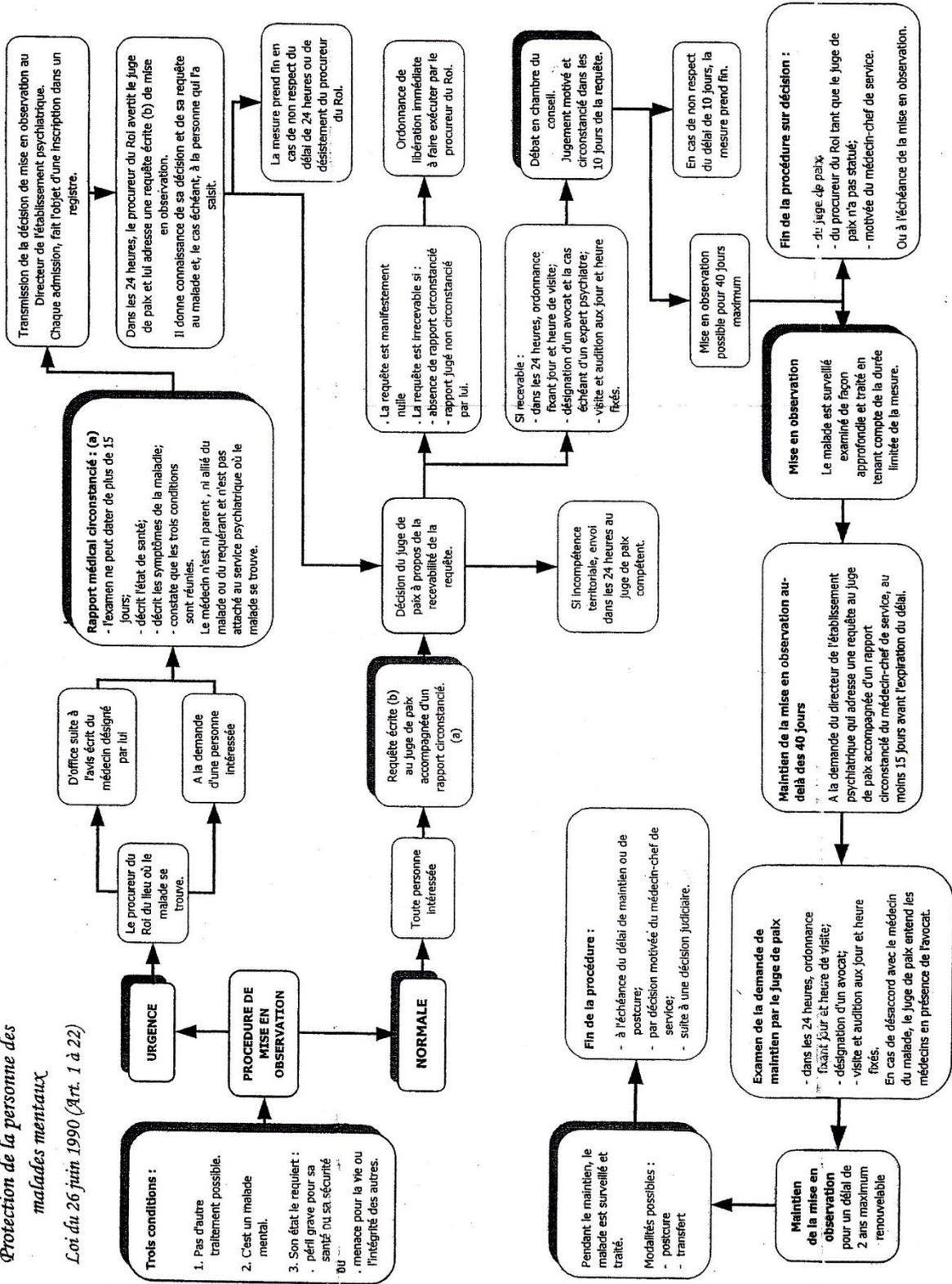
2. LA LOI DE PROTECTION DE LA PERSONNE DES MALADES MENTAUX

Est ici visée la Loi du 26 juin 1990 autour de la mise en observation dans un cadre judiciaire.



Protection de la personne des malades mentaux

Loi du 26 juin 1990 (Art. 1 à 22)



LOI RELATIVE A LA PROTECTION DE LA PERSONNE

DES MALADES MENTAUX

Loi du 26.06.1990

Pour qui ? : mesures que son état requiert

soit qu'il met gravement en péril sa santé et sa sécurité

soit qu'il constitue une menace grave pour la vie ou l'intégrité d'autrui.

Procédure courante

- * Toute personne intéressée
- * Requête écrite au juge de paix du domicile, de la résidence ou du lieu où se trouve le malade
 - > date, coordonnées du requérant et du malade, lien qui les unit (parenté ou autre) et motif.
- * Certificat médical de 15 jours max. (ni parent, ni allié)
- * Le J.P. désigne d'office et sans délai l'avocat
- * Le J.P. fixe dans les 24 heures la date de sa visite et l'audience
 - Le greffier en informe le malade ainsi que son droit à choisir un autre avocat, un psychiatre et une personne de confiance, par pli judiciaire (le dimanche ou le samedi par huissier)
- * Le J.P. peut désigner un psychiatre.
- * Débats en chambre du conseil.
- * Dans les 10 jours, le J.P. statue en audience publique et désigne l'établissement éventuel.

Procédure d'urgence

- * Le Procureur du Roi du lieu où le malade se trouve.
- * Soit d'office suite à l'avis d'un médecin désigné par lui
Soit à la demande d'une personne intéressée.
- * Prévient le J.P dans les 24 heures
le malade ou son représentant légal
- * Décide de l'établissement

Mise en observation

- * 40 jours maximum
- * Prend fin avant par décision
 - du Juge de Paix après avis du médecin-chef
 - du P.R., qui a décidé, avant que le J.P. ne statue
 - du médecin-chef (l'état du malade ne justifie pas)

Maintien

- * 15 jours avant la fin les 40 jours : rapport circonstancié du médecin-chef.
- * Le J.P. statue et fixe la durée du maintien (max.2 ans)
- * Possibilité de médecin désigné par le malade et de débat contradictoire en présence de l'avocat du malade (art 13)
- * Possibilité de sorties, d'hospitalisations partielles (art 15)

Posteure (art 16) — Notion de "contrat thérapeutique"

- * Décision du médecin-chef durant le maintien
- * Le médecin-chef informe le malade et le directeur de l'établissement qui informe le juge de paix
- * Rapport motivé : résidence, aide sociale et médicale
- * Durée de 1 an maximum (art 17) : - fin à tout moment
- réadmission à tout moment.

Transfert dans un autre service (art 13)

- * Accord de l'autre médecin
- * Avis au JP, au PR, au directeur
au représentant légal, à l'avocat, au médecin, à la
personne de confiance du malade
- * Opposition possible pendant 8 jours (suspensif)

Fin du maintien

- * Rapport motivé du médecin-chef
- * Pas de réadmission durant 1 an de postcure
- * Opposition possible du requérant dans les 5 jours par lettre
recommandée au JP qui va instruire contradictoirement.

Révision

A tout moment par le JP

Maintien en famille

Le JP peut demander une observation en famille avec désignation
d'un médecin et d'une personne déterminée le veiller
40 jours - 15 jours → 2 ans.

Visite annuelle du JP

Décision modifiable après avis du médecin traitant.

Recours

- * Pas susceptible d'opposition
- * Appel dans les 15 jours après la décision du JP.
- * Requête au Président du Tribunal de 1ère Instance
- * Chambre à trois juges
- * Doit statuer dans le mois (sinon, fin des dispositions)

- Parfois mise à l'instruction --> délai total de 3 mois.
* Pourvoi en cassation dans le mois suivant le jugement.

Dispositions générales

- * Liberté d'opinions et des convictions morales et philosophiques
 - * Correspondance libre
 - * Droit de visite de l'avocat, du médecin de son choix et de la personne de confiance.
-

COMPLEMENTS A LA LOI SUR LA PROTECTION DE LA PERSONNE DU MALADE MENTAL : A.R. du 19/07/91.

- Entrée en vigueur le 28.07.91
- Registre de contrainte parafé chaque jour par le médecin.
"Le personnel infirmier doit assurer un contrôle intensif et régulier" (Art 5 §2)
- Transfert par le service 100 ou tout service agréé avec du personnel qualifié et selon le cas d'agents de la force publique en civil.
- Tous les services (même dans les hôpitaux généraux) sont tenus d'admettre les patients.

Par la suite sont illustrés les divers documents qui sont établis durant la démarche de mise en protection :

Document/illustration I

Document/illustration II

Document/illustration III

Document/illustration IV

Document/illustration V

R.R. n° 203/1992

REPERTOIRE N°

JUSTICE DE PAIX DU PREMIER CANTON DE MONS

O R D O N N A N C E

Loi du 26 juin 1990
relative à la protection de la personne des malades
mentaux

ARTICLE 7

Nous, Jean-Paul VERDY, Juge de Paix du PREMIER CANTON DE MONS, assisté de Jean BELLEMANS, Greffier en chef de la juridiction.

Vu les dispositions de la loi du 15 juin 1935 sur l'emploi des langues en matière judiciaire, usage de la langue française étant fait:

Vu la requête écrite déposée au greffe le 4 mai 1992 à 15 heures par Madame Yolande DELEUZE, agissant en qualité de directeur administratif à l'Hôpital Psychiatrique "LE CHENE AUX HAIES", sis à 7000 Mons, Chemin du Chêne-aux-Haies, n° 24, tendant à voir ordonner la mise en observation, conformément à l'article 5 de la loi du 26 juin 1990, de :

Nom : _____
Prénom : _____
Lieu et date de naissance : Namur, le 4 septembre 197—
Etat civil : _____
Profession : _____
Résidence : Hôpital Psychiatrique "LE CHENE AUX HAIES",
Chemin du Chêne-aux-Haies, n° 24, à 7000 Mons
Domicile : 5100 Jambes, rue Charles Languet, n° 272/15

Considérant que cette requête est recevable et que Notre compétence territoriale paraît établie:

Vu le rapport médical circonstancié, daté du 4 mai 1992, dressé par le Docteur S. LECHANTRE, domicilié à Mons, joint à la requête;

Vu la désignation d'office par le Bureau de Consultation et de Défense de Maître Luc VAN KERCKHOVEN, Avocat ayant son cabinet à 7000 Mons, rue des Archers, n° 2, conformément à l'article 7 § 1 de la susdite loi pour assister Mademoiselle _____

MM.05

F I X O N S

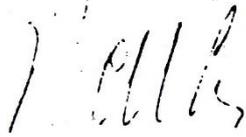
1. au VENDREDI HUIT MAI MIL NEUF CENT NONANTE-DEUX, à NEUF HEURES DU MATIN les jour et heure de Notre visite à Mademoiselle _____, dont la mise en observation est sollicitée et disons pour droit que Nous Nous rendrons à cet effet en sa résidence à l'Hôpital Psychiatrique "LE CHENE AUX HAIES";
2. au VENDREDI HUIT MAI MIL NEUF CENT NONANTE-DEUX, à DIX HEURES DU MATIN, en la susdite résidence, en Chambre du Conseil, les débats sur le fondement de la demande;

Disons la présente ordonnance exécutoire nonobstant tous recours.

