n° 114-115
Sept. - Déc. 2022

POUR LA RECHERCHE

http://www.psydoc-france.fr

BULLETIN DE LA FÉDÉRATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE

FÉDÉRATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE
Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
Psychiatrie de l'adulte et de la personne âgée

8 €

Editorial

- Michel David -

Consentir ou ne pas consentir ? Telle est la question. Dilemme de la psychiatrie ou de la société (I)

Le(s) consentement(s), une énigme ?



Michel David
Psychiatre honoraire des hôpitaux
Ancien président de la Fédération Française de Psychiatrie

CONSENTEMENT, AGRÉMENT, PERMISSION, (Gramm.) (2) termes relatifs à la conduite que nous avons à tenir dans la plupart des actions de la vie, où nous ne sommes pas entièrement libres, où l'événement dépend en partie de nous, en partie de la volonté des autres. Le consentement se demande aux personnes intéressées ; la permission se donne par les supérieurs qui ont le droit de veiller sur nous, de disposer de nos occupations ; l'agrément s'obtient de ceux qui ont quelqu'autorité ou inspection sur la chose dont il s'agit. Nul contrat sans le consentement des parties : les moines ne sortent point de leurs maisons sans une permission : on n'acquiert point de charge à la cour sans l'agrément du Roi. On se fait quelquefois prier pour consentir à ce qu'on souhaite ; tel supérieur refuse des permissions, qui s'accorde des licences ; un concurrent protégé rend quelquefois l'agrément impossible.

Ce numéro de "Pour la recherche" publie les textes d'intervenants des Journées de la Fédération Française de Psychiatrie qui étaient prévues les 15 et 16 juin 2022 sans avoir pu se tenir. Il convient absolument de faire état du travail effectué sur une thématique aussi importante qui, bien que centrée sur le consentement en psychiatrie, déborde largement le champ de notre discipline.

Directeur de la Publication : ***Brice Martin*** *Rédacteur en chef :* ***Jean-Michel Thurin***
Comité de Rédaction : ***Jean-Philippe Catonné, Michel David, Jean-Jacques Bonnamour du Tartre***
PLR électronique : ***J.M. et M. Thurin***

Faire une allusion au singulier et au pluriel pour le consentement renvoie à ce qui serait l'essence du consentement pour celui-ci et à ses déclinaisons pour celui-là. Le consentement en tant qu'assentiment à une proposition clairement formulée peut se dérouler de diverses manières comme les travaux du comité consultatif national d'éthique l'ont exposé, sans oublier que donner son accord après avoir reçu une information, claire, loyale et appropriée est une gageure au vu de la complexité des propositions sur lesquelles il convient d'adhérer.

Nous sommes tous confrontés à un monde incertain qui conduit nombre d'entre nous à ne plus savoir comment consentir à un projet de société. La psychiatrie ne peut échapper à cette instabilité. Et d'ailleurs, qu'est-ce que la psychiatrie ? Comment la définir ? L'introduction de la notion de "santé mentale" ne facilite pas la définition que l'on peut en donner avec les conséquences qui peuvent en être tirées par les décideurs politiques. D'un côté une santé mentale centrée sur l'illusoire développement personnel, le coaching vers le bonheur et la « reconnexion » avec soi-même en pleine conscience et qui flirte avec une antipsychiatrie redoutable ; de l'autre une santé mentale sans opposition avec la psychiatrie et qui penche vers une psychiatrie communautaire et la démocratie sanitaire, plus complexe, moins attrayante pour ceux que la psychiatrie repousse. À quelle tendance faut-il consentir ?

La psychiatrie, que l'on évoque parfois comme naufragée, en péril, abandonnée, mais aussi maltraitante quand elle est contraignante, abusant de l'isolement et de la contention, ou bien encore instrumentalisée pour contribuer à l'ordre public hors intention thérapeutique, s'interroge sur son devenir.

Les soins sans consentement, et parmi eux notamment l'isolement et la contention, qui ne devraient absolument pas pour certain être considérés comme thérapeutiques, sont dénoncés comme des pratiques qui ne devraient plus avoir lieu dans le pays des droits de l'homme. Et malheur à ceux qui nuanceraient cette position, même en l'argumentant précisément afin que le débat ne soit pas qu'un échange d'anathèmes en deux-cent-quatre-vingts caractères, prenant l'allure de fatwa et de vérités qui n'ont pas à être démontrées. N'est-ce pas pourtant cela qu'on appelle consentir : ne donner son assentiment entier qu'aux propositions qui paraissent évidemment vraies ?

L'heure des débats est passée. Il semblerait plus efficace de s'attaquer aux étals des bouchers, à escalader les façades pour éteindre les lumières nocturnes, dégonfler les pneus des SUV (véhicules surélevés), dénoncer les barbecues tout en prenant une position de toute-puissance et de justice, plutôt que de se confronter aux exigences intellectuelles de la "dispute".

De nombreux acteurs et usagers (terme indélicat) de la psychiatrie demandent depuis plusieurs années une "loi-cadre " pour la psychiatrie. Il est probable qu'il ne sera pas impossible à tous ces acteurs de s'entendre sur le principe d'une loi-cadre qui, comme on le sait, est un texte très général qui doit être précisé par de nombreux textes réglementaires, autant de détails dans lesquels le diable se cachera. On se souvient récemment du décret sur l'irresponsabilité pénale avec une phrase dans la notice qui l'introduisait et qui a (légitimement) fâché en faisant croire que serait pénalement responsable un patient qui arrêterait son traitement médicamenteux et commettrait une infraction.
Dans une loi-cadre, je suis curieux de voir quels seraient les choix sur les soins sans consentement. Est-il possible d'avoir un consensus sur ce sujet complexe ? D'autant plus qu'il s'agit de recueillir le consentement à un projet de loi des personnes concernées, mais aussi des parlementaires et de l'ensemble de la société qui est plutôt frileuse et préfère la neutralisation de tous les supposés perturbateurs, tout en anticipant les éventuelles remarques du Conseil Constitutionnel s'il était à nouveau saisi pour d'éventuelles questions prioritaires de constitutionnalité.

Même si un consensus est trouvé sur les principes, il faudra s'assurer que des financements sont possibles. Rappelons-nous que dans la réforme des autorisations en cours, la fixation d'un nombre minima de soignants par type d'activité dans le cadre des conditions techniques de fonctionnement (CTF), est une option refusée par le ministère de la Santé. Pourquoi ? Parce que ce ministère redoute que Bercy n'y "consente" pas ! Ainsi se résoudrait très simplement l'énigme du ou des consentements, si l'exécutif ne finissait pas par respecter les corps intermédiaires et les associations d'usagers porteurs des connaissances du terrain et dont l'expertise devrait être entendue. Et si besoin, le recours aux concerts de casseroles devra se généraliser !

Les lecteurs qui s'intéressent au consentement pourront se référer à la page du site de la Fédération Française de Psychiatrie qui y a consacré de nombreux développements https://fedepsychiatrie.fr/missions/soins-sans-consentement. Le livret détaillé de ces journées est également sur cette page. Et tous les intervenants qui ont accepté d'y participer sont infiniment remerciés.

*
* *

Présentation des auteurs

Jean-Philippe Catonné
Philosophe et Psychiatre



Les Journées organisées par la Fédération Française de Psychiatrie, les 15 et 16 juin 2022, avaient pour thème : **"Consentir ou ne pas consentir? Telle est la question. Dilemme de la psychiatrie et de la société".** Elles réunissaient seize contributions. Pour ces Actes, nous présentons huit auteurs, ayant répondu à notre demande de publication.

Trois sous-thèmes peuvent se répartir comme suit. Tout d'abord, nous l'ouvrons avec un article présentant le consentement, dépassant le seul champ psychiatrique pour englober l'aliénation psychique (I). Ensuite, trois textes associant le consentement et l'hospitalisation psychiatrique : mauvaise conscience pour le premier, insensé pour le deuxième et mal vécu pour le troisième (II). Enfin, les quatre suivants exposent les possibilités de prévention par des moyens divers : psychothérapie institutionnelle, transfert, groupe Balint et plan de prévention partagé. (III)

Voici l'essentiel de la réflexion contenue dans ces huit articles.

I. Joseph Mornet a choisi d'intituler son propos : "Liberté de consentir ? Aliénation et consentement". Psychologue à Saint-Martin de Vignogoul, près de Montpellier, il fait, dans un premier temps, le bilan de son expérience dans cette clinique renommée pour sa pratique de la psychothérapie institutionnelle. Elle considère le psychisme dans sa double dimension individuelle et sociale, faisant apparaître la complexité du consentement. Il repose sur la confiance permettant l'indispensable transfert.
Toutefois, l'acte de consentir ou pas, en toute liberté de jugement concerne tout être humain, ce qu'expose la suite de l'article. Des personnes jugées ordinaires peuvent devenir criminels de masse. La suggestion pèse lourdement. De même que le déni et le clivage, consistant à remiser dans une partie du psychisme ce dont on veut se défendre et permettre de fuir sa responsabilité. Le consentement figure ainsi proche parent de l'aliénation, tant personnelle que collective.

II-1. François Courtot considère "Les soins sans consentement, la mauvaise conscience des hôpitaux psychiatriques", selon le titre de sa contribution. Directeur d'un "Établissement spécialisé en santé mentale" en Alsace, il vit sa fonction située sur une ligne de crête entre la loi et le soin.
Il retrace l'histoire de la psychiatrie : une loi du 30 juin 1838 représentant une avancée humaniste à l'époque, remplacée par celle du 27 juin 1990, reconduisant l'internement, tout en le faisant exception et non plus règle d'hospitalisation. Son application comporte des ambiguïtés, par exemple sur la juste mesure de privation de liberté, avec possible hésitation entre demande d'un tiers et décision du préfet.
Nous aurions de nombreux atouts pour éviter le recours aux soins sans consentement : psychothérapies spécifiques et adaptées, programmes de réinsertion, médicaments à bon usage, etc. Le dispositif essentiel consiste à intervenir en amont et en aval de l'hospitalisation, ce que prévoit la sectorisation, pourtant limitée dans son action par la trop fréquente saturation de ses structures. La condition pour le respect du malade comme sujet de droit dépend des moyens engagés, aujourd'hui notoirement insuffisants. En résulte un écart croissant entre les bonnes intentions et les capacités pour les accomplir. De la sorte, les soins sans consentement sont vécus comme un mal nécessaire et une "mauvaise conscience des hôpitaux psychiatriques".