Donné en notre Cabinet, Justice de paix du PREMIER CANTON DE MONS, Palais de Justice, rue de Nimy, 35, à Mons. le MARDI CINQ MAI MIL NEUF CENT NONANTE-DEUX, à QUATORZE HEURES.

Le Greffier en chef,

Le Juge de Paix,



Jean BELLEMANS



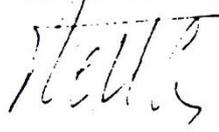
Jean-Paul VERDY

Pour copie conforme délivrée à

Madame Marie-Louise...

le 05 MAI 1992

Le Greffier en Chef,



Exempt: Art. 280/1° et
162/18° C.D.E.H.G.



DOCUMENT/ILLUSTRATION III

Vu le procès verbal de notre visite du 8 mai 1992 à la malade;

Entendu en Chambre du Conseil le 8 mai 1992 les personnes suivantes :

- Monsieur le Docteur LECHANTRE, préqualifié, rédacteur du certificat médical circonstancié;
- Maître Luc VAN KERCKHOVEN, Avocat désigné pour assister Mademoiselle

Attendu que la recevabilité de la demande n'est pas contestée;

Attendu qu'il résulte tant du rapport circonstancié rédigé par Monsieur le Docteur LECHANTRE, que de notre visite à l'intéressée et des éléments médicaux et sociaux recueillis à cette occasion que l'état de celle-ci requiert sa mise en observation dans un hôpital psychiatrique;

Que la demande est en conséquence fondée;

PAR CES MOTIFS,

Ordonnons la mise en observation de Mademoiselle _____, mieux identifiée ci-avant, pour une durée de QUARANTE JOURS dans le service psychiatrique de l'Hôpital "LE CHENE AUX HAIES" sis à 7000 Mons, Chemin du Chêne-aux-Haies, n° 24;

Mettons les frais de l'instance non liquidés à ce jour à charge de la malade;

Ainsi jugé et prononcé en audience publique extraordinaire du LUNDI ONZE MAI MIL NEUF CENT NONANTE-DEUX, à ONZE HEURES, au prétoire de la JUSTICE DE PAIX DU PREMIER CANTON DE MONS, Palais de Justice, rue de Nimy, 35, audit MONS.

Le Greffier en chef,



Jean BELLEMANS

Pour copie conforme délivrée à



le 11 MAI 1992

MM. 13

Le Greffier en Chef,



Le Juge de Paix,



Jean-Paul VERDY

Exempt: Art. 280/1° et 162/18° C.D.E.H.G.



PAR CES MOTIFS,

Ordonnons le maintien de l'hospitalisation de Mademoiselle _____, préqualifiée, pour une durée de DEUX ANS prenant cours le 20 juin 1992, à l'échéance de la période d'observation, dans le service psychiatrique de l'Hôpital "LE CHENE AUX HAIES", sis à 7000 Mons, Chemin du Chêne-aux-Haies, n° 24;

Frais non liquidés à ce jour, à charge de la malade;

Ordonnons l'exécution provisoire du présent jugement, nonobstant appel;

Et Nous avons signé avec le Greffier.

Le Greffier en chef,

Le Juge de Paix,

Jean BELLEMANS

Jean-Paul VERDY

*second et
des lin
feuille
3*

Pour copie conforme délivrée à

Madame Blaisant
le 11 JUIN 1992

Le Greffier en Chef,

Exempt: Art. 280/1° et
162/18° C.D.E.H.G.



3. LA LOI DE DEFENSE SOCIALE

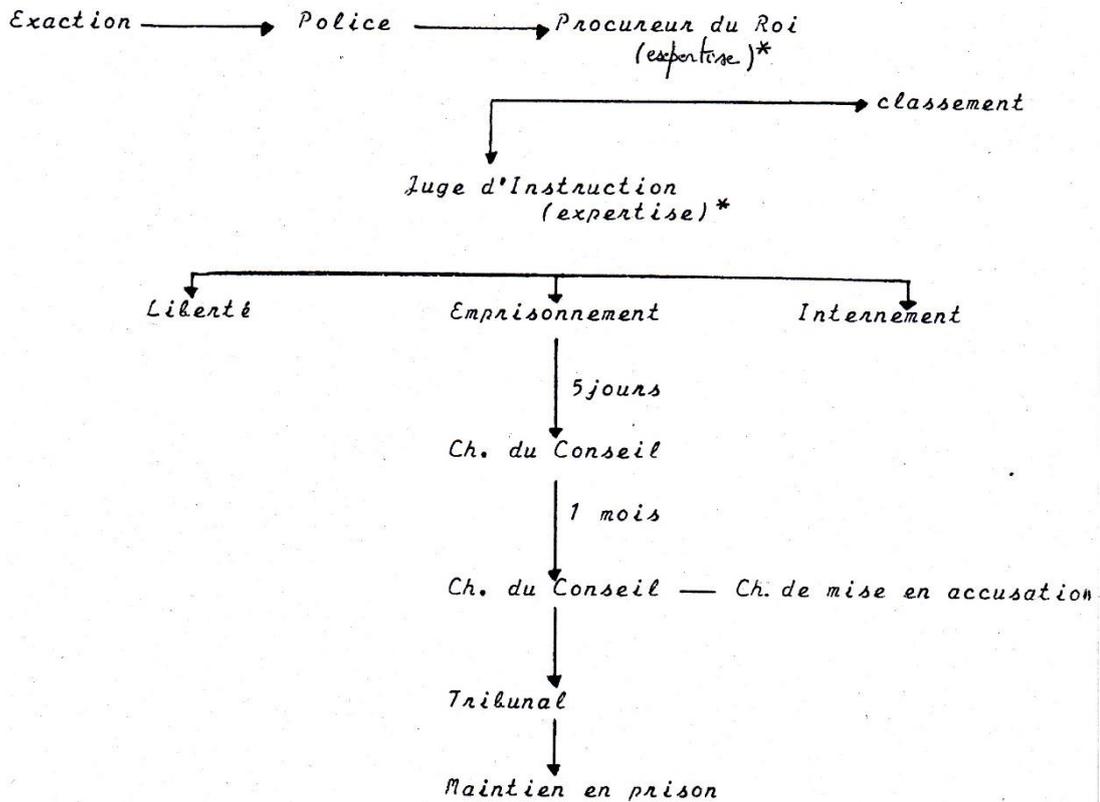
Synopsis rapide ...

INTERNEMENT

Définition : mise sous tutelle d'une commission de défense sociale

Motif : procédure pénale

Procédure :



* Expertise → démence
→ débilité mentale
→ déséquilibre mental

⇒ Présence d'un avocat

DECISIONS des C.D.S : tutelle médico-psychologique
internement
WE, congés
Libération : tous les 6 mois

De manière globale, la **Défense sociale** représente un dispositif destiné aux auteurs de crimes ou délits considérés comme irresponsables de leurs actes en raison de leur état mental. Ce dispositif a pour double but de leur assurer des soins appropriés et de protéger la société.

« *Furioso satis ipso furore punitur* » (droit romain)

La notion de « défense sociale » désigne un ensemble de mesures prises à l'égard de personnes inculpées ou condamnées pour un délit ou un crime, qui souffrent de démence, de grave déséquilibre mental ou de débilité mentale. Elle se fonde sur l'irresponsabilité pénale des personnes atteintes de trouble ou de handicap mental : la Grâce royale ou l'amnistie n'est pas ici applicable, aucune mention ne sera portée au casier judiciaire.

Derrière le terme 'état grave de déséquilibre mental', se cachent les notions comme l'épilepsie, les post-traumatismes, les comportements acharnés et brusques, les névroses graves, ... Derrière le mot 'démence', il ne faut pas uniquement voir la notion de détérioration démentielle de la personne âgée, mais bien la notion de **discernement** à travers la psychose, l'absence de raisonnement ou de contact avec la réalité. La débilité mentale couvre quant à elle un handicap déficitaire intellectuel permanent, soit un quotient intellectuel inférieur à 70.

L'internement

Même si les malades mentaux sont généralement considérés comme irresponsables au niveau pénal, les actes de délinquance ou les délits qu'ils peuvent commettre posent à la société un problème de sécurité. Le projet de la défense sociale consiste à proposer aux délinquants psychiatriques un enfermement destiné à protéger la société tout en leur assurant des soins. Ce projet prend une première formalisation juridique le 09 avril 1930 lorsque la Belgique adopte une loi dite de *défense sociale à l'égard des anormaux et des délinquants d'habitude*. En vertu de cette loi, les malades mentaux qui ont commis des délits ou infractions et qui sont reconnus irresponsables ne se verront pas infliger une peine de prison mais feront l'objet d'une mesure d'internement. Les personnes qui font l'objet d'une telle mesure sont désignées sous le terme d'internés.

Les mesures d'internement prises dans le cadre de la législation de défense sociale sont des mesures dites « de sûreté » dont le but n'est pas de punir ; elles répondent plutôt à un double objectif : la protection de la société et le soutien thérapeutique à l'auteur des faits. Contrairement à l'emprisonnement, l'internement est généralement prononcé pour une durée indéterminée, son terme étant conditionné à une amélioration de l'état mental de la personne.

La mesure est décidée par une juridiction d'instruction ou de jugement en lien avec le Parquet, sur base de 3 critères :

- crime ou infraction
- état de démence, déséquilibre mental ou débilité rendant l'auteur incapable de contrôler ses actes
- situation de danger pour la société

Les modalités d'application de la mesure sont, à partir de 2016, du ressort de la Chambre de défense sociale, qui a succédé aux anciennes Commissions de défense sociale.

Les lieux d'internements

En vertu de la loi de 1930, la personne internée doit faire l'objet d'un enfermement dans un établissement spécialisé à cet effet, dénommé établissement de défense sociale (EDS). Ce type d'établissement constitue une sorte d'intermédiaire entre la prison et l'hôpital psychiatrique. En Wallonie, on dénombre à ce jour trois EDS, localisés à Paifve, Tournai et Mons (femme).

En pratique, la situation est plus complexe. L'établissement de défense sociale n'est pas le seul lieu qui accueille des internés. L'enfermement effectif des internés commence généralement par le milieu carcéral, comme à Merksplas, Turnhout et Brugge (femme). En l'attente de la décision d'internement, la plupart des futurs internés passent par la prison où ils sont soumis à une période d'observation en *annexe psychiatrique*. Un certain nombre d'entre eux y resteront par la suite, faute de places suffisantes en EDS. L'article 14 de la loi prévoit qu'après une première comparution devant la Commission de défense sociale, un interné peut être renvoyé vers un établissement de défense sociale, une section d'hôpital psychiatrique comme à Rekkem ou une résidence répondant à des critères de soins et de sécurité. L'article 21 prévoit que l'internement peut être ordonné à l'égard de tout détenu, comme dans le cas de comportements suicidaire et/ou dépressif, cela pour une durée indéterminée

Un nombre relativement important d'internés peuvent bénéficier de libérations à l'essai qui sont souvent conditionnées à une amélioration notable de leur situation clinique ainsi qu'à un suivi résidentiel ou ambulatoire. Certains internés peuvent également être directement laissés en liberté, en famille ou en institution.

Zoom sur la législation

La première loi belge de défense sociale du 09 avril 1930 a été ultérieurement réformée en 1964. Dans la version du 01 juillet 1964, la loi de défense sociale confie aux Commissions de défense sociale la décision des modalités d'application de la mesure ainsi que la mission de suivre l'évolution de la situation de l'interné et de prononcer une libération, à l'essai ou définitive.

La version de 1964 a ensuite été remplacée par la loi du 21 avril 2007 relative à l'internement des personnes atteintes d'un trouble mental. Les points essentiels de la nouvelle législation de 2007 sont :

- La substitution de la notion d'anormaux ou de déséquilibrés mentaux par celle « de personnes atteintes d'un trouble mental qui a gravement aboli ou altéré leur capacité de discernement ou le contrôle de leurs actes »
- La notion d'une « possibilité de lien causal entre le trouble mental et les faits. »
- La nécessité d'une expertise psychiatrique précédant la prise de décision d'internement
- Des conditions précises pour la libération à l'essai et pour la libération définitive
- Le transfert des compétences des Commissions de défense sociale aux tribunaux d'application des peines, ce qui signe une judiciarisation plus importante et l'éviction du psychiatre qui était présent dans les Commissions de défense sociale.

On peut dire que, depuis l'adoption de la loi de 1930, la législation relative à la défense sociale ne cesse de susciter des réflexions et des contestations, ce qui l'amène régulièrement à faire l'objet d'évolutions et de modifications. Certains relèvent toutefois que ces multiples avatars ne changent pas en profondeur le projet de base de la défense sociale, un projet qui oscille entre soin et sécurité. En témoigne le dernier de ces avatars, à savoir l'adoption de la *Loi relative à l'internement des personnes* du 5 mai 2014. Le texte de la proposition (art.2) formule ainsi la double nature de l'internement :

- c'est une mesure de sûreté destinée à protéger la société
- c'est une mesure thérapeutique par laquelle la société permet à la personne de recevoir des soins appropriés en vue de sa réinsertion sociale

En 2016, le texte de 2014 subit de nouvelles modifications. La nouvelle version qui entre en vigueur le 01 octobre 2016 prévoit notamment :

- que l'internement ne sera envisageable que pour des faits graves portant atteinte à l'intégrité physique ou psychique des personnes, excluant par-là, la possibilité d'un internement pour des faits moins graves.
- la possibilité d'associer les victimes à la mesure

- la prise de décision quant à l'exécution de la mesure et au trajet de soin par une nouvelle *chambre de défense sociale* (une chambre par arrondissement judiciaire), composée d'un juge et de deux assesseurs - un assesseur psychologue clinicien et un assesseur spécialisé en réinsertion sociale.

Les circuits de soins pour internés

Dans le cadre de la réforme des soins de santé mentale communément appelée *réforme 107*, il est apparu que les patients internés ne pouvaient être laissés en marge. Des projets pilotes de « trajets de soins pour patients internés » (TSI) ont été développés à Bruxelles et en Wallonie. Pour chacun de ces trajets, un réseau de soins est constitué entre un hôpital psychiatrique, une maison de soins psychiatriques, une initiative d'habitations protégées et une unité d'outreaching.

Le mot « outreaching » vient du verbe anglais « outreach » qui signifie « dépasser », ou plus littéralement encore « atteindre hors de ». Un service d'outreaching est un service qui sort des limites habituelles du champ d'action classique pour rencontrer des populations qui ont un accès plus difficile aux soins ou aux services. En santé mentale, ces services ont pour objectif d'apporter des soins en dehors du milieu institutionnel et de proposer un accompagnement dans le milieu de vie. Ces services, qui ont habituellement une composition pluridisciplinaire, sont des services mobiles.

L'organisation des soins à l'intérieur de chaque réseau est assurée par un coordinateur. Pour assurer la coordination entre les réseaux et l'ensemble du champ de la santé mentale, chaque zone dépendant d'une cour d'appel dispose d'un coordinateur « justice » et d'un coordinateur « santé ». L'objectif de cette organisation en réseaux consiste à optimiser les soins dispensés aux personnes internées et à favoriser leur réinsertion sociale. La collaboration avec le secteur de la justice passe par le rôle des *Maisons de justice* et des assistants de justice.

Autour des missions d'expertise psychologique et psychiatrique, des questions se posent :

- Comment devient-on expert ? Qui peut le devenir ?
- Qui choisit l'expert ? Comment est formé l'expert et quelle est sa compétence ? Qu'en est-il de sa réputation ?
- Quelle méthodologie emploie l'expert ? Qu'en est-il de sa crédibilité ?
- Comment sont rémunérés les experts ?
- Quelles sont les conditions matérielles de l'exécution de la mission d'expertise ?
Lieu ? Temps/durée ? Accès au dossier ? Déplacement ?
- Pourquoi le caractère inquisitorial de l'examen d'expertise plutôt qu'une forme d'examen plus contradictoire ?
Notion de collègue d'experts
Notion de contre-expertise

Il est conseillé ici de se référer au cours « Approche soignante en santé mentale et psychiatrie : méthodologie spéciale » de la *Formation de soignant en santé mentale et psychiatrie*. Notamment autour d'une illustration complète d'un rapport d'expertise psychologique et psychiatrique, en page 35.

Des exemples de mission d'expertise à travers les documents/illustrations V et VI.

TRIBUNAL de PREMIERE INSTANCE DE MONS
Province du Hainaut

Cabinet du Juge d'instruction
Alain BLONDIAUX

Réquisitoire

Tres Urgent -DETENU

Dossier n° ~~0000~~

Nous, **A.BLONDIAUX**, Juge d'Instruction de l'Arrondissement de Mons, Province de Hainaut, requérons :

Monsieur Jean-François **LALLEMAND**, demeurant à 7332 Sirault, rue E.Vandervelde, 47

En collaboration avec le Dr BONGAERTS aux fins de :

- prendre connaissance du dossier , procéder à divers examens adéquats sur la personne de :

~~0000~~ ~~0000~~ , né à Frameries , le 12.06.78 , célibataire , sans profession , domicilié allée des ~~0000~~ , 143/2 à ~~0000~~ , actuellement détenu à la prison de Mons

- et notamment établir son quotient intellectuel, effectuer un testing projectif et un inventaire de personnalité,
- rédiger un rapport détaillé, avec description et discussion
- faire toutes constatation(s) et suggestion(s) utiles à l'instruction

Dresser du tout rapport daté et signé, en ayant soin de faire précéder sa signature de la formule de prestation de serment ainsi conçue : "Je jure avoir rempli ma mission en honneur et conscience, avec exactitude et probité".

Mons, le 7 mai 2003



A.BLONDIAUX

Lallemand J-François
Psychologie clinique
Expertise judiciaire

Rue Emile Vandervelde, 47
7332 SIRAUTL
☎ 065/52.03.13

Sirault, le ~~09/09/2004~~ 2004.

Monsieur Christian PARENT,
Substitut du Procureur du Roi.
Parquet du Tribunal de Première
Instance de Mons

Vos réf. : ~~09/09/2004~~

Je, soussigné Lallemand Jean-François, psychologue clinicien, requis à titre d'expert par Monsieur Christian Parent, Substitut du Procureur du Roi à Mons, déclare avoir procédé à l'examen psychologique de ~~XXXXXXXXXXXX~~ né à ~~XXXXXXXXXXXX~~, le 26/04/19~~00~~.

Après avoir "pris connaissance des pièces du dossier et procédé à tous examens utiles, décrire la personnalité et l'état psychologique", selon l'AM du 26/09/2002 (Art. 11, A 3°), dans les termes :

1. procéder à l'anamnèse;
2. décrire la structure de sa personnalité et la dynamique de son comportement ainsi que décrire son équilibre psychique et affectif;
3. de dire si cette personne présente une pathologie particulière manifestant une déviance sexuelle, le cas échéant, de décrire cette pathologie et cette déviance et de dire si la déviance sexuelle relevée est susceptible de se traduire par un phénomène de pulsion soudaine incontrôlable;
4. de dire si cette personne présente sur le plan psychologique des séquelles ou des symptômes d'abus sexuels, le cas échéant, de décrire ces séquelles et ces symptômes et d'évaluer leurs répercussions sur sa personnalité et sur son comportement;
5. d'apprécier la crédibilité qu'il convient d'accorder à ses déclarations;
6. de relever tout élément et toute composante psychologique susceptible de contribuer à la manifestation de la vérité;
7. de dire si, et, le cas échéant, dans quelle mesure ces constatations et ces conclusions correspondent à la nature des faits dont mon office est saisi;
8. de dresser de ces constatations et de ces conclusions un rapport écrit et motivé, daté et signé, en double exemplaire.