II-2. Avec "Contrainte aux soins psychiatriques. Le consentement insensé", **Claire Gekiere,** psychiatre de secteur en Savoie, dénonce fermement une aporie : la contradiction entre l'imposition d'une privation de liberté et un consentement libre et éclairé. Les lois spécifiques à cette privation ont permis cette situation. Tout d'abord, celle de 1838 supprimant la liberté d'aller et de venir au nom du statut d'aliéné. Puis sa réforme, en 1990, introduit le terme de consentement sous une forme négative : des hospitalisations sans consentement sont envisagées, à condition que "…les troubles rendent impossibles le consentement…". Enfin, les lois de 2011-0213 aggravent cette situation dérogatoire au droit commun en permettant d'étendre la privation de liberté jusqu'au domicile de la personne.
Pour parler, selon le bon usage du langage, dans toutes ces étapes planent le traditionnel internement. Il repose sur le mythe d'une relation médecin-malade en accord sur un "pacte de soin". Le mythe se double d'un autre paradoxe : l'inversion de la charge de la responsabilité, d'une société ayant déterminé la mesure à la personne qui la subit.
De plus, l'obligation à consentir s'est étendue au delà du seul champ psychiatrique : chacun de nous a pu signer un contrat qu'il ne pouvait pas refuser. Reste que cette situation se manifeste sur un mode bien plus aigu lors de l'internement psychiatrique.

II-3. Christophe Chasseriau, Médiateur de santé-pair, propose la réflexion : "Consentir ou pas ? Regards d'usagers de La Trame sur les soins sans consentement". Il réunit des témoignages sévères sur l'expérience de membres de l'association La Trame, en Seine Saint-Denis. Ils font état de violences physiques et psychiques lors de leur hospitalisation psychiatrique. En cause, dans des locaux insalubres, un manque d'écoute de la part des

médecins, un défaut de compréhension des infirmiers, des excès de médicaments, voire des pratiques punitives. Les intéressés proposent des améliorations : dans des locaux décents, la participation à la vie du lieu (repas, cafétéria), création d'ateliers ciblés sur les pratiques énergétiques et, globalement, du dialogue et de l'écoute. En bref, tout ce qui devrait constituer un minimum pour la considération de citoyens à part entière et du respect de leur dignité.

III-1. Anéïla Lefort, psychiatre au centre public de Gap/ Laragne, donne, pour le consentement, le primat au collectif.
Son intense attachement à la psychothérapie institutionnelle lui fait choisir le titre de son article : "Ensemble, bricoler au jour le jour les ouvertures". Cette modestie s'accorde avec l'ambition pratique donnant toute sa dimension à la fraternité, ce qui implique des relations égalitaires entre soignants et soignés.
Chercher le sens en institution psychiatrique consiste à soigner "l'atmosphère", de chaque lieu humain, à s'appuyer sur la diversité des structures de secteur. Affronter les difficultés psychiques, les conflits inhérents à tout collectif vivant, oblige à les dépasser en rejetant "la compromission condamnable" et en accueillant "le compromis inévitable".

III-2. Jean-Jacques Bonamour du Tartre, psychiatre exerçant à Paris en cabinet privé, débute sa réflexion avec une histoire vécue. Elle concerne un homme jeune envahi par des pensées délirantes et des idées suicidaires, sorti d'une hospitalisation en soins sans consentement. Qu'est-ce qui lui a permis cette prise de risque, seul, dans une période de délégitimation de la psychiatrie et de menace de judiciarisation.
Deux atouts vont y contribuer : d'une part une longue expérience en hôpital de jour et, d'autre part, un sens aigu de la relation, la spécificité de la psychiatrie reposant sur le langage et la pensée. Ainsi, a-t-il pu contenir l'envahissement psychotique, grâce à un transfert, lequel confronte aux limites du thérapeute et à son engagement qualifié de partagé. D'où le titre choisi pour l'article : "Consentir au transfert, et tenter de le contenir…".

III-3. **Jacob Benarosch**, psychologue et psychanalyste à Paris nous présente : "Contrainte, contention et isolement. Des mesures alternatives, préventives et thérapeutiques pour les étudiants en médecine".
Il rend compte de la formation qu'il donne aux externes et internes, selon la théorie et la méthode du psychiatre et psychanalyste, Mickael Balint. Au centre de la pensée de ce dernier, figurent le transfert, fondement de la relation thérapeutique, et le soignant en tant que principal remède.
Comment trancher le dilemme, parfois inextricable, entre le respect de la liberté de la personne et la nécessité de soin ? Prévenir avant le moment de crise s'avère toujours préférable à contraindre et isoler.
L'auteur décrit l'épreuve des étudiants (frustration, impuissance, culpabilité), lors de leur confrontation à quatre situations : un homme âgé, un enfant, une jeune femme violente et un adolescent handicapé.

III-4. Brice Martin clôture cet ensemble de quatre réflexions mettant l'accent sur l'intérêt des politiques préventives. Psychiatre, chef de service à Valence, il présente une analyse à la fois engagée et nuancée du "Plan de prévention partagée".
Porté par le courant international dit du "rétablissement", ce plan vise à rendre les hospitalisations plus sereines. Il consiste à réunir les souhaits de la personne avant la survenue de la crise et à exiger des soignants un respect de leur promesse donnée d'en tenir compte le plus possible.
Nombre d'études savantes montrent son apport et Brice Martin fait part du bilan d'une hospitalisée dans son service, confirmant en toute simplicité le bien fondé de cette orientation thérapeutique : "C'était quand même mieux… on a respecté ce que j'avais demandé…ça m'a touché…En fait, j'ai un peu plus confiance dans les soignants de l'hôpital".
Toutefois, ce nouveau dispositif requiert de la vigilance : tenir compte de la complexité de situations associant la double dimension, individuelle de la personne, et collective du son contexte : familial, affectif, professionnel…, sans oublier la réserve de certains soignants. L'auteur se garde de donner des recettes, tout en souhaitant que la méthode soit plus largement adoptée par ses collègues.
D'où le titre donné à l'article : "Le plan de prévention partagé : apports et points de vigilance".

Dans ce numéro 114-115, nous présentons les 4 premiers auteurs : Joseph Mornet, François Courtot, Claire Gekiere et Christophe Chausseriau. Dans le numéro suivant (116-117), nous publierons ceux de : Anéïla Lefort, Jean-Jacques Bonamour du Tartre, Jacob Benarosch et Brice Martin.

*
* *

Libres de consentir ? Aliénation et consentement

Joseph Mornet
Psychologue, Montpellier



"Consentir ou ne pas consentir ?", telle est la question qui nous est posée par les organisateurs de ces journées. Placée sous forme de dilemme, elle vient sous-entendre que, loin de se renforcer l'un de l'autre, les deux termes pourraient s'opposer et placer, du même coup, le professionnel devant un choix impossible : la psychiatrie ou la société.
Nos sociétés aiment nous enfermer dans des binarités excluantes où l'on ne pourrait être que d'un côté ou d'un autre des extrêmes : le soin ou le droit, la clinique psychiatrique ou l'ordre social. L'histoire de notre discipline, à travers la psychothérapie institutionnelle et le secteur notamment, ont su ouvrir ce dilemme en montrant comment le soin psychique ne pouvait se dérouler que dans la prise en compte des deux dimensions sociales et mentales. La complexité des mécanismes du consentement en constitue une très bonne illustration. Comme toute faculté psychique, il doit être considéré simultanément comme un facteur individuel et un facteur social. Je vous propose donc de partir de la façon dont il se pose dans notre pratique psychiatrique pour l'ouvrir bien au-delà dans sa dimension structurelle qui nous constitue comme humain, c'est-à-dire comme être doué de liberté et de faculté de discernement du bien et du mal.

Le consentement au soin

La question du consentement en psychiatrie se pose d'abord dans le cadre des hospitalisations et des contentions sous contraintes. Elle ne s'y limite pas. Le consentement accompagne, en réalité, toute prise en charge psychiatrique, même dite "libre", puisque la personne qui nous est adressée se trouve, par principe, dans un état d'altération de son jugement en raison de son état de dépression, d'excitation psychique ou de vécu psychotique du monde. La pression familiale ou sociale vient, presque toujours, peser sur la décision d'hospitalisation. La prescription chimiothérapique influera, ensuite, les facultés psychiques du patient.
Lorsque nous avons ouvert, il y a 50 ans, le Centre Psychothérapique Saint Martin de Vignogoul à Montpellier, nous avons destiné notre projet thérapeutique à des psychotiques en soumettant leur admission au consentement à la participation à un groupe quotidien de psychothérapie d'inspiration analytique. Comment pouvait-on exiger un tel préalable ?
Comment l'imposer à des personnes souffrant d'une pathologie qui altère précisément leurs processus de décision ?
Comment leur demander de participer à des groupes alors que leur état touche leur aptitude au lien social, allant jusqu'à priver certains de l'usage même de la parole ?
Comment, enfin, s'autoriser de la psychanalyse alors qu'il lui arrive de leur dénier l'accès au symbolique et au transfert ?
La réponse demande que l'on s'entende sur une définition des signes repérables du consentement. La parole ? Nous savons tous qu'il existe des consentements verbaux qui ne peuvent être pris en compte, lors de consentements obtenus par pression physique ou psychique, par exemple, aveux extorqués sous torture ou menaces de représailles, ou encore chez les mineurs lors de relations sexuelles. A l'inverse, nous savons tous qu'il existe des consentements sans parole. La bouche n'est jamais seule à consentir ; c'est tout le corps qui est engagé dans la réponse. Concrètement, dans la cadre de notre pratique à Saint Martin, nous avons choisi de considérer que l'absence d'une opposition corporelle manifeste et durable suffit à constituer une base de consentement rendant possible la création d'un lien minimum d'alliance thérapeutique.