Au vu de cet état de fait, j'ai examiné le dit le ~~09/09/2004~~ 2004, à mon cabinet de consultation à Hornu, et j'ai consigné le présent rapport.

4. PROTÉGER LA PERSONNE ET SON PATRIMOINE

Un réel statut de protection est entré en vigueur le 1^{er} septembre 2014. Cette législation remplace les anciens statuts de protection des personnes majeures : l'*administration provisoire*, sur laquelle est basée la nouvelle législation ; la *minorité prolongée*, qui assimilait la personne adulte protégée à un mineur de moins de 15 ans ; l'*interdiction judiciaire*, qui privait la personne de toute capacité d'action ; et la *désignation d'un conseil judiciaire*, par exemple en cas de prodigalité.

La protection extrajudiciaire, qui permet de donner un mandat à quelqu'un sans passer par le tribunal, est désormais expressément organisée par la loi. La législation en cours permet désormais à l'administrateur de veiller non seulement à la **gestion des biens**, mais aussi aux **droits individuels de la personne protégée**.

Mais c'est surtout la philosophie générale qui a changé : toute personne, même si elle souffre d'un handicap de quelque nature que ce soit, doit pouvoir conserver la plus grande autonomie possible. La nouvelle loi part des facultés de la personne plutôt que de son incapacité : que peut-elle encore décider elle-même, pour quelles décisions doit-elle se faire aider et quelles sont les décisions qu'il vaut mieux prendre à sa place ?

La personne protégée et sa famille interviennent dans le choix du régime de protection. Les administrateurs et le juge de paix s'informent au préalable de l'avis de la personne protégée et/ou de sa personne de confiance et en tiennent compte davantage.

Deux régimes de protection

Il existe désormais deux régimes qui permettent d'assurer la protection de la personne et/ou de ses biens : la protection extrajudiciaire et la protection judiciaire. En cas de protection extrajudiciaire, une personne donne un **mandat** à quelqu'un en qui elle a confiance pour accomplir certains actes relatifs à ses biens, sans que le juge ne doive intervenir. En cas de protection judiciaire, le juge de paix met en place un accompagnement individualisé de la personne protégée. Il désigne à cet effet un **administrateur** pour assister ou représenter cette personne.

A. Protection extrajudiciaire

- Le mandat : la base de la protection extrajudiciaire

La protection extrajudiciaire permet aux personnes qui sont encore capables d'exprimer leur volonté de prendre des mesures qui s'appliqueront lorsqu'elles ne seront plus à même de participer à la vie en société. Elles peuvent ainsi déterminer elles-mêmes la manière dont leur patrimoine devra être géré lorsqu'elles ne seront plus en mesure de le faire.

Pour organiser une protection extrajudiciaire, il faut donc recourir au **mandat**. Il permet à une personne (le **mandant**) de donner une procuration à une autre personne (le **mandataire**), en général un membre de sa famille, dans le but d'assumer la gestion de tout ou d'une partie de ses biens. Le mandataire peut alors effectuer, au nom et pour le compte du mandant, tous les actes prévus par le mandat. Le mandant reste capable d'accomplir les autres actes.

Le mandat doit être enregistré avant que le mandant soit incapable d'exprimer sa volonté. A défaut, le mandat prend fin dès le moment où le mandant est dans un état justifiant un placement sous administration.

En principe, le mandat peut être conclu sous seing privé (entre le mandant et le mandataire sans l'intervention d'un notaire). Mais dans la plupart des cas, il est opportun de passer un acte notarié. Cela permettra de couvrir certaines opérations, comme la vente d'un bien immobilier.

- Comment se déroule la protection extrajudiciaire ?

La protection extrajudiciaire est aussi d'application, sans intervention d'un juge, lorsque le mandant devient incapable d'exprimer sa volonté. Selon la nouvelle loi, le mandat peut se poursuivre si trois conditions sont remplies :

- le mandant doit, au moment où il conclut le mandat, être capable d'exprimer sa volonté ;
- le mandat doit expressément avoir pour but de régler les modalités de cette protection extrajudiciaire ;
- le mandat doit être enregistré par le greffe de la justice de paix ou par le notaire dans le registre central des contrats de mandat.

Si le mandataire agissait déjà sur la base du mandat, il poursuit simplement sa mission comme convenu.

Si ces conditions ne sont pas respectées, le mandat prend fin dès que le mandant se trouve dans un état justifiant un placement sous administration.

La protection extrajudiciaire ne concerne que la gestion des biens. S'il est nécessaire de mettre en place une protection qui touche à la personne, il faudra recourir à la protection judiciaire.

B. Protection judiciaire : l'administration provisoire

Lorsque la protection extrajudiciaire ne suffit pas ou plus à une personne majeure devenue incapable de défendre ses intérêts à cause de son état de santé ou d'un état de prodigalité, le juge de paix peut désigner un administrateur. La nouvelle loi se base sur l'ancien statut de l'administration provisoire, qu'elle modernise et qu'elle élargit à la protection de la personne.

PRODIGALITÉ :

On parle de prodigalité lorsque des personnes dilapident leurs revenus en dépenses inutiles. Ce comportement peut être dû à un trouble mental, mais ce n'est pas toujours le cas. Sous l'ancienne législation, les personnes prodigues étaient généralement mises sous un conseil judiciaire. La nouvelle loi permet d'organiser un placement sous administration, qui se limite à une assistance et aux actes relatifs à la gestion du patrimoine. Seule la personne à protéger ou sa famille peut demander cette mesure de protection judiciaire à un juge de paix.

Le juge de paix examine ce que cette personne peut encore faire elle-même et ce qu'elle ne peut plus faire, de manière définitive ou non. Il la déclare incapable pour les actes qu'elle ne peut plus accomplir de manière autonome et il désigne un administrateur.

L'administrateur peut assister la personne protégée, ce qui signifie que cette dernière conserve un certain degré d'autonomie. Il ne doit intervenir que pour donner une validité juridique à un acte posé par la personne protégée, par exemple en donnant son aval ou en apposant sa signature, mais il n'agit pas à sa place. L'administrateur peut aussi se voir confier une mission de représentation, ce qui signifie qu'il agit et décide à la place et pour le compte de la personne protégée.

Désormais, le juge de paix peut désigner un administrateur non seulement pour la gestion des biens, mais aussi pour les actes qui touchent à la personne.

ZOOM SUR L'ADMINISTRATION PROVISOIRE

1. LE DEROULEMENT : quatre documents-clefs

- Requête

La protection judiciaire peut être sollicitée par la personne à protéger elle-même, par un membre de sa famille ou par toute autre personne intéressée (comme un voisin, une aide-soignante ou un travailleur social) ou encore par le procureur du Roi. La requête est déposée auprès du greffe de la justice de paix du lieu de résidence ou du domicile de la personne à protéger.

- Certificat médical circonstancié

Un certificat médical circonstancié, datant de moins de 15 jours avant l'introduction de la demande, doit être joint à la requête. Le médecin y décrit l'état de santé physique et/ou mental de la personne à protéger. Il existe un formulaire type de certificat médical circonstancié qui énumère ce que le médecin doit mentionner.

- Attestation de domicile

La requête doit aussi être accompagnée d'une attestation de domicile datant de 15 jours au plus.

- Convocation

La personne à protéger ainsi que, le cas échéant, son père et/ou sa mère, son conjoint ou cohabitant légal et la personne de confiance, sont invités à comparaître devant le juge de paix.

2. L'ADMINISTRATEUR DE BIENS

- Un administrateur familial ou professionnel ?

Si aucune déclaration de préférence n'a été déposée, le juge de paix peut tenir compte des préférences indiquées dans la requête, mais il n'est pas tenu de les suivre. En l'absence de toute indication, la préférence est donnée à un administrateur familial plutôt que professionnel, par exemple le père et/ou la mère de la personne, son conjoint ou un autre membre de sa famille.

La loi encourage la désignation d'un administrateur familial, cela laisse supposer qu'un membre de la famille est plus à même de respecter la manière dont la personne protégée veut mener sa vie. Les juges ont néanmoins la possibilité de donner la préférence à un administrateur professionnel (avocat, expert financier, comptable, notaire) pour des patrimoines complexes. Ou encore une solution mixte : confier la gestion des biens à un professionnel et la protection de la personne à un administrateur familial.

- Assistance ou représentation ?

Lorsque la personne protégée n'est plus capable d'accomplir certains actes, le juge de paix détermine aussi si l'administrateur doit simplement l'assister ou bien la représenter.

→ S'il opte pour un **régime d'assistance**, la personne protégée peut encore agir par elle-même, mais plus de manière autonome : elle le fait sous la supervision de l'administrateur, qui doit par exemple (co)signer ou donner son accord, mais sans décider à la place de la personne protégée. Son intervention est cependant indispensable pour que l'acte soit juridiquement valable.

→ S'il opte pour un **régime de représentation**, c'est l'administrateur qui décide au nom et pour le compte de la personne protégée.

→ Des combinaisons sont possibles. Le juge peut ainsi opter pour une assistance pour certains actes, par exemple ceux qui touchent à la personne, et pour une représentation pour d'autres, par exemple ceux qui concernent la gestion du patrimoine.

Prenons le cas d'une femme qui souffre de graves psychoses. Pourquoi ne pourrait-elle pas, aux moments où elle va mieux et où elle sait parfaitement ce qu'elle fait, décider de se marier ou de divorcer, de rédiger un testament ou de faire une donation ?

Dans tous les cas, l'administrateur doit tenir compte des souhaits et des besoins de la personne protégée et tenter de respecter la manière dont la personne protégée, ou à défaut sa famille ou la personne de confiance, souhaite mener son existence.

• Est-ce que l'administration peut être modifiée ?

Le juge de paix peut réexaminer l'administration à tout moment, à la demande de n'importe quelle personne intéressée. Il peut ainsi l'adapter à l'évolution, positive ou négative, de l'état de santé de la personne protégée – par exemple pour une personne âgée souffrant de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée ou pour une personne atteinte de troubles psychiques évolutifs – et accroître ou, au contraire, réduire son degré d'autonomie.

• Les obligations de l'administrateur

L'administrateur doit rendre des comptes au juge de paix, à la personne protégée (si son état de santé le permet), aux autres administrateurs éventuels et à la personne de confiance. Le juge de paix peut lui demander d'informer aussi d'autres tiers concernés, comme des membres de la famille ou un travailleur social.

→ *Rapport de début de mission* : Sont décrits situation patrimoniale et revenus de la personne protégée. Il est obligatoire uniquement pour les administrateurs qui exercent une mission de représentation.

→ *Rapport annuel* : L'administrateur rend compte de la gestion des biens, des dates auxquelles il a rencontré la personne protégée, la personne de confiance et du cadre de vie de la personne protégée.

→ *Rapport de fin de mission* : Il peut arriver que l'administration ne soit organisée que pour une période limitée ou que le mandat de l'administrateur prenne fin. Le juge de paix demande alors un rapport sur les raisons de cet arrêt, sur la situation patrimoniale et sur le cadre de vie de la personne protégée.

• L'administrateur est-il rémunéré ?

Un administrateur professionnel peut toucher une rémunération, qui équivaut à 3% maximum des revenus de la personne protégée, pour les tâches qu'il remplit. Les administrateurs familiaux, eux, exercent généralement leur fonction gratuitement et ne perçoivent une rémunération que dans des circonstances exceptionnelles. Les administrateurs peuvent se faire rembourser les frais qu'ils ont engagés : déplacements, téléphone, courrier ou frais administratifs, ...

3. LA PERSONNE DE CONFIANCE

La personne de confiance est le maillon entre la personne protégée et l'administrateur. La législation ne la rend pas obligatoire, mais elle l'encourage pour impliquer le réseau social.

• Pourquoi une personne de confiance ?

La personne de confiance veille à ce que la personne protégée puisse mener la vie qu'elle souhaite avoir. Elle peut informer l'administrateur des souhaits de la personne protégée. Sa fonction peut être particulièrement utile quand le juge a désigné un administrateur professionnel qui ne connaît pas bien la personne protégée, mais elle peut aussi jouer un rôle lorsqu'il s'agit d'un administrateur familial.

La personne de confiance peut :

→ Soutenir et servir d'interprète

La personne de confiance est bien placée pour connaître les souhaits de la personne protégée et pour les expliquer au juge de paix et à l'administrateur. Elle traduit donc le point de vue de la personne protégée, surtout si celle-ci ne peut pas bien s'exprimer, et elle lui apporte une aide physique, psychique et sociale.

→ Informer et contrôler

La personne de confiance a le droit de contrôler le travail de l'administrateur. Si elle a l'impression que celui-ci ne remplit pas correctement sa mission ou qu'il y a d'autres problèmes, elle peut en avertir

le juge de paix. Elle peut obtenir des informations sur l'administration et consulter les rapports de l'administrateur.

→ Faire la liaison

La personne de confiance est idéalement placée pour favoriser la communication entre la personne protégée, d'une part, et le juge de paix, l'administrateur et le réseau social, d'autre part.

LES CAS PRATIQUES

THÉO (16 ANS)

Théo est né avec un handicap mental léger. Il fréquente l'enseignement spécialisé. Ses parents s'inquiètent de savoir ce qui se passera le jour où il sera majeur car ils ne pourront plus exercer leur autorité parentale. Avant l'entrée en vigueur de la nouvelle loi, on aurait pu opter pour un statut de minorité prolongée afin de protéger l'enfant. Quelles possibilités offrent le nouveau statut ?

Dès que Théo aura 17 ans, ses parents pourront demander au juge de paix d'organiser une protection judiciaire. Si le juge accède à cette demande, la mesure entrera en vigueur aux 18 ans de Théo. Le juge de paix examinera quelles sont les possibilités et les limites de Théo et quelle est la solidité du réseau social qui l'entoure. Il voudra en effet lui donner l'occasion d'organiser sa vie avec le plus d'autonomie possible, avec l'aide de ses parents qui deviendront plus que probablement ses administrateurs. S'il est possible de mettre en place un régime d'assistance, dans lequel les parents donnent une validité juridique aux actes de Théo mais sans décider à sa place, le juge le fera. Théo pourra ainsi se voir attribuer un budget, hebdomadaire ou mensuel, dont il pourra disposer librement. Le juge évaluera aussi dans quelle mesure Théo peut se prendre en charge et il pourra faire appel à des services d'accompagnement, comme un habitat protégé. Si les parents de Théo estiment que leur enfant a besoin d'une protection renforcée, ils peuvent demander à tout moment au juge de réexaminer la situation et d'adapter l'administration.

PAULA (69 ANS)

Paula a de plus en plus de moments d'oubli et de confusion. Elle fait encore ses courses elle-même et paie ses factures, mais c'est de plus en plus difficile. D'après son médecin, elle présente les premiers signes de la maladie d'Alzheimer. Ses enfants craignent que cela tourne mal. Comment la nouvelle loi peut-elle aider Paula ?

Si Paula est encore en mesure de conclure un contrat, elle peut désigner comme mandataire l'un de ses enfants ou une personne en qui elle a confiance. Le mandataire agit alors à sa place. Mais Paula conserve sa capacité d'accomplir des actes. Si elle le fait enregistrer au greffe de la justice de paix ou auprès d'un notaire, le mandat pourra se poursuivre lorsque Paula ne pourra par exemple plus faire ou contrôler ses comptes elle-même. Si le mandat ne la protège plus suffisamment ou qu'on ne trouve pas de mandataire adéquat, une demande de protection judiciaire peut être adressée au juge de paix. Le juge met alors en place la mesure la moins contraignante afin que Paula puisse continuer à décider pour et par elle-même dans toute la mesure du possible : il peut par exemple confirmer le mandat ou désigner un administrateur. Auparavant, Paula a pu indiquer, dans une déclaration de préférence, qui elle souhaitait avoir comme administrateur et quelles étaient les souhaits dont il fallait tenir compte. Au début, la mission d'administrateur peut se limiter à une assistance pour des actes d'une certaine importance, mais cela risque de ne pas être suffisant à mesure que la maladie progresse. La protection peut être adaptée avec souplesse aux circonstances et le juge de paix peut, si nécessaire, à tout moment désigner un administrateur investi d'une mission de représentation, qui s'occupera de tout pour Paula.

CARINE (42 ANS)

Carine souffre de schizophrénie et parfois de psychoses graves. À certains moments, elle sait très bien ce qu'elle dit et fait, mais pas à d'autres. Son état de santé est difficile à prévoir. Il y a des périodes où Carine ne peut pas prendre de décisions par elle-même. Son entourage a peur qu'elle ne commette des bêtises. Qu'est-ce que la nouvelle loi peut faire pour elle ?

Carine peut désigner, à un moment où elle est capable d'exprimer sa volonté, une personne qui sera son mandataire et qui agira à sa place. Mais elle reste capable d'accomplir des actes seule. Si Carine fait enregistrer le mandat, ce mandataire pourra toujours intervenir lorsqu'elle ne sera plus en mesure de défendre ses intérêts convenablement. Dans ce cas, Carine conserve sa capacité d'accomplir des

actes. Si elle constitue un danger pour elle-même, une protection judiciaire est plus sûre, car il lui offre une plus grande protection. Carine est alors déclarée, en tout ou en partie, incapable. Elle conserve le droit de prendre ses propres décisions, avec l'accord de l'administrateur, si le juge met en place un régime d'assistance. Si ce régime ne suffit pas parce que, son état se dégrade, il est alors préférable de désigner quelqu'un qui peut la représenter, mais par exemple uniquement pour des actes importants. Même si elle a été déclarée incapable, Carine peut encore accomplir elle-même certains actes personnels à condition que le juge de paix lui en donne l'autorisation. Elle peut par exemple se marier ou établir un testament.

III. Politique de santé en matière de soins en psychiatrie

Le contexte des années 1980 est celui de la crise budgétaire, mais la logique économique va permettre d'améliorer la qualité des soins en organisant des services alternatifs à l'hôpital.

Dans cette perspective, la première étape de la reconversion du secteur se trouve dans les arrêtés royaux et ministériels pris en juillet 1990 à l'initiative du ministre Busquin. Ceux-ci instituent notamment les **Maisons de Soins Psychiatriques (MSP)** et les **Initiatives d'Habitations Protégées (IHP)**. Par leur vocation à assurer les fonctions de soins auprès des patients chroniques stabilisés, ces deux nouvelles structures s'inscrivent dans une volonté de distinguer davantage entre les fonctions de soins et les fonctions thérapeutiques. Quant aux plates-formes de concertation en santé mentale, également créées en 1990, elles ont pour missions de favoriser la complémentarité entre les structures de soins d'un même territoire, y compris les services résidentiel et ambulatoire, et d'assurer un rôle d'intermédiaire entre les acteurs de terrains et les décideurs politiques. S'observent également la hausse des indices K (enfant, adolescent), la multiplication des services psychogériatriques, la mise en place du *maribel social* (système de réductions des charges patronales) pour l'embauche notamment des assistants en logistique. Se notent également l'accroissement des cadres intermédiaires entraînant une nouvelle structuration du département infirmier, et l'arrivée des éducateurs dans le domaine psychiatrique.

Vers les réseaux et circuits de soins

Au niveau international, l'OMS développe depuis le début des années 2000 une stratégie spécifique à la santé mentale dont on ne peut ignorer la portée. Ainsi, « la dissociation artificielle entre, d'une part, les facteurs biologiques et, d'autre part, les facteurs psychologiques et sociaux » a effectivement constitué « un redoutable obstacle à la bonne compréhension des troubles mentaux et du comportement ». L'OMS avance qu'ils résultent au contraire « d'une interaction complexe de facteurs biologiques, psychologiques et sociaux ». C'est ainsi que l'OMS préconise une prise en charge communautaire, qui permet, aux personnes de « prendre leur destin en main », contrairement aux « grandes structures d'internement ».

La « Déclaration sur la santé mentale pour l'Europe » (2005) pose, quant à elle, la question de l'opérationnalisation de ces réponses pratiques.