Une question qui dépasse le seul champ psychiatrique

Dans sa conclusion, l'argument interroge "*l'idéal contemporain de l'abolition de la contrainte, supposant une inaltérable lucidité de chacun*". Nous prêtons volontiers aujourd'hui à l'homme une capacité absolue de connaissance de ses pensées et de ses actes et l'autorisons, de ce fait, à une revendication d'exercice absolue de sa liberté au nom de ses droits. Toute imposition devient liberticide comme l'affichaient les récentes pancartes des anti-pass, lors de l'épidémie de Covid. Cette extrémité amène les auteurs de l'argument à se demander s'il n'y aurait pas nécessité d'une reconnaissance d'un "*droit à être contraint*" à l'usage de l'homme, mis en fragilité ou en danger ?
Cette question nous entraine bien au-delà de notre seul champ psychiatrique en nous montrant que le consentement ne peut se limiter à l'homme "malade". Il nous concerne tous en tant qu'humains dans notre capacité d'exercice de la liberté et de la capacité de jugement que l'on nous prête. C'est ce dont ont témoigné deux livres récents. Celui de Vanessa Springora, *Le consentement*, et celui de Camille Kouchner, *La familia grande*. La première termine son récit par cette simple question : *"comment admettre qu'on a été abusée, quand on ne peut nier avoir été consentante ?"* (1). "*Ma culpabilité, conclut la seconde, est celle du consentement. Je suis coupable de ne pas avoir empêché mon beau-père, de ne pas avoir compris que l'inceste est interdit"* (2).
Existerait-il une inaptitude fondamentale chez l'homme à user de sa liberté et de son jugement ?

L'aliénation psychique

En avril 2021, un tribunal a déclaré irresponsable pénalement le jeune meurtrier d'une femme de 65 ans,

Sarah Halimi. Une prise préalable de cannabis aurait aboli son jugement. Pour la Loi française, en effet, seul un homme libre peut être tenu pour responsable de ses actes. Cette imposition, du fait même, reconnait son inverse : des hommes libres peuvent commettre en toute conscience des actes de grande violence. Aux yeux du législateur, un humain "normal" possède la capacité de faire du mal à autrui de façon consciente.

Freud nous a enseigné depuis longtemps que "*le moi n'est pas maître dans sa propre maison"* (3). Nos actes dits inconscients, loin de signer l'échec de notre conscient, en constituent au contraire l'éclairage. Ils constituent une réalisation de nos désirs. Il est ainsi amené au terme de son travail à une conception du psychisme mené par "l'*action conjuguée et opposée*" de deux pulsions contraires. Les premières, pulsions de vie, le poussent à la construction et au lien. Les secondes, *pulsions de mort*, l'entrainent à l'inverse à la destruction de toute vie. *Eros et Thanatos*. L'homme, en tant qu'être libre, possède la capacité de réaliser aussi bien son mal que son bien.

C'est ce qu'ont bien résumé Henri Ey et Jacques Lacan en articulant "folie" et liberté. "*S'il n'y a pas de liberté humaine, il n'y a pas de folie"* (4) écrit le premier et *"l'être de l'homme, non seulement ne peut être compris sans la folie, mais il ne serait pas l'être de l'homme s'il ne portait en lui-même la folie comme la limite de sa liberté"* (5) précise le second.

L'arbre de la connaissance du bien et du mal

Commettre librement le mal, suppose, toutefois, qu'on en ait une connaissance précise. *La Bible* rend la question plus complexe. Son livre premier, **La Genèse**, nous décrit le premier couple d'humains vivant à l'origine dans un bonheur parfait, au sein d'un jardin paradisiaque aménagé par Yahvé. Il ne leur a été imposé qu'un seul interdit, celui de manger les fruits d'un certain arbre sous peine de mort. Un serpent vient semer le doute en leur assurant que, non, "*vous ne mourrez pas ! Mais Dieu sait que le jour où vous en mangerez, vos yeux s'ouvriront et vous serez comme des dieux, qui connaissent le bien et le mal*" (6). Eve et Adam se laissent tenter et mangent le fruit défendu. Ils sont aussitôt punis. Ils se découvrent mortels, sont chassés de l'Eden et deviennent condamnés à errer sur terre dans le besoin et la souffrance.

Les racines de notre culture occidentale nous enseignent que nous sommes à tout jamais privés de la capacité de distinguer le bien du mal. Ce privilège n'appartient qu'à Dieu. Notre destin nous condamne à vivre entre les incertitudes de l'un et les tentations de l'autre.

Le serpent nous rappelle également que la lucidité de nos jugements est toujours tributaire des suggestions qui nous entourent.

Consentir est toujours un acte de dimension collective.

Masse et suggestion

Freud découvre très tôt que *"la psychologie individuelle est aussi, d'emblée et simultanément, une psychologie sociale"* (7). Sous l'effet de masse, les individus abandonnent leur consentement individuel au profit du confort groupal et de la soumission à un chef et fonctionnent de façon primaire.

Dans les années 1950, le psychologue américain Solomon Asch a su montrer, expérimentalement, comment une personne, soumise à des mécanismes de suggestion, peut être amenée à infliger à un autrui des actes de violences pouvant être mortelles.

En 1941, le psychanalyste et sociologue allemand Erich Fromm avait publié un ouvrage intitulé *La peur de la liberté*. Témoin de l'emprise du IIIe Reich sur le peuple allemand, et désireux d'en comprendre les racines il concluait : "*la liberté a affecté (l'homme) d'un sentiment d'isolement qui a créé chez lui un sentiment d'insécurité et d'impuissance"*. Elle est devenue un "*fardeau*" dont seule la servitude lui permet de "*s'en délivrer*". L'homme est ainsi doublement constitué, par "une aspiration innée à la liberté" et, en même temps, par "*un désir instinctif de soumission*".

Le "consentement" génocidaire et "la banalité du mal"

C'est ce qui peut nous permettre d'éclairer les actes de génocides et des massacres de masse. Comment des peuples entiers peuvent-ils y participer ? Pour y répondre, Hannah Arendt a proposé le terme de "*banalité du mal*" à l'issue du procès d'Eichmann en 1961 (8). Cette invocation lui valut immédiatement de très violentes réactions tant était choquante l'idée que des actions telles que la Shoah aient pu être "consenties" par des hommes "normaux" et que le mal puisse être exécuté de façon "banale".

Des romanciers ont, depuis, essayé de pénétrer dans le psychisme de ces "exécuteurs" comme *Les bienveillantes* (9) de Jonathan Littell ou le récent *La fabrique des salauds* (10) de Chris Kraus. Leurs récits illustre l'avertissement de Primo Levi à son retour d'Auschwitz : "*les monstres existent, mais ils sont trop peu nombreux pour être vraiment dangereux, ceux qui sont dangereux, ce sont les hommes ordinaires*" (11). Le sociologue Harald Welzer arrive au même constat dans *Les exécuteurs*. Il constate que partout les crimes de masse sont "*commis par des gens tout à fait ordinaires, issus de familles normales avec des problèmes normaux, ayant pour une part reçu une formation universitaire, pourvus de doctorat et de culture classique*" (12).

Clivage et déni

La psychanalyse permet d'éclairer cette "banalité" du consentir par deux mécanismes psychiques : le "clivage" et le "déni". Une petite fille de 8 ans est amenée en 2009 à l'hôpital du Mans. Elle porte des traces inquiétantes d'hématomes sur tout le corps, des œdèmes sur son visage et des lésions sur ses pieds. Le dossier circule entre divers spécialistes : ils font l'hypothèse d'une maladie rare, voire de chaussures non adaptées. Transmis à l'hôpital Necker, le diagnostic ne fait aucun doute : il s'agit de signes évidents de maltraitance. Il est aussitôt confirmé par une simple enquête familiale. Comment expliquer une telle cécité (13) ?

Il existe chez l'homme une tendance à dénier l'existence d'évidences trop douloureuses. Lorsque les désordres de la vie sont trop intenses, une partie de notre psychisme cherche à les remiser dans un coin de sa conscience et préfère se réfugier dans des explications simples quitte à démissionner de son libre-arbitre au profit d'une autorité supérieure. C'est l'excuse que l'on retrouve chez la plupart des "exécuteurs" : "*c'était la guerre*", "*c'était les ordres*", "*c'était cruel mais je ne pouvais pas faire autrement*" (14). Comment expliquer autrement l'adhésion actuelle d'une majorité de russes à l'action de Poutine en Ukraine ?

Conclusion

Les conditions d'exercice des professionnels de la psychiatrie sont de plus en plus insupportables. Le citoyen d'aujourd'hui exige le droit à un exercice absolu de sa liberté et, en même temps, demande une protection totale de sa vie privée, ce qui engendre des dynamiques sécuritaires. Dans un tel contexte, le schizophrène devient le facile bouc émissaire de tous les désordres et menaces, comme nous le rappelait Bonnafé : "*le degré d'humanité d'une société se mesure à la façon dont elle traite ses fous et ses marginaux*".

L'obtention du consentement de nos patients est au centre de notre travail. Nous savons tous qu'il n'est jamais acquis et qu'il se construit toujours à trois : patient, soignant et établissement. Le soin est toujours jalonné de temps d'hésitation, d'acceptation et de refus. Sans notre capacité d'accueil de ces allers-retours, physiques ou psychiques, il est impossible de construire le lien de confiance transférentiel indispensable au soin du psychotique.

Faire du consentement une seule question psychiatrique revient à stigmatiser encore plus nos patients et à justifier leurs isolements physiques ou psychiques. L'acte de consentir concerne chaque humain dans le quotidien de sa vie individuelle et sociale dans l'exercice qu'il fait de sa liberté. Les ressorts qui amènent une personne à consentir plongent leurs racines dans des zones très obscures de son inconscient et de ses déterminations sociales. Les députés, à cet effet, ont renforcé encore plus la protection des mineurs (15).