Le Projet 107

La réforme des soins de santé mentale, ou « Psy 107 », entamée au début du printemps 2010, soulève en Belgique des enjeux institutionnels, professionnels et organisationnels importants. Omniprésent sur la scène internationale, le glissement d'une psychiatrie hospitalière à une psychiatrie communautaire est le plus souvent analysé en termes de changement de paradigme (Freeman *et al.*, 2012).

Dès 2009, le « coordinateur fédéral » de la réforme, chef de projet engagé par le service public fédéral santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement (SPF santé publique), s'est attelé au « maintien des personnes au sein de leur environnement et de leur tissu social par la mise en place de parcours thérapeutiques individualisés ». L'opérationnalisation de ces « circuits de soins » suppose un « réseau de collaborations entre des structures et des ressources qui vont [...] définir un fonctionnement et des objectifs communs, ceci afin de garantir l'efficacité du suivi des patients, une meilleure continuité des soins, l'amélioration de l'offre et l'amélioration de la qualité de la prise en charge ».

Concrètement, les prestataires de soins sont invités à assurer cinq fonctions.

- la première fonction concerne les activités de prévention, de promotion de la santé mentale, de détection précoce et de diagnostic. Elle implique un premier accueil de la demande des usagers et l'organisation d'une réponse adaptée.
- la seconde fonction concerne les traitements intensifs dispensés à domicile par des équipes mobiles spécialisées dans les problèmes psychiques aigus ou chroniques.
- la troisième fonction est relative à la réinsertion et à l'inclusion sociale. Cette fonction nécessite une approche transversale, associant les acteurs sociaux et ceux de la santé mentale.
- la quatrième fonction concerne les unités intensives de traitement résidentiel lorsqu'une hospitalisation s'avère indispensable. Les séjours sont d'une durée minimale, d'une grande intensité et nécessitent un encadrement spécialisé.
- enfin, la cinquième fonction prévoit des formules résidentielles spécifiques destinées aux usagers souffrant de problèmes psychiatriques chroniques stabilisés et qui présentent des possibilités d'intégration sociale réduites.

L'accent mis sur le maintien de la personne dans son environnement social, la réhabilitation, la réinsertion, le travail en réseau, intersectoriel et pluridisciplinaire, témoigne de l'ancrage de la réforme dans un modèle de psychiatrie communautaire.

À cet égard, il convient de mentionner le mécanisme sur lequel repose le financement des projets. L'acronyme « 107 » désigne une technique financière consistant à recourir au budget traditionnellement alloué aux hôpitaux pour le financement des lits psychiatriques et à réaffecter les ressources financières et humaines qu'il recouvre à la mise en place des équipes mobiles. Autrement dit, ce sont les directions des hôpitaux psychiatriques, dont la réforme entend modifier le rôle, qui sont invitées à se positionner comme promoteurs des projets d'exploration.

Epidémiologie de la maladie mentale et prévention

Pour rappel, l'épidémiologie, c'est la science de l'hygiène publique touchant à la santé des populations. Deux termes clefs :

- *Incidence* : le nombre de nouveaux cas de maladie déclarés pendant une période donnée au sein d'une population donnée
- *Prévalence* : le nombre de cas de maladie enregistré sans distinction entre les cas nouveaux et les cas anciens.

L'objectif est ici la prévention, mais dans le cadre de la maladie mentale, il est difficile d'évoquer l'incidence et la prévalence. En effet, la fréquentation des centres de santé mentale dépend de la proximité face au patient. De plus, les patients peuvent être traités hors des hôpitaux, comme dans des centres de consultation privée, aucun contrôle n'est alors possible. Par ailleurs, certaines personnes vivent avec une maladie mentale non diagnostiquée et non traitée.

Les trois niveaux de prévention :

Niveau primaire : c'est la diminution de l'incidence chez les populations à facteur de risque élevé.

Par exemple, la situation de crise liée à une naissance. Ici pour diminuer les risques, on vise à préparer les populations à leurs nouveaux rôles, ainsi multiplier les services de soutien comme l'ONE, les associations de parents d'enfant avec handicap, les missions éducatives préparatoires des maternités

Niveau secondaire : c'est la diminution de la prévalence par le dépistage précoce et le traitement efficace.

Par exemple, une brève hospitalisation en unité de psychiatrie en hôpital général, ou une chimiothérapie accompagnée d'une psychothérapie en consultation externe.

Niveau tertiaire : est visée la diminution de l'incapacité liée à la maladie

Par exemple, préparer la famille et le patient à son retour au sein de la société comme dans le cadre d'une posture chez le toxicomane

IV. Notion de communication en psychiatrie

L'objectif ici est de présenter les psychothérapies les plus courantes dans les hôpitaux spécialisés mais également en service ambulatoire, en vue d'établir non seulement un cadre institutionnel à travers un référent commun à tous, mais aussi une communication envers les patients des services psychiatriques.

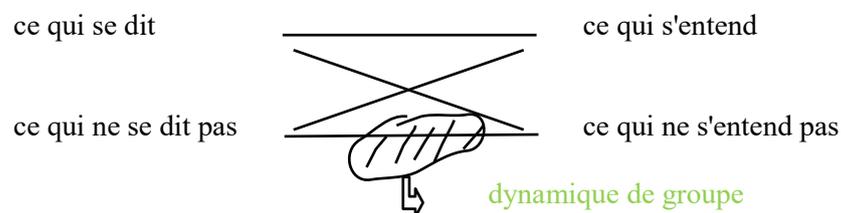
Ici le mot « méthode » thérapeutique est utilisé mais il faut se rendre compte que la plupart des psychothérapies sont plus que de simples méthodes de traitement ou de croissance personnelle. On y retrouve :

- Une conception de l'homme, soit un référent philosophique,
- Une théorie de la personnalité, soit un référent psychologique,
- Une conception de la santé mentale et donc de la guérison psychique, soit un référent psychopathologique,
- Un ensemble d'outils techniques, soit un référent technologique thérapeutique.

Les modalités de thérapie varient :

- La relation individuelle centrée sur la relation thérapeute et patient
- Le couple ou la famille
- Le groupe – le fait d'assister et de participer au travail des autres, c'est inévitablement en ressentir l'écho au plus profond de soi : le groupe est une caisse de résonance qui permet à chacun de dédramatiser son problème et facilite les prises de conscience.

Au sein des services psychiatriques, le groupe - celui des patients, celui des soignants ou encore celui des patients et des soignants – amène des changements chez chacun de ses membres. Le groupe agit comme un catalyseur, un résonateur, un accélérateur dans lequel chaque participant expérimente de nouvelles attitudes, de nouveaux comportements, de nouvelles façon de communiquer. Sont exploitées ici les ressources de la **dynamique de groupe** à des fins de changement personnel.



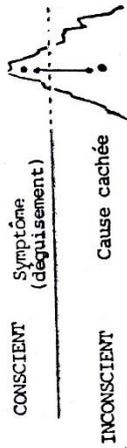
Mais le groupe peut aussi être un obstacle au changement, par exemple face à la personne paralysée à l'idée d'exprimer ses difficultés au sein d'un groupe, ou en autre exemple, celle qui apprécie trop les situations de groupe qu'elle s'y abreuve à des fins de non changement.

En référence à P. TRAUBE (2005) seront visées : la psychanalyse, les méthodes de relaxation et sophrologie, la thérapie comportementale, la thérapie non directive de type rogéienne, l'analyse transactionnelle ou AT, la programmation neuro-linguistique ou PNL, l'approche systémique.

La thérapie comportementale et la PNL visent des problèmes ponctuels comme l'envie d'arrêter de fumer, le traitement des phobies. Les méthodes de relaxation touchent plus aux problèmes psychomoteurs, aux syndromes post-commotionnels, tout comme les problèmes de stress. L'analyse transactionnelle est efficace pour les problèmes relationnels. La psychanalyse touche aux problèmes d'ordre psychopathogénétique, les problèmes existentiels comme le deuil.

LA PSYCHANALYSE.

Du point-de-vue de la psychanalyse, le véritable problème à considérer pendant la cure, n'est nullement la souffrance ressentie par le patient ("vécu/douloureux) car celle-ci n'est que la manifestation tangible (un "symptôme") d'une pathologie localisée en un autre "lieu" (l'autre face du miroir): l'INCONSCIENT. L'inconscient est une sorte de "contenant" général des causes et phénomènes cachés qui déterminent notre comportement, nos sentiments, nos choix. C'est sur cette scène-là que se déroule l'action principale du drame humain. Quant au symptôme, il n'a d'importance qu'en ce qu'il est une manifestation déguisée à déchiffrer pour accéder à la cause profonde/enfouie au plus intime de l'être (psychologie "des profondeurs"). Au départ donc, une vision "bi-face" de l'homme (conscient/inconscient) qu'illustre l'image de l'iceberg:



Le symptôme est donc le résultat d'une transformation. Sous l'effet d'un traumatisme ou d'un conflit de la petite enfance (ex: violence de la mère, tentative de séduction par le père...), le souvenir ("représentation") s'associe à une émotion ("affect"). Au lieu de s'effacer progressivement ou de s'intégrer harmonieusement au sein de la personnalité (destin normal du souvenir), le souvenir(et l'émotion qui lui est associée) est REFOULE: il demeure affectivement investi et parasite l'inconscient, sous forme d'un symptôme qui se répète à l'infini ("compulsion de répétition"). L'inconscient s'oppose à sa mise à jour par la psychanalyse, c'est le phénomène de RESISTANCE.

La cure psychanalytique consistera à instaurer une relation entre l'analyste et le patient, telle que celui-ci puisse revivre en son sein (TRANSFERT) le conflit infantile et, cette fois, le résoudre.

Le patient est donc invité (notamment par la technique des "associations libres" qui consiste à associer spontanément les mots qui viennent à l'esprit), à revivre les fragments oubliés de sa vie affective et transfère sur la personne de l'analyste les émotions (haine, amour, peur, colère, désir sexuel...) anciennement vécues de manière dramatique avec ses parents. La guérison est obtenue très lentement (après 3,5,10 ans ou plus) lorsque le patient a pris conscience (INSIGHT) de son conflit et en a intégré harmonieusement les éléments dans sa personnalité actuelle (PERLABORATION). L'abcès morbide (représentation + affect) perd alors de sa virulence et le symptôme disparaît puisqu'il n'a plus de raison d'être.