Le consentement est au cœur du fonctionnement de nos démocraties. Notre aimerions tous pouvoir donner raison à Rousseau dans sa foi en un homme né bon. Nous aimerions tous croire que la "*vox populi*" est la "*vox dei*". Mais nous ne pouvons oublier que les processus de consultation populaire n'ont pas empêché Adolf Hitler d'arriver au pouvoir. Les régimes dictatoriaux se distinguent tous par des approbations électorales massives. Toute simplification naïve des mécanismes psychiques ne peut être que dangereuse : c'est ce que nous enseigne en premier la complexité des mécanismes du consentement.

Notes

1. Springora Vanessa, Le consentement, p. 167
2. Kouchner Camille, 2021, La familia grande, Paris, éditions Seuil, p. 124-125
3. Freud Sigmund 1917, "Une difficulté de la psychanalyse" (1917) in Essais de psychanalyse appliquée, éditions Idées, Gallimard, 1971, p. 144-146.
4. Ey Henri, La conscience, Paris, éditions PUF, 1963, p.483.
5. Lacan Jacques, 1946, Propos sur la causalité psychique, in Ecrits, Paris, éditions le Seuil, 1966, p. 175.
6. La Bible de Jérusalem, 1961, Paris édition du Cerf, livre 3 de La Genèse, p.11
7. Freud Sigmund 1921, "Psychologie des foules et analyse du moi" in Essais de psychanalyse appliquée, éditions Idées, Gallimard, 1971, p. 137
8. Arendt Hannah, 1966, Eichmann à Jérusalem, Paris éditions folio histoire, 2009
9. Littell Jonathan, 2006, Les bienveillantes, Paris, éditions Gallimard
10. Kraus Chris, 2017, La fabrique des salauds, Paris, éditions Belfond, 2020
11. Levi Primo, 1947, Si c'est un homme, Paris, éditions Bouquins, Robert Laffont, 2005, p. 155
12. Welzer Harald, 2007, Les exécuteurs, Paris, éditions Gallimard, p. 73
13. Article de Télérama, mars 2021
14. Welzer, op. cit. p. 16
15. C'est ce qu'ont su saisir nos députés en promulguant une nouvelle loi, le 21 avril 2021, stipulant qu'aucun adulte ne peut désormais se prévaloir d'un consentement sexuel chez un enfant s'il a moins de 15 ans et à moins de 18 ans pour les cas d'inceste.

Bibliographie

- Arendt Hannah, 1966, Eichmann à Jérusalem, Paris éditions folio histoire, 2009
- La Bible de Jérusalem, 1961, Paris, édition du Cerf
- Ey Henri, 1963, La conscience, Paris, éditions PUF
- Freud Sigmund 1917, "Une difficulté de la psychanalyse" (1917) in Essais de psychanalyse appliquée, éditions Idées, Gallimard, 1971
- Freud Sigmund 1921, "Psychologie des foules et analyse du moi" in Essais de psychanalyse appliquée, éditions Idées, Gallimard, 1971
- Kouchner Camille, 2021, La familia grande, Paris, éditions Seuil
- Kraus Chris, 2017, La fabrique des salauds, Paris, éditions Belfond, 2020
- Lacan Jacques, 1946, Propos sur la causalité psychique, in Ecrits, Paris, éditions le Seuil, 1966
- Levi Primo, 1947, Si c'est un homme, Paris, éditions Bouquins, Robert Laffont, 2005
- Littell Jonathan, 2006, Les bienveillantes, Paris, éditions Gallimard
- Springora Vanessa, 2021, Le consentement, Paris, éditions Le Livre de Poche
- Welzer Harald, 2007, Les exécuteurs, Paris, éditions Gallimard

*
* *

Les soins sans consentement, la mauvaise conscience des hôpitaux psychiatriques

François Courtot
Directeur d'hôpital



Préambule

Au moment où, invité par la Fédération Française de Psychiatrie, je prends la parole dans le cadre de ses Quatrièmes Journées, je voudrais souligner une particularité du domaine de la psychiatrie. Imagine-t'on les sociétés savantes d'autres disciplines inviter un directeur d'hôpital à leur congrès pour exprimer cette voix singulière ? Je ne l'imagine pas. Pourtant vous le faites, j'y vois un exemple de l'esprit d'ouverture des psychiatres et je vous en remercie, mais j'y vois aussi un lien avec le sujet du jour. Les maladies psychiques ont parmi leurs particularités le fait que leurs symptômes ont un impact sur les relations que le patient a avec son environnement aussi bien par les paroles prononcées que par les expressions physiques. Elles ont également à voir avec la liberté du sujet, celle-là même qui est avant tout diminuée par la maladie. En d'autres termes la société porte sur le comportement du malade psychique une attention qu'elle n'a pas sur celui de la plupart des autres malades qui règlent leurs problèmes dans une relation duelle avec leur médecin. Le directeur d'hôpital psychiatrique, d'établissement spécialisé en santé mentale pour utiliser les mots d'aujourd'hui, a la faiblesse de penser qu'il peut être une de ces interfaces entre la société et le soin et que c'est à ce titre qu'il parle aujourd'hui. Je suis néanmoins conscient que, même involontairement, je suis accompagné d'une ombre qui est celle du gardien des clés, du garant de la loi et du comptable et qu'une pensée que je veux humaniste se heurte toujours au réel. J'espère que vous aurez l'indulgence de respecter la recherche d'équilibre dans cette démarche le long d'une crête.

Introduction

La question de la liberté de la personne est au cœur du débat. Elle ne peut se réduire aux atteintes que la loi peut y porter dans le cadre des textes sur les soins sans le consentement du patient. En effet, malgré ce que certains courants de pensée ont pu défendre, c'est la maladie qui, la première, porte atteinte à la liberté de la personne. Raphaël Gaillard dans un livre récent "*Un coup de hache dans la tête*" rappelle "qu'être malade, c'est n'avoir d'autre choix que de l'être, c'est ainsi subir une restriction de ses libertés qui est consubstantielle au fait d'être atteint d'une maladie". Henri Ey a d'ailleurs défini les maladies mentales comme des pathologies de la liberté. Si le fou n'était qu'en décalage par rapport à la société, les choses pourraient être simples, mais il est avant tout en décalage par rapport à lui-même et c'est cette souffrance qui justifie l'action soignante pour essayer d'y mettre un terme. Dans certains cas, ces soins peuvent dans l'intérêt du patient être donnés sans son consentement.

Comme un bout de sparadrap qui colle à la peau, les soins sans consentement sont intrinsèquement liés à l'histoire des hôpitaux psychiatriques. Pourtant ce qui pendant longtemps semblait un apanage naturel d'une démarche de soins destinée aux personnes saisies par un trouble psychique est devenu aujourd'hui un poids que les établissements de santé mentale traînent comme une fatalité qu'ils aimeraient pour la plupart dépasser.

Historiquement l'hôpital psychiatrique s'est construit autour de deux valeurs qui sont apparues au XIX^{ème} siècle. La première, c'est que certains troubles du comportement qui se manifestent notamment par une inadéquation à la relation sociale "normale" ont des caractéristiques communes dont l'origine se trouve dans des maladies et que la disparition éventuelle de ces troubles relève du champ de la santé et non de la relégation ou de la sanction judiciaire. La seconde, c'est que ces personnes malades trouvent un avantage à être soignées dans des lieux spécialisés et à l'écart des autres personnes malades. L'aboutissement temporaire de ces valeurs est la loi du 30 juin 1838 qui impose que "chaque département est tenu d'avoir un établissement public, spécialement destiné à recevoir et soigner les aliénés".

A ce moment-là, l'hôpital spécialisé était la manifestation de la reconnaissance de la spécificité des maladies mentales et constituait certainement une avancée pour ces malades et leurs familles. Le fait même que les modalités d'admission en leur sein reposent sur des procédures de contraintes : l'hospitalisation d'office et la mal-nommée hospitalisation volontaire, n'invalide pas ce point de vue, car ces nouvelles pratiques étaient les fondements des droits des malades même si, avec le regard d'aujourd'hui, ce système semble bien imparfait.

Au fil du temps, la surreprésentation de l'hospitalisation à temps complet et de la place de la famille dans la décision d'hospitaliser ont écorné l'image positive. L'hospitalisation au long cours a été considérée comme une des causes de la surmortalité dans les hôpitaux psychiatriques pendant la seconde guerre mondiale, notamment du fait de la malnutrition. Le rôle des familles a été jugé suspect comme étant une cause d'un grand nombre d'hospitalisations injustifiées.

Depuis la guerre, l'organisation de la psychiatrie a été ébranlée par des évolutions médicales et culturelles. L'apparition des neuroleptiques a permis de diminuer les manifestations les plus déstabilisantes pour le malade et son environnement de certains troubles psychiques. Les recherches en neurologie et en génétique ont montré que certaines pathologies psychiques avaient des fondements somatiques tout à fait indépendants

des acquis du malade. La fermeture des hôpitaux psychiatriques italiens initiée par le Docteur Basaglia, la culture de l'antipsychiatrie en France comme à l'inverse les apports de la psychothérapie institutionnelle ont "ringardisé" l'hôpital psychiatrique traditionnel.

Dans la seconde moitié du XX^{ème} siècle, ces courants pourtant souvent divergents ont irrigué les établissements de santé et ont bouleversé l'organisation hospitalière classique caricaturée sans doute en organisation carcérale, voire concentrationnaire, au moins porteuse d'un projet de régulation ne prenant pas suffisamment en compte la spécificité de chaque individu. Aujourd'hui la contradiction entre le contrôle social porté par les pouvoirs publics ou les familles et le respect des libertés porté souvent par les mêmes pouvoirs publics et familles atteint une forme de point culminant qui déstabilise les administrations et les soignants des hôpitaux. Confrontés à des moyens insuffisants pour résoudre cette contradiction, on tente de la shunter en faisant au mieux, en essayant de faire prévaloir les valeurs soignantes comme un cap qui prend en compte les données actuelles de la science en protégeant le malade et en s'orientant vers un projet de santé mentale dans la communauté. Le cadre de l'hôpital, comme un tableau contemporain, s'échappe pour ne devenir qu'une vignette dans le parcours de vie du malade. C'est de ce cadre réel et symbolique dont je veux parler maintenant.

Le refus de consentir aux soins ne se présume pas, mais…

La loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation prend le contre-pied de la loi de 1838. Dès le début, il est précisé : "Nul ne peut être sans son consentement… hospitalisé ou maintenu en hospitalisation dans un établissement accueillant des malades atteints de troubles mentaux hormis les cas prévus par la loi…" et plus loin "Toute personne hospitalisée avec son consentement pour des troubles mentaux est dite en hospitalisation libre".

Ce qui devrait être aujourd'hui une évidence reste encore parfois à faire rentrer dans les mœurs. Il n'est pas rare de lire des fiches d'événement indésirable décrivant la fugue d'un patient hospitalisé librement alors qu'aucun élément de contexte ne permet d'envisager que la personne pourrait se trouver en danger du fait de l'utilisation du droit qu'a tout un chacun de circuler librement, même si c'est sans la correction de prévenir l'équipe soignante.

Il peut sembler paradoxal, compte-tenu de l'image qu'on s'en fait que les autorités de police semblent plus au clair que les hôpitaux sur l'application des règles concernant les libertés publiques. De façon générale, les hôpitaux psychiatriques, pourtant peu enclins à ouvrir leur porte aux représentants de la loi, considéraient comme normal et évident de prévenir ces derniers dès qu'une personne en soins sans consentement n'acceptait pas de respecter son obligation d'être hospitalisée à temps plein ou se soustrayait à cette obligation en fuguant. Les hôpitaux avaient en tête que la police et la gendarmerie mettraient tout en œuvre pour ramener à l'hôpital le récalcitrant. Aujourd'hui les forces de l'ordre considèrent que les patients en soins libres et ceux hospitalisés sans leur consentement à la demande d'un tiers relèvent en ce qui les concerne d'un régime identique et ne cherchent à les retrouver que si l'hôpital fait état d'un risque particulier de mise en danger du malade. Elles n'interviennent sans réserve que pour les patients en soins à la demande du représentant de l'État supposés être hospitalisés sans leur consentement du fait d'une dangerosité potentielle. Ce respect strict des motifs d'engagement de la police qui devrait être la fierté d'un régime républicain, est parfois vécu comme un abandon par les hôpitaux, pourtant il faut admettre que cette approche est le juste prix à payer si, comme c'est souhaitable, on veut faire la différence entre ce qui relève du soin et ce qui relève de la sécurité.

L'objet n'est pas ici de reprendre toute la réglementation sur les soins sans consentement qui est réputée être connue, mais d'en synthétiser l'esprit et la philosophie.

En ce qui concerne les soins à la demande d'un tiers décidés par le directeur de l'établissement (SDDE), il faut deux conditions cumulatives pour que ceux-ci soient engagés dans un cadre légal. Il faut en premier lieu que la maladie du patient l'empêche de consentir aux soins ; il faut ensuite que ceux-ci soient nécessaires immédiatement et qu'ils doivent se dérouler soit en hospitalisation à temps complet, soit sous forme ambulatoire. La décision du directeur de l'établissement s'appuie la plupart du temps sur la demande d'un tiers, mais elle peut s'abstenir de cette demande en cas de péril imminent ou s'appuyer sur un seul certificat médical en cas d'urgence.

En ce qui concerne les soins à la demande du représentant de l'État (SDRE), ils ne concernent que les personnes dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public. Les arrêtés d'hospitalisation pris par le préfet doivent être motivés et circonstanciés avec précision.

Si les soins sans consentement ne sont plus la règle, il n'en demeure pas moins qu'ils reposent sur des conditions qui se cumulent : l'existence de troubles mentaux, la nécessité des soins que ceux-ci imposent, le refus de ceux-ci exprimés formellement par le malade dans le cadre des soins à la demande d'un tiers ou résultant des actes du malade en ce qui concerne les soins en SDRE.

En pratique, et c'est là que commence la gêne, la frontière qui semble claire entre les SDDE et les SDRE est en réalité parfois floue. Il arrive que du fait, du contexte, on décide d'un SDDE quand il devrait s'agir d'un SDRE ou l'inverse. L'absence de tiers quand on en aurait besoin ou à l'inverse sa présence quand un maire est un peu

"timoré", va conduire à placer un malade dans une situation quand, en fait, il devrait relever d'une autre. "Dieu reconnaîtra les siens !"

Si on ne peut parler dans ces cas d'hospitalisations abusives, car elles étaient certainement nécessaires même sans le consentement du malade, ces pratiques "border line" posent des difficultés et peuvent avoir des conséquences importantes. Un patient gardera la trace de soins en SDRE quand l'atteinte à l'ordre public n'était pas si grave ; un autre pourra "échapper" à un retour nécessaire en hospitalisation à temps plein quand son programme de soins devrait être suspendu parce qu'un patient en SDDE ne peut pas être contraint à s'y soumettre quand cela aurait été le cas dans le cas d'un SDRE.

On voit dans ces exemples que les conditions d'engagement des soins sans consentement ne sont pas neutres, qu'elles sont liées parfois à des causes exogènes et qu'elles ont un impact sur l'histoire du malade et de la maladie.

Il reste enfin à rappeler l'ambiguïté des soins destinés aux mineurs. Quand ces soins sont en SDRE, ce qui est une situation rarissime, il s'agit évidemment de soins sans consentement. Quand ces soins sont demandés par les détenteurs de l'autorité parentale, les choses sont moins claires ; nous y reviendrons quand nous évoquerons plus loin la question de l'isolement et de la contention.

Le refus de consentir aux soins ne veut pas dire qu'on ne recherche pas le consentement, mais…

La question du refus de soins est importante et assez spécifique aux maladies psychiques. Entre le "mais si tout va bien" et l'anosognosie, de nombreuses formes de déni conduisent à des situations où la maladie psychique non reconnue par le patient finit par prendre des expressions qui poussent l'entourage ou la société à agir. Une telle situation peut exister mais de façon moindre dans les maladies somatiques. Quand le corps ne suit plus, l'esprit se soumet la plupart du temps, mais quand le désordre est psychique, le corps continue à fonctionner sous les ordres d'une personnalité peut-être confuse qui ne reconnait ni sa souffrance ni les formes de celle-ci.

Il en résulte que plus qu'ailleurs certaines situations ne trouvent leur issue que dans l'imposition faite au malade de recevoir des soins dont il ne comprend pas le sens ou qu'il ressent comme une agression plus forte que son trouble. C'est dans cet écart que s'infiltre le débat sur l'atteinte aux libertés que constitueraient les soins sans consentement. Le procès en régulation sociale, voire en défense de la norme, fait à la psychiatrie trouve sa source dans cette incompréhension.

En cas de soins sans consentement, la loi précise que les restrictions à l'exercice des libertés individuelles doivent être "adaptées, nécessaires et proportionnées" à l'état mental et à la mise en œuvre du traitement requis et qu'en toutes circonstances, la dignité de la personne doit être respectée et sa réinsertion recherchée.

Ceci se traduit notamment par le fait que le patient peut faire valoir ses observations avant chaque décision de maintien en soins. Par ailleurs, le patient en psychiatrie bénéficie des mêmes droits que n'importe quel patient s'agissant de la connaissance des informations le concernant et de l'accès à son dossier médical.

Des moyens existent aujourd'hui qui pourraient diminuer le recours aux soins sans consentement, mais…

Pendant des siècles, les maladies mentales étaient pensées à partir d'un dualisme qui justifiait à la fois le recours à des contraintes comme punition divine ou comme défense sociale et celui du traitement moral comme approche raisonnable du patient.

Après le XX^{ème} siècle, la construction d'une nosographie spécifique aux maladies mentales, la structuration des soins psychothérapiques, la découverte des neuroleptiques et le développement de la réhabilitation psycho-sociale rendent possibles des approches thérapeutiques qui éloignent les contraintes.

Avec la nosographie, on met des mots sur les choses et on les différencie. Même s'il y a des débats entre les différents DSM et les différentes CIM, même si le diagnostic reste complexe dans les maladies psychiques, la classification des symptômes ouvre la voie à des démarches de soins structurées.

Malgré les limites de la psychanalyse et des pratiques de psychothérapie, la réflexion autour de ces techniques donne une orientation complètement différente au traitement moral des troubles mentaux et éloigne le psychiatre et le patient d'une analyse simpliste et commune des troubles du comportement. Il s'agit vraiment de soins et pas uniquement d'échanges flous.

L'apparition des neuroleptiques, même si leurs effets indésirables ont longtemps été un obstacle à leur acceptation par les patients, a permis de faire disparaitre les expressions les plus insupportables des troubles. Le patient devient plus accessible à une discussion permettant une alliance thérapeutique.

"La peur et la confiance sont des dimensions fondamentales du processus de consentement aux soins. Pour pouvoir consentir, il faut que la peur ait déjà cédé du terrain à la confiance". Ces deux phrases extraites d'un article intitulé "Soins sans consentement : trois mots, trois problèmes" (Jean Naudin, Christophe Lançon, Samuel Bouloudnine) montrent l'ambiguïté qui existe dans la survalorisation du consentement comme dans le rejet du soin. Le consentement est difficile à caractériser et le refus est peut-être normal, voire naturel, même pour une personne qui accepte sa maladie.

La réhabilitation psychosociale enfin permet d'accompagner le patient vers une vie ordinaire quand il apprend à nouveau les codes sociaux et retrouve des repères qui lui donnent une nouvelle autonomie.

Les dispositifs de soins ambulatoires en santé mentale en lien avec les dispositifs de soutien développés "dans la communauté" ont vocation à proposer aux patients, dans le cadre de la sectorisation psychiatrique ou dans le cadre des structures sociales ou socio-culturelles, un recours pour les aider à passer des caps difficiles. Malheureusement ces organisations sont souvent saturées ou voient leur rôle limité par des plages d'ouverture insuffisante. Le risque existe alors à nouveau de voir la situation du malade se dégrader et la tentation renait d'avoir recours à la solution de facilité que constitue l'hospitalisation à temps plein sans le consentement du patient.

La supervision administrative ou judiciaire de ces soins sans consentement est surtout formelle et les préfectures, les directions d'hôpitaux et les juges des libertés et de la détention (JLD) n'ont pas à interpréter les certificats ou les avis médicaux. Ils s'interdisent de le faire et avalisent des états de fait qui résultent autant de la personne même du patient que des insuffisances des structures d'amont.