Le "père" de la psychanalyse est le neurologue viennois S.FREUD (1856 - 1939). Elle s'est enrichie, au cours du temps d'apports de continuatours dont les plus connus sont: A.ADLER, C.G.JUNG, O.FENICHEL, O.RANK, W.REICH, S.FRENCZI, C.ABRAHAM, J.LACAN ... Aujourd'hui, la cure inspirée directement des principes freudiens est dite "cure type" ou "analyse orthodoxe". D'autres formes de psychanalyse sont pratiquées:

- la psychanalyse junguienne
- la psychanalyse lacanienne
- la "Daseinanalyse" ou analyse phénoménologique.
- la thérapie d'inspiration analytique.

La psychanalyse Junguienne.

FREUD pensait que la personnalité humaine comportait trois instances: le ÇA (pulsions, instincts), le SURMOI (ensemble d'interdits, conscience morale), le MOI (source du comportement et de la conscience).

C.G.JUNG (élève de S.FREUD) estime qu'au-delà du "Moi" (conscience "ordinaire") et derrière notre PERSONA (masque social) il est une personnalité profonde, étincelle d'universalité et de conscience cosmique, qui doit accoucher: le SOI. Il postule la présence, sous la couche de l'inconscient individuel de FREUD, d'une "architecture" plus profonde encore: l'INCONSCIENT COLLECTIF. Celui-ci recèle les ARCHETYPES, c'est-à-dire l'ensemble des pensées, croyances, mythes communs à tous les individus d'une même civilisation ou de l'humanité tout entière. Une voie royale pour accéder à l'inconscient collectif: l'analyse des rêves, des fantasmes, des productions artistiques... Cette analyse, fondée sur les grands mythes humains, constitue un des piliers essentiels de la psychanalyse d'inspiration junguienne. Son but est d'aider l'homme et la femme à trouver leur vérité profonde (processus d'INDIVIDUATION) et à accomplir, par là, le destin auquel il (elle) est appelé(e).

La Dasein-analyse.

L'être humain est le seul être capable de dire "je". Il est le seul à être doté de POTENTIALITES, c'est-à-dire qu'il peut dépasser sa condition initiale ("Moi superficiel") pour accéder à la pleine réalisation de lui-même ("Moi profond"). Par là, il est créateur de son propre Devenir par l'élaboration de PROJETS. Chaque homme, chaque femme, est le centre d'un UNIVERSE SUBJECTIF qui le (la) rend unique et détermine les significations (le "sens") qu'il(elle) attribue aux choses. La névrose est un INFLECHISSEMENT DU SENS de la vie, donc un appauvrissement du "vécu". Le névrosé est prisonnier de THEMES INCONSCIENTS qui, au lieu de l'ouvrir à la liberté intérieure, l'enferment dans une perception appauvrie de lui-même, des autres et du monde. Le but de l'analyse ne s'exprime donc pas

LA BEHAVIOR THERAPY OU THERAPIE COMPORTEMENTALE.

Supposons qu'on enferme un rat dans une cage divisée en deux compartiments communiquant par une porte et que l'on fasse passer un courant électrique dans le plancher du compartiment A. Que va faire le rat? Il va se réfugier dans le compartiment B non électrisé. Si, à présent, on actionne une sonnerie quelques secondes avant d'envoyer la décharge, le petit animal va associer le stimulus auditif (sonnerie) au stimulus douloureux (décharge) et va fuir le compartiment A dès qu'il entend le signal sonore. Si, enfin, on supprime la communication en bloquant la porte, on rend la fuite impossible. Le rat alors, à l'émission du signal sonore, va manifester une réaction d'anxiété (mouvements désordonnés, augmentation du rythme cardiaque...). On a créé une "névrose expérimentale".

Pour les théoriciens de la "behaviortherapy" ("behavior-comportement"), la névrose humaine obéit à des lois similaires puisque le comportement de l'homme, comme celui de l'animal, dérive de phénomènes de conditionnement et d'apprentissage. La névrose est une CONDUITE (réaction réflexe) dérangeante qui apparaît chaque fois que le sujet est confronté à certaines situations (STIMULI). Par exemple, le claustrophobe répond par une conduite INADEQUATE (angoisse, fuite) à un STIMULUS inoffensif en réalité mais qui représente, pour lui, un danger subjectif. Cette conduite parasite son comportement et le fait souffrir, il faut donc la faire disparaître. Comment? En effectuant le parcours inverse c'est-à-dire en pratiquant un DE-CONDITIONNEMENT. Grâce à la technique de "désensibilisation systématique" (WOLPE), on invite le sujet à la relaxation. Cela fait, on lui propose de rencontrer le stimulus anxiogène (générateur d'angoisse). Ainsi, par exemple, s'il souffre de phobie des serpents, on induira une approche imaginaire progressive d'un serpent jusqu'à ce qu'il parvienne à le toucher en toute sérénité. L'état physiologique de relaxation étant incompatible avec celui du stress ou de l'anxiété, la réponse anxieuse se verra annihilée.

SOPHROLOGIE ET METHODES DE RELAXATION.

Les deux méthodes de relaxation les plus connues sont le "Training autogène" de SCHULTZ et la "Relaxation progressive" de JACOBSON.

Le Training Autogène (SCHULTZ).

La séance de T.A. débute par une induction au calme au moyen d'images mentales proposées par le thérapeute. Après quoi, le patient est invité, par suggestion, à expérimenter la PESANTEUR et la CHALEUR de ses membres. On y adjoint généralement des exercices visant à la prise de conscience et à la maîtrise des rythmes respiratoires et cardiaques.

La Relaxation Progressive (JACOBSON).

Il s'agit d'un apprentissage progressif, région par région, au moyen d'exercices de détente et de décontraction musculaire, de la mise au repos des parties du cerveau correspondant aux ensembles musculaires relâchés.

La Sophrologie (CAVCEDO).

La sophrologie est une synthèse de trois apports: les techniques de relaxation, le rāja yoga, la méditation Zen. Par des exercices respiratoires, méditatifs et de détente musculaire, elle vise à approfondir la conscience du schéma corporel et à permettre l'émergence à la conscience des potentialités enfouies qui sommeillent. Elle procède par induction d'un état de conscience (SOPHRODISATION) intermédiaire entre la veille et le sommeil, qui ne relève donc pas de l'hypnose, au sens strict, et n'incite donc pas à la dépendance par rapport au thérapeute.

Le "père" de la sophrologie est le médecin espagnol CAVCEDO qui en a formulé les principes dans les années 60 après plusieurs voyages en Orient.

en termes de "guérison" mais en termes de "transformation" de l'être: il lui faut réorganiser sa perception de lui-même, de la vie et des choses, élargir ses possibilités d'être, en un mot: recouvrer sa liberté créatrice.

La Daseinanalyse (en Allemand: Da-sein = être là) s'inscrit dans le courant phénoménologique de BERGSON, HUSSERL, HEIDEGGER... Sa formulation clinique est de L. BINSWANGER Et E. MINKOWSKI.

La psychanalyse lacanienne.

Jacques LACAN (1901-1981) se veut le promoteur d'un retour aux sources freudiennes. Il va redéfinir la notion d'"Inconscient" au regard de la philosophie (phénoménologie) de HEGEL et de la linguistique. Le propre de l'être humain est de s'édifier grâce à la relation à l'autre, c'est-à-dire l'INTER-SUBJECTIVITE (relation de sujet à sujet). Il peut accéder à celle-ci grâce à la Parole, c'est-à-dire au LANGAGE. L'inconscient est "structuré comme un langage". Il fonctionne selon sa propre grammaire, sa propre syntaxe. La névrose, c'est le chaînon-manquant qui introduit l'incohérence (le non-SIGNIFIANT) dans la continuité du conscient. La cure analytique vise à rétablir cette continuité en aidant le patient à retrouver les "pens" de conscience qui lui manquent.

La psychothérapie d'inspiration analytique.

On regroupe généralement sous cette appellation toutes les pratiques qui s'inspirent des principes freudiens, tout en s'écartant de la technique stricte des associations libres. Par exemple: le "psychodrame" analytique qui se pratique en groupe. Au lieu d'être racontées, les scènes importantes du passé sont jouées comme au théâtre.

L'inconscient n'a donc nulle place en thérapie comportementale. La relation thérapeutique, si importante en psychanalyse et dans les thérapies "humanistes", joue, ici, un rôle secondaire.

La névrose est un "mauvais" conditionnement. Le traitement consiste à le supprimer du "répertoire comportemental" du sujet. Ce résultat peut être obtenu en peu de temps (10 à 30 séances d'une heure) car il vise la disparition du symptôme sans exiger de détour par la "cause cachée" située en un autre lieu. Si un(e) patient(e) begaye en présence du sexe opposé, la priorité ne réside pas en l'archéologie de ses conflits infantiles, mais en la disparition rapide de ce comportement gênant.

Contrairement à la psychanalyse, née de la clinique médicale, la behaviortherapy accouche dans les laboratoires de psychologie expérimentale. Ses "pères" sont les psychologues anglais WOLPE, KELLY et EYSENCK. Ceux-ci s'inscrivent aux théories du conditionnement (PAVLOV, SKINNER) et aux théories de l'apprentissage (THORNDIKE, HULL, LE NE...)

LA METHODE VITTOZ. (I/G)

A la fois technique thérapeutique et pédagogie de vie, la méthode Vittoz (R.VITTOZ, médecin suisse contemporain de FREUD, SCHULTZ, JACOBSON) est fondée sur les lois de fonctionnement neuro-physiologique de l'être humain. Elle vise, au moyen d'exercices simples, à intégrer harmonieusement les deux "facettes" de la physiologie cérébrale: la RECEPTIVITE (sensibilité aux "signaux" qui nous viennent du monde environnant) et l'EMISSIVITE (capacité à réagir, par l'action ou la pensée, à ces signaux). Elle permet au patient de re-contacter les souffrances du passé qui ont été refoulées mais qui engendrent, dans son présent, des réactions inadéquates (objectif toutefois plupart des thérapies). Son originalité toutefois réside dans le fait que c'est l'état de réceptivité du praticien aux "ordres" émis par le patient en cours de séance qui le guide dans la recherche des moyens les plus efficaces.

LA PSYCHOTHERAPIE ROGERIENNE (NON DIRECTIVE). (I)

Pour C.ROGERS, toute personne possède en elle les ressources nécessaires à sa propre maturation, les forces de croissance qui lui permettent d'accéder à une plus grande autonomie, à une plus grande liberté intérieure. La névrose est un obstacle à cette croissance: la personne y est coupée de ses propres expériences, elle est incapable de prendre conscience de ses sentiments, de ses besoins réels, de ses désirs et donc de les vivre pleinement. Le but de la thérapie est de stimuler les forces de croissance en sommeil de façon à aider le "client" à accéder à l'ACTUALISATION DE SOI ("actualisation" = rendre réel, actuel, ce que je suis vraiment). Comment?

Plutôt que d'aborder son client au moyen de théories préalables, le thérapeute se centre sur l'expérience vécue de celui-ci ("thérapie-centrée-sur-le-client") et s'immerge, en quelque sorte, dans son univers subjectif. Cela exige de la part du thérapeute une grande capacité d'EMPATHIE ("empathie" = sentir de l'intérieur). Pas d'a priori théorique donc, pas de jugement de valeur non plus: l'attitude thérapeutique est une attitude d'ACCEPTATION POSITIVE INCONDITIONNELLE. Le thérapeute n'est rien d'autre qu'un catalyseur (c'est le client qui conduit sa thérapie). Il s'abstient de toute interprétation et de tout interventionnisme (NON DIRECTIVITE). Il est une personne "authentique" (il ne s'agit pas pour lui de jouer un rôle) et "congruente" (pleinement en accord intime avec ce qu'il fait et ce qu'il dit).

Carl ROGERS, psychologue et psychothérapeute américain (mort en 1987). Sa "thérapie-centrée-sur-le-client" repose sur une philosophie implicite fortement imprégnée des valeurs (américaines) d'optimisme quant à la nature humaine, et de pragmatisme. Il est considéré comme un précurseur du courant des "thérapies humanistes": Gestalt-thérapie, A.I., bio-énergie... qui partage la même conception de l'homme et de la santé mentale. Mais, au contraire de ces dernières méthodes (plus récentes), la thérapie rogerienne est exclusivement verbale (communication par la parole en face-à-face thérapeute/client).

L'ANALYSE TRANSACTIONNELLE (A.T.)

Dans la vie, les choses se passent un peu comme au théâtre. Nous y jouons les rôles que nous avons appris pendant notre enfance et nous recherchons (dans nos amitiés et nos amours) les personnes susceptibles de nous "donner la réplique". Le SCENARIO de notre VIE, nous en décidons, entre 3 et 6 ans, sur base de ce que nos parents nous disent (MESSAGES) au sujet de nous-même, des autres et du monde. Ils nous disent des choses qui nous encouragent à nous épanouir (MESSAGES PERMISSIFS) et d'autres qui, au contraire, entravent notre croissance (MESSAGES INHIBITEURS) et cela, dans des proportions variables. Pour conserver l'amour et la protection de nos parents (exigences vitales), nous essayons de savoir ce qu'ils attendent de nous et cela avec les moyens intellectuels, affectifs, intuitifs) limités qui sont les nôtres à cet âge-là. Sur foi de ce que nous en comprenons, nous prenons une (ou des) DECISION(S) DE SURVIE: nous décidons comment il nous faudra nous comporter pendant notre existence. Nous répétons ce comportement alors que sa raison d'être initial a disparu. Le problème est que, souvent, cette décision précoce nous empêche de satisfaire nos besoins réels, de nous adapter à notre réalité actuelle, de communiquer avec autrui. Dans les cas graves, elle peut même nous envoyer, à terme, à l'hôpital psychiatrique ou à la morgue. En thérapie, il faudra retrouver les MESSAGES PARENTAUX négatifs (messages d'Ogre ou de sorcière), les décisions de survie qui en découlent et prendre conscience de la façon dont, aujourd'hui, ils nous empêchent de vivre pleinement. Nous serons alors invités à revivre, en situation thérapeutique (c'est-à-dire en toute sécurité), les émotions aigües associées à ces messages anciens et à prendre une RE-DECISION adaptée, cette fois, à notre réalité actuelle, sur foi du principe que ce qui a été décidé dans l'enfance peut être re-décidé à l'âge adulte.

L'initiateur de l'A.T. est le psychanalyste américain E.BERNE (1910-1970). Elle s'inscrit dans le courant des "thérapies humanistes", appelé aussi Mouvement du Potentiel Humain.

LA PROGRAMMATION NEURO-LINGUISTIQUE (P.N.L.)

Notre manière de nous représenter le monde et les choses est aussi personnelle que nos empreintes digitales. Chaque individu possède SON système de représentation. Pour comprendre quelqu'un et, à fortiori, pour l'aider à résoudre ses problèmes, il est indispensable de connaître son système de représentation de façon à pouvoir y entrer. En définitive, il s'agit pour le thérapeute d'accorder sa longueur d'onde à celle de son patient, de lui parler son langage.

(Dans cette optique, la "résistance" du patient à la thérapie -cfr § psychanalyse- serait, en fait, la conséquence du manque de "flexibilité" de l'analyste incapable de détecter et d'entrer dans le "langage" du patient). Or, ce "langage" est détectable parce qu'il transite, en quelque sorte, par les "CANALUX SENSORIELS". Lorsqu'un patient s'exprime avec des mots comme: "je vois", "c'est clair"... c'est que son canal sensoriel dominant est visuel. Lorsqu'il utilise des expressions telles que "je me dis", "j'entends que"... il parle un "langage" auditif, etc... L'observation du vocabulaire utilisé par le patient est donc un bon moyen de détection, l'observation attentive de ses mouvements oculaires en est un autre. L'impression d'incompréhension dans la communication entre deux personnes trouve souvent son origine dans le fait que celles-ci s'expriment au moyen de canaux sensoriels différents. La P.N.L. se propose d'aider les gens à résoudre leurs difficultés par un travail, de courte durée, (quelques séances) portant sur des problèmes précis et ponctuels.

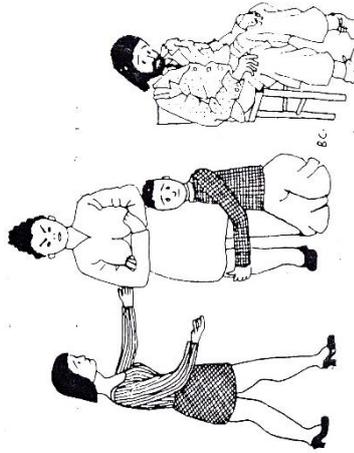
Les "pères" de la P.N.L. sont le psychologue et psychothérapeute R. BANDLER et le linguiste J. GRINDER. En étudiant avec précision la manière de travailler de psychothérapeutes réputés pour leur extraordinaire efficacité thérapeutique (M. ERICSSON, V. SATIR, F. PERLS...) ils se sont aperçus (en 1976) que le caractère qualitatif de leurs résultats était fondé, en fait, sur leur acuité à détecter les "bonnes" longueurs d'ondes et à intervenir de manière flexible selon le système de représentation du patient.

LA THÉRAPIE SYSTÉMIQUE.

L'être humain est un être de communication. Il ne peut pas ne pas communiquer. Or, souvent, ça-fait-mal-à-la-communication. Il se passe entre "toi" et "moi" des choses que nous ne comprenons ni ne contrôlons. Cela nous laisse un arrière-goût d'insatisfaction, de colère, de tristesse... Bien sûr, nous essayons de nous en sortir, mais d'explication en explication, plus on essaye... et moins ça change! Plus on se débat, plus on s'enfoncé. Pourquoi? Parce que nous restons prisonniers de notre CADRE DE REFERENCE habituel en en modifiant seulement l'agencement interne. Ce qu'il faut faire, c'est sortir du "cadre de référence", changer d'angle-de-vue, communiquer sur notre communication (META-COMMUNICATION) de façon à faire apparaître les IMPASSES qui l'hypothéquent.

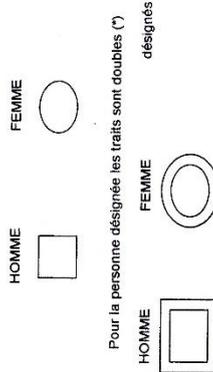
Cette manière d'envisager le changement est opérante dans toutes les pathologies d'interaction qui se situent à l'intérieur d'un "système". Un système se définit comme un ensemble d'éléments (d'individus en l'occurrence) interdépendants dont le fonctionnement est régi par des lois précises comme celle qui pose que le système est plus que la somme de ses parties constitutives. En conséquence, si on modifie un élément du système, on modifie automatiquement le tout. Le couple humain est un système, la famille en est un autre. Beaucoup de difficultés conjugales ou familiales sont produites par l'impossibilité de communiquer sainement, l'impossibilité de gérer autrement que de manière violente les conflits qui se présentent. L'intérêt de l'approche systémique en thérapie conjugale et familiale est qu'elle permet au thérapeute de travailler en même temps avec tous les membres du couple ou de la famille.

L'approche systémique est une application de la théorie générale des systèmes, des théories de l'information et de la cybernétique à la communication humaine. Elle repose sur les travaux de l'école dite de Palo Alto (USA Calif.) dont les "chefs de file" sont G. BATESON, D. JACKSON, P. WATZLAWICK. Son application à la thérapie familiale est due à V. SATIR.



Dans ce cas, c'est la mère qui domine le tableau. Elle paraît inaccessible sauf peut-être pour son fils qui apparemment ne parvient pas à se détacher d'elle. L'essayer de s'introduire auprès de sa mère. Le père quant à lui est tout à fait en retrait. Il semble éternué, peut être d'avoir essayé de se rapprocher son épouse.

Pour réaliser le génoigramme, on utilise des symboles. En voici quelques-uns représentatifs. On tend d'ailleurs à une standardisation de ceux-ci.

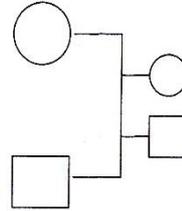


(*) patient désigné = personne présentant le symptôme ou le problème.

La représentation d'un couple marié se fait comme suit :



La représentation des enfants se fait comme suit :



Il est conseillé ici de se référer également au cours « Sciences sociales et humaines appliquées en santé mentale et psychiatrie : méthodologie spéciale » de la *Formation de soignant en santé mentale et psychiatrie*. Notamment autour du chapitre ‘Symptomatologie – conduite à tenir’, en pages 17 à 38.