La tentation d'une psychiatrie régulatrice et garante de la paix sociale existe toujours et derrière la notion de soins sans consentement se cache parfois les soins contraints portés par l'idée que le corps apaisera l'esprit si la biologie l'aide. La bonne conscience de ceux qui pensent "calmer le jeu" dans la société fait croire qu'il est acceptable de forcer à la prise de médicaments. L'exemple récent de la notice accompagnant le décret sur l'irresponsabilité pénale est la preuve en creux que cette tentation existe. En psychiatrie, le "bon malade" est celui qui accepte les soins.

La réforme de la législation sur l'isolement et la contention aurait pu constituer une voie de solution, mais…

L'enfer est pavé de bonnes intentions sachant que le diable est dans les détails. La réforme de l'isolement et de la contention était attendue et sans doute voulue. Il n'est pas question d'en refaire même une synthèse ici. Elle fixe comme principe que l'isolement et la contention sont avant tout des atteintes aux libertés et que, de ce fait, ils doivent faire l'objet d'un contrôle de conformité par un magistrat.

Une fois qu'on a pris un peu de recul, qu'on accepte l'idée générale que l'isolement et la contention ne sont pas des modes thérapeutiques mais des mesures de dernier recours, le contrôle externe par la justice peut ne pas être considéré comme une preuve de défiance. Elle est simplement le mode que se donne une société démocratique pour évaluer le bien-fondé d'une mesure attentatoire aux libertés. On pourrait dire : jusque-là tout va bien et tout citoyen respectueux des droits de l'Homme doit se féliciter de l'existence d'un tel dispositif.

Pourtant la mise en œuvre ne se fait pas sans grincement. Sans parler ici de la charge de travail très importante qui pèse sur les épaules de JLD déjà bien occupés, les procédures que doivent appliquer les administrations hospitalières et les unités de soins sont évidemment chronophages et le temps pris pour les mettre en œuvre est pris au détriment des interventions auprès des malades. Elles sont ressenties par des équipes qui n'ont pas été étoffées comme une lourdeur paperassière supplémentaire. Pourtant l'idée pourrait être acceptable si des équipes soignantes recomposées pouvaient mieux accompagner individuellement des malades en crise qu'on aurait fait le choix de ne pas contraindre physiquement. Par ailleurs, même si aucune évaluation n'a été faite à ce jour de ce risque, on peut craindre un retour des médications plus fortes contraintes par la recherche d'un autre équilibre entre les troubles du comportement et leur régulation.

En ce qui concerne les patients mineurs, une contradiction importante peut voir le jour. L'isolement et la contention ne peuvent intervenir que pour des patients en soins sans consentement. La cour de cassation a confirmé récemment que les mineurs ne pouvaient pas être hospitalisés à la demande du directeur, mais uniquement à la demande du représentant de l'État (ce qui est rarissime) ou à la demande de leurs parents ou assimilés. Dans ce dernier cas, l'hospitalisation n'est pas juridiquement considérée comme une hospitalisation sans consentement au sens de la loi. Pour rendre légaux des isolements ou des contentions de mineurs (certes peu fréquents, mais pas rarissimes), on voit fleurir des incitations à placer des mineurs en SDRE ce qui peut les stigmatiser fortement alors même que leurs troubles ne correspondent pas aux critères de "l'hospitalisation d'office" (atteinte à la sûreté des personnes ou à l'ordre public).

On le sent bien, le sujet est complexe. La question de la bonne volonté ou du respect du droit se heurte à la lourdeur des pratiques ou des règles juridiques. En voulant bien faire, en voulant faire du malade un sujet de droit sans pouvoir vraiment s'en donner les moyens, on dégrade la situation et on prend le risque d'accroître des contraintes qu'on avait diminuées.

Conclusion

On voit bien dans ces développements que l'hôpital psychiatrique a du mal à échapper à une fatalité qu'on peut résumer dans le terme de "contrainte". Les troubles du comportement et l'anosognosie qui constituent des symptômes fréquents des maladies psychiques font le lit d'une réponse sociale qui passe par les murs de l'enfermement et leur contrepoint : le contrôle social. L'hôpital psychiatrique est certainement l'établissement de santé le plus concerné par la politique au sens le

plus respectable du terme, le sens qui fait référence aux valeurs de la vie en collectivité et aux respects des libertés individuelles. Dans la mesure où les psychiatres, les soignants et les directions hospitalières pratiquent plutôt aujourd'hui le culte de la santé mentale communautaire, les soins sans consentement sont aujourd'hui plus un mal nécessaire qu'un véritable cadre de soins et constituent de ce fait l'élément central de la mauvaise conscience des hôpitaux psychiatriques.

*
* *

Contrainte aux soins en psychiatrie : le consentement insensé

Dr Claire Gekiere
Psychiatre de secteur en Savoie, thérapeute systémique



Faire intervenir la notion de consentement individuel dans une situation de contrainte est une aporie, d'autant plus que le cadre législatif des soins sans consentement le définit comme impossible… Ce qui place équipes et usagers dans un paradoxe pragmatique, dont il vaut mieux prendre conscience pour ne pas aggraver la situation.

Depuis la première loi, du 30 juin 1838 en France, sur les internements (terme qui évite l'euphémisation pour désigner l'hospitalisation forcée d'une personne en psychiatrie contre son gré — il s'en réalise plus de 50 000 par an en France), il est possible de priver de sa liberté d'aller et venir un citoyen en raison de ses troubles mentaux si ceux-ci entraînent une mise en danger personnelle ou "un trouble à l'ordre public".
Sous l'empire de trois lois successives (1838, 1990 et 2011-2013), les internements sont restés le noyau dur de la pratique en psychiatrie publique adulte, tout en passant des hospitalisations sous contrainte aux soins sans consentement, ce qui a au passage élargi les possibilités de soins obligés à l'extérieur de l'hôpital psychiatrique, et même jusqu'au domicile des patients.
La judiciarisation des mesures d'internement en 2011 (qui a ramené ces mesures dans le droit commun des restrictions de liberté en instaurant un contrôle systématique, après quelques jours d'hospitalisation, par un juge) et la montée en puissance des mouvements d'usagers contribuent à réduire l'asymétrie très forte des relations soignants-soignés en psychiatrie, mais n'ont pas pour le moment vraiment modifié la pratique des hospitalisations sous contrainte : la matière première en reste un malade vu comme insensé dont il s'agit de faire le bien malgré lui, en l'obligeant à se soigner (1).

Une lecture systémique permet d'éclairer cette question : comment se débrouiller avec la notion de consentement, qui a pris une importance considérable dans la représentation des interactions humaines ces dernières décennies, et notamment en médecine ?
Dernier exemple en date, lors du confinement, le consentement de la personne à son fichage sanitaire a été présenté comme une solution pour légitimer celui-ci, alors qu'il s'agit à l'évidence d'une situation où le consentement n'est ni libre ni éclairé, mais contraint, ce qui l'invalide donc.

La psychiatrie publique, en France, assumant sa mission de contrôle social, prend en charge plusieurs milliers d'hospitalisations sous contrainte chaque année (plus de 10 % de l'ensemble des séjours en psychiatrie), avec des disparités frappantes d'un département à l'autre, les admissions sous contrainte y variant de moins de 10 à plus de 20 % des entrées. Cela montre que les internements ne sont liés directement ni à la pathologie psychiatrique (puisque la morbidité est à peu près répartie également sur le territoire) ni à la capacité à consentir, à moins d'imaginer que celle-ci soit d'essence géographique… (une des explications de variation des taux par département est que les mesures prises au nom "de l'ordre public" sont plus nombreuses dans les grosses agglomérations) (2). On interne des situations et pas des diagnostics.

Cela s'éclaire si nous partons de l'analyse de la demande (3). Le modèle médical traditionnel repose sur le mythe que la relation médecin-patient est une relation duelle, congruente avec les notions de contrat, de confiance, de confidentialité (pilier essentiel de cette confiance accordée), de consentement éclairé, conduisant à un *"pacte de soin"* visant à surmonter la dissymétrie initiale *"entre l'un qui sait et sait faire, et l'autre qui souffre"*, *"noyau éthique de la relation qui lie tel médecin à tel patient"* (Paul Ricoeur). Position haute et position basse donc, *"une confiance qui rencontre une confiance"*, selon la formule prêtée à Louis Portes, premier président de l'Ordre des médecins.
De même, le modèle psychothérapique habituel implique la nécessité d'une demande individuelle portée par un sujet souffrant. Dans les deux cas, les trois éléments constitutifs de la demande (qui présente le symptôme, qui en souffre et qui l'allègue) sont portés par la même personne qui vient pour, en principe, aller mieux en soulageant sa souffrance. Mais ce modèle duel n'est pas valide pour les hospitalisations sous contrainte, où il y a dispersion des termes de la demande sur plusieurs personnes ou institutions : symptôme et souffrance peuvent se conjuguer chez un sujet et la demande est portée par un autre (dépression grave, épisode délirant…) ; ce peut être aussi symptôme chez l'un (troubles du comportement sur la voie publique), souffrance chez un autre (proches inquiets, témoins des troubles…), demande faite par les forces de l'ordre, les secours, les urgences.... L'interné se retrouve alors dans

l'obligation de se soigner et l'institution psychiatrique dans celle de soigner et surveiller la personne assignée à résidence en psychiatrie pour un temps non déterminé à l'avance.
Dans la pratique, l'absence d'analyse de la demande, qui complique la suite en figeant la situation, s'explique par la position du psychiatre qui considère, implicitement ou explicitement (s'il a conscience qu'il agit en fonction de ses modèles), que cette demande est soit impossible (puisqu'il y a contrainte et pas "colloque singulier") soit déjà constituée (le fou est insensé et ne peut être partie prenante de la demande, "on" a demandé à sa place). Les alliances qui en découlent vont bloquer la résolution de la crise : avec le patient considéré comme victime contre son entourage (premier cas) ou avec son entourage qui veut le bien de son patient contre le patient (possible dans les deux cas).

Pour éviter ces pièges, quelques façons de procéder :

- Demander au patient désigné comment il a réussi à se faire interner ; comment il a pu se montrer suffisamment inquiétant pour pousser les autres à agir et pour se retrouver à l'hôpital psychiatrique contre son gré ? La position basse peut se révéler très efficace et réduire à l'impuissance durable les équipe : ainsi, Mr A ne veut rien, se lamente sur lui-même et sa vie ratée depuis des années. Chez lui, il met en scène son possible suicide (linge noué autour du cou, médicaments qui traînent) pour les infirmières qui le visitent. Il est alors interné, refuse toute proposition de changement de mode de vie (foyer, maison de retraite, activités…), se lamente, pleure, posé sur sa chaise, pendant des mois…
- Recevoir dès que possible l'entourage (famille si elle existe, éducateurs, intervenants sociaux, tuteur…), avec le patient bien sûr. La règle de loyauté (Jean-Claude Benoit) est indispensable : si c'est pour toi, mais sans toi, c'est contre toi (comme le formule la pédagogie Freinet). Cela permet de construire le contexte de l'internement. Si patient et entourage sont d'accord pour dire que celui-ci est causé par "la maladie", leur faire remarquer que "la maladie" comme entité constante, attribut du patient, n'explique pas pourquoi l'internement s'est produit dimanche à 2 h du matin et pas quinze jours avant ou deux jours plus tard.
- De même, pour mettre fin à la mesure, il est confortable de réfléchir avec le patient et son entourage aux enjeux : comment allez-vous me convaincre que nous pouvons vous laisser sortir ? Comme l'on ne peut pas prouver quelque chose de négatif : "Je ne ferai plus ceci ou cela", par quels actes allez-vous les uns et les autres nous montrer du changement ? (4) Devrons-nous nous inquiéter si vous ne venez pas en consultation ? Comment pourrons-nous estimer qu'un appel de votre entourage inquiet est un signal d'alerte ou une inquiétude exagérée ?

Par exemple demander à quelqu'un qui se montre suicidaire de négocier les conditions de sa sortie en trouvant par qui et comment se faire aider pour ne pas rester seul quelque temps afin de nous rassurer suffisamment, n'envoie pas le même message que de décider nous avec l'entourage qui va "prendre en charge le malade".

Le consentement de la personne à l'acte médical — dont les soins ne sont qu'une des étapes — est juridiquement pris en compte depuis le 19° siècle. Relation contractuelle et intangibilité du corps humain sont deux principes essentiels dans l'acte médical décrit comme un processus mettant en jeu deux consentements (patient et médecin), dont l'accord permet l'intervention du médecin sur le corps du patient, en principe dans un but curatif.
La règle explicite et générale est donc que l'acte médical ne peut s'accomplir sans le consentement de la personne, consentement qui doit être "libre et éclairé". Notons que cela ne dit rien de son objet (soin, prévention, investigation…) ni de ses modalités (recueil, appréciation de sa validité, changement possible…).

Pour qu'un consentement soit considéré comme valide il faut que la personne soit capable de comprendre une information claire et adaptée, et de faire et exprimer un choix face à un médecin qui doit lui-même être apte à délivrer ladite information, tout en se retrouvant de facto juge et partie dans l'appréciation du consentement, tout cela en l'absence de contrainte qui rend sinon caduque la valeur du consentement accordé sans la liberté de choix indispensable. Ce n'est pas gagné avec le modèle *"une confiance qui rencontre une conscience"* …

En psychiatrie, c'est la loi de 1990 qui a marqué l'entrée officielle du terme de consentement dans la pratique des internements, sous une forme négative : des *"hospitalisations sans consentement"* sont réalisables sous la condition que *"… les troubles rendent impossibles le consentement…"*.

Souligner deux aspects paradoxaux de cette loi permet de mieux s'y retrouver :

- La loi de 1990 a introduit le terme de consentement sans jamais le définir et en en niant la possibilité. Elle en fait sous forme négative une des conditions de l'internement : *"ses troubles rendent impossible le consentement"*. Elle ne distingue pas consentement à l'hospitalisation et consentement à des soins, ce qui ne pose d'ailleurs guère de problèmes à beaucoup de ses utilisateurs tant va encore de soi l'idée qu'hospitalisation sous contrainte (qui peut aller jusqu'à la contention en chambre d'isolement) équivaut à traitement administré sans consentement (parfois avec épreuve de force physique, injections de psychotropes). Pourtant le droit de refuser un traitement existe explicitement depuis la loi du 4 mars 2002, dite loi Kouchner.

Donc le malade mental qui refuse des soins est transformé en insensé incapable de consentir en raison de ses troubles, mais reste ou redevient en apparence apte à ce consentement dès lors qu'il accepte des soins sans protester.
Cela va de pair bien sûr avec une conception répandue, la réduction du sujet à son trouble mental, ce qui amène naturellement à considérer comme un symptôme parmi d'autres le fait que la personne refuse des soins. Ce mode de pensée tend à rendre absurde l'idée même d'un consentement, et suspecte de démagogie une information adaptée pour éclairer ledit consentement. Le savoir psychiatrique supposé sur le trouble mental d'autrui donne alors naturellement le droit au psychiatre de restreindre la liberté du malade mental, aussi absent à lui-même dans cette conception que l'aliéné du 19° siècle dans les représentations de l'époque.
Notons que lors des internements les affrontements physiques (avec injections de force et contention) restent heureusement rares. La plupart des personnes se montrent d'accord pour ne pas être d'accord, à condition bien sûr qu'on leur propose cette façon de voir : "Pourrions-nous nous mettre d'accord sur le fait que nous ne le sommes pas ? Vous pensez ne pas avoir besoin de soins, nous estimons nous qu'il vous faut actuellement une hospitalisation, un traitement, pour ne pas mourir par suicide/arrêter d'agresser votre entourage/ne pas divaguer la nuit en hurlant dans la rue/ne pas rester chez vous enfermé sans manger…" L'effet apaisant est souvent notable, à rebours de l'effet produit par : "Ne vous inquiétez pas, c'est pour votre bien que vous êtes là, vous verrez, ça va aller…".
À notre époque, il existe une tendance dans le champ psychiatrique qui vise à établir une nosographie de l'incapacité à consentir. Cela implique de se situer comme observateur indépendant d'un malade mental vu comme objet isolé d'étude, modèle à l'œuvre dans l'observation clinique médicale objectivante. Cela implique également d'adhérer à l'idée que le malade mental est supposé d'emblée incapable à consentir valablement au motif que la folie est une "pathologie de la liberté" et que l'autonomie de la volonté y est forcément atteinte. Or cette capacité est difficile à apprécier ; des travaux anglo-saxons qui se sont essayés à formaliser la capacité pour un malade mental ont abouti au résultat que l'on ne peut trouver de critères stables (5), et l'on se rabat alors souvent sur les troubles cognitifs qui ne sont pas du tout spécifiques des maladies mentales. Mais le mythe organiciste de la maladie mentale, sans cesse renaissant de ses cendres, permet aux psychiatres d'y croire, même si les théories qui alimentent ce mythe se succèdent sans jamais faire leur preuve : cause génétique actuellement, théorie de la dégénérescence au XIX^{ème} siècle, ou neurotransmetteur défaillant il y a quelque temps…
Cela implique enfin de croire au diagnostic en psychiatrie, c'est-à-dire de penser que la maladie mentale est un attribut en soi du malade, et que l'on peut la découvrir en la cherchant dans l'individu isolé et l'étiqueter.
Le consentement, comme le diagnostic, est ainsi considéré comme un objet en soi, un attribut du malade mental lui-même objectivé. Il est alors naturel de chercher à le cerner, l'évaluer, le caractériser. Il n'est plus possible de le penser comme un processus interactif dépendant de deux personnes au moins, et en psychiatrie publique de beaucoup plus d'intervenants.

- Second aspect paradoxal : la loi crée une confusion entre deux niveaux logiques (d'où un énoncé qui n'est pas faux, mais qui n'a pas de sens) (6). En effet, alors que cette loi structure dans un souci de santé publique (à la fois protection des personnes et préservation de l'ordre public), et donc collectif, les conditions d'hospitalisation sous contrainte en psychiatrie, elle emploie une terminologie habituellement référée au "colloque singulier" de la relation médecin-malade, ce mythe qui organise encore grandement notre vision du soin. Elle fait ainsi porter au sujet le poids de la mesure contraignante, sorte d'échec alors d'une relation contractuelle, pourtant impossible par définition dans ce dispositif. Ce rabattement au niveau individuel de phénomènes qui ont une dimension collective prégnante est maintenant couramment à l'œuvre, par exemple dans le succès du "harcèlement moral au travail" (7) ou dans les techniques de new management.

Nous trouvons les mêmes mécanismes : d'une part valorisation de l'individu, qui se voit reconnaître des droits supplémentaires (droit à l'information, au respect de la dignité pour les patients, droit de porter plainte pour "harcèlement moral", reconnaissance des capacités d'autonomie et d'organisation au travail…), et d'autre part, dans le même mouvement, est pointée une faiblesse, une responsabilité individuelle : on n'est ni harcelé, ni en échec dans sa productivité, ni traité non plus sans son consentement "par hasard". L'individu est devenu le centre du problème, il doit se remettre en cause, et se soigner. En psychiatrie, il se retrouve au cœur d'un paradoxe pragmatique puisqu'il ne peut méta-communiquer sur la situation ainsi définie par d'autres : toute protestation, critique ou remise en cause de la définition du problème peuvent lui être renvoyées comme signe de son propre dysfonctionnement.

Et puis, ces dernières années, s'est imposée petit à petit l'obligation de consentement : non seulement vous devez faire ce que l'on vous ordonne ou oblige à faire, ou ce que vous n'avez pas le choix de ne pas faire, mais en plus vous devez être d'accord. C'est flagrant, décrit et dénoncé comme particulièrement perturbant, dans les méthodes de management.
C'est à l'œuvre quand on vous demande de signer un contrat que vous ne pouvez pas refuser : pour obtenir un hébergement quand vous êtes à la rue, pour continuer à percevoir le RSA (Revenu de Solidarité Active)…
C'est aussi présent dans le champ de la santé. Par exemple, il est interdit de fumer dans les lieux publics, pour ne pas nuire aux autres, mais maintenant le

message est avant tout que c'est bon pour votre propre santé de ne pas fumer. Et vous devez être d'accord avec ce qui est bon pour vous…

La question du consentement dans les internements, en focalisant le problème sur la personne mise en cause, fait alors écran à la dimension de compromis social que représente toujours une hospitalisation sans consentement.

Les internements augmentent en France ces dernières années, alors même que les "droits des patients" sont mis en exergue. Comme disait Lucien Bonnafe "*On juge du degré de civilisation d'une société à la manière dont elle traite ses fous*."

Bibliographie

1. Gekiere Claire : "Soyez mon obligé", revue Pratiques, les cahiers de la médecine utopique, n° 72, 2016
2. Gekiere Claire : "Comment le consentement vint au malade mental", Revue Raison Présente, n° 144, 2002
3. Neuburger Robert : "L'autre demande. Psychanalyse et thérapie familiale", ESF, 1988 et Petite Bibliothèque Payot 2003
4. Hardy Guy : "S'il te plaît ne m'aide pas", Eres, 2012
5. Sschweitzer M-G : "Volonté et droit de la santé. Etude critique", Thèse de doctorat en sciences juridiques et politiques, Paris VII Denis Diderot, 1994
6. Watzlavick Paul : "Une logique de la communication", Le Seuil, 1972
7. Irigoyen Marie-France : "Le harcèlement comme mode de management", Revue Politis, 03/02/2000

*
* *

Consentir ou ne pas consentir ? Telle est la question – Regards d'usagers de la Trame sur les soins sans consentements

Christophe Chasseriau



Créée depuis 2017 et située à Saint-Denis (93), la Trame est un lieu d'accueil, d'orientation et de soutien dans la communauté destiné à des personnes en souffrance psychique, qu'elles soient reconnues en situation de handicap ou non. (https://latrame93.fr).

Certains usagers de la Trame ont aussi été usagers des services psychiatriques. Ils ont subi des violences physiques et chimiques à certains degrés durant leurs hospitalisations. Nous considérons que cette question ne peut trouver de réponse dans une vision duelle. On ne consent pas à traverser des épreuves de vie. Elles se trouvent sur notre chemin et elles demandent à être accompagnées de la manière la plus humaine possible, c'est sans doute là que se trouve le point de réflexion.

Il est certain que nous ne sommes pas consentants à subir ces violences lorsque nous nous trouvons dans ces situations de fragilité. Cela parait être du bon sens et ce n'est pourtant pas ce qui est mis en place. Nous n'avons pas la volonté de dénigrer les systèmes de soin mais chacun d'entre nous a été marqué voire traumatisé par ses hospitalisations, vous trouverez ci-dessous quelques ressentis d'usagers de la Trame :

M : La psychiatrie aujourd'hui c'est du chiffre, de la rentabilité, des algorithmes. On est plus que des clichés de la pathologie psychiatrique. "Comment allez-vous ?" ça n'existe plus. Le rôle du médecin à l'écoute n'est plus là.

M : Toute la journée, tu tournes en rond, tu arpentes les couloirs, tu ne fais rien. T'es un légume.

C : Durant une hospitalisation, je me suis fait mettre à terre par trois infirmiers et étranglé, j'ai cru que j'allais y passer alors que je me trouvais à deux mètres d'une infirmière et que je ne la touchais pas. C'est à l'inverse d'être soignant ça, car ça te laisse une blessure, ça te traumatise. Ce qui manquait là-dedans c'était la compréhension. Si on m'avait demandé ce que je faisais je l'aurais expliqué. On voit et on ressent des choses dans ces moment-là qui dépassent parfois la réalité physique. Nous avons besoin de compréhension. L'infirmier, quand je l'ai recroisé, il n'osait pas admettre son comportement.

M : Tu as aussi les conditions d'accueil à l'hôpital. Quand tu attends 10 plombes dans une salle d'attente, il y a de quoi péter un câble. Il y a tout ce côté pas humain qui est vraiment lamentable.

C : J'ai vécu les neuroleptiques de manière forte. Il fallait me faire redescendre mais les effets secondaires sont horribles. Il y a quelque chose de mécanique, les dosages sont les mêmes pour tout le monde. C'est du traitement de masse. Et pour couronner le tout, on nous servait des plats de riz à déjeuner alors que nous savons que ces traitements constipent, où est la logique ?

R : Les soignants n'essayent pas de nous parler quand on est en phase maniaque, ils nous chargent de médicaments et nous laissent dans nos chambres. Le psychiatre, c'est une fois par semaine 10 minutes dans la chambre et après il repart.

M : Ce que je n'arrive pas à comprendre c'est pourquoi dans la corporation médicale, il n'y a pas une révolte contre l'état des lieux. Qu'on laisse quelqu'un dans la pisse et la merde c'est inadmissible. Je peux donner l'exemple d'un gars en crise maniaque qui n'arrêtait pas d'écrire. On lui a supprimé de quoi écrire, du coup il s'est mis un doigt dans le cul et il a écrit avec sa merde sur

les murs et partout dans sa chambre. Ça dérangeait les soignants qu'il écrive et qu'il lise. Il fallait lui retirer quelque chose. C'était une sorte de punition.

R : La psychiatrie, il ne te considère pas comme des humains.

F : Il n'existe pas des hospitalisations où tu ne serais pas obligé de prendre des neuroleptiques ? Je trouve que c'est une partie du problème, de ne pas imaginer un soin sans chimie.

Ma : Je suis contre le système psychiatrique français. Nous au Maroc, quelqu'un qui est en crise, il y a un soutien familial. On lui donne l'opportunité de travailler ou de partir en vacances ou faire un séjour en mer. Il va à la plage, il va pêcher, manger des sardines, changer carrément d'univers et sera accompagné d'un soutien. Chez nous en France c'est médicaments tout de suite, on te met les doses maximums pour te calmer.

Un séjour psychiatrique n'est pas anodin dans une vie. C'est un marqueur d'un "état de fragilité" qui demande à être accompagné. Pour les usagers de la Trame, la question de la contrainte, n'est pas la question. Nous sommes conscients que certains états mentaux peuvent nous mettre en danger et mettre en danger autrui. L'obligation d'être mis en sécurité ne se remet donc pas en question.

En revanche, la manière dont nous sommes traités doit être repensée. Les protocoles de soins sont à revoir sous toutes leurs dimensions, de l'accueil au contact "soignant" en passant par l'hygiène élémentaire des lieux. Le terme "parcours de soin" est à la mode aujourd'hui, c'est sans doute ce "parcours" qu'il faudrait repenser afin de mettre au centre l'usager qui a besoin d'aide et peut-être se concentrer sur ses besoins.

Quelques pistes pratiques pourraient être explorées afin d'améliorer les conditions de prise en charge :

- **Développement de méthode d'accueil de type Open Dialogue**. Certains professionnels de la Trame ont été sensibilisés à cette méthode finlandaise. Celle-ci met l'accent sur les pratiques dialogiques et l'écoute en réunissant toutes les parties prenantes de la personne (médecins, amis, famille) pour partager autour de ce moment. C'est la méthode exclusive de prise en charge en Laponie finlandaise. Nous pourrions nous en inspirer, encore faut-il que les administrations et les hiérarchies cliniques consentent et soient convaincues par ce type d'approche un peu plus humaine que le traitement à la chaine.
- **Faire participer les patients à la vie du lieu**. Les usagers pourraient proposer des menus en lien avec une diététicienne ou animer une cafétéria d'usagers. Certaines initiatives existent déjà mais elles ne sont pas généralisées sur le territoire. Peut-être encore une question de consentement de la part de l'administration et des soignants à mettre en œuvre ce type de pratique ? En matière de santé mentale, on parle de pouvoir d'agir de l'usager. Celui-ci ne doit pas s'arrêter à la porte de l'unité de soin, il doit être au contraire, favorisé et sollicité.
- **Proposition d'ateliers ciblés sur les pratiques énergétiques** (Tai Chi, Qi Gong, Yoga) en plus des ateliers d'ergothérapies. Ces types de pratiques peuvent favoriser la circulation de l'énergie et l'ancrage à la Terre dont un certain nombre d'entre nous manquent durant ces périodes de crise. Bien que la pratique sous neuroleptique ne soit pas l'idéal, cela fait toujours du bien au corps de se bouger et à l'esprit de savoir qu'on en est un peu capable.

De manière générale, considérer l'usager de la psychiatrie comme une personne à part entière, se mettre à sa place et essayer de comprendre son monde devrait être une posture généralisée des soignants. Repenser les lieux de soin afin d'offrir aux soignés un environnement digne tant dans l'accueil qu'au niveau de la propreté des lieux parait être aussi un minimum.

La dignité humaine comprend le respect physique et le respect psychologique des êtres humains, ainsi que le respect de l'intégrité morale. Elle est souvent malheureusement bafouée en psychiatrie et c'est ce que nous demandons finalement : être traité avec dignité, car les mots et la compréhension peuvent être soignants mais la violence ne le sera jamais.

Pour la Recherche

contact@fedepsychiatrie.fr
Tél : 01 48 04 73 41 - Fax : 01 48 04 73 15

Remerciements

- A la *Direction Générale de la Santé* dont la subvention permet l'édition de ce bulletin.
- *A la S.I.P. et la S.F.P.E.A.* pour leur soutien actif à la diffusion des abonnements.

Tirage 1200 exemplaires - ISSN : 1252-7696
e.ISSN : 2263-7230

ABONNEZ-VOUS !

Adressez avec vos Nom, prénom Adressez avec vos Nom, prénom et adresse un chèque libellé à l'ordre de la FFP, de 28 € (France), 32 € (Institutions), 40 € (étranger)

(4 numéros - abonnement 2023) à :
Fédération Française de Psychiatrie
Hôpital Sainte Anne
26, Bd Brune - 75014 PARIS
Tel : 01 48 04 73 41

Impression : Grafik Plus 01 48 12 11 62